SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA
EGÉSZSÉGNEVELÉS DOKTORI PROGRAM

PINCZÉS TAMÁS

SPORTOLÓ SERDÜLŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁS-VIZSGÁLATA PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI SZEMPONTOK ALAPJÁN

Ph. D-értekezés

Témavezető:
Dr. Pikó Bettina
habilitált egyetemi docens

Szeged
2015

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS **3**
1. AZ EGÉSZSÉG FOGALMA ÉS AZ AZT BEFOLYÁSOLÓ DETERMINÁNSOK **6**
2. SERDÜLŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA **10**
2.1 Egészségkockázati magatartások 12
2.1.1 Serdülők dohányzási szokásai 12
2.1.2 Serdülők alkoholfogyasztása 14
2.1.3 Serdülők droghasználata 16
2.1.4 Serdülők szexualitása 17
2.1.5 Serdülők és a depresszió 18
2.2 Egészségvédő magatartások 19
2.2.1 Serdülők fizikai aktivitása 19
2.2.2 Serdülők táplálkozása 21
2.3 Serdülők egészségi állapot önértékelése 22
2.4 Serdülők társas támogatása 23
2.5 Serdülők személyes világának igazságossága 27
2.6 Serdülők agyának idegtudományi kutatásai 29
3. COPING (MEGKÜZDÉS) MECHANIZMUSOK **33**
3.1 Copingmodellek, -formák 35
3.2 Serdülők megküzdési stratégiái és az azokat kiváltó stresszorok 37
3.3 A coping empirikus kutatásai 39
4. SZEMÉLYISÉG **41**
4.1 Vonás- és biológiai elméletek 43
4.2 A serdülők szerfogyasztásának személyiségbeli korrelátumai 45
4.3 Sportoló és nem sportoló serdülők személyiségjegyei közötti különbségek 47
5. MOZGÁSOS ÉLMÉNY A SERDÜLŐK KÖRÉBEN (FLOW) **49**
5.1 A Flow és a pozitív pszichológia kapcsolata 51
5.2 Flow és a személyiség kapcsolata 54
5.3 A Flow megjelenési területei 56
5.3.1 Flow az iskolában 56
5.3.2 Flow a sportban 58
6. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT KERETEI, CÉLKITŰZÉSEI **60**
6.1 A kutatás relevanciájának indoklása 60
6.2 Célkitűzések, kutatási kérdések, hipotézisek 61
7. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT MÓDSZERTANA **64**
7.1 Minta- és adatfelvételi eljárás 64
7.2 Mérőeszközök 66
8.1 Serdülők egészségmagatartása 72
8.1.1 Statisztikai eljárások 72
8.1.2 Eredmények 72
8.2.1 Társas háló és a társas támogatás 81
8.2.3 Részösszefoglaló 99
8.3.1 Serdülők problémaviselkedése 102
8.3.2 Serdülők alkoholfogyasztása és dohányzása 108
8.3.3 Serdülők flow- és antiflow-élményei 112
8.3.4 Részösszefoglaló 119
8.4.1 Statisztikai eljárások 123
8.4.2 Eredmények 123
8.4.2 Részösszefoglaló 132

9.1 Az eredmények összefoglalása, értelmezése 134
9.2 Az empirikus vizsgálat jelentősége, korlátai és további kutatási feladatok 138
IRODALOMJEGYZÉK 141
ÁBRAJEGYZÉK 171
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE 172
RÖVÍDÍTÉSEK JEGYZÉKE 174
MELLÉKLET 175

BEVEZETÉS

A technikai vívmányok fejlődése egyfajta „elkényelmesedési” folyamatot indukált a társadalomban. Ennek köszönhetően a XXI. század hajnalán már egyre inkább jellemző az emberek inaktivitása, túlzott táplálékfogyasztása és a stressz által generált életérzések enyhítésére szolgáló egészségkockázati magatartások (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) alkalmazása. Sajnálatos módon, nemcsak a felnőttek világában mutatkozik meg a fejlődés ezen árnyoldala, hanem már serdülőkorban is tapasztalhatóak apró, de annál fontosabb jelei.

A téma relevanciáját mi sem bizonyítja jobban, hogy számos nemzetközi vizsgálat mellett több hazai kutatás is foglalkozik ezzel a problémával. Az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development – Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) 2011-es kiadványában (*Health at a Glance*) bemutatja tagállamainak egészségi állapotát. A vizsgálat szerint a szervezetben résztvevő országok (34 tagállam) lakóinak egészségi állapota az elmúlt ötven évben sokat javult, ugyanis a születéskor várható élettartam átlagosan 11 évvel nőtt (79,5 év). A legmagasabb eredményt Japán érte el 83-évvel, amelyet Svájc és Olaszország követ. Magyarország (74 év) az utolsó előtti ebben a rangsorban, ugyanis csak Törökországot (73,8 év) előzi meg ebből a negatív szempontból. A várható élettartam 1960 óta csak nagyon lassan növekedett Magyarországon, de az összes OECD-országot figyelembe véve jelentős javulás figyelhető meg: míg 2000-ben csak két országban volt magasabb a születéskor várható élettartam 80 évnél, addig 2009-ben már 22 országban. Egy hazai vizsgálat (*KSH,* 2002) alapján a férfiak halálozása 1,8-szor, a nőké 1,7-szer volt nagyobb 1999-ben, mint az 1997. évi EU- átlag. Látható, hogy a magyar lakosság egészségi állapota igencsak el van maradva az Unió több államához képest. Ennek a „van” állapotnak az enyhítésére a serdülők egészségmagatartási attitűdjeinek megreformálására van szükség. Szükséges tudnunk azt, hogy mik azok a rizikótényezők, amik veszélyeztetik ezt a korosztályt, és milyen lehetőségeink vannak arra, hogy ezeken pozitív irányú változásokat érjünk el.

Kérdésként merülhet fel bennünk, hogy miért éppen a serdülőkor az, amikor hatékonyabb munkát tudunk elvégezni? Ez az életszakasz az, ami igen hullámzó és rengeteg változási folyamaton megy keresztül az ember. Ezt leginkább egy háromkomponensű (élettani, kognitív és szociális érés) fejlődési/érési területre tudjuk osztani (*Trejos-Castillo* és *Vazsonyi*, 2011). A fiziológiai érés legmarkánsabban a növekedés és a nemi érés területére szorítkozik. A biológiai változásokon túl a kognitív

képességek változásában is markáns változás tapasztalható, ugyanis problémamegoldó képességük fejlődik azáltal, hogy több szempont szerint elemzik az adott problémát. Harmadik pillérként a társas életet neveznénk meg, ugyanis ebben az életszakaszban jellemző leginkább a szülőktől való elfordulás, és a kortárscsoport domináns szerepének a megjelenése (*Hamvai, Simai* és *Pikó*, 2008). Láthatjuk tehát, hogy egy igen komplex személyiségfejlődésen megy keresztül a serdülő, ami alapjaiban határozza meg felnőttkori viselkedését, köztük az egészségmagatartási szokásait (*Dékány, Balázs* és *Pikó*, 2010).

Serdülők körében egyre korábbra datálható a dohányzás és az alkoholfogyasztás, hiszen mindennap ezt látják a médián keresztül. A szerfogyasztás nemcsak az ember egészségi állapotában hozhat negatív változást, hanem egyfajta függőséget is okozhat, ami igen komolyan befolyásolja az ember egészségét, akár az egész életére szólóan. *Chassin, Presson, Sherman,* és *Edwards* (1990) arra a tényre mutatnak rá, hogy minél korábban próbálja ki a serdülő a dohányzást, annál nagyobb az esélye arra, hogy felnőttkorában is dohányozni fog. Egyes vizsgálatok már ötödikes korra prognosztizálják a dohányzás kipróbálását, aminek mértéke az életkor emelkedésével párhuzamosan nő (*Asszman*, 2003). A dohányzás mellett az alkoholfogyasztás a másik legnagyobb egészségkockázati tényező, aminek a kipróbálása szintén igen korai életkorban megmutatkozik a mai társadalomban. Amellett, hogy az alkohol az egészségünkre komoly befolyásoló erővel bír, több más rizikómagatartással (pl. ittas vezetés, szexuális agresszió, nemi betegségek) is összefüggésbe hozható (*CDC Surveillance Summaries*, 1998).

A sport és a mozgás, mint egészségvédő faktor, kiemelt faktorként jelenhet meg a serdülők egészségmagatartási szokásainak kialakításában. Az állam is jelezte ennek fontosságát, amint ezt a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény megalkotása is mutatja. Ebben a törvényben kötelezi az oktatási intézményeket a mindennapos testnevelés/mozgás megszervezésére, ezzel is biztosítva a serdülők mozgásigényének kielégítését és a mozgásos élmény beépítésének lehetőségét az egészségvédő magatartási minták kialakításában. Ugyanakkor óvatosságra intenek minket azok a vizsgálatok, amik a sportolók egészségmagatartási szokásait hivatottak elemezni. A dohányzással kapcsolatos vizsgálatok szerint a sportolók alacsonyabb gyakorisággal gyújtanak rá, mint a nem sportoló társaik (*Burke, Milligan, Beilin, Dunbar, Spencer, Balde* és *Gracey*, 1997). Az alkoholfogyasztás esetén az eredmények egyfajta kettősséget mutatnak. Találunk olyan szakirodalmat, amely eredményei szerint a sportolók korábban kezdenek el alkoholt fogyasztani (*Hildebrand, Johnson* és *Bogle*, 2001; *Leichliter, Meilman* és *Presley*, 1998) és

vannak olyan vizsgálatok, amelyek negatív összefüggést mutattak ki, azaz később próbálták ki (*Koss* és *Gains*, 1993; *Peretti, Guagliardo* és *Verger*, 2003).

Ezen rövid bevezetőt követően kutatásunk legfőbb célja megismerni a mostani serdülők egészségmagatartási szokásait és azok hátterét, és olyan lehetőségek megismerése amelyek pozitívan befolyásolhatják és alakíthatják a serdülők egészségmagatartási mintáit.

Dolgozatom első nagy egysége hat tematikus részből áll. Az elméleti háttér tartalmazza azokat a releváns hazai és nemzetközi szakirodalmakat, amelyek megalapozták kutatásunkat. Az első részben az egészség elméletét mutatom be több aspektusból, majd a második részben felvázolom azokat az egészségdeterminánsokat, amelyek hatással vannak az egészségmagatartásra. A harmadik egységben részletezem a serdülők egészségmagatartását, különös tekintettel azokra a területekre, amelyeket mi is vizsgálunk. A negyedik részben mutatom be a megküzdési (coping) mechanizmusokat és azok jelenlétét serdülőknél. Az ötödik, utolsó előtti részben a személyiségjegy fogalmát és felépítését mutatom be, majd azok megjelenését a sportoló és nem sportoló serdülők körében. Az utolsó, hatodik részben, különböző szakterületek bevonásával a pozitív pszichológia egy új, még nem olyan széles körben elterjedt elméletét (áramlatélmény) mutatom be. Itt jegyeznénk meg, hogy a szakirodalmi áttekintés néhány fejezetét a korábban megjelent publikációk elméleti részéből adaptáltuk.

Tanulmányom második nagy egysége további négy tematikus részt tartalmaz, melyben bemutatjuk az empirikus vizsgálat koncepcióját, kérdéseit és hipotéziseit, továbbá részletesen felvázoljuk a vizsgálatunk során alkalmazott módszereket, eljárásokat. Ezt követően mutatjuk be a vizsgálat eredményeit, mely a szakirodalmi résszel párhuzamosan történik. Utolsó egységben az összegzést és következtetéseket tárgyaljuk, melyben kitérünk a kutatás korlátaira, hasznosíthatóságára és a további kutatási lehetőségekre is.

Kutatásunk eredményeként abban bízunk, hogy vizsgálataink által mélyebben megérthetjük a serdülők egészségmagatartásának mozgatórugóit, és bebizonyíthatjuk a sport elsődleges szerepét az egészségkockázati tényezők kivédésében, továbbá reményünket fejezzük ki arra, hogy a pozitív pszichológia új elmélete szélesebb körben kerül elfogadásra.

1. AZ EGÉSZSÉG FOGALMA ÉS AZ AZT BEFOLYÁSOLÓ DETERMINÁNSOK

Az egészség mindenki számára mást és mást jelent, és napjainkra sem sikerült egy egységes, mindenki számára elfogadható terminust megalkotni annak ellenére, hogy számos törekvés történt ez irányban. A nehézség a fogalom komplexitásából fakad, és ahhoz, hogy ennek ellenére mégis eligazodjunk, szükséges áttekintenünk a fogalom tartalmi megjelenéseit.

Egyes kutatók nézetei szerint az egészség a testi vagy lelki betegség hiányát jelenti. Az ebbe a kategóriába tartozó tartalmi jegyek esetén nem beszélhetünk egészségről, hanem inkább a betegség kialakulását előidéző tényezők sorolandóak ide. Az ilyen meghatározásokat nevezzük negatív egészségdefiníciónak (*Macintyre,* 1986). Ezen elméletet támogató szakemberek ellenpólusaként azok a kutatók állnak, akik inkább azokat az összetevőket kutatják, amelyek az egészség meglétére utalnak. Ezzel kapcsolatos definíciót rengeteget találunk a különböző szakirodalmakban. Idesorolható a WHO (*World Health Organization*) 1946-os fogalma, ami az egészséget a testi, lelki és szociális jóllét állapotaként tekinti. A különböző konferenciákon egyre komplexebb megfogalmazások láttak napvilágot. Koppenhágában hangsúlyt kapnak az egyéni és társadalmi létfeltételek és az egyéni felelősség (*WHO*, 1984). A fogalom újabb tartalmi kiegészítésére két évet kellett várni (*WHO,* 1986), amikor is a fogalom részeként jelennek meg az egyén ismeretei, a társadalmi tényezők és a fizikai környezet. Szintén két év elteltével az egészséget, mint alapvető emberi jogot tekintik, így a kormányok szerepvállalása is szerepet kap az állampolgárok egészségi állapotának javításában (*WHO,* 1988).

Három évvel később (1991) a svédországi Sundsvallban rendezett nemzetközi egészségfejlesztési konferencia az egészséget támogató környezet kialakítása kapott központi szerepet, melynek elérése érdekében felhívja az emberek figyelmét az aktív szerepválalásra (*Kishegyi* és *Makara,* 2004). Az 1997-ben létrejövő Dzsakartai nyilatkozatban bevonták a magánszektor támogatását annak érdekében, hogy az emberek saját egészségi szintjüket növeljék és hatást gyakoroljanak saját egészségükre, amivel növelhetik a várható egészséges élettartamot és csökkentve ezzel az országok és csoportok közötti különbségeket a XXI. században (*Kishegyi* és *Makara,* 2004). Ezt vehetjük a 2000-ben Mexikóvárosban tartott globális egészségfejlesztési konferencia előszobájának, ahol egy nyolc pontból álló nyilatkozatot írtak alá az egészségügyi miniszterek, mely konkrét

elképzeléseket és megvalósításokat tartalmazott annak érdekében, hogy az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségeket minimalizálják (*Kishegyi* és *Makara,* 2004). A következő meghatározó helyszín Genf (2002), ahol kijelentik, hogy a Földön élő emberek egészségét leginkább a következő tényezők alakítják: egészségtelen étkezés, fizikai inaktivitás és a káros mértékű alkoholfogyasztás (*Egészségi Világjelentés*, 2002). A különböző szervezetek egészséggel kapcsolatos elképzelései mellett megemlítenék néhány szakember elképzelését is az egészséggel kapcsolatosan. *Parson* (1972) szerint az egészség az egyén olyan ezzel kapcsolatos képességének (alkalmazkodás, önállóság, összhang a fizikai, pszichológiai és a szociális lehetőségek között) az összessége, melyeket, a személy szocializációs folyamat során elsajátított értékei aktiválnak. *Seedhouse* (1986) megfogalmazása szerint az egészség mindenki számára mást és mást jelent, de az alapvető feltételeket figyelembe kell venni. Ilyen feltétel a megfelelő minőségű táplálékhoz jutás, vagy az információforrások biztosítása az egészségesebb élet reményében. *Antonovsky* (1987) szalutogenetikus modellje szerint az egészség kulcsa az egyén életstratégiájában érvényesülő ún. „koherenciaérzet”-ben keresendő. Szemléletében az egészség feltételeit és fenntartásának lehetőségeit kell keresni. *Insel* és *Roth* (2007), hasonlóan *Antonovsky*hoz, az egészség és betegség fogalompárját egy kontinuum mentén gondolják el. Az igazi kérdés azonban az, hogy ezen a kontinuumon hol helyezkedünk el, és milyen távolságra vagyunk az egyik, vagy a másik végponttól. Összességében megállapítható, hogy az egészség valóban egy soktényezős fogalom, ami a tudomány számos területén megtalálható. Általánosságban ugyanakkor elmondható, hogy a 17. századig a holisztikus szemlélet volt jellemző, majd ezután a különböző tudományok fejlődésének köszönhetően a figyelem már inkább az egészség biológiai, majd társadalmi faktoraira irányult (*Meleg*, 2002).

Láthatjuk ugyanakkor, hogy bizonyos pontok esetén a szervezetek és a szakemberek egészséggel kapcsolatos gondolatai összecsengnek, de ennek ellenére szeretnék megfogalmazni egy, az egészséggel kapcsolatos munkadefiníciót: *Az egyén egészségére minden létező külső és belső komponens befolyásoló erővel bír, amik közül csak azok aktiválódnak melyekre a személy fogékony. Annak érdekében, hogy a negatív tényezők elutasítása, a pozitív összetevők pedig elfogadása valósuljon meg a döntéshozáskor elévületlen érdeme van a szociális közegnek, különösképpen a kortárscsoport és a mintaadó személyek (szülők, pedagógusok) aktív közreműködésére. Azonban az elhatározás az egyénen múlik, azaz mely faktorokat tart fontosnak és melyeket elutasítónak.*

Az egészség fogalmának tisztázása során szembesültünk azzal a ténnyel, hogy számos elképzelés szerint lehet megfogalmazni ezt a terminust. Nemcsak a definiálás során találkozhattunk sokszínűséggel, hanem az egészségért felelős tényezők rendszerezése közben is. Alapvetően az egészséget befolyásoló összetevőket két nagy csoportba tudjuk sorolni. Szűkebb értelemben véve az életmódbeli tényező a meghatározó, mely az egyén egészséges életvitelével is kölcsönhatásban áll. Tágabb értelemben véve pedig a szociális, gazdasági és környezeti tényezők sorolandók ide. Több nemzetközi (*Dahlgren* és *Whitehead*, 1991; *Diderichsen, Evans* és *Whitehead,* 2001) és hazai (*Vitrai* és *Vokó,* 2004) egészségmodell is foglalkozik az egészségdeterminánsok átlátható rendszerezésével.

Mi az összetevők elemzésének kiindulópontjaként *Marc Lalonde* 1974-ben megjelent tanulmányát vesszük alapul. Ez a dokumentum azért bír nagy jelentősséggel, mert ez volt az első, egy adott kormány közreműködésével elkészült hivatalos anyag, ami az egészségmegőrzéssel kapcsolatos stratégiákat tárta fel a nagyközönség felé. Továbbá több ország (Svédország, USA) saját dokumentumának elkészítése során szolgáltatott alapot. Ebben a riportban jelenik meg az „Egészség-mező elmélet", melyben százalékos nagyságban megnevezi a betegség kialakulásáért felelős egészségmezőket (biológiai, környezeti, életmódbeli, egészségügyi ellátás) (*Kósa,* 2010). Ezt egy másik tanulmánnyal is párhuzamba állíthatjuk, ami szerint leginkább az életmód (43%) bír erős befolyással, de az öröklődés (27%) és a környezet (19%) is markánsnak mutatkozik, míg az egészségügyi ellátórendszer (11%) csak kis százalékban gyakorol hatást az egészségünkre (*Varga-Hatos* és *Karner,* 2008).

Az ember egészségi állapotát közvetlenül determinálják az öröklött tulajdonságok és az egészségmagatartása. Itt elsősorban a kockázati magatartásokra gondolunk (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, inaktivitás), de ebbe a csoportba tartozik az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, vagy éppen a problémákkal való hatékony megküzdés (*Pikó,* 1998). Közvetve szabják meg az egyén egészségét az élet során szerzett tulajdonságok (iskolázottság vagy motiváció) és az egyén társadalmi helyzete (családi állapot vagy hivatali pozíció). Nemzetközi vizsgálatok eredményei szerint fordított összefüggés található a hivatali ranglétrán elfoglalt pozíció és a halandóság, valamint számos krónikus betegség között (*Marmot, Smitj, Stansfeld, Patel, North, Head, White, Brunner* és *Feeneyi,* 1991). Ezt az eredményt egy másik vizsgálat is alátámasztotta, miszerint az életkor előrehaladtával bekövetkező egészségromlás szintén nagy eltérést mutatott a különböző társadalmi-gazdasági helyzettől, ugyanis minél magasabb beosztásban dolgozik valaki, annál hosszabb életre számíthat (*Chandola, Ferrie, Sacker* és *Marmot,* 2007). De a

gyakoribb egészségkárosító magatartások is jellemzőbbek az alacsonyabb társadalmi státuszú személyeknél (*Vitrai*, 2011b). Hazai kutatások leginkább a halandóságot vizsgálják különböző aspektusból, úgymint a kevésbé elmaradott budapesti kerületekben (*Józan* és *Forster*, 1999) vagy a lelki egészséggel való összefüggésben (*Kopp, Skrabski, Szántó* és *Siegrist,* 2006).

A környezeti tényezők közül közvetlen szerepe van az ember egészségi állapotában az egészségügynek. Tudjuk, hogy hazánkban az egészségügy több sebből vérzik, legyen szó bármely szektoráról, főként annak tudatában, hogy egy ország társadalmi-gazdasági fejlettségét az egészségügy minősége meghatározza. A fizikai környezet is közvetlen impulzussal hat az egészségre. Az idetartozó lehetőségek közé soroljuk a fizikai aktivitást elősegítő környezetet, vagy éppen a minőségi táplálkozás lehetőségét. A közvetlen ingerek mellett találunk olyanokat is, amelyek közvetetten fejtik ki hatásukat az ember egészségi állapotára. Ilyen tényező a pszicho-szociális környezet, ami az egyént körülvevő kisebb vagy nagyobb közösségi kapcsolati rendszer. Abban az esetben, ha olyan környezetben lakik valaki, ahol kicsi a társas támogatás és jellemzőbb az izoláció, ott nagyobb eséllyel történhet megbetegedés (*Stockdale, Wells, Tang, Belin, Zhang,* és *Sherbourne,* 2007). Ha ezen eredmény mentén vizsgáljuk a magyar lakosságot, akkor elmondhatjuk, hogy jellemző rájuk a másokba vetett bizalom és az önismeret hiánya, vagy éppen az önértékelési zavar, aminek köszönhetően negatív irányt vehet az ember egészsége (*Kopp,* 2008). Továbbá fontos az egészségre a gazdasági-politikai környezet, vagy egyszerűbben fogalmazva a társadalmi infrastruktúra elemzése (*Vitrai,* 2011a). Egy átfogó vizsgálat (*Klomp* és *de Haan*, 2009) szerint, ahol 170 ország adatait elemezték, arra a következtetésre jutottak, hogy ahol a demokrácia jelen van és jól is működik az pozitív, ahol pedig a politikai rendszer instabil ott negatív kapcsolatot mutat az egyén egészségével. A vizsgálat arra is rámutat, hogy a demokrácia kialakulását elősegíti a kedvező jövedelem, míg az egészségügyi rendszer minőségét a politikai stabilitás/instabilitás befolyásolja.

Az egyéni és a környezeti tényezők kölcsönhatása rendkívül sokrétű rendszert alkot, és azok folyamatos interakcióban vannak egymással. Fontos megjegyezni, hogy a különböző életszakaszokban a befolyásoló tényezők domináns szerepe az egészségben eltérő, ami tovább hátráltatja a tényezők mélyebb elemzését. Összességében azonban elmondható, hogy az egészségre ható tényezőkre inkább a dinamikusság jellemző, mintsem a statikusság.

2. SERDÜLŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA

Az egészségre, mint egyéni és környezeti tényezőként egyaránt ható egészségdeterminánsok elemzését követően, azokat az aktív és passzív viselkedésmintákat vesszük górcső alá, amelyek a serdülőkorban leginkább jellemzőek. Ezeket a tevékenységeket összefoglalóan egészségmagatartásnak nevezzük, melyek olyan magatartásformákat tartalmaznak, amelyek valamilyen befolyásoló erővel bírnak az egészséget illetően. Az egyén egészségmagatartását nagyban befolyásolja az egészségkultúra, ami az általános kultúra egyik összetevője. Ez folyamatosan és fokozatosan épül be az egyén személyiségébe, így már kisiskolás korban kiemelt szerepe van a szabályok elsajátításának. A serdülőkorral foglalkozó empirikus tanulmányok több szempont szerint elemzik ezt az életkort (*Csibi* és *Csibi*, 2013; *Költő* és *Zsíros*, 2013). Az a jelentősége ennek az időszaknak, hogy nemcsak anatómiai és élettani változásokon esnek át a gyermekek, hanem társas kapcsolataik és lelki életük is átformálódik (*Kiefer* és *Ryan*, 2011). Ennek következtében az egészségkárosító viselkedések gyakoribb megjelenése tapasztalható a serdülők egészségmagatartásával kapcsolatos vizsgálatok szerint. Több tanulmány is rámutat arra a tényre, hogy az egészségkárosító viselkedés gyakoriságával párhuzamosan az egészségvédő magatartásformák csökkennek (*Lohaus, Vierhaus* és *Ball*, 2009; *Currie* és *Williams*, 2000). A különböző egészségmagatartási minták kialakításához a serdülőkor a leghatékonyabb időszak, ugyanis ez egy olyan szakasz az ember életében, amikor még produktívan alakítható, formálható az ember személyisége. Később, a felnőttkorban már nehéz a kialakult egészségmintázatokon bármilyen befolyásolást is gyakorolni. Ennek ismeretében nevezhetjük ezt a fejlődési szakaszt szenzitív időszaknak is, amelynek jelentését a sport területén is használt fogalommal szeretném szemléltetni. Amikor a versenyzőnél különböző kondicionális és koordinációs képességeket fejlesztünk, akkor figyelembe kell venni az „érzékenységi" időszakot és a fejleszteni kívánt képességek kapcsolatát. Abban az esetben, ha ezt nem tennénk meg, akkor a későbbiekben már nem lenne mód olyan hatékonyan fejleszteni, így egyfajta deficit alakul ki a versenyző képességeinél, azaz nem éri el azt a legmagasabb szintet, amit az adottságai alapján predesztinálnánk (*Harsányi*, 2000). Ezt a gondolatmenetet átültetve az egészségmagatartási tényezőkre, azt jelenti, hogy amennyiben a minták elsajátítását serdülőkorban nem valósítjuk meg, akkor nem tettünk meg mindent annak érdekében, hogy felnőttkorára egészségesen éljen az egyén.

A téma más megközelítésből is bizonyítja relevanciáját, hisz sajnálatos módon hazánkban egyre aggasztóbb eredmények látnak napvilágot a serdülők egészségi szokásait, és ennek következtében kialakult egészségi állapotát illetően. A „van” helyzet hátterében a korán szerepet kapó egészségkockázati magatartási tényezők megjelenése, úgymint a dohányzás és az alkoholfogyasztás áll. Ez a jellegű szerfogyasztás megmutatkozik a korosztály mindennapi életében, aminek köszönhetően közvetlenül gyakorol hatást a felnőttkori egészségkockázati magatartásformák kialakulására. Így mivel a serdülőkorra jellemző a különböző egészségre káros szerek kipróbálása, még inkább kiemelendő ennek az életperiódusnak az ismerete. Ismert az a tény is, hogy a szerek használata azon túl, hogy az ember egészségi állapotában hozhat negatív irányú változást, hosszú évek leforgása alatt függőséget is okozhat, ami kihat az ember egész életére és egészségére (*Aszmann*, 2003). Ezen felül a rendszeres fogyasztás különböző rizikómagatartások (pl. ittas vezetés, szexuális agresszió, nemi betegségek) gyakoribb előfordulásával hozható összefüggésbe (*CDC Surveillance Summaries*, 1998). Kutatások bizonyítják, hogy amennyiben kipróbálásra kerül az egészségkockázati viselkedések közül bármelyik is, a többi kipróbálása is nagy valószínűséggel megtörténik. Ez ugyanúgy igaz az egészségvédő magatartások (fizikai aktivitás, helyes táplálkozás) esetén is (*Rogers*, 2003; *Aare*, 2007).

Az egészségmagatartást kialakító mintákat két csoportba tudjuk rendszerezni. Az egyik csoportba azok a minták kerülnek, amiket tudatosan alkalmazunk annak érdekében, hogy egészségesebben éljünk (egészségvédő magatartás), ilyen a fizikai aktivitás és a helyes táplálkozás (*Donovan, Frankel* és *Eyles*, 1993). A másik csoportot alkotó tevékenységre az a jellemző, hogy használat közben ugyan rövid, pillanatnyi pszichés javulást eredményeznek, ám hosszútávon ezzel az egészségre negatív hatást gyakorolnak (egészségkockázati magatartás), mint például a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás vagy éppen a szexuális viselkedés. Ennek köszönhetően előfordulhat, hogy a sportolás összefügg valamelyik egészségkockázati magatartással, ami az élménykereső motivációt feltételezi a tudatos magatartási döntés helyett (*Pikó, Barabás* és *Markos*, 1996). Minden ember rendelkezik bizonyos egészségvédő és egészségkockázati magatartásmintákkal, melyekkel befolyásolja saját egészségét. Ezek a minták javarészt serdülőkorban alakulnak ki, és minél gazdagabb az egyén egészségvédő mintákat tartalmazó tárháza, annál valószínűbb, hogy felnőttkorában egészségesebben fog élni (*Lamkin* és *Houston*, 1998). Nem mehetünk el amellett sem, hogy ne jegyeznénk meg a nagy impulzust gyakorló affektív tényezők szerepét az egészségmagatartásra, ennek részletesebb kifejtésére a szakirodalmi áttekintés későbbi részében teszünk próbálkozást.

Láthatjuk tehát, hogy az egészségmagatartás kétpólusú és igen komplex rendszer. A pozitív oldal erősítő, és a negatív oldal egészségkárosító szerepének a megismertetését már serdülőkorban el kell kezdeni annak érdekében, hogy a jövőt illetően egy egészségesebb, életüket minőségben jobban élő felnőttekké váljanak, ezzel pedig társadalmunk hasznos tagjai legyenek. A következő részben részletesen elemezzük a két pólust kialakító tényezők serdülőkre jellemző szokásrendszerét.

2.1 Egészségkockázati magatartások

Elsőként a negatív pólust meghatározó egészségkockázati magatartásformákat nézzük meg, melyek olyan tevékenységeket jelölnek, amik ártalmasak az egészség szempontjából.

2.1.1 Serdülők dohányzási szokásai

Társadalmunk legelterjedtebb egészségkockázati magatartásformája a dohányzás, melybe nemcsak az aktív, hanem a passzív dohányzás is beletartozik. A *KSH 2011*-es adata szerint a magyar lakosság közül csaknem 2,5 millió ember az, aki aktív dohányzó és megközelítőleg 4 millióra tehető a passzív dohányzók száma, aminek szintén komoly egészségügyi következményei lehetnek. A tüdőrák kialakulásának kockázatát növelő tényezők vizsgálata során kiderült, hogy a passzív dohányzás esetén nő a kialakulás esélye (*Taylor, Najafi és Dobson,* 2007), de szignifikáns összefüggést találtak a passzív dohányzás és a méhnyakrák kialakulása között is (*Zeng, Xiong, Wang, Li, Yao* és *Guo,* 2012). A serdülők körében is igen „népszerű" és egyre korábbra datálható a dohányzás kipróbálása, ugyanis úgy vélekednek erről, hogy ez a felnőtt lét velejárója, és így azonosulni tudnak a felnőttekkel. Kutatások bizonyítják, hogy ha a dohányzás iniciációja korán szerepet kap a serdülők körében, abban az esetben nagyobb annak a lehetősége, hogy felnőttkorára a dohányzás rabjává váljon (*Chassin* és *mtsai,* 1990; *Gilvarry,* 2000). Ezt az eredményt egy másik vizsgálat is alátámasztja, miszerint a felnőtt korú dohányzók 90%-a már serdülőkorában dohányzott (*Gorin* és *Arnold,* 1998).

A dohányzás kipróbálásának időpontja egyes kutatók szerint már általános iskola ötödik osztályában jelentkezik (18,8%). A gimnázium második évfolyamára már több mint 80%-ra duzzad azoknak a megkérdezett serdülőknek a száma, akik kipróbálták a dohányzást. Az életkor emelkedésével nemcsak a kipróbálók száma növekszik, hanem a dohányzás gyakorisága is (*Csizmadia* és *Várnai,* 2003). Egy másik (*Kovacsis, Sebestyén* és *Németh*, 2007) kutatás a nemek közötti különbséget hivatott vizsgálni, ami alapján a

magyar ötödikes fiúk 20,4%-a, a lányok 13,8%-a számolt be arról, hogy már kipróbálta a dohányzást. Hetedik osztályban mind a két nem esetén erős növekedés tapasztalható, a fiúk 47,7%-ának, míg a lányok 44,6%-ának volt kapcsolata a dohányzással. A nemek közötti eltérések esetén ugyanakkor csak az ötödik évfolyamon találtak szignifikáns különbséget. Az általános iskola végzős évfolyamán végzett kutatás szerint a megkérdezettek 46,7%-a már kipróbálta a cigarettát, viszont a nemek összehasonlításában nem találtak szignifikáns különbséget (*Ács, Boros* és *Rétsági,* 2011).

A hazai kutatásokat követően tekintsük át a nemzetközi vizsgálatokat is. Hasonlóan a magyar eredményekhez egy komoly nemzetközi tanulmány is felhívja a figyelmet a serdülők dohányzási szokásaira. A vizsgálat 36 ország 9. és 10. osztályos diákjai részvételével történt. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy azokban az országokban gyújtottak rá gyakrabban az elmúlt 30 napban, ahol magas volt a cigaretta kipróbálásának a prevalenciája. A résztvevő országok fiú átlag eredményéhez (29%) képest Magyarországon a fiúk 6%-kal magasabb értéket értek el az elmúlt 30 nap dohányzását tekintve. A lányok esetén az átlaghoz (28%) képest 11%-kal (*ESPAD*, 2011) magasabbat. *Pikó* (2003b) egy közel hatszáz fős minta vizsgálata alkalmával arra a következtetésre jutott, hogy a megkérdezett serdülők több mint fele dohányzott valamilyen gyakorisággal az elmúlt három hónapban.

A napi fogyasztást vizsgálva tizedik évfolyamon mind a két nem esetén emelkedés tapasztalható 2003-ban az 1995-ös adatokhoz képest. Az erősödést követően a nemek között még mindig nem találtak szignifikáns különbséget. Ugyanakkor figyelemre méltó azaz eredmény, hogy a lányoknál nagyobb mértékű (12,5%) a változás a fiúkéval (5,9%) szemben. Izgalmas eredményt produkált az oktatási intézménytípusok összevetése a dohányzási gyakoriság szerint: a szakmunkásképzőbe járó lányok és fiúk egyaránt gyakrabban dohányoznak a gimnáziumba járó társaikhoz képest (*Aszmann*, 2003; *Sándor*, 2006). A *Global Youth Tobacco Survey* (2003) magyarországi felmérése alapján a 13-16 éves korosztály 33%-a dohányzik kisebb-nagyobb rendszerességgel, míg az *ODE-Gallup Dohánymonitor* (2004) megállapítása szerint, a 2000-ben kapott eredménnyel szemben (férfi: 25%, nők: 20%) 2004-ben már a férfiak 35%, a nők pedig 27%-a tizenhat éves kora előtt kezdett el dohányozni. Azért találunk olyan eredményt is, ami arra enged következtetni, hogy bár százalékosan csökkenést tapasztalunk a dohányzást illetően, továbbra is a fiúk próbálják ki korábban, és továbbra sem találunk szignifikáns különbséget a nemek között (*Halmi* és *Németh*, 2010).

A sportolók dohányzási szokásai esetén alacsonyabb gyakoriságról számolnak be az irodalmak a nem sportoló társaikhoz képest (*Burke* és *mtsai*, 1997). A legtöbb vizsgálati eredmény szerint a sportolás negatívan korrelál a cigarettázással (*Terry* és *Connie,* 1997; *Melnick, Miller* és *Sabo,* 2001; *Peretti-Watel, Beck* és *Legleye,* 2002; *Fredricks* és *Eccles,* 2006). Nemek közötti kutatások alapján a sportoló fiúk kevesebbszer nyúlnak ehhez az egészségkárosító eszközhöz, mint a lányok, de az életkor emelkedésével ez a kép megváltozik, mert a nők szignifikánsan kevesebbet cigarettáznak, mint a sportoló férfiak (*Mikulán*, 2007). Egy másik hazai kutatás alkalmával 189 sportolón (átlagéletkor: 15,4 év) vizsgálták meg a szerfogyasztási szokásaikat. Az eddigiekhez hasonlóan a nemek esetén nem találtak szignifikáns különbséget. A kutatás kiterjedt a sportolók sportágtípusa (csapat és egyéni) szerinti szerfogyasztás összehasonlítására is. Az eredmények alapján kijelenthetjük, hogy az egyéni sportolók közül kevesebben próbálták ki a dohányzást, ugyanakkor a dohányzók elmúlt három hónapra vonatkozó adatai esetén nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között (*Mikulán* és *Pikó,* 2012).

Több tanulmány is foglalkozik az optimista gondolkodás és az életmód közötti kapcsolattal. Az eredmények tükrében kijelenthetjük, hogy az optimizmus nemcsak a gyakoribb fizikai aktivitással és a helyes táplálkozással jár együtt, hanem a dohányzás csökkentéséhez is hozzájárul (*Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse* és *Kromhout,* 2007; *Kelloniemi, Ek* és *Laitinen,* 2005).

2.1.2 Serdülők alkoholfogyasztása

A dohányzás mellett a másik leginkább elterjedt egészségkockázati tényező az alkoholfogyasztás, ami szintén függőséget okoz és összefüggésbe hozható más rizikómagatartások (pl. ittas vezetés, szexuális agresszió, nemi betegségek) gyakoribb előfordulásával is (*CDC Surveillance Summaries,* 1998). Azonban ismertek olyan alkoholfogyasztás-mintával (mértékletes) kapcsolatos vizsgálatok is, ami egyes betegségek (szívkoszorúér-betegség, agyvérzés, II-es típusú cukorbetegség) kialakulására védő hatást fejtenek ki (*Rehm, Baliunas, Borges, Graham, Irving, Kehoe, Parry, Patra, Popova, Poznyak, Roerecke, Room, Samokhvalov* és *Taylor,* 2010). Ki kell emelnünk, hogy bármennyire is mértékletes alkoholfogyasztásról beszélünk, számos betegség morbiditásának és mortalitásának a növekedését eredményezi.

A serdülők kapcsolata az alkohollal (kipróbálás) 11-13 éves kor környékére datálható (51,3%), és hasonlóan a dohányzáshoz, az életkor növekedésével párhuzamosan

az alkoholfogyasztás gyakorisága is emelkedik (*Csizmadi*a és *Várnai*, 2003). A HBSC 2002-es felmérése alapján a gimnázium első évfolyamán a fiúk 48,3%-a, a lányok 27,9%-a volt már kétszer vagy több alkalommal részeg (*Aszmann*, 2003). Az öt évvel későbbi HBSC felmérésnél az alkoholfogyasztás gyakorisága mindkét nem esetén emelkedést mutatott, ugyanis az ötödikes fiúk 46,8%-a már fogyasztott alkoholt. Hetedik osztályban 21,2%-ot emelkedve már 68%-a. A lányok eredményeit párhuzamba vonhatjuk a fiúkéval, hiszen a 12 évesek körében 35,4%-a már kipróbálta és 14 éves korban közel 30%-ot emelkedve 64,6%-a (*Kovacsis* és *mtsai.*, 2007). Ez a tendencia a 2010-es felmérésben is megmutatkozik a két évfolyam összefüggésében. A fiúk esetén 24,5%-os, a lányoknál 31,7%-os emelkedés tapasztalható (*Halmi* és *Németh*, 2010).

Nemzetközi eredmények alapján a lányok ugyan nagyobb százalékban próbálják ki az alkoholt, de a fiúk gyakrabban fogyasztanak (*ESPAD*, 2011). A vizsgálat alkoholra vonatkozó részében is tapasztalható az életkor emelkedésével párhuzamosan növekvő szerfogyasztás kipróbálása. A tizedik évfolyamot kiemelve, a 2003-as adatok az 1995-öshöz képest lehangoló képet mutatnak, ugyanis a fogyasztás gyakorisága mellett a részegség előfordulási aránya is emelkedett. Nemek vonatkozásában ismét arról tudunk beszámolni, hogy a lányoknál volt nagyobb az emelkedés. Az *ESPAD* országokban a vizsgált korosztály (gimnázium első és második évfolyama) 87%-a már legalább egyszer fogyasztott alkoholt. Az elmúlt egy év alkoholfogyasztás prevalenciáját tekintve, az átlagos gyakoriság 79% volt, ugyanez Magyarországon 87%. A nemek közti különbségek összehasonlítása a magyar és a nemzetközi eredmények alapján az *ESPAD* országok fiú átlaghoz (79%) képest Magyarországon 7%-kall többen, míg a lányok *ESPAD* átlagához (78%) viszonyítva pedig 10%-kal többen fogyasztottak alkoholt. Az elmúlt harminc nap alkoholfogyasztását elemezve is hasonló eredményt kaptunk, ugyanis a nemzetközi átlaghoz (57%) képest hazánkban a fiatalok 61%-a fogyasztott alkoholt. A nemek között itt sem találtak szignifikáns különbséget (*ESPAD*, 2011).

A sportolók alkoholfogyasztása esetén a dohányzástól eltérően ellentmondásos kutatási eredményekről számolhatunk be. Egyes eredmények szerint a sportolók alkoholfogyasztása korábbra datálható, ahogy gyakrabban is ittak, mint a nem sportoló társaik (*Hildebrand* és *mtsai*, 2001; *Leichliter* és *mtsai*, 1998; *Diehl, Thiel, Zipfel, Mayer, Litaker* és *Schneider*, 2012). Más eredmények viszont negatív összefüggést mutattak ki, következésképp később próbálták ki és kevesebbet is fogyasztottak (*Koss* és *Gains*, 1993; *Peretti* és *mtsai*, 2003; *Taub* és *Blinde*, 1992). Az amerikai serdülők sportolási és rizikómagatartási szokásainak nyolc évet átölelő vizsgálata alapján (*Taliaferro, Rienzo* és

Donovan, 2010*)* a sportoló fiúkra jellemzőbb az alkoholfogyasztás, mint a nem sportoló társaikra. A lányok tekintetében viszont nem találtak ilyen jellegű összefüggést. Felnőtt sportolók vizsgálatánál a nők szignifikánsan kevesebb alkoholt ittak, mint a férfiak (*Mikulán,* 2007). A nemek vizsgálatában az alkohol kipróbálását elemezve azt az eredményt kapták a szerzők, hogy kevesebb lány próbálta ki, mint fiú. A sportágtípusokkal történő összevetés során pedig több csapatsportágat űző sportoló számolt be arról, hogy már fogyasztott alkoholt, és ezt az elmúlt három hónapban többször és nagyobb mennyiségben is, mint az egyéni sportágat űző társaik. A vizsgálat kiterjed az edzők és az egészségmagatartási változók összefüggésére is, és azok a sportolók, akiknél a motivációs hátterükben szerepelt a „megfelelni a külső elvárásoknak" (ez tartalmazta az edzőnek való megfelelést), az alkoholfogyasztás havi prevalenciája alacsonyabb volt, ugyanakkor a „barátok, szórakozás" faktor szignifikáns összefüggést mutatott az egyszerre nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztással (*Mikulán* és *Pikó,* 2012). Azonban fontos megjegyezni, hogy csak abban az esetben segíthet az edző a tanítványai egészségmagatartási szokásainak pozitív kiépítésében, ha rendelkezik olyan attitűdökkel, mint a szakmai felkészültség, erkölcsös életvitel, általános műveltség, valamint kommunikációs ügyesség, gazdag és rugalmas viselkedésrepertoár, gyors helyzetfelismerés, konstruktív helyzetalakítás, erőszakmentesség, kreativitás, az együttműködés igényével és képességével, a pedagógiai helyzetek, jelentések elemzésének képességével (*Bognár,* 2010).

2.1.3 Serdülők droghasználata

A serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás ismeretén túl szükségesnek látjuk a drogfogyasztással kapcsolatos vizsgálati eredményeket is bemutatni. A drogfogyasztás némiképp különbözik az eddigiektől, ugyanis vizsgálata során egy ellapított ferde U alakú görbe rajzolódott ki, létrehozva két eltérő csoportot (alkalomszerű, rendszeres) a drogfogyasztás tekintetében (*Pikó,* 2003b). A 2010-es magyarországi HBSC (*Németh,* 2011a) felmérés keretén belül vizsgálták az illegális szerek és az egyéb drogok használatát a 9. és a 11. évfolyamos tanulók körében. Hazánkban a leggyakrabban kipróbált szer a kannabisz, aminek kipróbálásáról a megkérdezettek 23,7%-a számolt be. A képzeletbeli dobogó második és harmadik fokára a gyógyszer, valamint a gyógyszer és alkohol kombinációja került, ami összesen 12,1%-os prevalencia-értéket ért el. Az összes egyéb szer összevetve 14,7%-os prevalencia értéket képviselt a vizsgálatban. *Sebestyén* (2003) vizsgálata rámutat arra, hogy azoknak a serdülőknek, aki kipróbálják valamelyik illegális

szert, szerencsére csak viszonylag kis százaléka válik a szer rabjává. De figyelemreméltó, hogy évről évre növekszik a kipróbálók száma (*Németh,* 2011a). Ez a jelenség nemcsak nálunk tapasztalható, hanem egy amerikai tanulmány eredményei (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration,* 2010) is erre engednek következtetni. Szintén egy amerikai, serdülők sportolási és egészségmagatartási szokásait vizsgáló tanulmány szerint (*Taliaferro* és *mtsai,* 2010) a sportoló fehér fiúkra kevésbé volt jellemző a marihuána- és kokainfogyasztás, mint a nem sportoló fiúkra. A fehér lányok esetén hasonló eredményről számoltak be a szerzők. Ezt az eredményt támasztja alá más empirikus vizsgálat eredménye is (*Diehl* és *mtsai*, 2012). Azonban figyelemfelkeltő az a magyar vizsgálat is, ami sportiskolások körében végzett tiltott szerhasználat esetén a kipróbálók számának növekedéséről számolt be az előző vizsgálathoz képest (*Bollók, Vingender, Sipos, Tóth* és *Nagy,* 2009). Ahogy a dohányzás esetén, itt is megvizsgálták az iskola típusa szerinti drogfogyasztást. Az eredmény megegyezik a dohányzással, azaz a gimnáziumban tanuló diákok kipróbálási és rendszeres fogyasztási gyakorisága esetén is kisebb értékeket értek el, mint a szakmunkás és szakképző iskolák tanulóinál (*Németh,* 2011a). Szintén az oktatási intézmények körében végeztek olyan szakirodalmi elemzést, amelyeknél a dohányzás és a marihuána közötti összefüggést vizsgálták. Az elemzés végeredményeként a szakiskolai diákok a veszélyeztetettek, hisz náluk tapasztalható a gyakoribb kettős szerhasználat (*Ramo, Liu* és *Prochaska,* 2012).

2.1.4 Serdülők szexualitása

A nemi betegségek kialakulásáért leginkább a serdülők negatív szexuális attitűdje a felelős. Mivel a szexuális magatartás tanult viselkedési forma, így fontos a mintaadó személyek viszonya a szexhez. Elsődlegesen a család szerepe kiemelt, ennek ellenére a gyermekek 1/5-e apai/anyai mintát nélkülözve nő fel. Egy másik jellegű probléma a családok eltérő szexuális értékrendje. A különbségek csökkentése és az értékeknek az egészséges magatartás medrébe terelésében fontos, felelős szerepet tölt be az oktatási intézmény és a pedagógus egyaránt. Az első szexuális kapcsolat, hasonlóan a többi egészségkockázati magatartáshoz, az egyre fiatalabb korosztályt érinti. *Németh* (2003) vizsgálati eredménye alapján a serdülők átlagosan 37,2%-ának már volt szexuális kapcsolata, és ezen belül 25,7%-a jelezte, hogy ekkor 14 éves vagy fiatalabb volt. A kilencedik osztályos tanulók között a lányok 18,5%-ának, míg a fiúk 27,6%-ának, míg a tizenegyedikes lányok 52,5%-a, a fiúk 48,7%-a jelentette, hogy volt már szexuális kapcsolata. A kutatás azt is kimutatta,

hogy a szexuálisan aktív serdülők gyakrabban fogyasztanak alkoholt, és gyakoribb a rendszeresen dohányzó közöttük (*Németh* és *Szabó*, 2003). *Pikó* (2003b) vizsgálatában részt vett hallgatók 44,5%-ának volt szexuális kapcsolata az elmúlt három hónapban. Az ilyen fiatalon történő első szexuális élmény nemcsak testileg, hanem lelkileg is felkészületlenül éri a serdülőket. Így jellemző a védekezés nélküli aktus, ami párosulhat azzal, hogy gyakran cserélik partnerüket is, ezzel növelve a számtalan szexuális úton terjedő nemi betegség kialakulásának kockázatát a serdülők körében (*Mojola* és *Everett,* 2012).

2.1.5 Serdülők és a depresszió

Az egészségmagatartási minták befolyásolják a testi és lelki egészségünket, valamint az életünk minőségét, és a depressziós tünetek előfordulásában is szerepet játszanak. A depresszió (depresszív tünetegyüttes) létezése egyidős az emberiséggel. A történelem során számos elnevezése volt ugyan, de lényegében ma is az ember érzésvilágát, gondolatait és cselekvéseit egyaránt negatívan befolyásoló létezésmódot jelenti, tulajdonképpen egyfajta negatív életminőség (*Tringer*, 2003). A depresszió megjelenése már a serdülők körében is gyakori, ugyanis a XX., és még inkább a XXI. századra jellemző rohanó életmód, valamint a magas elvárások óhatatlanul generálják a serdülők depresszív életérzéseit. Gyakoriságbeli megjelenéséről egy országos reprezentatív minta alapján kapunk képet, ugyanis 1988-tól kezdődően, 7 év elteltével 24,3%-ról 30,6%-ra emelkedett a 16 év feletti lakosság depresszív érzése (*Kopp, Szedmák, Lőke* és *Skrabski*, 1997). A nemek közti különbséget megvizsgálva a nők/lányok (33,3%) jeleztek gyakrabban depresszív tüneteket, a férfiaknál/fiúknál (27,2%). Amennyiben az életkor függvényében elemezzük a gyakoriságot, akkor a dohányzás és alkoholfogyasztás eredményéhez hasonlóan az életkor emelkedésével a depresszív tünet is, prevalenciáját tekintve, többször jelenik meg (*Kopp* és *mtsai*, 1997; *Keresztes* és *Pikó*, 2005; *Gorenstein, Andrade, Zanolo* és *Artes*, 2005; *Fitzpatrick, Pikó, Wright* és *Lagory*, 2005). Bizakodásra ad okot, hogy az utóbbi években pozitív elmozdulás mutatkozik, ugyanis egy összehasonlító vizsgálatban a Gyermekdepresszió Kérdőív (CDI) pontszámban csökkenés tapasztalható a serdülők körében. Mindkét esetben a lányok értek el magasabb pontszámot, viszont a csökkenés is a lányok esetében volt nagyobb (*Pikó,* 2008). Elgondolkodtató a jövőre nézve, hogy ha már serdülőkorban kialakul ez a fajta negatív életérzés, akkor az kihat a felnőttkor életminőségére is (*Cyranowski, Frank, Young* és *Shear*, 2000*; Hankin, Abramson, Moffitt,*

Silva, McGee és Angell, 1998). Egy hazai longitudinális vizsgálat eredménye szerint, akik fiatalon depresszív tüneteket produkálnak, nagyobb eséllyel betegednek meg a későbbiekben (*Kopp* és *mtsai,* 1997). A depresszív tünetegyüttes szorosan kapcsolatba hozható az egészségi állapot önbecslésével is, ugyanis minél magasabb az egyén depresszív tünetegyüttesének pontszáma, annál inkább negatívan látja saját egészségi állapotát (*Kopp* és *mtsai,* 1997; *Pikó*, 2002).

Az impulzivitás – depresszió kapcsolatában szerepet játszhat a maladaptív coping előtérbe kerülése (*Cyders* és *Coskunpinar*, 2011). Impulzív betegekben megfigyelték, hogy a szorongás *acting out* típusú viselkedésre serkenti őket (*Askénazi, Sorci, Benoitm, Lestideau, Myquel* és *Lecrubier,* 2003). A magatartási válaszreakció inhibíciós zavara továbbá egyértelműen hajlamosít agresszív kitörésekre, ebben a folyamatban a túl gyors információfeldolgozás okozta kognitív torzulás és a következményes szituációkontroll hiánya kap szerepet (*Vigil-Colet* és *Codorniu-Raga*, 2004; *Nagtegaal* és *Rassine*, 2004). Egy vizsgálatban azt találták, hogy bár az ún. kockázatos agresszió a fiúk körében gyakoribb, a verbális és fizikai agresszió szintjében azonban nem volt jelentős eltérés nemek szerint, ráadásul valamennyi agressziótípus szoros összefüggést mutatott az impulzivitással (*Campbell* és *Munver*, 2009).

2.2 Egészségvédő magatartások

Az egészségkockázati magatartásformák mellett egészségvédő magatartások is jelen vannak, amelyek az egészség jegyében végzendő tevékenységeket jelentik.

2.2.1 Serdülők fizikai aktivitása

A legfontosabb egészségvédő magatartás a serdülők és a többi korosztály esetén is a fizikai aktivitás. Ellenpólusaként jelenik meg mai társadalmunkban az ülő életmód és az ezzel párhuzamosan egyre dominánsabbá váló különböző technikai vívmányok mindennapi használatából adódó inaktivitás. Ez az úgynevezett képernyőhasználat (TV, Internet) kialakulása már nem is serdülőkorban jelentkezik először, hanem jóval korábbra, az óvodás korra datálható.

Az aktív mozgás és annak minél rendszeresebb megjelenése az egészségi állapot mindhárom (szomatikus, pszichés, pszichoszociális) dimenzióját pozitív irányban befolyásolja (*Frenkl,* 1993). A szomatikus dimenzió esetén leginkább az összkoleszterinszint csökkentését említenénk meg, ami a koszorúér-betegségek

kialakulásának prevenciójában játszik fontos szerepet (*Ignarro, Balestrieri* és *Napoli*, 2007), de megakadályozza a túlsúly kialakulásának kockázatát, a csontritkulás létrejöttét (*Szőts, Frenkl, Farkas, Martos, Jósfay, Győre* és *Poór*, 2004), valamint csökkenti a nyugalmi vérnyomást. *Jákó* (1994) a magyar lakosság körében végzett vizsgálatában kimutatta, hogy az inaktív személyeknél gyakoribb a tartós betegségben szenvedők és az egészségügyi panaszok aránya, mint az aktív személyek körében. Emellett egészségtudatosságuk is jobb a rendszeresen sportolóknak. A rendszeres fizikai aktivitás a pszichés funkciókra is kifejti jótékony hatását a noradrenalin felszabadulásával, ami jobb közérzetet biztosít és segíti a szorongás és a depresszió oldódását is (*Pikó* és *mtsai*, 1996; *Siever* és *Davis*, 1985). Pszichoszociálisan hatást gyakorol a nagyobb önbizalomra és elősegíti a pozitív gondolkodásmód kialakulását (*Baker, Little* és *Brownell*, 2003), de emellett a társas kapcsolatok kialakításában is nagy szerepet tölt be. A fiúkra inkább jellemzőbb a sportolás, mint a lányokra, ugyanakkor az életkor emelkedésével csökken a fizikai aktivitás, mind a két nem esetén, így a mindennapi mozgás gyakorisága negatív képet mutat a nem, és az életkor viszonya között (*Szabó,* 2003; *Halmai* és *Németh*, 2011). *Hamar* (2005) vizsgálata is alátámasztja az előző megállapítást: serdülőkorban a lányok közel fele nem végez sporttevékenységet. A másik fele az „aktív" sportot csak az oktatási intézmény keretein belül végzi. A nemek közötti különbségek hátterében az eltérő sportmotiváció (*Pikó, Pluhár* és *Keresztes*, 2004) és az eltérő attitűd áll (*Lantz* és *Schroeder*, 1999; *Lenskyj*, 1990). A fiúk nemcsak a mozgást illetően aktívabbak, hanem a képernyő előtti inaktivitásban is, amit nemzetközi vizsgálat is alátámaszt (*Olds, Wake, Patton, Ridley, Waters, Williams* és *Hesketh, 2009).* Azonban találunk olyan kutatási eredményt is (*Takács,* 2013), ami bizakodásra adhat okot, ugyanis az ifjúság 2000-es és 2008-as vizsgálata alapján a rendszeresen sportolók száma növekedett, szintén a fiúk gyakoribb sportolásával, valamint 25 perccel csökkent a tévénézésre fordított idő a két vizsgálati év között, így negatív kapcsolat igazolódott a sportolás rendszeressége és a tévézésre fordított idő között. A sportolás lehetősége mellett a kor, a nem és a földrajzi helyzet is befolyásoló tényező a fizikai aktivitásra eltöltött időre (*Kimm, Glynn* és *Kriska*, 2000; *Trost, Owen* és *Bauman*, 2002; *Felton, Pate* és *Parsons*, 1998).

2.2.2 Serdülők táplálkozása

Az egyén egészségi állapotának alakításában nemcsak a fizikai aktivitás rendelkezik befolyásoló erővel, hanem az egészséges táplálkozás is. Egy 2010-es felmérés (*Global Burden of Disease Study,* 2010) eredménye szerint az előbb említett két egészségmagatartási viselkedés együttes megjelenése 10%-ban magyarázza a betegségek kialakulását, valamint a legmarkánsabb rizikófaktornak bizonyultak a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a magas vérnyomás kialakulásánál (*Lim* és *munkatársai,* 2012). Szenzitív időszaka a serdülőkor, ugyanis a bevitt tápanyag minősége meghatározza a szervezet gazdaságos működését, növekedését, emellett befolyásolja egészségünket és szellemi tevékenységünket is. *Pikó* (2003b) eredményei arra mutatnak rá, hogy a fiatalok 20,1%-a egyáltalán nem, míg 21%-uk odafigyel az étkezési szokásaira. A nemek vizsgálatánál az derült ki, hogy a fiúk nem igazán törődnek az egészséges táplálkozással, ezzel megfosztva saját magukat egy fontos preventív tényezőtől, bár ez nem bizonyul statisztikailag szignifikánsnak. Egy kutatás eredménye alapján a lányoknál gyakrabban fordul elő az egyes étkezések kihagyása (*Németh* és *Szabó,* 2003). Az egészségre veszélyes táplálkozási zavarok közül a serdülő lányok körében egyre markánsabbnak mutatkozik az anorexia nervosa (kóros étvágytalanság) és a bulimia nervosa (kóros falánkság), aminek hátterében pszichogén okok állnak. A fiúk csoportjában pedig a testépítéshez használt különböző táplálék-kiegészítők jelentenek potenciális veszélyt az egészségre (*Brettner,* 2006). Egy másik kutatásban a főétkezések gyakoriságát elemezték és az eddigi eredményekkel megegyezően az életkor növekedésével fokozatosan csökken a reggeli, ebéd és a vacsora fogyasztásának gyakorisága. Az egészségtudatos étkezés fontos része a zöldség és gyümölcs fogyasztása, és az üdítőitalok, édességek kerülése. A megkérdezett diákok 23,6%-a evett naponta zöldséget, míg 13%-uk egyáltalán nem fogyasztott gyümölcsöt. Ami pedig a napi édességfogyasztást illeti, a megkérdezett gyermekek 30,6%-a számolt be rendszerességről, míg 31,7%-uk ivott szénsavas üdítőt (*Németh,* 2011b). Hétköznapokon jóval rendszertelenebbül táplálkoznak a serdülők, mint hétvégén, aminek hátterében a szocializáció „fejlődésével" egyre lazább szülő-gyermek közti kapcsolat áll. Sajnálatos módon a szülők nem tekintik fontosnak a fiatalok helyes táplálkozását, aminek köszönhetően elkerülhető lenne a gyermekkori elhízás, aminek az egészségre kifejtett hatása csak a későbbiekben jelentkezik, mint például a kettes típusú diabétesz kialakulása vagy éppen a kardiovaszkuláris problémák megjelenése (*Iannotti,* 2006). A szülők befolyásoló ereje mellett a barátok étkezési szokásai is nagy hatással vannak a serdülők

étkezési habitusára. Egy 2012-es tanulmányban (*Bruening, Eisenberg, MacLehose, Nanney, Story* és *Neumark-Sztainer,* 2012) pozitív kapcsolatot találtak a serdülők és a barátaik reggelizési szokásai, tejtermék-, zöldség- és teljes kiőrlésű pékárufogyasztása tekintetében. Amennyiben különbséget keresünk a sportoló és a nem sportoló serdülők táplálkozását illetően, akkor *„a sportolók rendszeresebben esznek, ritkábban marad ki a reggeli, kevesebbszer étkeznek gyorsétteremben, több zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak, mint nem sportoló társaik. Édesség és szénsavas üdítő fogyasztásuk viszont hasonló. (Cupisti, D'Alessandro* és *Castrogiovanni,* 2002*)"* – idézte *Mikulán* és *Pikó* (2009). Más vizsgálatok szerint a hetente több alkalommal sportoló serdülők jelentősen több gyümölcsöt és zöldséget fogyasztanak és kevesebb szénsavas üdítőt is isznak, mint kevésbé aktív társaik. (*Németh,* 2007*)*. Svájci sportoló és nem sportoló serdülők táplálkozási szokásait vizsgálták, és arra a következtetésre jutottak, hogy bár a sportolók egészségesebben táplálkoztak, de az átlagos energiabevitelük ennek ellenére nem különbözött a nem sportoló társaiktól (*Cavadini, Decarli, Grin, Narring* és *Michaud,* 2000). Egy másik kutatásban különböző sportágakat hasonlítottak össze az energiabevitel szempontjából és az erősportokban, valamint a súlycsoportban sportoló serdülők étkezési szokásai magasabb energiabevitelről tanúskodtak (*Croll, Neumark-Sztainer, Story, Wall, Perry* és *Harnack,* 2006).

Az étkezési szokások és a társas befolyásolás összefüggésében végzett empirikus tanulmányok mind negatív (*Eisenberg* és *Neumark-Sztainer,* 2010), mind pedig pozitív (*Bruening* és *mtsai,* 2012) kapcsolatról is beszámolnak. Így nem szabad megfeledkezni, hogy a két legfontosabb egészségvédő magatartást meghatározó adaptív viselkedésformák gyakoriságát determinálja a kortárs, és a kortárscsoport hálózatának normarendszere (*Salvy, de la Haye, Bowker* és *Hermans,* 2012).

2.3 Serdülők egészségi állapot önértékelése

A serdülők egészségmagatartásával kapcsolatos szakirodalmi rész áttekintésénél érdemes megemlítenünk a serdülők önminősítését az egészségi állapotuk vonatkozásában. Fontossága, hogy ez egy egyszerű mérési módszer, és az eredményekből igen fontos és sokoldalúan felhasználható (testi és lelki egészség) információt nyerhetünk (*Farmer* és *Ferraro,* 1997). Egyszerre kapunk objektív információt a személy egészségével kapcsolatban, valamint az ezekre adott szubjektív véleményéről. Az önminősítés összefüggésbe hozható az egyén pszichés közérzetével és egészségmagatartásával (*Pikó,*

Barabás és *Boda,* 1997*; Wade, Pevalin* és *Vingilis,* 2000). Az eredmények következtetése során szükséges odafigyelni arra, hogy több tényező befolyásolja az önértékelést. Ilyen például a gazdasági és társadalmi státusz, a mi kutatásunk szempontjából releváns életkor és nem.

Serdülőkorban – főleg a lányok esetén – a kamaszkor elején romlik az egészségük önértékelése, emellett számos szubjektív panasz megjelenéséről tájékoztatnak az eredmények (*Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe* és *Woynarowska,* 2001). Ugyanakkor a férfiak egészségesebbnek ítélik magukat. Ezt a megállapítást támasztja alá több kutatási eredmény is (*Asfar, Ahmad, Rastam, Mulloli, Ward* és *Maziak,* 2007; *Ahmad, Jafar* és *Chaturvedi* 2005). Több európai ország egyetemi hallgatóinak önértékelési vizsgálata során, hasonlóan a felnőttek körében a fiúk egészségesebbnek ítélik magukat (*Vaez* és *Laflamme,* 2003; *Mikolajczyk, Brzoska, Maier, Ottova, Meier, Dudziak* és *El Ansari,* 2008). Ami pedig a serdülők egészségi állapotának önértékelését illeti, a magyar empirikus kutatások (*Pikó,* 2000, 2007) nem találtak nemek között különbséget. A HBSC 2010-es jelentés is alátámasztja Pikó eredményeit, ahol a 9. és 11. osztályos fiúk kedvezőbbnek tartják egészségi állapotukat a lányokéhoz képest, de összességében a 11-18 éves korosztály egészségét kitűnőnek vagy jónak ítéli (*Költő* és *Kökönyei,* 2011). *Keresztes* és *Pikó* (2005) tanulmányában azonban a nemzetközi eredményeket támasztja alá, miszerint a fiúk gyakrabban minősítik egészségi állapotukat kiválónak, mint a lányok. Ez összefüggésbe hozható azzal az elfogadott szocializációs szereppel, miszerint az egészségi problémák és a gyengeség inkább a női szerepekkel egyeztethető össze (*Anson, Paran, Neumann* és *Chernichovsky,* 1993). Az Amerikai Egyesült Államok (*Wade* és *mtsai,* 2000) és Irán (*Hosseini, Maghami, Kelishadi, Motlagh, Khoshbin, Amirkhani Heshmat, Taslimi, Ardalan* és *Hosseini,* 2013) serdülői között végzett reprezentatív vizsgálat sem mutatott ki nemi különbséget az egészség önminősítésére.

2.4 Serdülők társas támogatása

Hasonlóan más egészségmagatartási formához, a társas háló egészségattitűdjeinek és viselkedésének meghatározó szerepe van a fiatalok egészségmintáinak kialakításában (*Young* és *Medic,* 2011). A társas háló alatt a családot, a barátokat, a kollégákat és az egészségügyben dolgozó szakembereket értjük. Fontossága abban rejlik, hogy ebben az életszakaszban több színtér is szerepet játszik. Ezek közül a legfontosabb szerepe a családtámogató magatartásának van (*Bagdy*, 1986). A családhoz hasonlóan az iskola

légköre és a pedagógusok szerepe is megkérdőjelezhetetlen, de lényeges és egyre dominánsabb a kortárscsoport befolyásoló ereje. A szociális tanulás elmélete szerint az emberi viselkedés egyfajta folyamat, ahol az észlelés, a viselkedés és a környezet kölcsönhatásban van egymással. Ez a folyamat leggyakrabban a belső társas halóba tartozó személyektől ered, mely szerepet nemegyszer a legközelebbi barátok vagy a szülők töltik be, de a tanárok, nevelők, edzők motiváló szerepét is magában foglalja (*Smith,* 2003). A társas kapcsolatokat és a fizikai aktivitást nemcsak a tanulás elméletével lehet kapcsolatba hozni, hanem az úgynevezett tervezett cselekvéselmélettel is (*Bozionelos* és *Bennett,* 1999), mely a társas hatásokat is hasonlóan fontosnak tekinti, mint az egyéni tényezőket. A társas hatásokat az egyén számára fontos személyek által észlelt nyomásként fogalmazza meg, melyek egy adott cselekvési mód átvételére, illetve elutasítására késztetnek. Az elmélet fontos összetevője a szubjektív norma, ami az egyén hitét, bizalmát jelenti az általa fontos személy magatartásmintájára vonatkozóan, valamint a szándék, amit sok magatartási, normatív és kontrolltényező befolyásol (*Ajzen,* 1991).

A szülői és testvéri minta fontossága is kétségbevonhatatlan (*Pál, Császár, Huszár* és *Bognár,* 2005; *Buckworth*, 2000), ami mellett a közös családi eseményeken való részvétel is jelentős védőfaktornak bizonyult más egészségmagatartással (pl. szerfogyasztások gyakoriságával) kapcsolatban (*Pikó* és *Balázs,* 2012). Amíg az anya leginkább az érzelmi hátteret biztosítja a serdülőnek, addig az apa egyfajta kontrollfunkciót lát el a családban (*Caldwell, Wright, Zimmerman, Walsemann, Williams* és *Isichei,* 2004; *Dixon, Gill* és *Adair*, 2003). Érdemes megjegyezni, hogy a szülők és a család sporthoz való kedvező hozzáállása meghatározza a barátkozás irányát, akik így többnyire sportoló barátokat választanak maguknak (*Carr,* 2009). A szülők szerepében kettősség rejlik: míg az apa inkább célzott és gyakorlati tanácsokkal látja el gyermekét sportkarrierjével vagy sporttevékenységével kapcsolatban, addig az anya lelki megerősítést nyújt, és pozitív értékelésével motivál (*Wuerth, Lee* és *Alfermann,* 2004). Leginkább a korábban sportoló szülők szerepe kiemelt e tekintetben: a motivációs paletta a sportoló gyermekeik irányába a közvetlen értékeléstől és kontrolltól, valamint instrukcióktól a közvetettebb támogatásig és ösztönzésig terjed (*Holt, Tamminen, Black, Sehn* és *Wall,* 2008*).* A szülőkkel való kapcsolat minősége természetesen szintén meghatározó a sporttal kapcsolatos motivációs struktúra alakulása szempontjából, és fontos szerepe van a bizalom és a szoros kötődés kialakulásában (*Keegan, Harwood, Spray* és *Lavallee,* 2009). A szülők motiváló ereje elsősorban nem annak köszönhető, hogy aktívan sportolnak, hanem sokkal inkább a korábbi sportolói pályafutásuknak, a sporthoz való viszonyuknak, a sportesemények

követésének, és általában a sport szeretetének az életükben (*Keresztes, Pikó, Pluhár* és *Page,* 2008). Vannak vizsgálatok, amelyek a szülők szerepét hivatottak feltérképezni. A legtöbb tanulmány kifejezetten az apa sportolását tartja kiemelt mintának a fiatalok számára (*Vilhjalmsson* és *Thorlindsson,* 1998). Az anya sportolói attitűdje is mintaként szolgálhat, különösen a lányok esetében, hiszen az ő fizikai aktivitásuk idővel erőteljesebben csökken, mint a fiúké (*Stucky-Ropp* és *DiLorenzo,* 1993). Kifejezetten sportolók motivációs struktúrájának vizsgálata során kapott eredmények szerint a szülői elvárásnak való megfelelés dominál, mely az edző elvárása mellett a második döntő motivációs hatás, kifejezetten iskolás korban (*Mikulán* és *Pikó,* 2011).

A kortársak a legerősebb pozitív motivációs bázist jelentik, hiszen ehhez társul a serdülőkori konformitásigény kielégítése is, mely meghatározza a kortárscsoportban elfoglalt helyet, népszerűséget (*Page, Taylor, Suwanteerangkul* és *Novilla,* 2005). A személyiségformálás szempontjából a társas elfogadás ebben a korban különösen meghatározó. Minél inkább olyan közösségbe tartoznak a serdülők, ahol többségben vannak az egészségkárosító magatartást képviselő társak, annál nagyobb az esélyük, hogy maguk is ilyen magatartási értékeket képviseljenek (*Tomé, Matos, Simões, Diniz* és *Camacho*, 2012). Egy vizsgálat rámutat arra a tényre is, hogy a legjobb barát alkoholfogyasztása szignifikánsan összefügg a serdülő alkoholfogyasztásával (*Bot, Engel, Knibb* és *Meeus*, 2005). De a dohányzás esetén is kimutatták, hogy már néhány legjobb barát dohányzása is szignifikánsan növeli a dohányzás kipróbálásának és a rászokás esélyét (*Alexander, Piazza, Mekos* és *Valente,* 2001). A legjobb barát hatása tehát kettősséget hordoz magában, ugyanis nemcsak a szerfogyasztásban lehet erős motivációs tényező, hanem olyan egészségvédő magatartásformák átvételében is, mint a rendszeres sportolás. Sok esetben a testvér sportolása is kihat a serdülők motivációjára, azonban jóval gyengébb befolyásoló erő, mint a közvetlen barátok szerepe (*Pikó* és *Keresztes,* 2007).

A társas támogatás megjelenésének egyik kiemelt helyszíne serdülőkorban az iskola, mint ismeret és érték átadó, érték-meghatározó terep. Az oktatási-nevelési intézmény légkörének és minőségének meghatározásában kulcsszerepet játszik a pedagógus személyisége. Az egészségmagatartással kapcsolatos információk átadásának központi szerepét betöltő oktatási intézmény, pedagógiai programjának segítségével igyekszik hatékonyabbá tenni közvetett befolyásoló erejét. Az egészségnevelés koncepciója mögött húzódik egy „rejtett tanterv” is, mely maga az intézmény infrastruktúrájának, kapcsolatrendszerének, környezetének és szellemiségének köszönhetően informálja a tanulót (*Brettner,* 2006). A pedagógiai programok sorra veszik

azokat a determinánsokat, melyek negatív vagy pozitív irányban határozzák meg az egészségmagatartást. Sajnálatos módon a legtöbb program csak a testi egészség kérdése köré csoportosítja az ellátandó feladatokat, elfelejtve a lelki eredetű problémák kezelését. A problémát tovább fokozza, hogy az egészségfogalom tartalma rendkívül széles spektrumot fed le, melynek köszönhetően az egészséggel kapcsolatosan más és más megvilágított elmélettel találkozunk (*Fitzpatrick,* 1984). Amennyiben hatékonyan szeretnénk hatást gyakorolni a serdülők egészségmagatartására az oktatási intézmény keretén belül, rendkívül fontos, hogy az egészségnevelési koncepció kialakítása során nagy hangsúlyt kapjon a lelki egészségnevelés is. A lelki egészség definícióját, még annyira sem lehet megközelíteni, mint az egészség terminusát: *„Nem tudjuk, hol van és mindenkire érvényes-e egy határ, melyet különböző irányba átlépve a lelki egészség birodalmában járunk vagy éppen kiléptünk belőle."* (*Meleg,* 2002, 23. o.). Nemcsak a különböző eredetű egészségfogalmakkal kell megküzdeni az oktatási intézményeknek, illetve, hogy mely elmélet mellett állnak ki, hanem magával az iskolai egészségneveléssel is, mely a különböző koroknak megfelelően divergál (*Meleg,* 2002). Ennek megfelelően korunk társadalmi elvárása az iskolával szemben sokrétű, melyben az oktatás dominanciája mellett már a nevelés is markánsan jelentkezik, ami természetesen az egészségnevelést is tartalmazza.

A megfelelően megtervezett programok és nevelési folyamatok irányítását közvetlenül a pedagógusok végzik. Fontos tisztáznia a pedagógusnak önmagának, hogy milyen szerepet tölt be az egészségnevelés folyamatában. Tudatában kell lennie saját testi-lelki egészségének, és hogy miként tudja befolyásolni saját egészségét, növelni életminőségét. Abban az esetben, ha ezeket a tényezőket figyelmen kívül hagyja, nem ismeri sajátmagát és az egészséggel kapcsolatos attitűdjét, csökkenti a program hatékonyságát, mivel feladat-végrehajtóként determinálja magát a folyamatban. Ellenben ha együttműködő szerepet tölt be, akkor mintaadó személyiséggé válhat, aminek köszönhetően igen markánsan befolyásolhatja a serdülők egészségmagatartását és ezzel kapcsolatos egészségattitűdjeit. Egy 2004-es vizsgálat (*Paksi, Felvenczi* és *Schmidt,* 2004) során, amit az Oktatási Minisztérium kezdeményezett, ezer pedagógust kérdeztek meg az egészségfejlesztés mértékéről és tartalmáról. Az eredmény szerint az egészségfelfogás holisztikus (testi-lelki-szociális tényezők) szemlélete hiányzik a magyar közoktatásból. Egy másik vizsgálat eredménye is ezt támasztja alá, ugyanis a kérdőívvel felmért gyermekek 95%-a számára biztosított a mindennapos testmozgás, míg a lelki egészségvédelem mindösszesen 5%-ban van jelen (*Kaposvári*, 2007). Láthatjuk tehát, hogy

a hatékony egészségneveléshez szükséges holisztikus szemlélet tényezői között igen nagy távolság található. A megoldásra ahhoz, hogy az iskolai egészségfejlesztés során közelítsenek az összetevők, *Deutsch* (2011) munkájában láthatunk próbálkozást. Elméletében a szintézisben való gondolkodást emeli ki, azaz elsősorban a pedagógus szemléletét kell átformálni. Ehhez társulnak továbbá a tananyagokban integráltan és koherensen megjelenő egészségnevelési tartalmak. *Meleg* (2000) egyik tanulmányában az eddigi egészségnevelési programokkal ellenétben, egy új szemléletmódot próbál a szakemberek elé tárni, aminek elnevezése (Egész-ség program) is sokat sejtet. A program a mentálhigiénére alapozott modell, melynek lényege, hogy az oktatási intézményen belül lévő szereplőkre épít, akik a program tartópilléreit jelentik. A program működtetéséhez elengedhetetlen a tantestület elkötelezettsége a program iránt és a magas motiváltságszint. A teória kiépítéséhez először a *tantestület* számára szervezett továbbképzések keretein belül fejlesztik az önismeretet, valamint a konfliktushelyzetek kezelésével és a hatékonyabb kommunikációval kapcsolatos ismereteket sajátíthatnak el. A következő lépésben a *tanár és diák* kooperáció mentén a továbbképzésen tanult módszereknek a felhasználásával szerezhettek új tapasztalatokat a pedagógusok, amit később a *tanár-szülő* kapcsolaton mélyíthettek el úgy, hogy a szülők tisztában vannak a programmal és annak innovatív szerepével. Azokban az oktatási intézményekben, ahol ez a program megvalósult, pozitív eredményekről számoltak be, úgymint általános komfortérzés vagy a társas elfogadottság kialakulása a diákok körében. De a tanáraikat is úgy értékelik, hogy kíváncsiak a diákok véleményére, személyiségére és a tanáraik igazságossága nem kérdőjeleződik meg.

2.5 Serdülők személyes világának igazságossága

Az igazságosság a nyugati demokráciában élő társadalmakban egyfajta viselkedési normaként van jelen, épp úgy, mint a méltányosság vagy az esélyegyenlőség. Fontossága abban rejlik, hogy az igazság iránti vágy egy alapvető pszichológiai igény az emberekben, amely segít a társas világban való eligazodásban, ugyanis meghatározza az egyén gondolati struktúráját, élet célját, döntéseit és viselkedési motivációját (*Lerner*, 1980). Amennyiben igazságtalanságot tapasztalunk, azaz alapelv motivál bennünket, hogy a világról alkotott képünk felborult egyensúlyát helyreállítsuk adaptív (kompenzálni) és maladaptív (megvetni) funkciók segítségével (*Correia, Vala* és *Aguiar*, 2007). Lényeges kitérni azonban arra, hogy az emberek hajlamosabbak saját világukat igazságosabbnak megítélni,

mint a világot úgy általában. Nem tudhatjuk, hogy az igazságos világba vetett hit milyen arányban valós és csak illúzió. Annyi viszont bizonyos, hogy az egészségre kifejtett hatása rendkívül komplex, aminek hátterében az ellentmondásos kutatási eredmények állnak (*Randall, Colvin* és *Block*, 1994). Egyes kutatások szerint bizonyos illúziók adaptívak és szükségesek a mentális egészség megőrzéséhez (*Taylor és Brown*, 1988). Azonban ha folyamatosan úgy éljük meg a körülöttünk lévő világot, hogy az igazságtalan, akkor lelki egészségünk egyensúlyát veszélyeztetheti. *Furnham,* (2003) szerint a hatalommal bíró, vagyonos emberek és a vallásos emberek erőteljesebben hisznek a világ igazságosságában.

A világ igazságosságosságának megítélése olyan attitűd, amely a szocializáció folyamán formálódik, így a családnak és az iskolának kiemelkedő szerepe van ezen a területen is. Már *Piaget* (1999) felhívta a figyelmet arra, hogy az iskoláskort megelőzően a gyermekek egy immanens igazságos világban hisznek, később azonban a tapasztalatok és a kognitív fejlődés következtében ez jelentős módosuláson megy keresztül. Serdülőkorban hangsúlyos ez a fajta hit, hiszen befolyásolja az iskolai kihívásokhoz és a teljesítményhez való viszonyulást, a személyes célok kialakítását, a jövőorientáltságot. Továbbá hatást gyakorol a problémaviselkedésre, az egészségkockázati magatartásra, a káros szenvedélyt okozó szerek megítélésére, az iskolai erőszakos viselkedésre (*Lambert, Burroughs* és *Nguyen*, 1999).

Iskolai közegben végzett kutatási eredmény szerint igazságosabbnak ítélik meg saját iskolai teljesítményüket, tanáraik, szüleik és osztálytársaik viselkedését azok a tanulók, akik hisznek a személyes világuk igazságosságában (*Dalbert* és *Stoeber,* 2006). Egy másik vizsgálat szerint még a teljesítményükre is pozitív hatással van, ugyanis kevésbé tartanak a kudarctól, jobban megbíznak abban, hogy sikert érnek el, bátrabban kísérleteznek és néznek szembe a kihívásokkal, ami fontos az iskola viszonylatában (*Tomaka* és *Blascovich*, 1994). Ha az igazságosságba vetett hit megerősítést nyer, olyan bizalom alakulhat ki, amely elősegíti az interperszonális kapcsolatok egészséges működését, míg a bizalmatlanság nemcsak az egyéni jóllétet veszélyezteti, hanem az egész társadalom és társadalmi csoportok, hatékonyságát is (*Bègue*, 2002). A tanár-diák kapcsolat rendkívül módon meghatározza a tanulók személyiségét, a társadalmi életbe való beilleszkedését és értékrendjét (*Wolfradt és Dalbert*, 2003; *Israelashvili,* 1997). De egyes vizsgálatok szerint a tanulási motivációban is kiemelt szerepe van a tanárok viselkedésének (*Ratelle* és *mtsai*, 2007). Egy tanulmány rámutat arra, hogy amennyiben a tanár irányító attitűdje domináns az szorongást, dühöt és nem megfelelő tanulási inspirációt okozhat (*Assor* és *mtsai*, 2005). Azonban a támogató stílusú attitűd növelheti a diákok önbecsülését

és az élettel való elégedettséget, ami csökkenti az unalom kialakulásának az esélyét és gátolja a problémás magatartások (szerfogyasztás, depresszió) kialakulást. (*Nett* és *mtsai,* 2011; *Wash* és *mtsai,* 2010). Ennek hátterében markánsnak mutatkozik a tanári nevelési attitűd, hisz azok a tanulók, akik úgy ítélik meg, hogy tanáraik igazságosak a szabálykövetés betartatásában és támogatják autonómiatörekvéseiket, inkább sikerorientáltak, mint kudarckerülők (*Jámbori*, 2007, 101. o.). Nemzetközi tanulmányok arról számolnak be, hogy a tanár autonómiát támogató magatartása több, mint egy gondosan megtervezett attitűd, hiszen világos elvárásokat fogalmaz meg, és választási lehetőségeket biztosít (*Buff* és *mtsai,* 2011).

Láthatjuk, hogy az igazságosság élménye az iskolai klíma fontos tényezője (*Szabó* és *Lőrinczi*, 1998) míg a nevelői attitűdök között az igazságosság alapkövetelmény (*Fábián,* 2011; *Sallay* 1995). Minél inkább hisznek a tanulók a személyes világuk igazságosságában, annál igazságosabbnak ítélik tanáraik viselkedését, és személyes teljesítményükkel is annál elégedettebbek (*Peter, Kloeckner, Dalbert* és *Radant,* 2012). A coping stratégiák helyes megválasztásában is szerepet játszik, ha pozitív tapasztalatok érik a nevelői igazságosság terén, vagy ha a tanárok a diákok autonómiatörekvéseit támogatják (*Zimmer-Gembeck* és *Locke*, 2007). A teljesítményre egyértelműen kedvező hatással van, ez a megállapítás azonban fordítva is igaz, hisz a jól tanuló diákok hajlamosabbak igazságosnak megítélni mind a személyes világukat, mind pedig a tanáraik viselkedését (*Kamble* és *Dalbert*, 2012). Az igazságos világba vetett hit tehát a tanárok viselkedésének megítélését is befolyásolja, ez az összefüggés például megmutatkozik az iskolai erőszak gyakoriságában ugyanis azok a tanulók, akik erősen hisznek egy igazságos világban, tanáraik viselkedését is igazságosabbnak találják *(Sallay*, 2005), és kevésbé hajlamosak iskolai erőszakra (*Donat, Umlauft, Dalbert* és *Kamble*, 2012). Ebben az összefüggésben jelentősége lehet annak is, hogy az igazságosságba vetett hit korrelál az önbizalommal és az énhatékonysággal (*Correira* és *Dalbert,* 2007).

2.6 Serdülők agyának idegtudományi kutatásai

A serdülők viselkedését számos szempont alapján lehet vizsgálni, amiből két (pedagógia, pszichológia) fontos aspektust a dolgozat során bővebben ismertetek, míg a harmadik (neurobiológia) faktor rövid kifejtésére ebben az alfejezetben teszek próbálkozást.

Az aggyal kapcsolatos kutatások egy része arra hívja fel a figyelmet, hogy az idegi tényezők domináns szerepet játszanak a különböző viselkedések kialakításában, mint a

természetes fejlődés során kapott impulzusok (*Dahl,* 2004). Az agy idegtudományi vizsgálata a különböző képelkotó technológiák (MRI, fMRI, PET) megjelenésének (1980-as évek) idején nyert teret. A vizsgálatok kimutatták, hogy gyermekkorban az agy gyors ütemben fejlődik (6-dik életévben a maximális térfogat 95%-át eléri, míg a maximális térfogatot a lányok esetében 11,5 év, míg a fiúk 14,5 év), kiváltképp serdülőkorban, ami a 20-as évekig is kitarthat (*Sowell, Peterson, Thompson, Welcome, Henkenius* és *Toga, 2003*). A fejlődést három szakszra bonthatjuk: *terjeszkedés* következtében az agyban új kapcsolatok alakulnak ki, ami a *szelektálás* során az agy számára nem elemi vagy nem használt kapcsolatokat eltávolítása történik, míg a *fejlesztés* során az agy számára fontos kapcsolatokat megszilárdítása valósul meg annak érdekében, hogy azok gyorsabban és stabilabban működhessenek. A kutatások arra is fényt derítettek, hogy a szürkeállomány térfogata lányoknál 11 éves korra, míg a fiúknál 12 éves korra érik el végleges állapotukat (*Lenroot* és *Giedd,* 2006). Láthatjuk tehát, hogy az agy szerkezeti- és működési változásai serdülőkorban aktív, így ezt szenzitív időszaknak nevezhetjük.

Az agy felépítésében kétféle agyszövetet ismerünk: szürkeállomány (gondolkodás) és fehérállomány (információszállítás). Az információáramlást az agyon belül az idegsejtek végzik, amik sejttestből és abból kiinduló nyúlványokból (dendrit, axon) épülnek fel. A nyúlványt mielinhüvely burkolja, ami egy zsíros anyag tokba zárva. Ez nem folytonosan helyezkedik el, hanem úgynevezett hézagok szakítják meg. Ennek funkciója az elektromos jelzés (információ) sebességének a növelése, ugyanis ugrásszerűen halad végig a nyúlványok felszínén. Az idegrendszer szoros kapcsolatban áll a hormonrendszerrel. Hasonlóan próbálkoztak a hormonrendszer és a viselkedés kapcsolatát vizsgálni, de nem értek el olyan meghatározó eredményeket a kutatók, mint azt tették az idegrendszerrel foglalkozó szakemberek (*Buchanan, Eccles* és *Becker,* 1992). Mind a két szervrendszer komoly hatást gyakorol az emberre illetve annak belső működésére (homeosztázis), amiket a különböző külső impulzusok aktiválnak. Lényeges eltérés a két szervrendszer között, hogy amíg az idegrendszer gyors folyamatokat indít és hajt végre, addig a hormonrendszerre a lassú működés jellemző. Számos hormon közül az egyik legfontosabbat emelném ki (*dopamin*). Jelenléte már szülés után megjelenik, ami folyamatosan emelkedik 9-10 éves korig, majd ismét csökken (*Steinberg,* 2008). De fontos megjegyezni, hogy az ingerületátvivő anyag tulajdonsága mellet több, más fontos funkciót is betölt: koordináció kialakítás, motiváció a jutalom-érzésbe és a predikcióban is. Az agyban található más olyan területek is, amik az érzelmi állapotot befolyásolják, ilyen az amygdala, nucleus accumbens, orbitofrontális kéreg, mediális és prefrontális kéreg

valamint a temporális sulcus (*Nelson, Leibenluft, McClure* és *Pine,* 2005). A serdülők viselkedésének hátterében kiemelt szerepet tölt be az előbb említett prefrontális kérgi terület. Ugyanis ez markáns szerepet tölt be az információk rendszerezésében, tervezésben és a döntéshozásban, de ez az agyi terület végzi el a cselekvés legmagasabb színtű kognitív folyamatokat is (*Johnson, Blum* és *Giedd,* 2009). Minél több idegi kapcsolat jellemzi a serdülő agyi tevékenységét, annál inkább lesz jellemző rá a rugalmas szellemi tevékenység, a tervezési folyamatok gyorsabb lejátszódása, így a döntéshozás is hamarabb valósul meg. A serdülőkorban bekövetkező agyterületek fejlődésének és szorosabb kapcsolatok kialakításának köszönhetően felnőtt korra a kognitív ellenőrző rendszer hatékonyabban működik, mint serdülőkorban ugyanis differenciáltabb aktiválást eredményez (*Steinberg,* 2008). Így tehát paradox ez a jelenség, hisz magasabb kognitív funkciókkal rendelkeznek ugyan a serdülők, mint a gyerekek, és jobban meg is értik a kockázatos viselkedés következményeit és tudnának logikus és felelőségteljes döntéseket hozni, de ennek ellenére kiszámíthatatlan a viselkedésük (*Dahl,* 2004). Egy konkrét példát megragadva: A serdülőkre inkább jellemző a kockázatkeresés, mint a felnőttkorban, aminek hátterében az előbb említett dopaminerg rendszer működése hamarabb megjelenése húzódik, mint ahogy a kognitív rendszer ellenőrzési funkciója. Így a különböző tevékenységek (alkohol-és drogfogyasztás, bűnözés, problémás viselkedés) nincsenek kontroll alatt (*Collins* és *Steinberg,* 2006; *Deardoff, Gonzales, Christopher, Roosa* és *Millsap,* 2005). Emelett jellemző a serdülők viselkedésére a rizikó elfogadása, a feltünéskeresés és a meggondolatlan viselkedés, ugyanis ezekkel tudnak igazán azonosulni (*Dahl,* 2004).

A dopaminerg rendszer nagyfokú változásokat eredményez a szinaptikus szervezetben, ami a serdülők nemi hormontermelődését is fokozza, ami közvetlenül hatást gyakorolhat a viselkedésre (*Steinberg,* 2008). Itt is egy nemihormont emelnék ki (*oxitocin*) amiről az iskolában a szüléssel kapcsolatosan tanultunk. Ugyanakkor az újabb vizsgálatok azt a tényt tárták fel, hogy mind a két nemben előfordul a teremlődése, és mint neurotranszmitter az agyban modifikálja az idegsejtek működését, így manipulálja a társas viselkedést, a gondolkodásra és a kötődésre is hatást gyakorol. Fontos azonban megjegyezni, hogy növeli az önbizalmat, a társas támaszt és csökkenti a félelmet és a szorongást (*Varga,* 2011).

Az köztudott, hogy a serdülő biológiai kora és a naptári kor nem minden esetben fedi egymást, így a serdülők a viselkedésüket tekintve nagy különbségeket rejthetnek. Bár az is igazolt tény, hogy a család pozitív légkörének köszönhetően (meleg, de határozott) kissebb valószínűséggel vesznek részt kockázatos vagy antiszociális viselkedésbe

(*Steinberg*, 2001). *Dahl* (2004) szerint ahhoz, hogy a serdülők szervezetébe bekövetkező változások és az ennek következtében megvalósuló tevékenységeket komplexebben megismerjük, együttes munkára van szükség az idegtudósok, fejlesztő pszichológusok, klínikai szakértők és a társadalomtudomány szakértői között.

3. COPING (MEGKÜZDÉS) MECHANIZMUSOK

A serdülők egészségmagatartási szokásrendszerének részletes ismertetését követően, egy olyan terület elemzése következik, mely szintén hatást gyakorol az egészségmagatartásra és a minőségi élet megélésére.

A megküzdés (coping) terminusa leginkább folyamatként határozható meg, melyben az egyén saját egyensúlyának fenntartása, valamint helyreállítása érdekében, a kiváltó stresszhelyzettel szemben valamilyen viselkedést produkál. A megküzdés alkalmával jellemzően az egyén saját élettapasztalatai során nyert viselkedésrepertoárokból választ egy stratégiát, így ez egy megtervezett, célzott cselekvéssorozat, míg a stresszválaszra leginkább az automatikusság jellemző. A legnépszerűbb megküzdési modell *Richard Lazarus* nevéhez fűződik és tőle származik a leginkább elfogadott meghatározás is, amely széles körben elterjedt a kutatók körében: *„megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztik aktuális személyes forrásait”* (*Lazarus*, 1966, 76. o.).

A technikai vívmányok megjelenésével és fejlődésének köszönhetően társadalmunk egy rohanó világban él. A felgyorsult életvitelben számos olyan inger ér minket, melyek hatással lehetnek az egészségünkre. Életünk során ezekre az ingerekre vagy nem fordítunk figyelmet, vagy stresszként éljük meg. A külső környezet által generált ingereket kis százalékban tudjuk csak befolyásolni, így szükség van azok hatékony kivédésére. Ráadásul saját magunk elé is sokszor olyan követelményeket állítunk, aminek köszönhetően folyamatos stresszben élünk, így megnehezítve életünket és befolyásolva saját egészségünket annak tudatában, hogy a célok teljesítését követően ugyan változások jönnek létre, ami fejlődéshez vezet, de ezek mégis stresszel járnak (*Oláh,* 2005). *Vaillant* (1984) a következőképpen fogalmaz a stresszel kapcsolatban: *„Nem a stressz az, ami megöl bennünket, hanem a stresszhez való hatékony alkalmazkodás teszi lehetővé azt, hogy éljünk.”*

A stressz (*Selye*, 1973) fogalmának a megalkotása *Selye János* nevéhez fűződik, aki szerint a stressz a konfliktusos helyzetek alkalmával fellépő védekezési mechanizmusok egyike. A fogalom tisztázása érdekében három megközelítést kell megmagyaráznunk. Ha a stresszre, mint *válaszra* gondolunk, akkor a válaszok fiziológiás szinten jelentkeznek, melyek egymástól jól elkülöníthető, háromlépcsős mechanizmus mentén alakulnak ki

(*Helman,* 1997). (1) A vészreakció (alarm) szakaszban a szervezet „riadót” fúj, mellyel a test és az agy is tettre kész a vészhelyzet elhárítására. (2) Az ellenállás (rezisztencia) fázisában a stressz feloldásához létfontosságú szerveink működtetéséhez szükséges energiaforrások biztosítása valósul meg. (3) A kimerülés fázisában a szervek aktív működéséhez szükséges energiatartalékok kimerítése zajlik, aminek következtében a stresszel nem tudunk tovább küzdeni. Amennyiben a stresszre, mint *ingerre* gondolunk, akkor egy olyan életkörülmény alakul ki, amely egy különös választ produkál az egyéntől. Ilyen lehet egy katasztrófahelyzet, vagy egy hosszú ideig tartó stressz körülmény (börtön) is. Ha pedig *tranzakciót* jelent, akkor a környezet és az egyén kapcsolata kerül középpontba úgy, hogy az adott stressz-körülmény meghaladja a személy erőforrásait (*Nyitrai,* 2006).

A stressz lehet pozitív és negatív egyaránt. Találkozunk olyan stressz-forrásokkal, melyek védő és alkalmazkodást segítő szerepet játszanak. Összefoglaló néven eustressznek nevezzük őket. Ilyen lehet egy stressz, probléma megoldása, tehát egy sikeresen megválasztott megküzdési stratégia is. Vannak azonban olyan stressz-források, amelyek kóros elváltozásokat eredményezhetnek. Az ilyen stressz forrásokat összefoglaló néven distressznek nevezzük. A stresszforrás megélése mindenki számára eltérő megítélésű. Hátterében egy soktényezős rendszer áll: *„Humán szinten a stresszhelyzetek megítélésekor nem a közvetlen ingeregyüttes objektív jellemzői, fizikai sajátosságai, hanem azok érzelmekkel színezett pszichés reprezentációi, szubjektív jelentései a döntő tényezők."* (*Dávid,* 2012, 109.o).

Tapasztalhatjuk, hogy a mindennapokban számos stressz ér minket, így szükséges kezelni azokat annak érdekében, hogy életünket élhetővé tegyük. Ehhez elengedhetetlen a megfelelő copingstratégiák használata.

Annak köszönhetően, hogy a pszichológiai ismereteket elkezdték alkalmazni az egészségügyben, létrehozták az egészségpszichológiát, amely szoros kapcsolatba hozható a megküzdéssel és a pozitív pszichológiával. Tágabb értelmezésben az egészségpszichológia az egészségügyben használt pszichológiát jelenti, míg szűkebb értelemben az egészségfejlesztés pszichológiáját (*Dávid*, 2012). Fontossága az egészségpszichológiai kutatásoknak, hogy megismerjék a személyek viselkedési mechanizmusait, reakcióikat a váratlan helyzetekre (betegség, megterhelés), és feltárják azokat a módszereket, melyeket arra alkalmaznak az emberek, hogy egészségüket megőrizzék, és alkalmazkodásukat még hatékonyabbá tegyék.

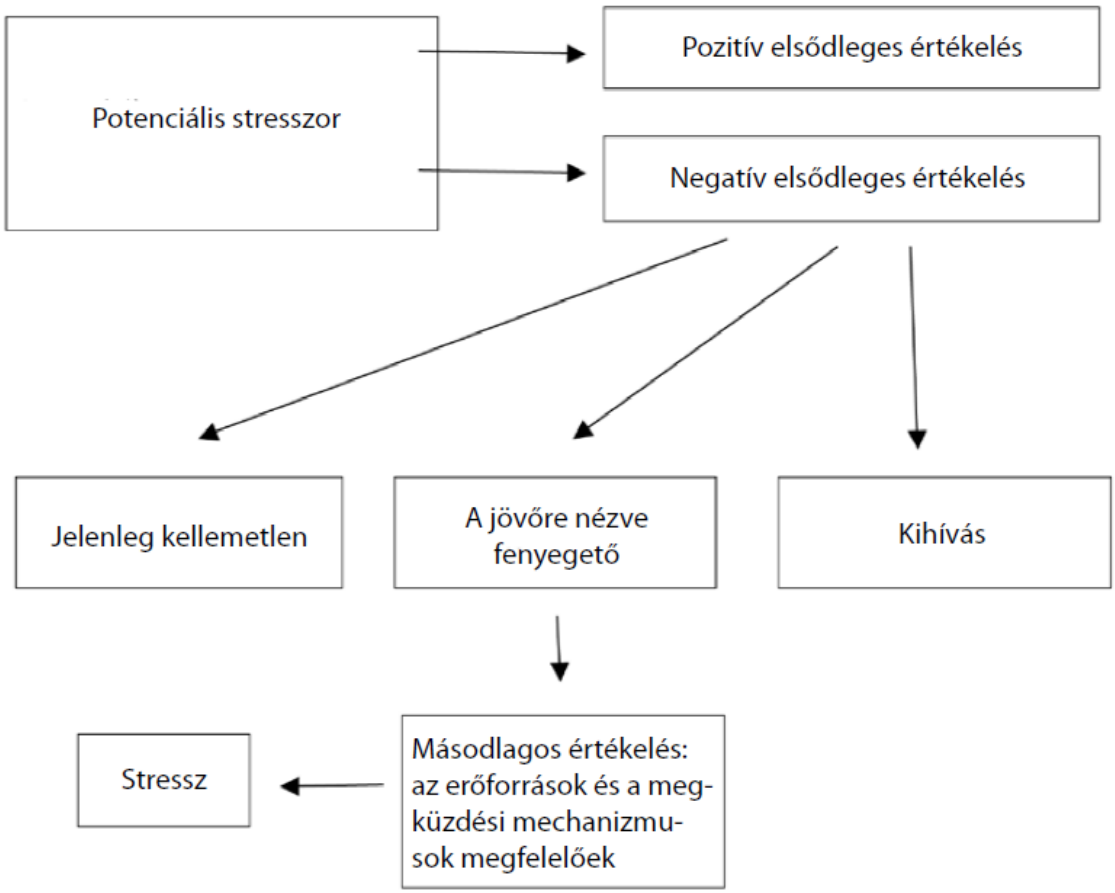
3.1 Copingmodellek, -formák

A megküzdéssel kapcsolatos modellek bemutatása négy különböző elméleti elgondolás mentén lehetséges, amik közül két teória (pszichoanalitikus modell, állatpszichológiai stressz-kutatások), csak említés szintjén jelenik meg a dolgozatban. A másik két koncepciót viszont bővebben mutatom, ugyanis azok szorosan illeszkednek a disszertáció elméleti keretéhez.

Az egyik ilyen modell képviselői a személyiségvonások jelentőségére (coping-trait-modell) hívják fel a figyelmet a megküzdési modellek alkalmazása során. Kiemelik, hogy a konfliktushelyzet megoldása érdekében az emberek különböző stratégiákat, védekező manővereket dolgoznak ki és tanulnak meg, és alkalmazzák azokat stressz-fenyegetettség esetén. Az eszme további három meghatározó irányvonalat vonultat fel. Kronológia sorrendben az első a *Byrne*-féle represszió-szenzitizáció (1964), a *Miller*-féle monitoring-blunting (1987) és a *Krohne*-féle vigiláns-elkerülő (1993), melyek a személyiséggel párhuzamba állíthatóak (*Túri,* 2009). Mind a három irányvonal közös jellemzője, hogy „*fokozott érzékenységet mutat a veszély jelzései iránt, nehezen teszi túl magát a megrázkódtatásokon, és erősen motivált arra, hogy a bizonytalanságot információkereséssel szüntesse meg*” (*Boross* és *Pléh,* 454. o.). Láthatjuk, hogy a személyiség alapadottságai alapvetően determinálják azokat az alkalmazkodási formákat, amelyeket stressz esetén mutatnak. A Big Five kutatói (*Peabody* és *Goldberg,* 1989) szerint valódi hajlamaink stressz alatt aktiválódnak, vagy más megfogalmazásban az adott stresszhelyzet által kiváltott stresszhelyzet maga az individium tevékenysége.

A másik, számunkra releváns modell (kognitív tranzakcionalista copingmodell) túlmutat az előző, trait jellegű copingmodell elméletén, ugyanis felfogása szerint *„a viselkedés a személy és a környezet közötti dinamikus kölcsönhatás eredménye, és a coping egyike azon központi változóknak, amelyek ezt a tranzakciót nehezített alkalmazkodási feltételek esetén moderálják”* (*Oláh*, 2005, 57. o.). A személy és a környezet interakciójában az érzelem erőssége és minősége, valamint a megküzdés módja a kognitív értékelés következménye (*Lazarus*, 2000). Ez alapvetően merőbben eltér az eddigi coping definiálástól, melyek nyomatékosítják, hogy a coping egy olyan reakció, amit az emóció (szorongás) vált ki. Az értékelés két fázisban valósul meg. Az első fázisban arra keressük a választ, hogy az egyén szempontjából mi a jelentősége az aktuális ember-környezet interakciónak, azaz befolyásolja-e a személyes célokat. A második fázisban történik meg a források számbavétele, mennyire tud megküzdeni a váratlan szituációval (*Nyitrai,* 2006).

Éppen ebből a megfontolásból Lazarus megalkotja a potenciális stresszor fogalmát, melynek lényege az egyén stressz megítélése, és hogy az milyen energiákat mozgat meg a megküzdés során (*Dávid, Fülöp, Pataky* és *Rudas*, 2014). Az elmélet gyakorlatban történő működését az 1. ábrán láthatjuk. Amennyiben maga a kiértékelés végeztével az erőforrások nem elegendőek a megküzdési szituáció megoldására stressz állapot alakul ki, ami más lépéseket eredményez a megküzdési folyamatban (*Lazarus*, 1968).



1. ábra: Lazarus (1968) stresszelmélete

A megküzdési módok rendszerezése számos szempont alapján lehetséges. A következő sorokban csak azokra térek ki, amelyek a vizsgálatom alapját képezik. Amennyiben a konfliktushelyzetekkel való konfrontáció alapján osztályozom a stratégiákat, akkor két elkerülő stratégiát tudunk megkülönböztetni, amit már kognitív copingmodell esetén érintőlegesen említettünk. *Lazarus* és *Launier* (1978) kétféle megküzdési stílust különböztet meg: a problémaközpontú és az érzelemközpontú megküzdési stílust. A problémaközpontú megküzdés lényeges eleme, hogy a kialakult

helyzet során az egyén a problémára összpontosít, kihívásként értelmezi és igyekszik azt megváltoztatni. Abban az esetben, ha az adott szituációt megváltoztathatatlannak minősíti a személy, az érzelemközpontú megküzdési stratégiák aktiválódnak. Ilyenkor nem a stresszhelyzet változik meg, hanem a személy érzelmi síkon igyekszik megoldani a stresszhelyzet által okozott érzelmi sokkot. Ha azt szeretnénk megtudni, hogy melyik megküzdési stratégia az előnyösebb, nem mondhatnánk ki egyértelműen, hogy az egyik vagy a másik. Nyugaton a problémafókuszú stratégiák alkalmazását preferálják inkább, míg a keleti társadalmakra az érzelemközpontú megküzdés jellemzőbb. De leginkább az elgondolás áll legközelebb az igazsághoz, ha azt mondjuk, hogy a leghatékonyabb stratégia az, ha megküzdési stratégiáink gazdag tárházából a helyzet adta körülményeknek legmegfelelőbbet alkalmazzuk, akár egyszerre többet is (*Dávid,* 2012). Ugyanezt az elgondolást támasztja alá több tanulmány is (*Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen* és *Wadsworth,* 2001; *Solberg Nes* és *Segerstrom*, 2006), amelyek elképzelése szerint lehetséges, hogy egy adott probléma megoldása során egyszerre alkalmazhatunk probléma-fókuszú és érzelmi-fókuszú megküzdési stratégiát.

3.2 Serdülők megküzdési stratégiái és az azokat kiváltó stresszorok

A megküzdési modellek aktiválási hátterének ismerete érdekében számos tanulmány tűzte ki célul a serdülők életében megjelenő stresszorok forrásainak és azok kezelésére használt megküzdési stratégiáinak a felderítését. A serdülők megküzdési stratégiái nagymértékben függnek a megküzdési repertoárjuk gazdagságától, és attól, hogy miként észlelik a stresszforrást. Ezt alátámasztja egy tanulmány is, amely kiemeli, hogy a serdülők megküzdése szituációfüggő (*Seiffge-Krenke, Aunola* és *Nurmi,* 2009). A serdülőkre egyaránt jellemző az adaptív- és a maladaptív megküzdési mintázat, amit nagyban meghatároz a környezet és az egyén szocializációja. Az adaptív megküzdési mintázat alkalmazása azokra a serdülőkre jellemző, akiknek a családi környezete melegséget, tiszta, egyértelmű szabályokat tartalmazó életteret biztosít. Ezzel szemben a maladaptív megküzdési mintázatokat gyakrabban alkalmazó serdülők családjára az előbbiekkel ellentétes értékek jellemzők (*Zimmer-Gembeck* és *Locke*, 2007). Az utóbbi mintázat visszavezethető a kezdeti szülő-gyermek kapcsolatra is. A stratégiák alkalmazását további két változó is nagymértékben meghatározza. Az egyik a nem, a másik pedig az életkor. A fiúkra leginkább a racionalitás (*Stone* és *Neale,* 1984; *Pikó*, 2001; *Pikó* és *Keresztes*, 2007), míg a lányokra a szociális támogatás igénye jellemző (*Hutchinson, Baldwin* és *Oh*, 2006;

Frydenberg, 2008). A stressz megjelenésekor a fiúk leginkább externalizáló, azaz kifelé irányuló viselkedést produkálnak, mint például az agresszió, míg a lányok ellenkezőleg, az internalizáló módszereket preferálják, mint például a problémákon való felesleges töprengés, rágódás (*Compas* és *mtsai,* 2001). A fiúkra még az is jellemző, hogy a kialakult stresszt fizikai aktivitással igyekeznek oldani (*Frydenberg,* 1997). Problémafókuszú stratégiát alkalmazók esetén kisebb az esélye az internalizációs és az externalizációs tünetek megjelenésének. Míg az emóciófókuszú használóknál gyakoribbak az internalizációs problémák, az elkerülő stratégiákat használók esetén inkább externalizációs zavarok jelentkezhetnek (*Compas* és *mtsai,* 2001). Egy hazai serdülő populáción végzett kutatás során kapott eredmény szerint, a serdülő lányok hajlamosabbak az érzelemközpontú megküzdési módok alkalmazására, valamint a nehéz élethelyzet kialakulásával nagyobb igényük van a támaszkeresésre, mint a hasonló korú serdülő fiúknak (*Margitics* és *Pauwlik,* 2007). *Oláh* (2005) kutatási eredményéből is kiderül, hogy a fiúk a problémafókuszú stratégiák alkalmazását, míg a lányok az emóciófókuszú stratégiák alkalmazását preferálják szignifikánsan jobban egy nem kívánatos helyzet megoldása során. Ennek ismeretében fontos megemlítenünk, hogy egyes tanulmányok eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy az érzelem-fókuszú stratégiák alkalmazása összefüggésbe hozható az egészségkockázati viselkedésekkel, úgymint dohányzás, alkohol- vagy éppen a drogfogyasztás, amelyen önmagukban is egyfajta maladaptív megküzdési stratégiának is nevezhetőek (*Fields* és *Prinz,* 1997; *Williams* és *McGillicuddy-De Lisi,* 2000, *Pikó,* 2001). Az életkor emelkedésével párhuzamosan a megküzdési stratégiák tárháza is bővül, ráadásul alkalmazása rugalmasan történik. Ennek hátterében a kognitív és metakognitív képességek fejlődése áll. A fiatalabb serdülőknél inkább emóciófókuszú, az idősebbeknél pedig problémafókuszú megküzdés dominál. Az életkor vizsgálatából pedig kiderül, hogy 12–18 év között a megküzdési stratégiák preferenciájában nincs szignifikáns eltérés a két nem között.

A stresszorok osztályozása leginkább két fő területre bontható. A meghatározó életesemények (pl. válás, halál) által generált stesszorok alkotják az egyik csoportot, míg a másik csoportot úgymond a napi stresszorok (pl. iskolai teljesítmény, konfliktusok) határozzák meg (*Williams* és *McGillicuddy-De Lisi,* 2000; *Seiffge-Krenke,* 2000). Egy átfogó tanulmány keretén belül (*Sung, Puskar* és *Sereika,* 2006) hét különböző faktort neveztek meg a szerzők, melyek leginkább megjelennek a serdülők körében, mint stresszorok: ezek a családi tényezők, a kortárs kapcsolatok, a közeli hozzátartozók halála, az iskolai élet, az érzelmi állapotok, az egészségi problémák és a viselkedési nehézségek.

Egy másik tanulmány (*de Anda, Baroni, Boskin, Buchwald, Morgan, Ow, Golds* és *Weiss,* 2000) eredménye is alátámasztja az előbb felsorolt stresszorokat, ám egy fontos tényezővel, a célok elérésének bizonytalansága következtében kialakuló stresszes helyzettel azt még ki is egészíti.

3.3 A coping empirikus kutatásai

Az alfejezetben olyan kutatásokat mutatunk be, melyek szorosan kapcsolatba hozhatók a megküzdés hatékonyságával. Az egyik ilyen a kötődés és a megküzdés kapcsolatát vizsgáló kutatás, amely szerint az eltérő kötődési stílusok meghatározzák a megküzdési stratégiák aktiválódását. *Ainsworth, Blehar, Waters* és *Wall* (1978) által kifejlesztett módszernek köszönhetően egy biztonságosan kötődő típust és három bizonytalan kötődési típust különíthetünk el. A biztonságosabb szülői kötődés hatékonyabb megküzdési módok használatát eredményezheti, tehát az ilyen személyek hajlamosabbak a hatékonyabb problémafókuszú megküzdésre (*Sarason, Pierce, Shearin, Sarason, Waltz* és *Poppe,* 1991), míg a bizonytalan kötődés sérülékenyebb folyamatokra hajlamosít (érzelemközpontú megküzdés) a stressz folyamán, így növelhetik a betegségek kialakulásának kockázatát (*Maunder* és *Hunter*, 2001). *Meesters* és *Muris* (2004) tanulmányában leírják, hogy pozitív kapcsolat található a passzív coping stílus és a szülők elutasító viselkedése között, míg az anyai és apai kontroll szignifikánsan összefügg az aktív megküzdéssel.

Egyes kutatások mélyrehatóan vizsgálták a sérült emberek megküzdését. *Garai* (2005) vizsgálatában fogyatékos személyek megküzdési stratégiáit vetette össze ép személyek stratégiáival. Nemtől függetlenül a belenyugvás, a feszültségkontroll és a figyelemelterelés stratégiákat gyakrabban alkalmazzák a fogyatékos személyek, viszont a feszültség és az érzelmek kontrollja erősebb a mozgáskorlátozott személyeknél. *Dorogi* (2012) fogyatékos és ép sportolók coping stratégiáit vizsgálta. A problémacentrikus reagálás alskálában mutattak csak magasabb értéket a fogyatékos sportolók, ennek ellenére a szerző meglátása, hogy a fogyatékos sportoló személyek megküzdési stratégiái kidolgozottabb viselkedést foglalnak magukban, azaz eredményesebb megküzdési stratégiákat választanak, mint ép társaik.

Az empirikus megközelítések közül az egészségmagatartás-kutatók is vizsgálódnak a témában. *Pikó* (2001) tanulmányából kiderül, hogy a megküzdési mechanizmusok nagyban meghatározzák a magatartási döntéseinket, így kihatnak az egészségmagatartásunkra. A megküzdési mechanizmusok közül a racionális módok, a

harmóniára törekvés és az altruizmus kedvező, míg az érzelemközpontúak kedvezőtlen egészségmagatartással járnak együtt (*Pikó* és *Keresztes,* 2007). Kutatások szerint a serdülők gyakrabban alkalmaznak érzelemcentrikus megküzdési módot a problémacentrikus móddal szemben, amennyiben egy kevésbé kontrollálható helyzetbe kerülnek (*Wrzesniewski* és *Chylinska,* 2007).

Kopp és *mtsai* (2006) tanulmányában a szív- és érrendszeri megbetegedéseket vizsgálta magatartástudományi szempontok alapján. Említést tesz arról, hogy a stressz alkalmával egy ősi fiziológiás folyamat aktiválódik, melynek köszönhetően a szervezet energiákat mozgósít a menekülés vagy éppen a támadás kivédésére. Amennyiben ezt követően nem történik fizikai aktivitás, ami felhasználja ezt a mobilizált energiát (zsír), abban az esetben megreked és az így felszabaduló zsírsavak nem használódnak fel, hanem lipoproteinekké alakulnak, ami a koronális megbetegedésekkel áll szoros kapcsolatban.

Az általunk is bemutatott helyes önértékelés nemcsak az egészségmagatartással, hanem a hatékony konfliktus-megoldási módok alkalmazásával is összefügg (*Csibi* és *Csibi,* 2013). Az énhatékonyság egyúttal optimizmussal és önbizalommal teli vélekedés arról, hogy az egyén képes megküzdeni az élet nehézségeivel, amely természetesen elősegítheti a stresszel való hatékony megbirkózást (*Scholz, Dona, Sud,* és *Schwarzer,* 2002), túlzott védelme azonban akár irreális optimizmushoz és fokozott kockázatvállaló magatartáshoz is vezethet (*Urbán* és *Varga,* 2003).

A megküzdés eredményességét vizsgálók közül *Garmezy* és *Rutter* (1983) a protektív faktorokat három tág kategóriaként írják le: fontossági sorrendben az első a személyiségvonások, úgymint az önbecsülés, a szociális kompetencia és a megküzdési stratégiák. A második leghatékonyabb a családi kohézió és a disszonancia hiánya, míg a harmadik a külső támogató rendszerekhez való hozzáférhetőség. Más kutatások azonban a negatív erőforrások elhanyagolását, valamint a pozitív erők előtérbe helyezését szorgalmazzák annak érdekében, hogy minél hatékonyabb legyen a coping-stratégia.

4. SZEMÉLYISÉG

Személyiségünk az élet minden területén meghatározó komponens, így az egészségmagatartásban is asszertív szerepet tölt be. A személyiség terminusának pontos meghatározására sincs egy mindenki által elfogadott fogalom. Ennek hátterében az áll, hogy számos területen (pedagógiai, pszichológia) találkozunk vele, ahol az adott terület központi gondolata határozza meg a jelentést. A különböző irányzatok (pl. pozitivisták, egzisztencializmus) folyamatos változása is hatással volt a terminusra. A személyiség-összetevők alapján két nagy csoportra bonthatjuk a személyiség alkotóelemeit. Az első csoportba azok a kutatói elméletek kerültek, melyek szerint a személyiség a személyen belüli intrapszichés jellemzőkben rejlik. Az első ismert személyiségvizsgálatot az i.e. V. században már az ókori görögök megvalósították Hippokratésznek és tanítványainak köszönhetően. Megfigyeléseik kezdetben a betegségek következtében megjelenő testnedvekre koncentrálódtak, de később már a természetes testnedvek vizsgálata is foglakoztatta őket. Elméletükben a testnedvek segítségével tipizálták a testet. Ötszáz évvel később Galenus római orvos kibővítette Hippokratész elméletét (1. táblázat), miszerint a négy típus pszichés eltérését az őselemek okozzák (*Mirnics,* 2006). A két elmélet fúzióját követően alakult ki a négy személyiségtípus (szangvinikus, kolerikus, melankolikus, flegmatikus) és az azokat determináló jellemzők. Galenus nevéhez fűződik továbbá a temperamentum kifejezés is.

1. táblázat. (*Allport,* 1998, 49. o. és 53.o.)

Típus	**Testnedv**	**Őselem**	**Jellemzők**
Szangvinikus	vér	levegő (melegség)	vidámság, gyorsaság, közlékenység, barátságosság
Kolerikus	sárga epe	tűz	tetterősség, gyors reakciók, indulatosság
Melankolikus	fekete epe	föld (nedvesség)	gondterheltség, nehézkes cselekvés, negatív érzelmek, vagy érzelemmentesség
Flegmatikus	nyál	víz (hidegség)	nemtörődömség, higgadtság, egykedvűség

Számos kutató igyekezett a személyiséget foghatóvá tenni. *Johann Caspar Lavater* (1741‑1801) összefüggést vélt felfedezni a testmagasság és a személyiség között, *Johannes Gall* (1758-1828) pedig a koponyaalak és a személyiség között kereste az összefüggést. De említhetnénk *Friedrich E. Beneke* (1798-1854) vagy *Joseph A. Sigaud* (1730-1810) nevét is, akik más-más szempontok alapján tipizálták az emberi testet, és társítottak hozzá lélektani ismereteket (*Mirnincs,* 2006). *William Stern* (1871-1938) tanulmányozta először a személyiséget természetes közegben. Tapasztalatai szerint, az egyéni tulajdonságok kialakulásában az öröklött és a környezeti tényezők együttes közreműködése játszik főszerepet. Ezt az elméletet *Jean Piaget* (1896-1980) egészíti ki az egyéni aktivitással, ami szintén meghatározza a személyiséget. Azonban a „klasszikus" típustanok megemlítésénél két kiemelkedően fontos kutatót említenénk meg. Az első a német származású *Ernst Kretschmer* (1888-1964), aki a lelki zavarok, a személyiségjegyek és a testfelépítés összefüggését kereste, megalkotva a piknikus, leptoszom, atletikus alkati tipológiát. Az amerikai *William Sheldon* (1898-1977) alkattani vizsgálatai során leginkább egészséges embereket vizsgált és készített minden irányból fényképeket. A képek elemzését követően három (ektomorf, endomorf, mezomorf) alkatot különböztet meg, melyek elnevezésüket a külső, középső és belső csíralemezről és annak fejlődéstani szerepéről kapták. A felsorolt kutatók szerint a személyiség genetikusan determinált.

A másik csoport követőinek elmélete szerint a személy és környezet közösen alakítja ki a személyiséget. *Kurt Zadek Lewin* (1890-1947) mezőelméletében a személy folyamatosan kapcsolatban áll a pszichológiai erők területén belül. *Sigmund Freud* (1856-1939) személyiségelmélete szerint a személyiség három nagy csoportból épül fel: „az id (ösztön-én), az ego (én) és a szuperego (felettes én)". A csoportok önállóan is rendelkeznek bizonyos funkciókkal, de kölcsönösen is kapcsolatban vannak egymással és fejtik ki hatásukat a személyiségre. *Carl Gustav Jung* (1875-1961) két szempont alapján csoportosította a személyeket. Elmélete szerint az egyik szempont az általános beállítottsági típus elnevezést kapta, melyhez az extra- és introverziót mint pszichés funkciópárt társította. A gondolkodás-érzés és az érzékelés-intuíció funkciópárokat pedig a másik szemponthoz párosította, melyeket funkciótípusoknak nevezett el. A vonásmodell (a személy tulajdonságai hierarchiába rendeződnek és faktorokat, dimenziókat alkotnak) jeles képviselői *Eysenck, Guliford, Cattel* és *Wiggins*. Kérdésként merülhet fel, hogy összesen hány faktorba sorolták az ember személyiségét? Cattel 16, Guliford 13, Eysenk 3 míg Wiggins csupán 2 faktoros elméletet állított fel.

4.1 Vonás- és biológiai elméletek

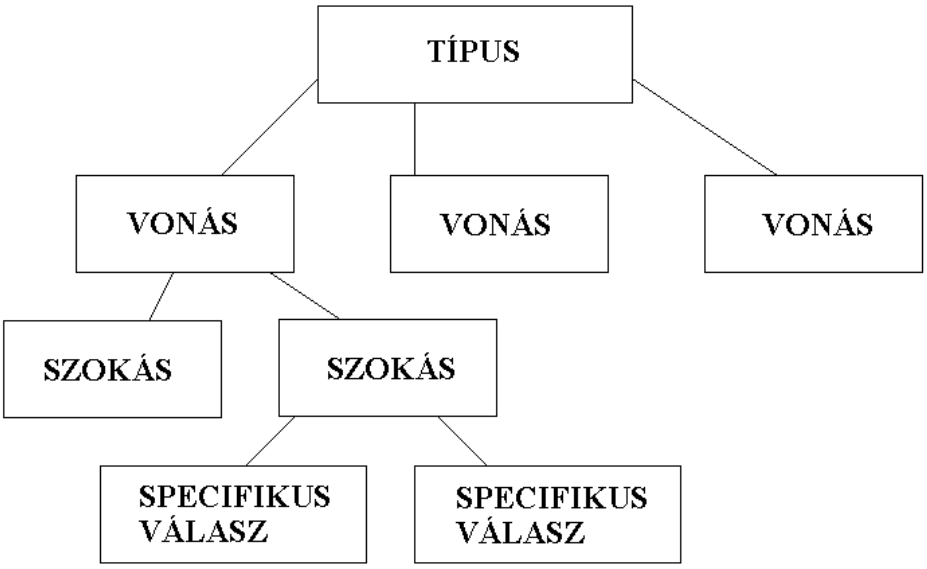
Érzékelhető, hogy a különböző személyiségelméletekben könnyen elveszhetünk abban az esetben, ha mindegyik elméletet részletesen bemutatnám. Így az eddigieknek megfelelően, azokat a koncepciókat emelem ki, melyek szorosan a dolgozatom gerincét alkotó elméleti keret részét képezi. Annak érdekében, hogy pontosabban megismerjük a különböző típusú/vonású emberek személyiségjegyeit, fontos tudnunk a két terminus közötti különbséget. A típus határokkal rendelkező fogalomnál, ami a jellemzők egységét jelenti, nincsenek fokozatok. A vonás ugyanakkor dinamikus jellegű, egyfajta normál eloszlást jelent, melybe a személyek leginkább tartoznak, és csak a legritkább esetben helyezkednek el a marginális határ közelében. A különbségek ellenére *Allport* (1998) személyiség-meghatározása az, amellyel leginkább azonosulni tudunk: *„A személyiség azon pszichofizikai rendszerek dinamikus szerveződése az egyénen belül, amelyek meghatározzák jellemző viselkedését, gondolkodását”.* A fogalom hangsúlya a dinamikus szón van, melynek jelentése a folyamatosan változó, alakítható egyént jelenti. Tehát rajtunk, akik közvetlen kapcsolatban vagyunk a serdülőkkel, is múlik a személyiség formálása, amit annak érdekében kell megragadnunk, hogy a serdülők személyiségét a lehető legoptimálisabb szintre emeljük, így megadva a lehetőséget a minőségi élet megélhetésére.

Eysenck nézete szerint ahhoz, hogy minél pontosabban meghatározzuk a személyiség alapvonásait, szükséges felhasználni azokat az elméleteket is, amellyek már érintették ezt a témát. A személyiségszerkezeti modelljének a kiindulópontjai *Hippokratész-Galénosz*-féle vérmérsékleti típusok a *Kant*-féle extroverzió-introverzió és a *Pavlov*-féle idegrendszeri típusok elméleti kerete alkotta. Emellett 700 neurotikus katona személyiségének az elemzését is elvégezte. A vizsgálat során 39 személyiségjellemzőtt faktoranalízis segítségével egyszerűsített, és két, egymástól független dimenziót talált (extroverzió/introverzió és stabilitás/labilitás) ami minden egyes emberben megtalálható, és egy kontinuum mentén elhelyezhető. Az elhelyezkedést a személyes értékek és több vonás együttesen határozzák meg. Ezek döntően genetikai jellegűek, és kisebb mértékben környezeti folyamatok is szerepet játszanak kialakulásában (2. táblázat). A két dimenziópárt később egy harmadik dimenzióval is (pszichoticizmus) kiegészítette (*Rózsa, Nagybányai* és *Oláh*, 2006), bár ez közel nem annyira tudományosan kidolgozott, mint a másik két dimenzió.

2. táblázat. (*Mirnics*, 2006, 47.o.)

	Stabilitás ⟷	**Neuroticizmus (labilitás)**
Introverzió ↕ **Extraverzió**	**flegmatikus** nyugodt, megbízható, kiegyensúlyozott, kontrollált, megfontolt	**melankolikus** szorongó, hangulatember, merev, pesszimista, visszafogott, nem szociábilis
	szangvinikus vezéregyéniség, életteli, válaszkész, beszédes, szociábilis, társaságkedvelő, élénk	**kolerikus** érzékeny, nyugtalan, agresszív, változékony, impulzív, aktív

A modell másik érdekessége, hogy Eysenck a személyiséget vonásokból építi fel, amelyeket a személyiség bonyolult rendszerében a csúcsra helyez. (2. ábra). „A személyiség fő vonásait vonás-(faktor-) jellegűeknek tekintette, feltételezve, hogy ezek hátterében egymástól független személyiségjegyek – típusok – állnak, amelyek igen erős hatást gyakorolnak a viselkedésre” (*Mirnics*, 2006. 46.o.). *Eysenck* kiemelten figyelt arra, hogy a kialakított tulajdonság tényezői pszichometriailag megbízhatóak legyenek, emellett létező elméleteken alapuljanak és a társas miliőben hasznosak legyenek.



2. ábra. (*Mirnics*, 2006, 46.o.)

Az előbb már említett Big Five kutatócsoport is alkotott egy személyiségmodellt, mely napjaink egyik leggyakrabban használt modellje a személyiségkutatók körében. A modell másik elnevezése az ötfaktoros személyiségmodell, melyet az öt fő

személyiségjegy határoz meg. További erőssége a modellnek, hogy a kutatásunk egyik alappillérét alkotó, Eysenck háromdimenziós (extraverzió, pszichoticizmus, neuroticizmus) modellel párhuzamba állítható (*Goldberg*, 1993; *Zuckerman*, 1992). Az öt faktor a következő: extraverzió (Eysencknél szintén az extraverzió), barátságosság és lelkiismeretesség (Eysencknél a pszichoticizmus), érzelmi stabilitás és nyitottság (Eysencknél a neuroticizmus).

A teljesség igénye nélkül említsük meg a magyar vonatkozású kutatásokat is. Az első ezzel kapcsolatos szöveggyűjtemény *Halász* és *Marton* (1978) nevéhez fűződik, melyben részletesen áttekinti a típuselméleteket is. Ezt követően az ELTE munkatársai által kiadott személyiség-lélektani szöveggyűjtemények, és az általam is felhasznált vademecumok jelentették a téma iránt érdeklődő személyek lehetőségeit. A nyolcvanas évektől a területhez kapcsolódó mérőeszközök is megjelentek (*Eysenck* és *Matolcsi*, 1984; *Eysenck, Kálmánchey* és *Kozéki*, 1981; *Karczag*, 1994; *Oláh,* 1982). De nemcsak kutatócsoportok, hanem a kutatók is igyekeztek ezt az újdonságot a nagyközönség számára elérhetővé tenni kéziratok formájában. *Kulcsár Zsuzsanna* korai személyiség-lélektani munkáit (pl. Személyiség-pszichológia, 1976), vagy éppen *Oláh Attila* munkáit említhetnénk. A mérőeszközök adaptációja magyar nyelvre szintén erre az időszakra datálható. A 2000-es évek elején is jelentek meg publikációk a Big Five modellel (*Rózsa, Kő* és *Oláh*, 2006), vagy a TCI kérdőívvel kapcsolatosan (*Osváth, Kállai, Sasvári-Székely, Rózsa* és *Bánki,* 2002; *Rózsa, Kő, Komlósi, Somogyi, Dezső, Kállai, Osváth* és *Bánki,* 2004b; *Rózsa, Kő, Somogyi, Faludi, Dezső, Degrell, Kállai, Osváth, Trixler* és *Bánki*, 2004a). Újdonságként jelent meg az a tanulmány, amelyben az ötfaktoros modellt próbálják kapcsolatba hozni a vallásossággal és annak nemi különbségeivel is (*Saroglou* és *Saroglou*, 2003).

4.2 A serdülők szerfogyasztásának személyiségbeli korrelátumai

A különböző szerek kipróbálásának hátterében a már említett egészségdeterminánsokon kívül, a fokozott kockázatvállalás vagy az élménykeresés is állhatnak. *Lapsley* és *Duggan* (2001) megkülönböztetik a veszélyekkel/kockázatokkal kapcsolatos sérthetetlenség érzését, amely a káros szenvedélyekre való nagyobb hajlammal hozható összefüggésbe, valamint egy általános sérthetetlenséget, amely inkább erőszakos, antiszociális problémaviselkedésre hajlamosít. Az első sérthetetlenségi típus közel áll a kockázatvállalás/impulzivitás konstruktumhoz. Egyes vizsgálatok kimutatták, hogy a

felnőttekkel összehasonlítva a serdülők kockázatészlelése nem kisebb mértékű (*Steinberg*, 2007). A dohányzó serdülők vagy alkoholt fogyasztók például teljesen reálisan látják a rájuk leselkedő veszélyeket (*Pikó* és *Gibbons*, 2008), azaz pl. a dohányzók egyáltalán nem tartják magukat sérthetetlennek (*Milam, Sussman, Ritt-Olson* és *Dent,* 2000). *Lapsley, Aalsma* és *Halpern-Felsher,* (2005) azt is hozzátette, hogy a sérthetetlenség illúziója nem egyértelműen negatív fejlődéstani jelenség, sőt, az egészséges mentális fejlődéshez járulhat hozzá a *self* határainak újraalakításával. Kétségtelen azonban, hogy e fejlődési folyamatnak lehetnek olyan negatív következményei, mint a sérthetetlenség illúziója, az irreális optimizmus, a megnövekedett és nem reális önbizalom, vagy a túlzott énhatékonyság vélelme, amely hajlamosíthat szerfogyasztásra, pl. dohányzásra vagy alkoholfogyasztásra (*Pikó*, 2002; *Urbán és Varga*, 2003). Az utóbbi a saját képességünkbe vetett hitet jelöli, amely szerint képesek vagyunk célorientált tevékenységeket sikeresen elvégezni, s ezáltal teljesítményt elérni (*Bandura,* 1997), ami pl. a sportolással kapcsolatban igencsak fontos. Az énhatékonyság egyúttal optimizmussal és önbizalommal teli vélekedés arról, hogy az egyén képes megküzdeni az élet nehézségeivel, amely természetesen elősegítheti a stresszel való hatékony megbirkózást (*Scholz* és *mtsai*, 2002); túlzott vélelme azonban akár irreális optimizmushoz, és fokozott kockázatvállaló magatartáshoz is vezethet (*Urbán* és *Varga*, 2003). A serdülőkorra jellemző sérthetetlenség illúziója részben visszavezethető arra is, hogy ebben a korszakban megnövekszik a hajlam az impulzivitásra, amely szintén kapcsolatba hozható a szerfogyasztás kipróbálásával (*Gullo* és *Dawe,* 2008; *Stautz* és *Cooper*, 2013). Az impulzivitás alatt olyan személyiségjegyeket értünk, amely impulzív, meggondolatlan viselkedési tendenciákban ölt testet, miközben hiányzik a következmények adekvát előrelátásának képessége (*Eysenk* és *Eysenk,* 1985). Az impulzivitás is egy összetett jelenség, ezért számos impulzivitásformáról beszélhetünk, amelyek megismerésével jobban megérthetjük a fokozott kockázatvállalással és az egészségkockázati magatartással való összefüggését (*Adams, Kaiser, Lynam, Charnigo* és *Milich,* 2012). *Whiteside* és *Lynam* (2001) UPPS modelljükben faktoranalízissel négy faktort különítettek el: U = *Urgency* = sürgetettség, P = *Premeditation* = megfontoltság, P = *Perseverance* = kitartás és S = *Sensation seeking* = szenzoros élménykeresés, amelyek az impulzív személyiség négy alapvonását jelentik. *Zuckerman* (1979) a kockázatos viselkedésformákért (szexuális szabadosság, a túlzott alkoholfogyasztás, impulzív evés vagy a dohányzás) az utolsó személyiségvonást tartja leginkább felelősnek. Számos tanulmány pedig az impulzivitás és az extrém sportok kapcsolatáról számol be (*Mayer, Lukács* és *Pauler*, 2012; *Llewellyn* és *Sanchez*, 2008; *Kerr* és *Mackenzie*, 2012).

4.3 Sportoló és nem sportoló serdülők személyiségjegyei közötti különbségek

A különböző személyiségelméletek hátterében nagyon sok tényező áll, melyek közül mi a sport területére fókuszálunk, és igyekszünk felhívni a figyelmet azokra a különbségekre, amelyekre a mozgás közvetett hatást gyakorol. Társadalmunk megannyi negatív értéket, mintát közvetít a fiatalok számára, melyek mellett a pozitív értékek csak eltörpülnek. Egyik, a mi témánk szempontjából is kiemelten fontos pozitív érték, a sportolás, a mindennapi mozgás. Számtalan empirikus kutatás eredménye is alátámasztja, hogy a sport rendkívül fontos, hiszen rengeteg olyan ismérvvel rendelkezik, melyekkel egy fittebb, boldogabb társadalmat alakíthatnánk. Ebben a folyamatban lehet segítségünkre az iskolai testnevelés, ahol a mindennapi mozgás iránti igény kielégítését lehetne megvalósítani. De fontos helyszín a sportegyesületekben folyó szakmai munka is, hiszen szerepet játszik a fiatalok személyiségjegyeinek formálásában, és ennek köszönhetően az élet adta akadályok könnyebb legyőzésében. A problémamegoldással párhuzamosan továbbá tudatosulna az egészséges életmód jelentősége, fontossága, és a mai társadalomra jellemzően, több szabadidőt töltenének kulturáltan. Amennyiben a negatív értékek továbbra is dominánsan szerepet kapnak a fiatalok életében, és nem sikerül a pozitív értékeket vonzóvá tenni, akkor annak következményét majd csak évtizedek elteltével érzik meg a fiatalok, amikor már csak korlátozottan van lehetőség változtatásra.

Schaub és *Szabó* (2007) kutatásában a személyiségdimenziók közötti különbséget vizsgálta a sportolók és a nem sportolók körében. Eredményeik alapján a sportolókra alacsonyabb introvertáltság és kockázatvállalás jellemző, mint a nem sportolókra. Egy nemzetközi tanulmányban (*Francis, Kelly,* és *Jones,* 1998) női hallgatókat vizsgált meg. A minta 272 bölcsészettudományi kari hallgatóból és 133 aktív jégkorongozóból tevődött össze. Az összehasonlítás eredményeként kiderült, hogy a pszichoticizmus és az extroverzió szignifikánsan magasabb értéket értek el a sportolók körében.

Sportágtípus szerint is történtek vizsgálatok. Állóképességi sportolók esetén negatív összefüggést találtak a szorongás és a sportteljesítmény között (*Boris* és *Jan Gruhn,* 1996), valamint megállapították, hogy a csapatsportágakra és a sprinterekre inkább jellemző az extroverzió, mint az egyéni sportolókra és a maratoni futókra (*Boris* és *Jan Gruhn,* 1996). Ugyanebből a vizsgálatból kiderült, hogy az állóképességi sportolók szignifikánsan extrovertáltabbak, mint a nem sportoló társaik, ám hasonló pontszámokat értek el a neuroticizmus és a nyitottság területén (*Boris* és *Jan Gruhn,* 1996). *Kirkcaldy* (1982a) a

nemek személyiségjegyei közötti különbségeket vizsgálta sportágtípus szerint. Annak ellenére, hogy szignifikáns különbséget nem talált a csapat- és egyéni sportágak között, a csapatsportágakat tovább elemezve posztjuk szerint már igen. A futballozó férfiak esetén a támadó játékosok pszichoticizmusuk és extraverziójuk terén jóval magasabb értéket értek el, mint a középpályások. A nők esetében neuroticizmusuk magasabb, míg az extraverziójuk alacsonyabb étéket ért el. *Kirkcaldy* (1982b) egy másik vizsgálatában szintén sportoló férfiakat és nőket hasonlított össze nem sportolókkal. A vizsgálat eredménye szerint a sportolók extrovertáltsága dominánsnak mutatkozott, míg az átlagpopulációhoz képest a neuroticizmusuk kisebb mértékű. *Batta* (2002) versenytornászok személyiségjegyeit vetette össze nem sportoló, korban megegyező személyekkel. Eredményei alapján a 13-14 éves versenytornászok introvertáltak, amihez alacsonyabb kockázatvállalás társul. Ezt már az idősebb, felnőtt mintán nem igazolta, amit *Schaub* és *Szabó* (2007) vizsgálata sem támaszt alá.

5. MOZGÁSOS ÉLMÉNY A SERDÜLŐK KÖRÉBEN (FLOW)

Az utolsó fejezetben egy innovatív elmélet (Flow-élmény) bemutatása történik, aminek köszönhetően nagyobb sikerrel szerettethetjük meg a serdülőkkel a mindennapi aktív testedzést. Az innovatív jelző azért került az elmélet szó elé, mert ez egy újdonság. Abban a tekintetben novum, hogy más megközelítésből értelmezi az életet. Emellett az újszerűsége abban rejlik, hogy nem csak egy területre korlátozódik a használhatósága, henem az élet szinte összes szférájára kiterjedhet. Maga az elnevezés sem ötletszerű, ugyanis Csíkszentmihályi a vizsgálat kezdeti szakaszában számos interjút készített, az alanyok érzéseik leírásakor leginkább úgy jelemeztés, mint a vizet, mely sodorja őket. Pszichológiai értelmezéseben tehát a „flow" egy adott tevékenységben való elmerülést jelöl.

A mozgás kitüntetett szerepéről már a serdülők egészségmagatartásának bemutatása során említést tettünk, de most tekintsünk ki a mozgásos tevékenységet körülvevő világba is. A HBSC 2010-es vizsgálatában kiemelten foglalkozik ezzel az aktivitási formával, aminek alapját egy 2005-ös (*Strong, Malina, Blimkie, Daniels, Dishman, Gutin, Hergenroeder, Must, Nixon, Pivarnik, Rowland, Trost* és *Trudeau,* 2005) kutatási ajánlás jelenti. Eszerint a napi kielégítő mozgás legalább 60 percen keresztül közepes intenzitással végzett tevékenység. Ebbe beletartoznak a testnevelésórán végzett mozgások is. Ennek függvényében a HBSC felmérésben résztvevő iskolások kevesebb, mint 20%-a mozog csak megfelelő mennyiséget naponta (*Halmai* és *Németh, 2011*). Ez különösen abban az esetben elszomorító, hogy a testnevelésórán végzett mozgások is beleszámíthatóak. Az eredmények tettre ösztönzik a társadalom irányítóit és a serdülőkkel foglalkozó szakembereket egyaránt. Ennek köszönhetően hozták létre a nemzeti köznevelésről szóló törvényt (2011. évi CXC), amelyben kötelezik az oktatási intézményeket a mindennapos testnevelés bevezetésére minden évfolyamon. Ezt lépcsőzetesen valósították meg a 2012/2013-as évfolyamtól kezdődően. Az újításnak köszönhetően a szakemberek (testnevelők) lehetőséget kaptak arra, hogy kialakítsák azokat az attitűdöket a serdülők személyiségében, melyeknek köszönhetően az egyénnek igényévé válik a mindennapos fizikai aktivitás. Kiemelt jelentősége abban rejlik, hogy a serdülők szabadidejének nagy részét még a mozgás, sport teszi ki, és a testnevelési órákhoz való viszonyulásuk is pozitív (*Keresztes, Pluhár* és *Pikó,* 2003; *Keresztes, Pluhár, Vass* és *Pikó,* 2005). Mivel a sport szeretete elősegíti a rendszeres sportolást és biztosítja, hogy a mozgás az életmód részéve

váljon (*Bognár, Tóth* és *Baumgartner,* 2003; *Giles-Corti* és *Donovan,* 2002), nagyon fontos lenne kialakítani ezt az igényt a fiatalok körében.

Ennek tudatában szükséges megismernünk a testnevelés helyét és szerepét az oktatás intézményrendszerén belül. Hamar Pál munkássága során a testnevelést számos aspektusból elemzi. Vizsgálja a tantárgy társadalmunkban betöltött szerepét, milyen plusz lehetőséget biztosítanak az iskolák a diákok egészségfejlesztése érdekében, de elemzi történeti fejlődését a tanterv fejlődésén keresztül, valamint hazai és nemzetközi viszonylatban veti össze az óraszámok alakulását (*Hamar,* 2001; *Hamar,* 1998; *Hamar* és *Derzsy,* 2002; *Hamar* és *Soós,* 2004). *Szénay* (2009) a tantárgyak kedveltségét vizsgálta. A különböző tantárgyakat egy ötös skálán kellet értékelniük a gyermekeknek. Az egyes a nem szeretem, az ötös érték pedig a szeretem kategóriát jelentette. Az általános iskolában a legjobb tanulók 4,37%-ra értékelték a testnevelést, addig a legrosszabbak 4, 46%-ra. Ez az átlag a további oktatási szinteken ugyan csökken, de a kedveltségi rangsorban továbbra is a kedvelt tantárgyak közé sorolhatjuk a testnevelést. *Hamar, Karsai* és *Munkácsi* (2011) kutatási eredményei alapján a testnevelés és a sport pozitív attitűdje az életkor emelkedésével párhuzamosan csökkenő tendenciát mutat, bár a testnevelés kedveltségét tekintve pozitív attitűd mutatkozik. A kutatás a nemek közti különbséget is hivatott vizsgálni, és eredményeként azt mondhatjuk, hogy a fiúknak pozitívabb az attitűdjük a sporttal kapcsolatban, mint a lányoknak, és az életkor növekedésével sajnos ez is fokozatosan csökken mindkét nem esetén. *Csapó* (2000) tantárgyattitűd-vizsgálatában tíz tantárgyat elemez. Bár a testnevelés nem szerepel a kutatásban, de összességében a többi tantárgy esetén is elmondható, hogy az életkor növekedésével párhuzamosan csökken a tantárgyak kedveltsége.

A magyar lakosság az iskolai testnevelés órákra általában pozitívan emlékszik vissza. Egy országos reprezentatív felmérés eredménye szerint a lakosság 60%-a szerette a testnevelés órákat az általános iskolában, és mindössze 22% értékelte negatívan. Hasonló eredmény tapasztalható a középiskolák esetén is, azonban a felsőoktatásban a megítélés már csökkent. Ebben a vizsgálatban kitértek a testnevelő tanár megítélésére is: 66%-a szerette az általános iskolai testnevelő tanárát és 13%-a nem (*Neulinger,* 2009). Egy hasonló tanulmányban (*Rétsági,* 2010) Dél-Dunántúli és Nyugat-Dunántúli diákok véleményét kérdezték meg a testneveléssel kapcsolatban. A diákok 60%-a szerette a testnevelést, míg 17,5% pedig negatívan vélekedett. Ennek okát a kutató abban látja, hogy a diákok nem minden mozgásformát hajtanak végre, amit a testnevelő mond. Leginkább a labdajátékok mozgásanyagát kedvelik a gyermekek, pedig tudjuk, hogy minden egyes

mozgásnak fontos szerepe van a fejlődés szempontjából. *Balázsiné* (2002) vizsgálata szerint az általános iskolai tanulók több mint harmadának a testnevelésóra számít a legfontosabbnak, és a tárgyat oktató pedagógus a legszimpatikusabbnak. Ez az eredmény is bizonyítja, hogy a testnevelőnek fontos szerepe van a gyermekek életében, bíznak benne, ezáltal valószínűsíthető, hogy bizonyos iskolán kívüli tevékenységben is számítanak a véleményére, tanácsára (*Trzaskoma-Bicsérdy, Bognár* és *Révész,* 2006).

Ezeknek a vizsgálatoknak a figyelembevételével elmondhatjuk, hogy a serdülőkre és a további életszakaszra jellemző mindennapi fizikai aktivitásra igen nagy hatással van az oktatási intézmény, ezen belül a testnevelési órák minősége és a testnevelő tanár személyisége. Ahhoz, hogy motivációt tudjunk biztosítani a diákoknak a mozgásra, ezzel pedig a lemorzsolódást megállítani, szükségünk van olyan vizsgálatra, amit *Szabadné* (1997) készített. A kutatás során összegzi az alternatív iskolák pedagógiai programjait, ezen belül is a testnevelést, és annak innovatív hatását a hagyományos programmal rendelkező közoktatási intézményekével veti össze. Figyelmet érdemel az áramlatélmény (Flow) elméletének a megvalósítása az órák során. A következő alfejezeteken keresztül mutatom be az áramlatélmény elméleti hátterét valamint megjelenési formáit serdülők körében.

5.1 A Flow és a pozitív pszichológia kapcsolata

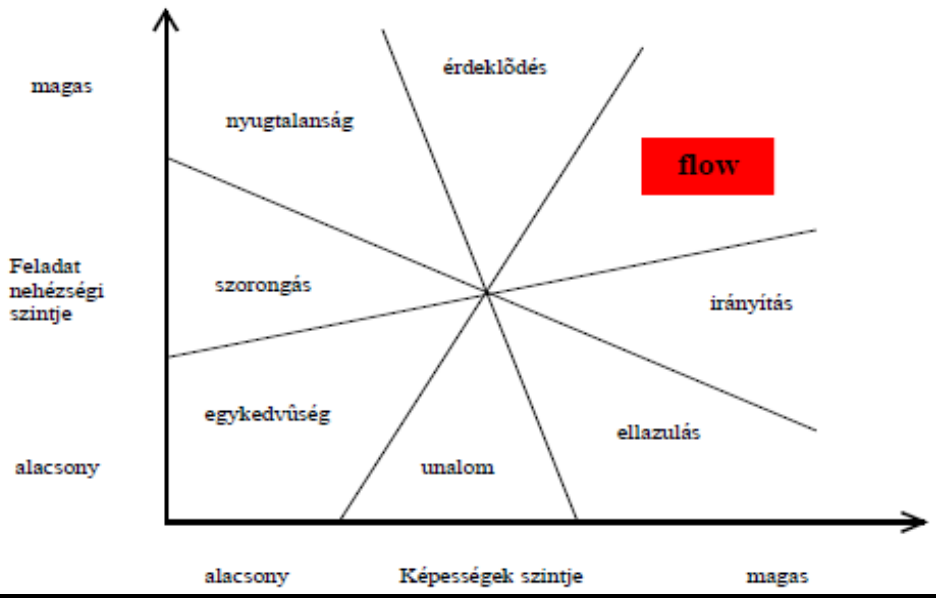
Az 1970-es évektől datálható a pozitív pszichológia mint irányzat. Kialakulásának melegágya az Egyesült Államok, ahol a II. világháborút követően kezdte a szárnyát bontogatni (*Hamvai* és *Pikó*, 2008). A betegségek kezelésének történelmében új fejezetként jelenik meg ez az irányzat, mégpedig egyfajta mentsvárként. A pszichológia leginkább a negatív jelenségekkel foglalkozik, míg a pozitív pszichológia túlmutat a betegség kezelésén, ugyanis *„legfontosabb célja, hogy a pszichológia feladatköre ne csupán a károsodás megszüntetésére irányuljon, hanem a „normális”, az „átlagos” további fejlesztésre is”*. Ahogy *Seligman* és *Csikszentmihályi* (2000. 5. o.) megfogalmazta: *„Azoknak a tényezőknek a felkutatása és erősítése a cél, amelyek az egyének és közösségek virágzását, jóllétét segítik elő”*. Több mint egy évtized telt el a tanulmány megjelenése óta, ám még mindig nem lehet pontosan meghatározni ezt a terminust. Létjogosultságát misem bizonyítja jobban, hogy önálló szakmai folyóirattal rendelkezik, és különböző szakmai világkonferenciákat szerveznek ezen a területen. Egyre több kutatásban került középpontba a pozitív pszichológia területe, melynek köszönhetően a témába vágó empirikus kutatások

száma is folyamatosan szaporodik (*Oláh*, 2012). Ezek ismeretében egyértelmű, hogy napjaink egyik legdinamikusabban fejlődő irányzatai közé tartozik. Érdeklődési területének meghatározásakor három szintet szoktak megemlíteni. Az első az egyén szubjektív pozitív élményeinek vizsgálata. Ide tartozik a flow-élmény is, ahogy a boldogság, optimizmus és elégedettség is. Második szinten az emberi erősségeket és erényeket vizsgálják annak érdekében, hogy az egyén „jó" emberré váljon. A harmadik szinten a vizsgálati eredmények beépítése valósul meg társadalmi és intézményi szinten.

Tehát a pozitív pszichológia egyik legkutatottabb alaptézise a flow-élmény (áramlat). A fogalom megalkotója az Amerikai Egyesült Államokban élő magyar származású Csíkszentmihályi Mihály. Kutatási eredményei példátlan népszerűséggel terjednek az egész világon (*Ábrahám*, 2010). A flow elmélet szerint az áramlat-élmény kialakulásában központi szerepet játszanak azok az elfoglaltságok és tevékenységek, amelyek végzése során a résztvevő a kiteljesedés élményét éli át, mely által örömérzés alakul ki benne. A folyamat során az ember teljes mértékben a feladatra összpontosít, és nem engedi a figyelmét elterelni a külvilág impulzusai által. Az öröm nem attól függ, hogy az ember mit tevékenykedik, hanem attól, hogy hogyan. Véleménye szerint, aki gyakran él át áramlatélményt, az minőségi életet él, és boldogabbnak érzi magát. (*Csíkszetmihályi*, 1997). *Pikó* (2002) szerint ahhoz, hogy életünket jól éljük meg, tudnunk kell boldognak lenni, bíznunk kell magunkban és örömet kell találnunk a társas kapcsolatainkban. Ennek hiányában a minőségi élet megélésének lehetőségét bukjuk el.

A tökéletes élmény jellemzői – és az azt elősegítő feltételek – egyformák minden tevékenység esetében. Kezdetben *Csíkszentmihályi* (1975) kilenc összetevőben látta az áramlatélmény kialakulásának kulcsát, melyet később (3. ábra) nyolc alapvető elemre csökkentett (*Csíkszentmihályi*, 1997).

1.) *Felkészültség megjelenése:* Áramlatélményt csak abban az esetben élünk át, ha a konkrét feladat elvégzéséhez rendelkezünk a szükséges felkészültséggel, ami nem feltétlenül csak fizikai lehet. Tovább boncolva az első elem szerepét, fontos megjegyezni, hogy a feladatnak és a hozzá tartozó képességnek egyensúlyban kell lennie. Abban az esetben, ha nehéz a feladat a képességekhez mérten, akkor szorongást, majd nyugtalanságot élünk meg. Ellenkező esetben pedig ellazulást, majd unalmat él át a résztvevő.



3. ábra. Képességek és feladatok viszonya az áramlatélményben (*Csíkszentmihályi*, 1997., 47. o.)

2.) Az *eggyé olvadás* során a cselekvés és a figyelem egy egészet alkot, aminek segítségével áramlatélményt élhetünk át. A mozdulat, a tevékenység spontánná válik, teljességgel a feladatra koncentrálunk, így nem tudunk más dolgokkal foglalkozni, ami kizökkentene minket a folyamatból.

3.) *Világos cél:* Az egyén tudatában van annak, hogy mi is a feladata, célja. A sportban is világos cél van, megnyerni egy adott versenyt, vagy éppen a másik csapat fölé kerekedni, azaz több pontot, vagy gólt elérni egy mérkőzésen.

4.) *Feed-back:* Az emberi szervezet számára is fontos a folyamatos visszacsatolás, ugyanis ennek függvényében tud szervezetünk reagálni a fellépő problémákra, gondokra. Flow folyamán is teret nyer ez a fogalom, ugyanis ennek tükrében tudom, hogy a kitűzött cél felé haladok-e vagy sem, és ennek hatására kell módosítanunk a cselekedeteink sorozatát.

5.) *Összpontosítás a tevékenységre,* aminek hatására a tudatban nem jelennek meg a mindennapi problémák. Amikor áramlatban vagyunk, csak a cél elérése érdekében végzett folyamatoknak van helye az elmében. Ahogy *Csíkszentmihályi* (1997) fogalmaz: *„az ember teljes figyelmével az előtte álló feladatra koncentráljon – és így egyszerűen nem hagy helyet az elmében a fölösleges információ számára”.*

6.) *A tevékenység feletti uralom érzete,* amely inkább a tevékenység feletti kontroll lehetősége, mint annak a konkrét megvalósítása (*Ábrahám*, 2010).

7.) *Én-tudat elvesztése:* lehetőséget biztosít, hogy eggyé váljunk a dolgokkal.

8.) *Időérzékelés:* Áramlatélmény során teljes mértékben elveszítjük az időérzékelésünket. Ennek a megjelenési formái lehet az idő „rohanása” vagy „alig telik az idő”. Tehát összességében elmondható, hogy az időérzetünk erősen becsap minket a tevékenység végzése során.

Ez a nyolcelemes feltétel az idő múlásával tovább redukálódott három központi elemre: (1) *egyértelmű, tiszta cél;* (2) *az észlelt kihívások és a képesség egyensúlya;* valamint (3) a *közvetlen és folyamatos visszacsatolás* (*Csíkszentmihályi, Abuhamde* és *Nakamura,* 2005). Amennyiben egy tevékenység során ezek a feltételek megvalósulnak, akkor létrejön az optimális élmény, melyben az idő mint fogalom megszűnik, biztonságban érzi magát a résztvevő és uralja az adott helyzetet.

Oláh (1999) szerint a flow-elérés feltételeit alapvetően személyiségünk határozza meg, ugyanis mi magunk tűzzük ki saját céljainkat és annak eléréséhez mi tartjuk egyensúlyban képességeinket és a feladatainkat.

5.2 Flow és a személyiség kapcsolata

Több empirikus vizsgálat központi kérdésként fogalmazta meg, hogy mik azok a tényezők, amelyek segíthetnek abban, hogy sikeresek legyünk. Így több területen végeztek vizsgálatokat olyan személyekkel, akik a maguk területén sikereket értek el. Összegzően elmondhatjuk az eredményeket, miszerint az érzéseik a tevékenység végzése során nagy hasonlóságot mutattak (*Kádár* és *Somodi*, 2012), annak ellenére, hogy más területen tevékenykedtek. Ebből azt szűrhetjük le, hogy teljesen mindegy, mi az, amit csinálunk, mert minden ember képes flow-élményt átélni, ugyanakkor fontos az adott tevékenység szeretete. A hasonlóságok mellett különbségeket is találunk az egyének között, ugyanis a pszichológiai jellemzők között is igen erős különbségeket tapasztalunk. *Fülöp* (1998. 212. o.) szerint „*áramlatélményre elsősorban azok az emberek képesek, akik teljesítmény- és sikerorientáltak, hiszen minden pszichológiai vizsgálat szerint ők azok, akik nem választanak se túl könnyű, se túl nehéz feladatokat, hanem az optimális kihívásokat kedvelik”.*

A flow-kutatások elsősorban a flow állapotának – fenomenológiai jellegű – dinamikájára kíváncsiak (*Nakamura* és *Csíkszentmihályi*, 2002). Ennek hozadékaként sajnos kevés empirikus kutatást végeztek a szakemberek az optimális élmény és a személyiségjegyek kapcsolatáról annak ellenére, hogy rendkívül izgalmas kérdés. *Ullén, de Manzano, Almeida, Magnusson, Pedersen, Nakamura, Csíkszentmihályi* és *Madison* (2012)

munkája alapján a flow-élmény kialakulása pozitív kapcsolatban áll az önbecsüléssel, az énképpel és az élettel való elégedettséggel, valamint a belső motivációval és a lelki jólléttel. Szintén flow-élmény párosul a probléma megoldásához aktív megküzdési stratégiát alkalmazók esetén a passzív helyett, ugyanis előbbi kevesebb szorongással jár, így az pozitív kapcsolatba hozható a flow-hajlammal (*Mosing, Magnusson, Pedersen, Nakamura, Madison* és *Ullén*, 2012).

Kiyoshi (2004) japán egyetemisták személyiségét vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy az autotelikus személyiségek által érzékelt kihívások és a készségek kiegyensúlyozottabbak, és olyan helyzetbe pozícionálják magukat, ahol a vélt kihívás nagyobb, mint a vélt képesség. Összességében inkább használják a pszichikus energiájukat a tevékenység során, valamint aktívabban és konstruktívabban vesznek részt a mindennapi életben, mint a nem autotelikus társaik. *Rathunde* (1988; 1996) családi környezetben vizsgálta az autotelikus személyiségek tulajdonságait, és arra a megállapításra jutott, leginkább ez a környezet az, amely támogatja a kialakulásukat, ugyanis itt megtalálható a biztosított támogatás és a kihívás.

Az amerikai serdülő populáción végzet kutatás során azt az eredményt találták, hogy az autotelikus személyiségek adott időt töltenek flow-állapotban, melynek következtében több olyan pozitív tapasztalatot szereznek az életben, melyeket a későbbiekben fel tudnak használni, de céljaik is határozottak. Ezenkívül szignifikánsan több időt szakítanak tanulásra és hobbijukra, sportra, de kevesebb időt töltenek tévénézéssel, mint a nem autotelikus társaik (*Adlai-Gail*, 1994). *Abuhamdhe* (2000) ezredfordulón végzett vizsgálata is kimutatta, hogy az amerikai felnőtteknél kisebb mértékben észleltek stresszt a flow élményének következtében, míg a nem autotelikus személyiségűeknél ennek az ellenkezőjét tapasztalták. *Scott* és *Heidi* (2014) vizsgálata alapján erős a negatív kapcsolat az autotelikus személyiség és a halogatás között. A kutatás kiterjedt a személyiségjegyek és a flow kapcsolatára is, ahol a Big Five kérdőívet alkalmazták. Megállapították, hogy az extroverzió pozitívan, míg a barátságosság negatívan befolyásolja az autotelikus személyiség kialakulását. Más tanulmányokhoz (pl. *Ullén* és *mtsai*, 2012; *Mosing* és *mtsai*, 2012) hasonlóan, itt is azt az eredményt kapták, hogy az alacsony neuroticizmus és a magas lelkiismeretesség fontos az áramlatélmény elérésében. *Wiggins* és *Freeman* (2000) atléták szorongásával kapcsolatosan végeztek vizsgálatot. Amennyiben alacsony értéket mértek, gyakoribb flow-átélést tapasztaltak, ugyanakkor magasabb értéknél már hátráltatta az optimális élmény kialakulását. A magasabb szorongásérték összekapcsolható a neuroticizmussal.

Oláh (2005) 155 egyetemi hallgató részvételével (átlagéletkor 22,1 év) vizsgálta az áramlatélmény és a coping-stratégiák közötti kapcsolatot, és az eredmények tudatában kijelenthetjük, hogy a flow-élmény gyakorisága szignifikánsan korrelált a problémafókuszú megküzdési faktorral, míg az emóciókiürítésre való hajlam akadályozza az optimális élmény kialakulását. Továbbá kijelenthetjük, hogy a szorongás- és az apátiaérzés megjelenése esetén kiemelten fontos a támaszigény.

5.3 A Flow megjelenési területei

A flow elméletének ismeretében tudjuk, hogy milyen feltételeknek kell megvalósulnia ahhoz, hogy áramlatélmény alakuljon ki, így a flow-élmény az élet számos területén megjelenhet, legyen szó művészekről (*Csíkszentmihályi*, 2010), írókról (*Perry*, 1999), vagy éppen a zenei tevékenység (*MacDonald, Byrne* és *Carlton*, 2006) és a tánc (*Csíkszentmihályi*, 1990) során előforduló optimális élmény vizsgálatáról.

5.3.1 Flow az iskolában

A számunkra releváns terület, ahol szintén megjelenik a pozitív pszichológia az az iskola, bár napjainkban már nem azt a funkciót tölti be, mint tette azt az iparosodás kezdetén. Manapság az iskola egy olyan területet képez, ahol a gyermekek megismerkednek az anti-flow fogalmával (unalom, apátia, és a szorongás). *Csíkszetmihályi* (1997) szerint: *„Az első néhány évben minden gyermek kis „tanulógép", aki naponta új szavakat tanul meg, új mozdulatokat próbál ki. Az az elmélyült figyelem, amely egy új dolog tanulása közben egy gyermek arcán megjelenik, jól jelzi, hogy mit jelent az örömteliség"*. Sajnálatos módon, az idő elteltével ez az örömteliség eltűnik a gyermekekből, bár az iskolakezdet előtt a tanulási vágy belső motivációként jelenik meg. Az iskola kezdetével azonban ez szép lassan eltűnik és helyette külső motivációként jelenik meg, aminek kialakulására a szülők és a tanárok nagy hatással vannak. Már említettük azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a flow-élmény kialakulását. Ezek a faktorok abban az esetben segítenek minket, ha a feladat és képesség azonos szinten van egymással. Amennyiben valamelyik eltér a másiktól, akkor anti-flow azaz negatív élmény (apátia, unalom, szorongás) alakul ki.

Dániel (2010) vizsgálatában arra a következtetésre jutott, hogy mind tanórán, mind az otthoni tanulásban sajnos az anti-flow élmények gyakrabban (51%) tapasztalhatóak, mint a flow élmény (49%). Továbbá összefüggést talált a flow élmény átélésének gyakorisága és a képességek között, ugyanis akik kihívásként tekintettek a tanulásra, azok

gyakrabban kerültek áramlat-élménybe mind az iskolában, mind pedig otthon. Természetesen így a tanulásuk során alacsonyabb volt az anti-flow élmény előfordulása is. A tanuláshoz szükséges képességek megléte is egyenesen arányosnak tűnik a flow és fordítottan arányosnak az anti-flow élmények megélési gyakoriságával.

Oláh (1999) 146 középiskolás részvételével végzett vizsgálatot a flow- és antiflow-élmény gyakoriságának megismerésére iskolai közegben. Az eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy mind a lányok, mind a fiúk nagyon kevés flow élménnyel kerülnek kapcsolatba az iskolai tartózkodásuk ideje alatt. Ez az eredmény nem meglepő, ugyanis a nemzetközi vizsgálatokban is ezekről az eredményekről számoltak be. Ellenben sajnos a legtöbb szorongás, unalom és apátia, azaz anti-flow élmény az iskolához köthető. Ennek oka elsősorban az oktatás magas követelményei, és az iskolai elfoglaltság (23%), másodsorban (22%) nem találnak semmi izgalmasat, figyelemfelkeltőt az iskolai tanórákon, ami apátiához vezet. Harmadik esetben pedig (23 %) nem kapnak képességeiknek megfelelő feladatot.

Oláh (2005) egy későbbi felmérésében magyar fiatalok flow és anti-flow élmény gyakoriságát vizsgálta több különböző élethelyzetben (családban, barátok közt, egyedüllét alkalmával és iskolában). Eredményei alapján a diákok az iskolai elfoglaltságok alkalmával mindösszesen 32%-ban éltek meg áramlatélményt, ugyanakkor az anti-flow élmények közül az unalom (23%), szorongás (23%) és apátia (22%) is az iskolához köthető. Áramlatélményt leggyakrabban a baráti társaságban (45%) éltek át, megelőzve a második helyen lévő családi légkört (42%) és a harmadik helyen található egyedüllétet (39%). Ugyanebben a kutatásban vizsgálta az összefüggést a tanár flow-teremtő képessége és a diákok flow élménye között, és azt találta, hogy a tanár flow élményének gyakori megjelenése szignifikánsan összefügg a tanuló által megélt flow élmény gyakoriságával. Az autoletikus tanár jellemzői közé sorolható, hogy monitorozza a tanulók figyelmi teljesítményét, valamint az ismeretek átadásánál figyel arra, hogy flow élményként adja át az ismereteket (*Bodoni* és *Kádár*, 2010). Egy későbbi vizsgálat (*Kádár* és *Somodi,* 2012) pedig rámutatott arra a tényre, hogy a pályakezdő pedagógusok flow-élmény gyakorisága alacsonyabb, mint a rutinos kollégáké, és a bizonytalanságuk miatt gyakoribb a szorongásuk is. Láthatjuk, hogy a pedagógusnak igen meghatározott szerepe van az iskolában átélt flow és anti-flow élmények gyakoriságában (*Imre,* 2004). Több nemzetközi kutatás is felhívja a figyelmet, hogy a tanár személyisége, motivációja és szakmai tudása pozitív kapcsolatban van a diákok által átélt flow élmény gyakoriságával (*Smirthrim, Garbati* és *Upitis,* 2008; *Bakker,* 2003). Megfigyelhető tehát a pedagógusok

jelentőségteljes szerepe a serdülők nevelésében, ami az egészségtudatosság területére is vonatkozik. Fontos az előbb említett tulajdonságokkal rendelkezniük, de talán még annál is fontosabb, hogy a higyjen a nevelő az áramlatélményben. Amennyiben a hitt és az elmélethez szükséges ismérvek egymásra találnak minden bizonnyal egy hatékony egészségtudatosságra való nevelés valósulhat meg.

Csíkszentmihályi (2011) egy másik vizsgálatában a serdülők tanórai időtöltését vette górcső alá. Az eredmények tekintetében leginkább (56%) egyéni munkával, egyharmad részben (32%) passzív figyelőként, és igen elenyésző százalékban (10%) töltik csak érdekesebbnek tartott feladatokkal az idejüket. A mai oktatásban szinte elenyészőnek tekinthető (2%), amikor egyéni foglalkozás valósul meg a pedagógussal közreműködve. Ugyanebben a vizsgálatban arra kereste a választ, hogy mennyire figyelnek, összpontosítanak a diákok a tanórán és merre kalandoznak gondolataik. Az eredmény igen érdekes, ugyanis „*a diákoknak a tananyaggal össze nem függő gondolatai saját személyükkel, barátaikkal, romantikus érdeklődésükkel, az evéssel, a hazamenéssel kapcsolatosak, illetve sok esetben éppen nem gondolnak semmire”* (*Csíkszentmihályi*, 2011. 216. o.), míg magával a tananyaggal kapcsolatos gondolataikról a megkérdezettek 54%-a számolt be.

5.3.2 Flow a sportban

A témánk szempontjából szintén releváns terület a flow-élmény vizsgálatában a sport, ahol az iskolai tevékenységekkel ellentétben a flow-élmények további pozitív értékekkel rendelkeznek. Ezzel kapcsolatban *Csíkszentmihályi* (2010) egy kutatás során öt egymástól független területen (matematika, természettudományok, zene, sport és művészetek) vizsgálta a tehetséges gyermekek élményeit, érzéseit. Csak azokkal az eredményekkel foglalkozott, amelyek akkor születtek, amikor a tehetségek a szakterületükön aktív tevékenységet végeztek. A boldogságérzés-vizsgálat esetén a sport a művészetek és a zene után található. Véleményünk szerint azért nem az első helyen, mert maga a sportmozgás közben nem feltétlenül érzünk boldogságot, hanem majd csak a tevékenység végén kialakuló eredményt éljük meg, mint boldogságot, vagy mint elégedetlenséget. A hatékonyságot elemezve a sport található az első helyen, melyet a zene és a művészetek területei követnek. A hatékonyság jellemzője, hogy az adott tevékenység közben erősnek és aktívnak érezték magukat a tehetségek. Véleményünk szerint ez annak köszönhető, hogy a tehetségek a tevékenység végzése során eggyé válnak a feladattal. A belső ösztönzés

esetén a sport csupán a harmadik helyezést érte el, szintén a zene és a művészetek előzték meg. A koncentrációtényezőnél pedig csak az utolsó helyen találjuk a sportot. Ez egy igen érdekes eredmény, hisz arra gondolnánk, hogy a sporttevékenység igenis komoly koncentrációt igényel. A szerző ebből a megfontolásból azt a következtetést vonja le az eredményből, hogy számos sportág esetében igaz, hogy a versenyeken rengeteg időt kell várakozással tölteni a versenyzőknek, ami a koncentráció hullámzásában mutatkozik meg. Egy másik oldalról való megközelítés (az adott tevékenységet ők maguk akarják csinálni) esetén a sport az a terület, ahol legmagasabb a „csinálni akarom, csinálni kell" érték. Tehát elmondhatjuk, a sport esetében a legnagyobb a belső motiváció.

Összességében, a sport területén is megmutatkoznak azok a pozitív hatások, melyeket egy festő vagy egy zeneszerző is átél a tevékenység végzése közben, ugyanakkor további plusz értékként jelennek meg – az élettani és a társas hatások mellett – a személyiségben történő változások.

Kifejezetten sportolók körében végzett kutatások is vannak, ahol leginkább teljesítménysportolók, élsportolók áramlatélményeit vizsgálták, ugyanis itt gyakoribb a flow-élmény előfordulása (*Jackson, Thomas, Marsh* és *Smethurst,* 2001; *Jackson, Ford, Kimiecik* és *Marsh*, 1998). Ez leginkább annak tudható be, hogy a tevékenység végzése közben folyamatos visszacsatolást kap a sportoló, valamint a belső motiváció is markánsabban jelentkezik (*Csíkszentmihályi,* 2010). *Jackson* (1995) egyéni sportolók (atléták) vizsgálata során azt az eredményt kapta, hogy a versenyzők a flow-élménnyel nemcsak a versenyek alkalmával találkoznak, hanem az edzések során is. Egy másik vizsgálatban, ahol állóképességi sportolókat vizsgáltak, negatív összefüggést találtak a szorongás és a sportteljesítmény között (*Boris* és *Jan Gruhn,* 1996). Egy csapatsportág (labdarúgás) vizsgálata szerint a csapat szintjén a flow-élménye markánsabban jelentkezik döntetlen állás esetén, mint amikor a csapat éppen vezet vagy vesztésre áll (*Bakker, Oerlemans, Demerouti, Bruins* és *Karamat,* 2011). Ez az eredmény is alátámasztja azt az elméletet, miszerint a kihívás minősége rendkívül fontos a flow-élmény elérése érdekében. A kihívások és képességek szintjének (alacsony, magas) megfelelően különböző elemszámú modelleket alkottak a kutatók, amelyek alapját a tevékenység megélési kategóriái építették fel. Kiindulópontunk a háromkomponensű élménycsatorna (szorongás, flow, unalom) melyet később kiegészítettek még egy csatornával, mely az apátia elnevezést kapta. A legújabb elmélet alapján ez további négy elemmel (arousal, kontroll, relaxáció, aggodalom) bővült, létrehozva ezzel a nyolccsatornás modellt (*Mózes, Magyaródi, Soltész, Nagy* és *Oláh*, 2012).

6. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT KERETEI, CÉLKITŰZÉSEI

6.1 A kutatás relevanciájának indoklása

Számos hazai és nemzetközi tanulmány eredménye is alátámasztja azt a tényt, hogy Magyarország lakosságának egészségi állapota alulmarad a nemzetközi átlaghoz képest. A probléma gyökere mélyen található, ugyanis társadalmunk jelenlegi normái már egészen a serdülőkorúak képviselőit is behálózzák, aminek következtében igen komoly és nehéz harcot vívunk annak érdekében, hogy a felnövekvő nemzedék egészségesebb életet éljen.

Az elméleti bevezetőben feltártuk a serdülők fizikai aktivitását, ahol egyértelműen bebizonyosodott az alacsony mozgásgyakoriság, ráadásul a lányok sportolói motivációja alacsonyabb, mint a fiúké (*Pikó, Pluhár* és *Keresztes*, 2004). Ennek ismeretében a szakirodalmi áttekintés során a sportoló és a nem sportoló serdülők közötti különbségekre igyekszünk fényt deríteni. Sajnálatos módon a dohányzás és az alkohol kipróbálása is egyre korábbra datálható (*Kovacsis, Sebestyén* és *Németh*, 2007), s ezek további problémák kialakulását indukálják, hiszen vizsgálatok bizonyítják, hogy minél korábban ismerkedik meg a serdülő valamelyik káros szerrel, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a későbbiekben is a szer aktív fogyasztója lesz (*Gilvarry*, 2000). Sportolók dohányzási magatartása a vizsgálatok szerint pozitív (*Burke* és *mtsai*, 1997), azaz negatív az összefüggés a sportolás és a dohányzás gyakorisága között. Azonban az alkohol fogyasztása kettős képet mutat az eredmények ismeretében (*Diehl* és *mtsai*, 2012; *Peretti* és *mtsai*, 2003). A két legismertebb egészségkockázati magatartási forma mellett igen komoly figyelmet kell szentelnünk a serdülők drog- és szexuális magatartásának egyaránt. Az egészségvédő magatartásformák gyakorisága sem megfelelő a serdülők esetén, pedig pozitív módon befolyásolhatja a személy jelenlegi és későbbi egészségi állapotát. Ami a táplálkozást illeti, kevés zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak, még a rendszeres táplálkozás is sokszor megkérdőjelezhető (*Németh* és *Szabó*, 2003) annak ismeretében, hogy tudjuk, milyen fontos szerepet tölt be a serdülők fejlődésében. A sportolók gyakrabban fogyasztanak zöldséget és gyümölcsöt (*Cupisti, D'Alessandro* és *Castrogiovanni*, 2002). Az egészségi állapot önértékelése esetén, a nemek közti különbség vonatkozásában a mérleg nyelve ismételten a fiúk javára mozdul el, azaz ők egészségesebbnek értékelik saját állapotukat a saját korosztályukhoz képest, mint a lányok (*Asfar* és *mtsai*, 2007), ez összefüggésbe hozható a sportolási szokások eltérésével is.

Fontos szerepet tölt be egészségi állapotunk minőségében a társas támogatás, ahol nemcsak a család és az iskola, játszik markáns szerepet, mint színtér, hanem a baráti társaság (*Page* és *mtsai,* 2005), így a sportolói közeg is. A szakirodalmi tanulmány során kitértünk a serdülők világa igazságosságának megismerésére, amely befolyásolhatja a pozitív gondolkodás és a körülöttük lévő személyek személyiségének pozitív megítélését (*Donat* és *mtsai,* 2012). De nemcsak a környezet szereplőinek személyisége fontos az egészség kialakítása során, hanem maga a serdülőké is. Az eredmények különbséget mutatnak a sportoló és nem sportoló serdülők személyiségjegyei között. Elmondhatjuk, hogy a sportolók alacsonyabb introvertáltságról számoltak be, ugyanakkor a kockázatvállalásuk magasabb, mint a nem sportolóké (*Schaub* és *Szabó,* 2007). De szignifikánsan magasabbak a pszichoticizmus és az extroverzió értékeik is (*Francis, Kelly,* és *Jones,* 1998). Az innovatív flow-elmélet szerepe is befolyásolhatja egészségünket, hisz nemcsak a személyiségjegyekkel hozható összefüggésbe (*Ullén* és *mtsai,* 2012), hanem tetten érhető sportolás (*Jackson* és *mtsai,* 2001) alkalmával is, ahol gyakoribb, mint az iskolában, ahol pedig inkább az anti-flow élmények dominálnak (*Dániel,* 2010). Az élmény kialakulásához különböző kritériumoknak kell megfelelni, úgymint *egyértelmű, tiszta cél, észlelt kihívások és a képesség egyensúlya, valamint a közvetlen és folyamatos visszacsatolás* (*Csíkszentmihályi, Abuhamdeh* és *Nakamura,* 2005).

Annak érdekében, hogy társadalmunk nehézségeit hatékonyan kezelni tudjuk, kitértünk a serdülők coping, azaz megküzdési mechanizmusainak megismerésére. A serdülőkre egyaránt jellemző az adaptív és a maladaptív megküzdési minták alkalmazása (*Zimmer-Gembeck* és *Locke*, 2007), míg nemek tekintetében a fiúkra a problémacentrikus coping-mechanizmusok alkalmazása jellemző (*Pikó,* 2001; *Pikó* és *Keresztes,* 2007), a lányokra pedig inkább az érzelemcentrikusság (*Frydenberg,* 2008).

6.2 Célkitűzések, kutatási kérdések, hipotézisek

A kutatási keret kijelölésekor az egészségmagatartás kialakításában szerepet játszó területek közül csak azokra koncentráltunk, amelyek befolyásolása szorosan összefüggésbe hozható az iskolával. Ennek tudatában kutatásunk elsődleges célkitűzése a serdülők, azon belül a sportolók és nem sportolók egészségmagatartási szokásainak vizsgálata. Másodlagos célkitűzése pedig az ezeket befolyásoló, az előbb említett vezérgondolat mentén előforduló tényezők megismerése a hatékonyabb egészségnevelés érdekében.

A kutatási munkánk négy területre szorítkozik, amelyek mentén a következő kutatási kérdéseket fogalmaztuk meg:

I. *Serdülők egészségmagatartás prevalenciája*

1. Van-e nemi különbség a serdülők szerfogyasztásában?
2. Van-e tagozatonkénti különbség a serdülők szerfogyasztását tekintve?
3. Vajon a sporttagozaton tanuló fiúkra/lányokra jellemzőbb a szerfogyasztás vagy az általános tagozaton lévő társaikra?
4. Vajon a fiúkra vagy a lányokra jellemzőbb a depresszió?
5. Jellemzőbb-e a sporttagozaton a depresszió?

II. *Serdülők és a szocializációs színterek kapcsolatai*

1. Van-e nemi és tagozatonkénti különbség a tanári viselkedés megítélésében?
2. Támogatóbb szerepet tölt-e be a család a sporttagozaton, mint általános tagozaton?
3. Valóban van az edzőnek befolyásoló ereje az egészségmagatartás kialakításában?
4. A tanári viselkedés befolyásolja-e az egészségmagatartást?

III. *Személyiségjegyek szerepe a serdülők viselkedésében*

1. Van-e összefüggés a személyiségjegyek és a depresszió között?
2. Van-e tagozatonkénti/nemenkénti különbség a személyiségjegyeket illetően?
3. Van-e összefüggés a személyiségjegyek és az egészségmagatartás között?
4. Vajon a flow-élmény sporttagozaton gyakoribb?
5. A fiúkra vagy a lányokra jellemzőbb-e a flow-élmény átélése mozgásos tevékenység végzésekor?
6. Befolyásolja-e személyiségjegy a flow-élmény kialakulását?
7. Befolyásolja-e a flow élmény az egészségmagatartást?

IV. *Innovatív lehetőség a serdülőkori megküzdési mechanizmus hatékonyságának növelésében*

1. Van-e tagozatonkénti különbség a megküzdési módok tekintetében?
2. Van-e nemek között különbség a megküzdési módok tekintetében?
3. A flow-élmény elősegíti-e a hatékonyabb megküzdést?

A feltett kutatási kérdésekre az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg:

I. *Serdülők egészségmagatartás prevalenciája*

H1: Feltételezzük, hogy a sporttagozatosok szerfogyasztási szokásai kedvezőbbek.

H2: Feltételezzük, hogy a nemek szerfogyasztása esetén nincs szignifikáns különbség.

H3: Feltételezzük, hogy a lányokra és a sporttagozatosokra jellemzőbb a depresszió megjelenése.

II. *Serdülők és a szocializációs színterek kapcsolatai*

H4: Feltételezzük, hogy a család támogató magatartása a sporttal kapcsolatban erősebb a sporttagozaton, mint általános tagozaton.

H5: Feltételezzük, hogy az edző és a pedagógus is rendelkezik befolyásoló erővel az egészségmagatartási szokások kialakításában.

H6: Feltételezzük, hogy a tanári viselkedés különbözik a két tagozaton.

III. *Személyiségjegyek szerepe a serdülők viselkedésében*

H7: A nemek tekintetében különbség található az agresszió fajtáit és a személyiségjegyeket illetően.

H8: A különböző személyiségjegyek befolyásoló erővel bírnak az egészségmagatartási szokásokat illetően.

H9: Feltételezzük, hogy sporttagozaton más személyiségjegyek a meghatározók, mint általános tagozaton.

H10: Feltételezzük, hogy sporttagozaton jellemzőbb a flow-élmény megjelenése mozgásos tevékenység alkalmával, mint általános tagozaton.

H11: Feltételezzük, hogy a fiúk flow-élménye gyakoribb, mint a lányoké.

H12: Feltételezzük, hogy a személyiségjegyek befolyásolják a flow-élmény kialakulását.

IV. *Innovatív lehetőség a serdülők megküzdési mechanizmus hatékonyságának növelésében*

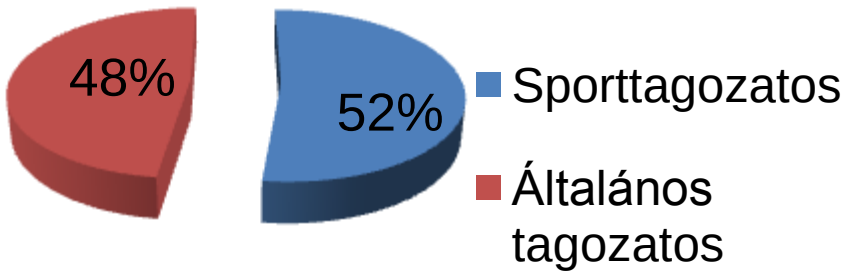
H13: Feltételezzük, hogy a flow-élmény befolyásolja a megküzdés típusát.

H14: Feltételezzük, hogy sporttagozaton más megküzdési magatartásmintákat preferálnak, mint általános tagozaton.

7. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT MÓDSZERTANA

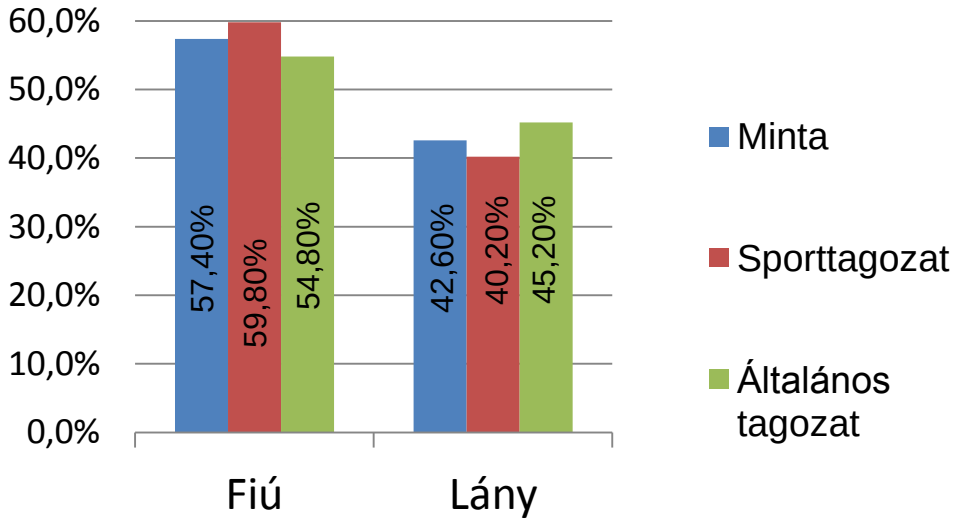
7.1 Minta- és adatfelvételi eljárás

A mintánk kialakítása során igyekeztünk olyan oktatási intézményeket bevonni a felmérésbe, ahol az iskola profilja megfelel az általunk vizsgált korosztály specifikumainak. Így esett a választás egy sporttagozatos középfokú intézményre (Debreceni Irinyi János Gimnázium, Szakközépiskola és Szakiskola). Itt a sporttagozaton tanulók mindegyike versenyszerűen sportol. Ennek megfelelően az általános tagozaton tanulók egyfajta kontrollcsoportot alkottak, melynek a mintavételére egy másik oktatási intézményt (Szent József Gimnázium, Szakközépiskola és Kollégium) választottunk ki. Az elemszám emelése érdekében egy további intézményt (Debreceni Csokonai Vitéz Mihály Gimnázium) is becsatlakoztattunk a felmérésbe, ahol egy helyen megtalálható a sporttagozat és az általános tagozat is. Az előzetes terv szerinti 500 főből összesen 413 fő töltötte ki értékelhetően a kérdőívet, akik közül 214 fő (52%) sporttagozatos volt, 199 fő (48%) pedig általános gimnáziumi osztályban tanult.



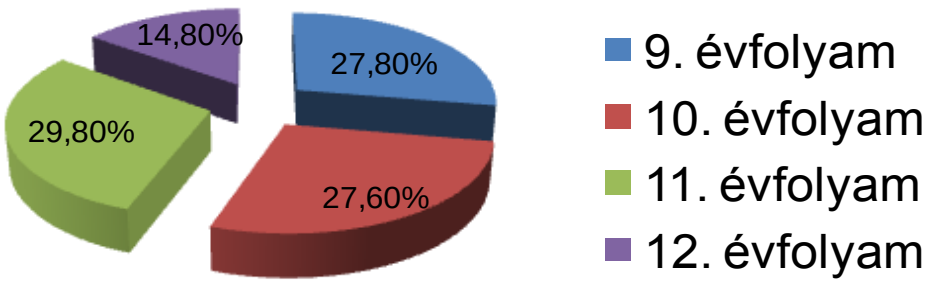
4. ábra. *A vizsgálatban részt vett tanulók tagozati bontásban*

A nemek aránya a mintában: 237 (57,4%) fiú és 176 (42,6%) lány, míg a tagozati bontásban sporttagozaton 59,8% fiú és 40,2% lány, míg a normál gimnáziumi csoportban 54,8% fiú és 45,2% lány vett részt a felmérésben.



5. ábra. *A nemek előfordulása a mintában és tagozati bontásban*

Az évfolyamok között a megoszlás a következő volt: *9. évfolyamon* a minta 27,8%-a, *10. évfolyamon* 27,6%-a, *11. évfolyamon* 29,8%-a és *12. évfolyamon* 14,8%-a tanult. Az életkoruk átlaga 18,3 év (szórás: 1,2 év) a korosztály pedig 15–20 év (1–4. osztályosok).



6. ábra. *A vizsgálatban résztvevő évfolyamonkénti bontásban*

A kérdőíves felmérés az intézmények vezetői és az osztályfőnökök beleegyezésével történt. A kitöltés az osztályfőnöki óra keretében valósult meg, ahol az osztályfőnökök is részt vettek a felügyeletben. A nehezebben értelmezhető kérdéseket a kitöltés előtt közösen megbeszéltük, a kitöltés során felmerülő kérdések esetén egyéni útbaigazítást adtunk. A tanulók önkéntesen vehettek részt a felmérésben, azonban senki sem tagadta meg a

kitöltést. A fel nem dolgozott kérdőívek részben a hiányzásokból, részben a nem megfelelő kitöltésből eredtek.

7.2 Mérőeszközök

Ebben az egységben tájékoztatást nyújtunk azokról a mérőeszközökről és skálákról, amelyeket a hipotézisekben, valamint a kutatási kérdésekben szereplő változók megválaszolására használtunk fel. Az eszközök mintán mutatott megbízhatósági mutatóit is megjelenítem ott, ahol az releváns.

A serdülők sporttal kapcsolatos társas hálója és társas támogatottsága (I. melléklet):

A témával kapcsolatos kérdések részint külföldről adaptált, részben pedig hazai kutatásokból származtak (*Bíróné Nagy*, 1994; *Carr*, 2009; *Hamar*, 2005; *Keresztes*, *Pluhár* és *Pikó*, 2005; *Vilhjalmsson* és *Thorlindsson*, 1998). A kérdőív társas hálóra vonatkozó részében rákérdeztünk a szülők (apa, anya külön) sportolási szokásaira úgymint, *sportoltak-e valaha illetve sportolnak-e jelenleg, és hogy tagjai-e valamilyen sportklubnak* (**I. melléklet, 4. 5. 6. 9. kérdés**). Az aktív sportolással kapcsolatban pedig, hogy *„Előfordul-e, hogy az egész család részt vesz valamilyen közös sporttevékenységben?”* (**I. melléklet, 13. kérdés**). Az inaktív sportszeretet-feltárás keretében pedig olyan kérdéseket tettünk fel, hogy a *szülők követik-e a sportesemányeket, akár a helyszínen, akár a médiában (tévé, újság)* (**I. melléklet, 10. 11. 12. kérdés**). Rákérdeztünk továbbá a közvetlen befolyásoló erővel bíró testvérek és barátok sportolási szokásaira is. A társas támogatást szintén felmértük, amely keretében arra kérdeztünk rá, hogy a *szülők ösztönzik-e a gyerekeiket a sportolásra, elvárnak-e eredményt tőlük a sportban, illetve szeretik-e, hogy sportolnak, támogatják-e őket* (**I. melléklet, 14. 15. 16. kérdés**). Kíváncsiak voltunk arra is, hogy *a szülők kezdeményezték-e a sportolást, és hogy a szülőkön kívül más családtag (például: nagynéni, nagyszülő) ösztönözte-e a sportolásra őket* (**I. melléklet, 17. 18. kérdés**). A fenti kérdések válaszlehetőségei dichotóm kategóriák voltak (igen/nem).

A szocioökonómiai státusz (II. melléklet):

A serdülők szocioökonómiai státuszának egyik fontos attribútuma a szülők társadalmi helyzete, melyet az *anya és az apa iskolai végzettségének* alapján mértünk fel (**II. melléklet, 12. 13. kérdés**). Továbbá a tanulóknak saját *társadalmi helyzetük*et (**II. melléklet, 17. kérdés**) kellett megítélniük szubjektív véleményük alapján. Ehhez a fiatalok társadalmi-gazdasági helyzetének validált mutatóját használtuk fel, amely öt kategóriát foglal magában: alsó osztály, alsó közép-, közép-, felső közép- és felső osztály (*Pikó* és *Fitzpatrick*, 2007).

Egészségmagatartás (III. melléklet):

Az egészségkárosító magatartási tényezők közül a *dohányzás, alkoholfogyasztás* és a *nagyivászat* életprevalenciáját (valaha), illetve a mérést megelőző háromhavi prevalenciáját vizsgáltuk (*Kann*, 2001). A válaszokat egyszerű igen/nem formában, azaz a mennyiségtől függetlenül dichotóm kategóriákban alkalmaztuk mint prevalencia-értékeket.
A dohányzás vonatkozásában ez a kérdés szerepelt (**III. melléklet, 2. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?”
Az alkoholfogyasztást megismerő kérdés a következő volt (**III. melléklet, 4. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?”
A nagyivászat kapcsán pedig a következő kérdést tettük fel (**III. melléklet, 5. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?”
A felmért személyek válaszukat ezúttal 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 = „Több, mint 10-szer”.

Az egészségi állapot önértékelése (IV. melléklet):

A serdülők *egészségi állapotának önértékelését Pikó* (2000), valamint *Tremblay, Dahinten* és *Kohen* (2003) nyomán a következő kérdéssel mértük (**IV. melléklet, 1. kérdés**): „Milyennek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A diákok a következő válaszokat jelölhették meg: „Rossz”=1; „Elfogadható”=2; „Jó”=3; és „Kiváló”=4.

Depresszió (V. melléklet):

A depresszió mérésére a Child Depression Inventory (CDI) magyar nyelvre adaptált, rövidített változatát alkalmaztuk (*Kovacs*, 1992; *Pikó* és *Fitzpatrick*, 2003; *Rózsa, Vetró, Komlósi, Gárdos, Kő* és *Csorba*, 1999). Minden kérdés egy meghatározott tünetre kérdezett rá (pl. öröm, sírás). A válaszok a következő kódokkal lettek ellátva: 0, 1, 2. A rövidített skálapontokat összeadás után 3,375-tel szoroztuk meg az összehasonlítás céljából (az eredeti 27 állítást tartalmazó CDI osztva a rövidített 8 állítást tartalmazó verzióval = 3,375). A jelen mintával a skála megbízhatóságát jellemző Cronbach-alfa értéke 0,76 lett.

Tanári viselkedés (VI. melléklet):

A nevelési attitűdök megismerésére alkalmazott skála 12 itemből állt (*Jámbori,* 2007), és a tanárok szabályorientált viselkedésére (**VI. melléklet, 3. kérdés**): „*Tanáraim azt akarják, hogy mindig az ő szabályaikat kövessem*", illetve a fiatalok autonómiatörekvéseinek támogatására (**VI. melléklet, 10. kérdés**): „*Tanáraim bátorítanak arra, hogy bizonyos dolgokat megkérdőjelezzek*" vonatkozott. A skálát *Dalbert* kutatócsoportja fejlesztette ki (*Dalbert* és *Stöber,* 2002). A megkérdezettek ismét egy hatfokú skála segítségével fejezhették ki egyetértésük mértékét.

Iskoláskorúak Impulzivitás-Kockázatvállalás-Empátia kérdőív (VII. melléklet):

Három alapvető személyiségdimenzió mérésére az Iskoláskorúak Impulzivitás–Kockázatvállalás–Empátia kérdőívét használtuk (*Kozéki*, 1994). Eredeti angol nyelvű változatát *Eysenck, Easting* és *Pearson* (1983) készítette, míg magyar mintára adaptált változatát *Kozéki* és *Eysenck* (1985) alkotta meg. A kérdőívet 7-15 éves korosztályra dolgozták ki, a magyar minta standardjainak kialakítását pedig 776 fiú és 822 lány bevonásával valósították meg. A kérdőív segítségével feltártuk a serdülők impulzivitását (meggondolatlan viselkedés), kockázatvállalását (kihívás kedvelése) és az empátiáját (együttérzés). Összesen 69 kérdésből épül fel a skála (mindegyik alskála 23-23 item), és a válaszlehetőségek igen/nem formában álltak rendelkezésre. A megbízhatósági (Cronbach-alfa) értékek a jelen mintában a következők lettek: 0,78 (impulzivitás), 0,83 (kockázatvállalás) és 0,80 (empátia).

Hungarian Junior Eysenck Personality Questionnaire – HJEPQ (VIII. melléklet):

További négy alapvető személyiségdimenzió mérésére egy kifejezetten a gyermekek számára kidolgozott kérdőívet használtunk fel (Hungarian Junior Eysenck Personality Questionnaire – HJEPQ) (*Kálmánchy* és *Kozéki*, 1988). A kérdőív alapját az Eysenck által készített személyiség-kérdőív felnőtt változata (EPQ) adta, melyet hazánkban Matolcsi Ágnes adaptált (HEPQ) (*Eysenck* és *Matolcsi*, 1984). A kérdőív a következő személyiségjegyek mérésére alkalmas: pszichoticizmus (P-17 item), extraverzió (E-22 item), neuroticizmus (N-24 item), és tartalmaz egy kvázi hazugságskálát (L-23 item) is, melyet a szociális konformitás skálájaként is használhatunk (*Rózsa* és *mtsai,* 2006, 234. o.). Összesen tehát 86 kérdésből tevődik össze a skála, és a válaszlehetőségek itt is igen/nem formában álltak rendelkezésre. A kérdőív pszichometriai jellemzői megfelelőek, ugyanakkor a pszichoticizmus alskálájának a belső konzisztenciáját több kutatás is megkérdőjelezi (*Rózsa* és *mtsai*, 2006). A következő megbízhatósági (Cronbach-alfa) értékek születtek a saját mintával: 0,73 (extraverzió), 0,64 (szociális konformitás), 0,82 (neuroticizmus) és 0,56 (pszichoticizmus).

Énhatékonyság (IX. melléklet):

A serdülők belső világának pontosabb feltérképezése érdekében az énhatékonyság változót is beleszerkesztettük a kérdőívünkbe, s az *Általános Énhatékonyság Skála* (General Perceived Self-Efficacy Scale) felhasználásával mértünk (*Schwarzer* és *Jerusalem,* 1995). A skála magyarországi adaptációja *Kopp, Schwarzer* és *Jerusalem* (1993) által valósult meg. A skála összesen 10 itemből áll (**XI. melléklet, 1. kérdés**): *„Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom”*, a válaszlehetőségek 1-től 4-ig terjednek (egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző). A skála megbízhatósági mutatója (Cronbach-alfa) a jelen mintában 0,82 lett.

Agresszió (X. melléklet):

Az agresszió mérésére *Buss* és *Perry* (1992) agressziót mérő kérdőívét (*The Aggression Questionnaire*) vettük igénybe, melynek három alskáláját elemeztük: fizikai agresszió (9 tétel), verbális agresszió (5 tétel) és a pszichikai agresszió (a haragra való hajlam, 7 tétel).

A fizikai agresszivitás alskála egyik kérdése (**X. melléklet, 6. kérdés**): *„Van úgy, hogy nem tudom kontrollálni magam, hogy meg ne üssek valakit”.* A verbális agresszióé (**X. melléklet, 2. kérdés**): *„Gyakran vitatkozom az emberekkel”.* A harag, azaz a pszichikai agresszióra pedig a következő kérdéssel kérdeztünk rá (**X. melléklet, 19. kérdés**): *„Néhány barátom forrófejűnek tart”.* A válaszokat 1-től 5-ig terjedő skálán kellett elhelyezni, ahol az 1 = egyáltalán nem értek egyet az állítással, 5 = teljesen egyetértek az állítással. Jelen mintával az alskálák a következő megbízhatósági értékeket (Cronbach-alpha) érték el: a fizikai agresszió 0,84, a verbális agresszió 0,76, míg a harag 0,74 lett.

Áramlatélmény (XI. melléklet):

A flow, valamint az anti-flow élmény mérésére az *Oláh Attila* (1999, 2005) és munkatársai által készített Flow kérdőívet használtuk, amelynek néhány elemét *Csíkszentmihályi* és *Larson* (1984) kérdőívéből vették át, a szerzők hozzájárulásával (*Oláh*, 1999). A szituáció-reakció kérdőív jellegzetessége, hogy akármilyen élethelyzet mérésére alkalmas. Kutatásunkban a mozgásos élményekre kérdeztünk rá. Az összesen 22 tételt tartalmazó kérdőív négy alskálára bontható: flow (11 item), apátia (3 item), unalom (4 item) és szorongás (4 item). A kitöltők egy ötfokozatú Likert-skálán értékelhették a feltett kérdések nyomán támadt érzéseiket. A következő megbízhatósági (Cronbach-alfa) értékeket kaptuk a saját mintával: 0,56 (flow), 0,67 (szorongás), 0,62 (unalom) és 0,62 (apátia).

Megküzdés (XII. melléklet):

A megküzdés méréséhez *Oláh Attila* (2005) bottom-up eljárás keretében kidolgozott Megküzdési Mód Preferencia kérdőívét használtuk (**3. táblázat**). A kidolgozás első fázisában egy széles körben végzett empirikus kutatás keretén belül megvizsgálta a megküzdés során előforduló viselkedési reakciókat, majd a második fázisba ezen reakciók közül választotta ki a legmarkánsabb reagálási módokat, így létrehozva a kérdőívben szereplő megküzdési stratégiák speciális módjait izoláló nyolc független faktort:

3. táblázat. *Megküzdési stratégiák és azok jellemzése (Saját készítés)*

Faktor elnevezése	**Faktor jellemzése**
Problémacentrikus reagálás:	Lényege a fenyegetettség elhárítása, a helyzet megváltoztatása.
Támaszkeresés:	Szintén a fenyegetettség elhárítására törekszik a személy, de ebben az esetben segítséget igényel.
Feszültség kontroll:	Az egyén figyelme a fenyegetettségről önmagára irányul, és helyzetén nem változtat.
Figyelemelterelés:	A személy kilép a helyzetből, halogatja a közbeavatkozást. Egyfajta elhárító mechanizmus.
Emóciófókusz:	A személy elsősorban arra törekszik, hogy a fenyegetettség keltette negatív érzelmi állapotot megszüntesse.
Emóció-kiürítés:	Az egyén a fenyegetettség okozta feszültséget, nem célirányos reakciókban vezeti le.
Önbüntetés:	A személy magában keresi a hibát úgy, hogy a problémát negatív emócióval kezeli, és úgy állítja be, mintha az az ő helytelen viselkedésére kapott válasz lenne.
Belenyugvás:	A személy belenyugszik a problémába és úgy érzi, el kell fogadnia a helyzetet, és együtt kell vele élnie.

A nyolc faktor összesen 80 itemből épül fel, mely a kérdőív megbízhatóságának vizsgálata után (Chronbach-alfa értékek) 51 itemre redukálódott. A skálákat tovább elemezve exploratív faktoranalízissel egy markáns problémafókuszú és két emóciófókuszú (I. feszültség kikerülése – II. feszültség tolerálása) dimenzió különíthető el.

8. A KÉRDŐÍVES VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

Ebben a fejezetben a kutatás eredményeit mutatjuk be. Az eredményeket négy fejezetre és azokat további alfejezetekre bontottuk, melyek kifejtésének módszertana megegyezik. Elsőként a fejezet témájának rövid bemutatása és az erre vonatkozó hipotézisek meghatározásával kezdjük, majd a statisztikai eljárások ismertetését követően magáról az eredményekről számolunk be.

8.1 Serdülők egészségmagatartása

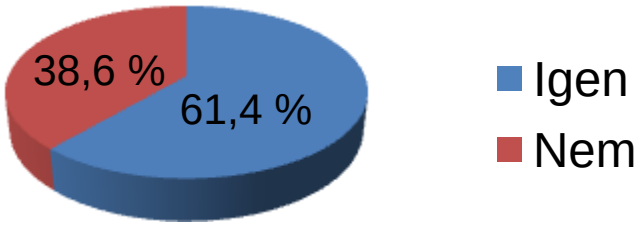
Ebben az alfejezetben a *H1, H2* és *H3* hipotézisekkel kapcsolatos eredményeket tekintjük át. Azt vizsgáltuk, hogy a különböző tagozatokon, és azokon belül a nemek között milyen különbségek találhatóak az egészségmagatartási szokások terén. Továbbá megnéztük a depressziós tünetek megjelenésének tagozatonkénti és nemek szerinti eltérésének eshetőségét. Az eredmények bemutatása: *A sport mint mítosz? Összehasonlító egészségmagatartási vizsgálat sporttagozatos és általános tantervű középiskolások körében* (*Pinczés* és *Pikó,* 2013b) című tanulmányunk alapján történik.

8.1.1 Statisztikai eljárások

Az adatok kiértékelése során kereszttábla-elemzést használtunk, Chi-négyzet próbával tesztelve a statisztikai szignifikanciát a csoportbeli eltérésekre vonatkozóan ($p < 0,05$). Ez az eljárás egy középszintű statisztikai elemzés, és a két változó közötti kapcsolatot hivatott vizsgálni. Nullhipotézise az, hogy a két változó független egymástól. A könnyebb elemzés érdekében az egyes változókat dichotomizáltuk, melyet a **4. táblázat**ban is feltüntettünk. A depresszív tünetegyüttes elemzéséhez kétmintás t-próbát alkalmaztunk, amely szintén egy középszintű statisztikai eljárás. Az adatok feldolgozását, az SPSS 16.0 for Windows nevű szoftverrel végeztük.

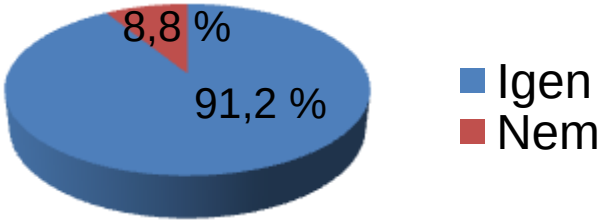
8.1.2 Eredmények

A 8-től 13-ig terjedő ábrákon mutatjuk be a különböző egészségmagatartási változók százalékos eredményeit a minta viszonylatában. A **7. ábrán** láthatjuk, hogy a válaszadók több mint a fele (61,4%) már kipróbálta a dohányzást.



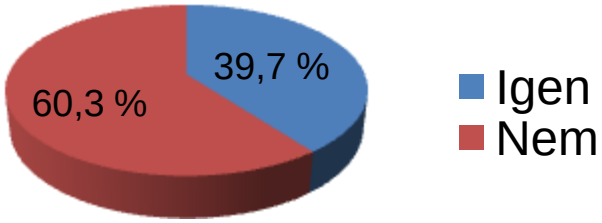
7. ábra: Dohányoztál-e már valaha?

A **8. ábrán** ugyanezt megnéztük az alkohol kipróbálása esetén, és még inkább figyelemfelkeltő eredményt láthatunk, hisz a megkérdezettek 91,2%-ának már volt kapcsolata az alkohollal.



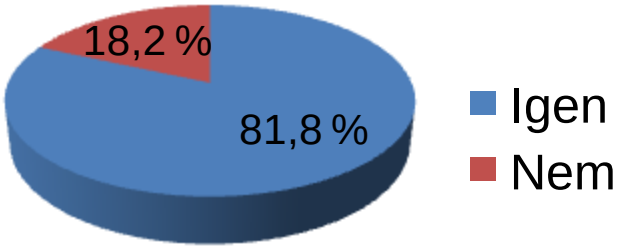
8. ábra: Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?

A következő, **9. ábrán** pedig az elmúlt három-havi dohányzás eredményét mutatjuk be, ahol a 39,2%-a a válaszadóknak igennel válaszolt erre a kérdésre.



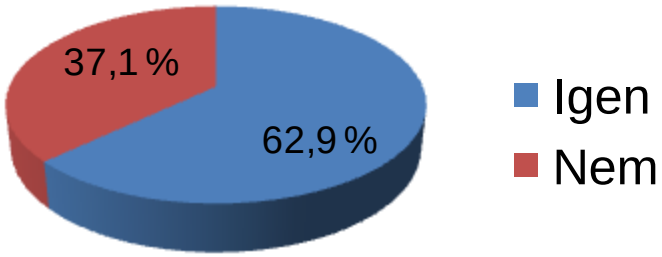
9. ábra: Dohányoztál-e az elmúlt három hónapban?

Ugyanígy rákérdeztünk a serdülők alkohol fogyasztásának három havi prevalenciájára (**10. ábra)**, ahol a megkérdezettek 81,8%-a válaszolta, hogy fogyasztott alkoholt az elmúlt három hónapban.



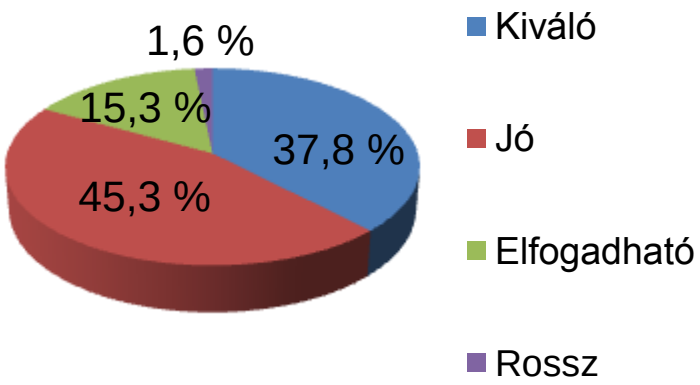
10. ábra: Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban?

Ennek ismeretében a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztásra is rákérdeztünk (**11. ábra**), és a válaszadók 62,9%-a jelezte, hogy nagyobb mennyiségben fogyasztott alkoholt.



11. ábra: Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?

A **12. ábra** prezentálja a minta egészségi állapotának önértékelését a saját korosztályhoz viszonyítva. Láthatjuk, hogy a válaszadók 83,1%-a kiválónak vagy jónak minősítette egészségét, ugyanakkor 16,9%-a csak elfogadhatónak vagy rossznak.



12. ábra: Milyennek tartod egészségi állapotodat?

A mintában szereplő két tagozat egészségkockázati változóira és az egészség önértékelésére adott válaszainak az összehasonlítását láthatjuk a **4. táblázat**ban. Általános tantervű hallgatók közül szignifikánsan többen jelezték, hogy kipróbálták már a dohányzást ($p<0,05$), melynek következtében az aktuális fogyasztás gyakorisága esetén is szignifikáns különbség mutatkozott ($p<0,01$). A két csoport alkoholfogyasztás életprevalanciája tekintetében nem volt eltérés ($p>0,05$). Az egészségi állapot megítélése (kortárscsoporthoz viszonyítva) esetén pedig a sportos osztály tanulói szignifikánsan ($p<0,01$) pozitívabbnak ítélték meg, saját egészségüket, mint az általános tantervű osztályban tanuló társaik.

4. táblázat. *Egészségkockázati változók és az egészség önértékelése a tagozat típusa szerint*

Egészségállapot	Sporttagozatos (%)	Általános (%)	Chi^2–próba
Dohányoztál-e már valaha?*			
Igen	57,3	67,5	Pearson
Nem	42,7	32,5	Chi^2=4,1 (df:1)
Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?			
Igen	91,1	90,4	Pearson
Nem	8,9	9,6	Chi^2=0,06 (df:1)
Dohányoztál az elmúlt három hónapban? **			
Igen	33,5	46,4	Pearson
Nem	66,5	53,6	Chi^2=6,5 (df:1)
Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban?			
Igen	84,4	78,3	Pearson
Nem	15,6	21,7	Chi^2=2,3 (df:1)
Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?			
Igen	66,2	57,2	Pearson
Nem	33,8	42,8	Chi^2=3,2 (df:1)
Milyennek tartod egészségi állapotodat?**			
Kiváló	45,1	33,1	Pearson
Jó	42,7	45,2	Chi^2=11,8 (df:3)
Elfogadható	10,3	21,1	
Rossz	1,9	0,6	

Megjegyzés: Az elemzés Chi^2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***$p<0,001$; **$p<0,01$; *$p<0,05$

Az **5. táblázat**ban a sporttagozaton tanuló fiúk és lányok egészségkockázati változóira és az egészség önértékelésére adott válaszainak az összehasonlítását láthatjuk. A kutatásban szereplő változók közül több alkalommal is a lányoknál kaptunk szignifikáns különbséget. A dohányzás életprevalanciája ($p<0,01$), valamint annak háromhavi prevalenciája esetén is szignifikáns eltérés mutatkozott. Az eredmények ismeretében érdekes, hogy az egészségi állapot értékelésében nem tapasztalható különbség a két nem között ($p>0,05$).

5. táblázat. *Egészségkockázati változók és az egészség önértékelése nemenként a sporttagozatos tanulók körében*

Egészségállapot	Fiú (%)	Lány (%)	Chi^2–próba
Dohányoztál-e már valaha?**			
Igen	48,8	69,8	Pearson
Nem	51,2	30,2	Chi^2=9,2 (df:1)
Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?			
Igen	88,2	95,3	Pearson
Nem	11,8	4,7	Chi^2=3,2 (df:1)
Dohányoztál az elmúlt három hónapban? ***			
Igen	23,8	47,7	Pearson
Nem	76,2	52,3	Chi^2=13,1 (df:1)
Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban? ***			
Igen	77,8	94,2	Pearson
Nem	22,2	5,8	Chi^2=10,5 (df:1)
Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?			
Igen	61,4	73,3	Pearson
Nem	38,6	26,7	Chi^2=3,2 (df:1)
Milyennek tartod egészségi állapotodat?			
Kiváló	48,8	39,5	Pearson
Jó	40,9	45,3	Chi^2=2,2 (df:3)
Elfogadható	8,7	12,8	
Rossz	1,6	2,3	

Megjegyzés: Az elemzés Chi^2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***$p<0,001$; **$p<0,01$; *$p<0,05$

A következő, **6. táblázat**ban vizsgáltuk meg az általános tantervű osztályokban az egészségkockázati változókat és az egészségi állapotuk önértékelését a nemek szerinti eltéréseket tekintve. Egyik független változó esetében sem kaptunk statisztikailag különbséget (p>0,05). A három-havi életprevalencia esetében szinte megegyező százalékos eredményt ért el a két nem (dohányzás háromhavi prevalenciája: fiú 46,5%; lány 46,2%; míg az alkohol életprevalenciája: fiú 89,1%; lány 92,3), ahogyan a többi változók esetében is ez a tendencia jellemző.

6. táblázat. *Egészségkockázati változók és az egészség önértékelése nemenként az általános tagozatos tanulók körében*

Egészségállapot	Fiú (%)	Lány (%)	Chi^2–próba
Dohányoztál-e már valaha?			
Igen	70,3	63,1	Pearson
Nem	29,7	36,9	Chi^2=0,9 (df:1)
Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?			
Igen	89,1	92,3	Pearson
Nem	10,9	7,7	Chi^2=0,5 (df:1)
Dohányoztál az elmúlt három hónapban?			
Igen	46,5	46,2	Pearson
Nem	53,5	53,8	Chi^2=0,002
Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban?			(df:1)
Igen	79,2	76,9	
Nem	20,8	23,1	Pearson
Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?			Chi^2=0,1 (df:1)
Igen	61,4	50,8	
Nem	38,6	49,2	Pearson
Milyennek tartod egészségi állapotodat?			Chi^2=1,8 (df:1)
Kiváló	35,6	29,2	
Jó	43,6	47,7	Pearson
Elfogadható	19,8	23,1	Chi^2=1,5 (df:3)
Rossz	1	0	

Megjegyzés: Az elemzés Chi^2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

A **7. táblázat**ban mutatjuk be a depressziós tünetegyüttes (CDI) skálapontjainak átlagértékeit és szórásait tartalmazó eredményeket a minta, a tagozat és a nemek szerint. A mintában szereplő fiúk és lányok esetében szignifikáns (p<0,05) különbséget kapunk, ugyanis a lányok (átlag: 8,1) magasabb pontszámot értek el, mint a fiúk (átlag: 6,2). A sporttagozatra járók nemi eltérése még inkább hangsúlyos (p<0,001), ugyanis a lányok (átlag: 8,5) jóval magasabb pontot értek el, mint a fiúk (átlag: 5,8). Ugyanakkor ez az eredmény nem mondható el az általános tagozatra járó hallgatók esetén, hiszen a fiúk (átlag: 6,7) és a lányok (átlag: 7,6) pontszámainak eltérése nem bizonyult szignifikánsnak (p>0,05).

7. táblázat. *A depressziós tünetegyüttes (CDI) skálapontjainak összehasonlítása az iskolatípus szerinti és nemenkénti bontásban*

	Minta		
	Fiúk Átlag (szórás)	Lányok Átlag (szórás)	t-érték szignifikancia
Depressziós tünetegyüttes (CDI) *	6,2 (8,0)	8,1 (7,3)	-2, 360 p <0,05
	Sporttagozat		
	Fiúk Átlag (szórás)	Lányok Átlag (szórás)	t-érték szignifikancia
Depressziós tünetegyüttes (CDI) ***	5,8 (7,3)	8,5 (7,5)	-2,644 p<0,009
	Általános tagozat		
	Fiúk Átlag (szórás)	Lányok Átlag (szórás)	t-érték szignifikancia
Depressziós tünetegyüttes (CDI)	6,7 (8,8)	7,6 (7,1)	-0,67 p>0,05

Megjegyzés: Kétmintás t – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben
***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

8.1.3 Részösszefoglaló

A fejezet elkészítésekor célként fogalmaztuk meg a serdülők, és azon belül a különböző tagozatra járó diákok körében előforduló egészségmagatartási prevalenciák megismerését, és a sport védőfaktorként betöltött szerepét a serdülők egészségmagatartási szokásaik alakításában.

A különböző szerfogyasztási életprevalenciák (*H1*) közül a dohányzás és az alkohol kipróbálása igen magas százalékot mutat úgy a mintában, mint a tagozatok esetén, ahol a dohányzás kipróbálása esetén szignifikáns eredményt kaptunk az általános tagozatosok javára. A dohányzás korai kipróbálását más kutatási eredmények is alátámasztják (*Ács* és *mtsai,* 2003). A gyakoriságot (háromhavi prevalencia és nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás) tekintve szintén magas az „igen" válaszok aránya, de csak a dohányzás háromhavi prevalencia esetén kaptunk szignifikáns eltérést szintén az általános tagozatosok javára.

A nemek vizsgálatánál (*H2*) a dohányzás (valaha és háromhavi prevalencia) esetén a korábbi tanulmányok nem találtak eltérést (*Sándor*, 2006), ez a mi mintánk esetében csak részben bizonyosodott be, ugyanis míg általános tagozaton nincs, addig sporttagozaton szignifikáns különbség van a lányok javára. Az alkoholfogyasztás nemi különbségek esetén sem mutatott ki eltérést (*Sándor*, 2006), de a mintánk a dohányzáshoz hasonlóan az általános tagozatra járók esetén nem mutatott ki szignifikáns különbséget, addig sporttagozaton igen, mégpedig ismételten a lányok esetén. Ezek az eredmények továbbra is erősítik a sportolók alkoholfogyasztási szokásaira kapott empirikus eredmények ambivalenciáit (*Taub* és *Blinde,* 1992; *Pikó,* 2008).

A serdülők depresszív tüneteinek a megjelenésének hátterében számos tényező állhat. Közülük vizsgálatunkban az egészség-önértékelést néztük, mely alapján megállapíthatjuk, hogy a sporttagozatos diákok pozitívabbnak ítélték meg egészségüket, mint az általános tagozatos társaik. A nemek tekintetében ugyan nincs szignifikáns eltérés, de figyelemre méltó, hogy mindkét alminta esetén a fiúk ítélték jobbnak egészségi állapotukat. Az empirikus vizsgálatoknak megfelelően (*Pikó*, 2002) a mintánkban is a lányok értek el magasabb átlagpontszámot a depresszív tünetegyüttest illetően (*H3*). Azonban amíg az általános tagozaton nincs szignifikáns különbség a nemek tekintetében, addig sporttagozaton erős ($p<0,001$) összefüggésről beszélhetünk. A CDI (depressziós tünetegyüttes) további elemzéséről a 9.3.1 alfejezetben olvashatunk.

Összességében láthatjuk, hogy a sport az egészségmagatartások terén Janus-arcú, hisz szerepelhet védőfaktorként (dohányzás, egészség önértékelése), de lehet negatív hatása is (alkoholfogyasztás). A protektív szerepe a depresszív tünetek esetén sem mutatkozik meg. Így elmondhatjuk, hogy lányok hajlamosabbak depresszióra és a különböző szerek használatára egyaránt, és itt a sportoló lányok különösen veszélyeztetettek.

8.2 Serdülők és szocializációs színterek kapcsolatai

Ebben a részben azokat a vizsgálati eredményeket mutatjuk be, amelyek leginkább befolyásolhatják az előző részben bemutatott egészségkockázati és depressziós tünetek megjelenését. A témát további két alfejezetre bontottuk abból a megfontolásból, hogy külön egységként szerepeljen a társas támogatás és a pedagógiai módszereket alkalmazó nevelők szerepének fontossága az egészségmagatartási szokások kialakításában.

8.2.1 Társas háló és a társas támogatás

Ebben az alfejezetben a *H4* hipotézissel kapcsolatos eredményeket mutatjuk be. Célkitűzésként azt fogalmaztuk meg vizsgálatunk kezdetekor, hogy feltérképezzük a serdülők mögött található társas támogatás ösztönzését a sportolásra, mozgásra, valamint fényt derítsünk arra is, hogy kik azok a szereplők a serdülők környezetében, akik markáns szerepet töltenek be ebben a folyamatban. Az eredményeket a következő tanulmányunk alapján ismertetjük: *A társas háló és a társas támogatás szerepe a sportban: általános tantervű és sporttagozatos középiskolások összehasonlítása* (*Pikó* és *Pinczés,* 2014a).

8.2.1.1 Statisztikai eljárások

Az adatok elemzéséhez az előző vizsgálathoz hasonlóan a kereszttábla-elemzést használtuk, Chi-négyzet próbával tesztelve a statisztikai szignifikanciát a csoportbeli eltérésekre vonatkozóan ($p<0,05$). Ezen középszintű statisztikai elemzés nullhipotézise az, hogy a két változó független egymástól. A hatékonyabb elemzés érdekében az egyes változókat dichotomizáltuk. Az adatok feldolgozását, az SPSS 16.0 for Windows nevű szoftverrel végeztük.

8.2.1.2 Eredmények

A **8. táblázat**ban látható a két tagozat összehasonlítása a társas háló magatartási és attitűdszintű változóinak bevonásával. A sporttagozatos osztályból szignifikánsan többen jelezték, hogy apjuk ($p<0,05$) és anyjuk ($p <0,01$) korábban sportolt. Viszont nem volt eltérés ($p>0,05$) abban, hogy a szülők jelenleg sportolnak-e vagy tagjai-e valamilyen sportklubnak, ahogy a testvérek sportolási aktivitásában sem. Azonban a barátok sportolása meghatározónak bizonyult a sporttagozatos fiatalok esetén ($p<0,001$). Szintén jellemző a sporttagozatos diákok szüleire, hogy sportesemányeken ($p <0,001$) vesznek részt, illetve

figyelemmel kísérik azokat az újságban ($p<0,001$), a tévében ($p<0,001$). De különbség mutatkozik a családi sporttevékenységek esetén is, ugyanis ez a fajta aktív tevékenység gyakrabban fordul elő a sporttagozatosok családjában ($p<0,05$).

8. táblázat. *Társas befolyás előfordulása a középiskola tagozat szerint*

	Sporttagozat (%)	Általános (%)	Chi^2–próba
Apa régebben sportolt*			
Igen	85,7	77,4	Pearson
Nem	14,3	22,6	Chi^2=4,4 (df:1)
Anya régebben sportolt**			
Igen	71,5	59,8	Pearson
Nem	28,5	40,2	Chi^2=5,8 (df:1)
Valamelyik szülő sportol-e jelenleg?			
Igen	25,8	29,6	Pearson
Nem	74,2	70,4	Chi^2=0,7 (df:1)
Valamelyik szülő tagja-e sportklubnak?			
Igen	13,1	8,3	Pearson
Nem	86,9	91,7	Chi^2=2,3 (df:1)
Valamelyik szülő néz-e sportrendezvényeket?***			
Igen	70,8	47,6	Pearson
Nem	29,2	52,4	Chi^2=21,0 (df:1)
Valamelyik szülő néz-e sportot a tévében?**			
Igen	77,1	62,1	Pearson
Nem	22,9	37,9	Chi^2=10,2 (df:1)
Szülők olvassák-e a sporthíreket az újságban?***			
Igen	71,5	43,8	Pearson
Nem	28,5	56,2	Chi^2=30,0 (df:1)
Családi sporttevékenységek*			
Igen	61,2	52,4	Pearson
Nem	38,8	47,6	Chi^2=30,0 (df:1)
Testvér sportol-e?			
Igen	52,5	49,7	Pearson
Nem	47,5	50,3	Chi^2=0,3 (df:1)
Barátok sportolnak-e?***			
Igen	85,0	53,8	Pearson
Nem	15,0	46,2	Chi^2=44,9 (df:1)

Megjegyzés: Az elemzés Chi^2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

A **9. táblázat**ban a társas támogatás változóinak összehasonlítását mutatjuk be. Mindegyik változó esetén igazolható volt a statisztikailag értékelhető eltérés. A sporttagozatos fiatalok közül lényegesen többen állították, hogy szüleik ösztönzik őket a sportra ($p<0,05$), így eredménycentrikusság jellemzi őket ($p<0,001$), azonban ehhez minden támogatást igyekeznek megadni ($p<0,001$) a gyerekeknek. Többen jelezték is, hogy a szülők kezdeményezték a sportot ($p<0,05$), sőt, a család távolabbi tagjaitól származó ösztönzés is gyakrabban megfigyelhető a körükben ($p<0,05$).

9. táblázat. *Társas támogatás előfordulása a középiskolai tagozat szerint*

	Sporttagozat (%)	Általános (%)	Chi^2–próba
Szülők ösztönöznek a sportra*			
Igen	77,1	66,3	Pearson Chi^2=5,5
Nem	22,9	33,7	(df:1)
Szülők eredményt várnak a sportban***			
Igen	57,5	17,3	Pearson Chi^2=63,5
Nem	42,5	82,7	(df:1)
Szülők támogatnak a sportban***			
Igen	96,7	80,6	Pearson Chi^2=25,9
Nem	3,3	19,4	(df:1)
Szülők kezdeményezték-e a sportot?*			
Igen	27,6	18,1	Pearson Chi^2=4,7
Nem	72,4	81,9	(df:1)
Más családtag ösztönzött-e a sportra?*			
Igen	50,5	40,8	Pearson Chi^2=3,5
Nem	49,5	59,2	(df:1)

Megjegyzés: Az elemzés Chi^2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***$p<0,001$; **$p<0,01$; *$p<0,05$

A vizsgált tagozatokon belül teszteltük a nemenkénti eltéréseket a társas változók szintjén. Mindkét mintában három-három statisztikailag is jelentős különbség adódott, amelyeket a **10. táblázat**ban közlünk. Mindkét csoportban a fiúk sajátosságának tekinthető, hogy barátaik sportolnak (az eltérés az általános tantervű csoportban erősebb volt), és az is, hogy a szülők eredményt várnak el tőlük a sportban, ez utóbbi változó tehát nemcsak a sporttagozatos fiatalokra jellemző. Ezenkívül a sporttagozatos csoportban a fiúk közül többen adtak számot arról, hogy apjuk régebben sportolt (90,4%-uk), szemben a lányok eredményével (78,8%-ával), míg az általános tagozaton más családtag ösztönzéséről számolt be több fiú (25,2%), szemben a lányok elenyésző részével (4,6%-ával).

10. táblázat. *Statisztikailag szignifikáns nemenkénti különbségek a társas befolyásokban és a társas támogatásban a középiskola típusa szerinti bontásban*

	Sporttagozat		
	Fiúk (%)	Lányok (%)	Chi^2–próba
Apa régebben sportolt*			
Igen	90,4	78,8	Pearson
Nem	9,6	21,2	Chi^2=5,5 (df:1)
Barátok sportolnak-e?*			
Igen			
Nem	89,8	77,9	Pearson
	10,2	22,1	Chi^2=5,8 (df:1)
Szülők eredményt várnak a sportban*			
Igen			
Nem	64,1	47,7	Pearson
	35,9	52,3	Chi^2=5,6 (df:1)

	Általános tagozat		
	Fiúk (%)	Lányok (%)	Chi^2–próba
Más családtag ösztönzött-e a sportra?*			
Igen	47,1	30,8	Pearson
Nem	52,9	69,2	Chi^2=4,4 (df:1)
Barátok sportolnak-e?***			
Igen	66,3	33,8	Pearson
Nem	33,7	66,2	Chi^2=17,0 (df:1)
Szülők eredményt várnak a sportban***			Pearson
Igen	25,2	4,6	Chi^2=11,9
Nem	74,8	95,4	(df:1)

Megjegyzés: Az elemzés Chi^2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

8.2.2 Igazságosság élménye az iskolában és az edzésen

Ebben az alfejezetben a *H5* és *H6* hipotézisekkel kapcsolatos eredményeket tekintjük át. Azt vizsgáltuk, hogy a nevelési attitűdök közül melyik a leghatásosabb a témánk szempontjából, valamint, hogyan érzékelik ezt a különböző tagozatra járó diákok. Az eredményeket a következő három tanulmányunk alapján ismertetjük:

(1): *Az igazságosság élményének megítélése az iskolában serdülők körében* (*Pikó* és *Pinczés,* 2013).

(2): *A Debreceni Sportiskola serdülőkorú versenyzőinek dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai sportág típus és az edzői nevelés tükrében* (*Pinczés* és *Pikó,* 2013a).

(3): *Autonomy Support or Direct Control? High School Students' Experience of Their Teacher's Behavior* (*Pikó* és *Pinczés*, 2015).

Megjegyzés: A második tanulmányunk egy másik projekt keretén belül valósult meg, így a minta nem egyezik meg a disszertációéval. Ugyanakkor fontosnak találtuk a pedagógusok mellett az edzők attitűdjeinek a megismerését is annak érdekében, hogy komplexebb képet kapjunk a serdülők egészségmagatartási szokásait alakító személyekről.

8.2.2.1 Statisztikai eljárások

Leíró statisztikával mutatjuk be a különböző pszichológiai változók megjelenését a nemek tekintetében. A középszintű statisztikai módszerek közül a kereszttábla-elemzést alkalmaztuk a serdülők és a különböző sportágak egészségmagatartási szokásaik vizsgálatánál, de t-próbát és ANOVA elemzést is használtunk, amikor a tanári viselkedést vizsgáltuk a szociodemográfiai és a viselkedési változókkal összefüggésben. Az emelt szintű statisztikai elemzések közül pedig a faktoranalízist (varimax rotáció) használtuk, amikor a tanári viselkedést vizsgáltuk, míg korrelációanalízist alkalmaztunk, amikor a különböző pszichológiai változók és a faktoranalízis következtében kialakult három nevelési attitűdök közötti asszociációt mértük. Adatainkat SPSS 16.0 for Windows nevű szoftverrel elemeztük.

8.2.2.2 Eredmények

A **11. táblázat**ban láthatjuk a különböző pszichológiai változók leíró statisztikáját a mintában szereplő nemek tekintetében. Nincs nagy eltérés az elért átlagokban (így szignifikáns különbség sincs) a verbális és a pszichikai agresszió, valamint az unalom esetén. Ugyanakkor a fiúk magasabb pontszámot értek el a fizikai agresszió és az énhatékonyság változóknál.

11. táblázat. *Pszichológiai változók megjelenése a nemek tekintetében (Leíró statisztika és t-próba)*

	Fiúk Átlag (szórás)	Lányok Átlag (szórás)	Szignifikancia
Verbális agresszió	15.8 (3.7)	15.7 (3.9)	p > 0,05
Fizikai agresszió**	24.2 (7.2)	17.8 (6.1)	p < 0,001
Pszichikai agresszió	18.5 (5.5)	18.0 (4.8)	p > 0,05
Énhatékonyság* (self-efficacy)	30.1 (4.5)	29.1 (3.7)	p < 0,05
Unalom	1.7 (0.6)	1.7 (0.5)	p > 0,05

Megjegyzés: Az elemzés kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben. **p<0,001; *p<0,05

A faktoranalízis (Kaiser-kritérium) elvégzését követően a tanári viselkedéseket három különböző nevelési attitűdfaktorba sikerült rendezni (**12. táblázat**), ez összesen a variancia 59,3%-át magyarázta meg. A legnagyobb magyarázó erővel (24,9%-át) bíró faktor az „*Igazságos szabálykövetést kérő, partneri attitűd*" elnevezést kapta. Az attitűd az igazságosságon alapszik, ahol figyelembe veszik a tanulók érzéseit, véleményüket meghallgatják és támogatják önállóságukat, amellett, hogy elvárják a szabálykövetést (pl. „*Tanáraim éppen úgy hallgatják meg véleményemet, mint egy felnőttét")*. A második faktor, mely a variancia 17,6%-át magyarázta meg, a „*Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd"* elnevezést kapta, amely a szabályok mindenáron való betartatását tartja szem előtt (pl. *„Tanáraim azt akarják, hogy mindig az ő szabályaikat kövessem"* vagy *"Tanáraim meglehetősen pontosan meghatározzák, hogy mit tehetek és mit nem").* Végül a harmadik faktor a „*Szabályokat negligáló*, a *tanulói autonómia"* elnevezést kapta, mely a variancia 16,8%-át magyarázta meg. Az attitűdre az autonómiatörekvés jellemző, így megengedő, a szabálykövetésre lényegesen kisebb hangsúlyt fektet.

12. táblázat. *A tanári nevelési attitűdök kategóriái faktoranalízis alapján (végső, rotált eredmény)*

	Faktorok a saját értékekkel		
Változók	1. faktor (3,0)	2. faktor (2,1)	3. faktor (2,0)
1. Tanáraimnak világos szabályai és előírásai vannak arról, hogy hogyan viselkedjek.	**-**	**0,720**	**-0,302**
2. Tanáraim figyelnek arra, hogy az iskolában érvényes szabályokat kövessem.	0,392	0,687	-
3. Tanáraim azt akarják, hogy mindig az ő szabályaikat kövessem.	**-0,420**	**0,677**	**-**
4. Tanáraim meglehetősen pontosan meghatározzák, hogy mit tehetek és mit nem.	-	0,776	-
5. Tanáraim megmutatják nekem, hogyan oldhatom meg önállóan a problémáimat.	**0,698**	**-**	**-**
6. Tanáraim figyelembe veszik érzéseimet, amikor valamit igazságtalannak érzek.	0,643	-	0,357
7. Tanáraim megengedik, hogy döntéseiket megkérdőjelezzem.	**-**	**-**	**0,669**
8. Tanáraim számos választási lehetőséget adnak az iskolai feladatok megoldásához.	0,601	-	0,363
9. Tanáraim elfogadják, hogy van saját véleményem.	**0,547**	**-**	**0,563**
10. Tanáraim bátorítanak arra, hogy bizonyos dolgokat megkérdőjelezzek.	-	-	0,797
11. Tanáraim éppen úgy hallgatják meg véleményemet, mint egy felnőttét.	**0,650**	**-**	**0,429**
12. Tanáraim nem hallgatják meg véleményemet.	-0,665	-	-
Cronbach alfa	0,79	0,70	0,77
%-os variancia	24,9	17,6	16,8
Faktor elnevezése	*Igazságos szabálykövetést kérő, partneri attitűd*	*Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd*	*Szabályokat negligáló, a tanulói autonómiát támogató attitűd*

A **13. táblázat**ban láthatók azok az eredmények, amelyeket a nevelési attitűdök, valamint bizonyos szociodemográfiai és viselkedéses változók közötti összefüggések vizsgálata alapján kaptunk. A nemek vonatkozásában nem volt jelentős eltérés ($p>0,05$). A faktorok átlagértékeinek elemzése több társadalmi helyzet (szülők iskolázottsága, társadalmihelyzet-besorolás) bevonásával sem mutatott eltérést, ezért ezeket az eredményeket a táblázatban nem tüntettük fel. Eltérés igazolható azonban az évfolyam és a tagozat szerint, ahol az elsős diákok és a nem sporttagozatos tanulók jelezték, hogy tanáraikra jellemző az igazságos szabálykövetést kérő, partneri attitűd ($p<0,05$). Az iskolai teljesítmény alapján is találtunk eltérést, mégpedig a négyes-ötös tanulók igazságosabbnak tartották tanáraik viselkedését ($p<0,01$). A szerfogyasztási változók függvényében is látható eltérés, ugyanis a nemdohányzó és az alkoholt rendszeresen nem fogyasztó diákok pontértéke az igazságos nevelési attitűdre vonatkozóan lényegesen magasabb volt ($p<0,05$), ráadásul az utóbbiak úgy érezték, hogy az autonómiatörekvéseiket is jobban támogatják tanáraik.

13. táblázat. *A tanári nevelési attitűdök kategóriái szociodemográfiai és viselkedési változók szerint*

Változó (átlag, szórás)/	*Igazságos szabálykövetést kérő, partneri attitűd*	*Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd*	*Szabályokat negligáló, a tanulói autonómiát támogató attitűd*
Nem			
Fiú	0,222 (1,037)	-0,558 (1,005)	0,009 (0,9915)
Lány	-0,03 (0,941)	0,087 (0,989)	0,088 (1,016)
t-próba	p>0,05	p>0,05	p>0,05)
Tagozat*			
Sporttagozat	-0,147 (0,920)	-0,079 (0,991)	0,023 (0,982)
Általános	0,190 (1,066)	0,101 (1,005)	-0,030 (1,025)
t-próba	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05
Évfolyam*			
Első	0,396 (1,042)	0,185 (1,035)	-0,064 (1,040)
Második	-0,130 (0,860)	-0,070 (0,946)	-0,017 (0,995)
Harmadik	-0,226 (0,931)	-0,065 (1,011)	0,049 (0,975)
Negyedik	-0,138 (1,028)	-0,129 (0,961)	0,052 (0,992)
ANOVA	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05
Iskolai teljesítmény**			
Egyes-kettes	-0,057 (1,072)	0,029 (1,032)	0,021 (1,080)
Közepes	-0,122 (0,979)	-0,087 (1,021)	-0,069 (0,972)
Négyes-ötös	0,232 (0,949)	0,117 (0,937)	0,095 (0,985)
ANOVA	**p<0,01**	p>0,05	p>0,05
Dohányzás az elmúlt 3 hónapban*			
Nem	0,104 (1,037)	-0,016 (0,950)	0,050 (1,014)
Igen	-0,155 (0,921)	0,027 (1,066)	-0,096 (0.977)
t-próba	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05)
Nagyivás az elmúlt 3 hónapban *			
Nem	0,134 (1,069)	0,036 (0,907)	0,158 (0,927)
Igen	-0,081 (0,948)	-0,019 (1,047)	-0,108 (1,032)
t-próba	**p<0,05**	p>0,05	**p<0,05**

Megjegyzés: Az elemzés kétmintás t–próbával és ANOVA elemzéssel szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben. **p<0,01; *p<0,05

A **14. táblázat** a pszichológiai változók és a nevelési attitűdök közötti kétoldalú kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatók értékeit mutatja. A tanári attitűdök közül az igazságos szabálykövetést kérő, partneri attitűd hozható összefüggésbe az énhatékonysággal pozitív, a verbális és a pszichikai agresszióval pedig negatív előjellel. Tehát, akik tanáraik viselkedését igazságosabbnak ítélték meg, azokra jellemzőbb az énhatékonyság, viszont kevésbé mutatkozik meg az agresszív viselkedés. Érdekesség, hogy az a tanuló, aki úgy vélekedik a tanárairól, hogy a szabályokat elhanyagolja, arra jellemzőbb az unatkozás.

14. táblázat. *A tanári nevelési attitűdök kategóriáinak összefüggése pszichológiai változókkal (korrelációanalízis)*

	Igazságos szabálykövetést kérő, partneri attitűd	*Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd*	*Szabályokat negligáló, a tanulói autonómiát támogató attitűd*
Énhatékonyság (self-efficacy) *Cronbach alfa =0,82*	0,15**	0,11	-0,05
Verbális agresszió *Cronbach alfa =0,76*	-0,15**	0,09	-0,09
Fizikai agresszió *Cronbach alfa =0,84*	0,03	-0,03	-0,02
Pszichikai agresszió (*Cronbach alfa =0,74*	-0,13*	0,02	0,01
Unalom *Cronbach alfa =0,72*	-0,03	0,02	0,09*

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

A már említett másik kutatási projektben részt vett sportiskolás (Debrecen város legnagyobb sportegyesülete) versenyzők alkoholfogyasztási és dohányzási változóinak vizsgálata alapján (**15. táblázat**) elmondhatjuk, hogy az egyéni sportolókra inkább jellemző, hogy már kapcsolatba kerültek bizonyos egészségkockázati szerekkel, mint a csapatsportágakat űző társaikra. A legmarkánsabb különbség a dohányzás kipróbálása és a

„binge drinking”, azaz a nagymennyiségű alkoholfogyasztás háromhavi prevalenciája esetén mutatkozik. Mindezek ellenére az egészségi állapotukat a saját korosztályukhoz viszonyítva szignifikánsan jobbnak ítélik az egyéni sportolók, mint a csapatsportolók.

15. táblázat. *Serdülő sportolók dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai, valamint egészségi állapot önminősítése a sportágtípus függvényében*

	Sportág típus			
Egészségállapot	Csapat (%)	Egyéni (%)	Chi^2–próba	
Dohányoztál-e már valaha?				
Igen	3,6	16,7	Pearson (df:1)***	Chi^2=16,4
Nem	96,4	83,3		
Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?				
Igen	38,7	53,1	Pearson (df:1)*	Chi^2=5,6
Nem	61,3	46,9		
Dohányoztál az elmúlt három hónapban?				
Igen	2,7	5,2	Pearson (df:1)	Chi^2=1,2
Nem	97,3	94,8		
Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban?				
Igen	32,0	43,8	Pearson (df:1)*	Chi^2=4
Nem	68,0	56,2		
Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?				
Igen	10,8	26,0	Pearson (df:1)**	Chi^2=11,9
Nem	89,2	74,0		
Milyennek tartod egészségi állapotodat?				
Kiváló	54,5	67,7	Pearson (df:3)*	Chi^2=8
Jó	42,7	28,1		
Elfogadható	2,7	3,1		
Rossz	0,0	1,0		

Megjegyzés: Az elemzés Chi2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben. ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

Nemek szerinti bontásban tovább tanulmányoztuk a változókat a csapat- és az egyéni sportolók körében (**16. táblázat**). Az egyéni sportágat űzők esetében csak a lányoknál kaptunk szignifikáns különbséget, mégpedig a dohányzás háromhavi prevalenciájánál. A csapatsportágak hódolói közül a fiúk esetén a dohányzás és az alkohol kipróbálása, valamint az elmúlt háromhavi alkoholfogyasztási változóknál kaptunk szignifikáns eltérést.

16. táblázat. *Dohányzási és alkoholfogyasztási szokások és az egészség önértékelése nemenként a csapatjátékosok és egyéni sportolók körében*

	Csapatsportolók			**Egyéni sportolók**		
Egészségállapot	F(%)	L(%)	Chi^2–próba	F(%)	L(%)	Chi^2–próba
Dohányoztál-e már valaha?						
Igen	5,8	0,0	Pearson Chi^2=5,1 (df:1)*	13,1	23,5	Pearson Chi^2=1,7 (df:1)
Nem	94,2	100,0		86,9	76,5	
Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?						
Igen	46,7	25,9	Pearson Chi^2=9,6 (df:1)**	57,4	44,1	Pearson Chi^2=1,5 (df:1)
Nem	53,3	74,1		42,6	55,9	
Dohányoztál az elmúlt három hónapban?						
Igen	3,6	0,0	Pearson Chi^2=3,1 (df:1)	1,6	11,8	Pearson Chi^2=4,5 (df:1)*
Nem	96,4	100,0		98,4	88,2	
Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban?						
Igen	37,2	23,5	Pearson Chi^2=4,5 (df:1)*	49,2	35,3	Pearson Chi^2=1,7 (df:1)
Nem	62,8	76,5		50,8	64,7	
Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?						
Igen	13,1	7,1	Pearson Chi^2=2 (df:1)	26,2	26,5	Pearson Chi^2=0,001 (df:1)
Nem	86,9	92,9		73,8	73,5	
Milyennek tartod egészségi állapotodat?						
Kiváló	57,0	50,5	Pearson Chi^2=1 (df:2)	73,8	58,8	Pearson Chi^2=6,6 (df:3)
Jó	40,0	47,1		19,7	41,2	
Elfogadható	3,0	2,4		4,9	0,0	
Rossz	0,0	0,0		1,6	0,0	

Megjegyzés: Az elemzés Chi2 – próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben. **p<0,01; *p<0,05

A **17. táblázat**ban a tanári viselkedések faktoranalízisével megegyezően az edzői nevelési módszereket is elemeztük. Az elemzést követően kialakult három faktor összesen a variancia 54,9%-át magyarázta meg. A legmarkánsabb (22,5%) faktor a „*Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd*” elnevezést kapta, aminél a szabályok mindenáron való betartatása jellemző az edzőre (pl. „Edzőm meglehetősen pontosan meghatározza, hogy mit tehetek és mit nem”). A második faktor (16,4%) a „*Szabadjára engedő attitűd*” elnevezést kapta, ami a szabályokat negligáló, a sportoló autonómiáját hangsúlyozza („Edzőm megengedi, hogy döntéseit megkérdőjelezzem”). A harmadik faktor (16%) a „*Demokratikus attitűd*” lett. Itt az edzők elvárják a szabálykövetést, de ezt igazságos módon teszik. (pl. „Edzőm elfogadja, hogy van saját véleményem”).

17. táblázat. *Az edzői nevelési attitűdök kategóriái faktoranalízis alapján (végső, rotált eredmény)*

Faktorok a saját értékekkel

Változók	**1. faktor (2,7)**	**2. faktor (2,0)**	**3. faktor (2,0)**
	Faktorsúlyok		
1. Edzőmnek világos szabályai és előírásai vannak arról, hogy hogyan viselkedjek.	**0,805**	-	-
2. Edzőm figyel arra, hogy az edzésen érvényes szabályokat kövessem.	0,705	-	-
3. Edzőm azt akarja, hogy mindig az ő szabályait kövessem.	**0,726**	-	**-0,308**
4. Edzőm meglehetősen pontosan meghatározza, hogy mit tehetek és mit nem.	0,766	-	-
5. Edzőm megmutatja nekem, hogyan oldhatom meg önállóan a problémáimat.	**0,562**	-	-
6. Edzőm figyelembe veszi érzéseimet, amikor valamit igazságtalannak érzek.	-	-	0,517
7. Edzőm megengedi, hogy döntéseit megkérdőjelezzem.	-	**0,711**	-
8. Edzőm számos választási lehetőséget ad az edzésfeladatok megoldásához.	-	0,634	-
9. Edzőm elfogadja, hogy van saját véleményem.	-	**0,546**	**0,546**
10. Edzőm bátorít arra, hogy bizonyos dolgokat megkérdőjelezzek.	-	0,729	-
11. Edzőm éppen úgy hallgatja meg véleményemet, mint egy felnőttét.	-	-	**0,696**
12. Edzőm nem hallgatja meg véleményemet.	-	-	-0,795
Cronbach alfa	0,76	0,65	0,6
%-os variancia	22,5	16,4	16
Faktor elnevezése	Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd	Szabadjára engedő attitűd	Demokratikus nevelési attitűd

A **18. táblázat**ban az előbb kapott edzői attitűdök szerepét vizsgáljuk a sportág típusa, az alkoholfogyasztási és a dohányzási változók szerint. A csapatsportolók jelezték szignifikánsan, hogy edzőikre jellemzőbb a tekintélyelvű attitűd, ami kisebb mértékű szerfogyasztással jár együtt. Az egyéni sportolók inkább a szabadjára engedő edzői attitűdről számoltak be, amit sem az alkoholfogyasztással, sem pedig a dohányzással nem tudtuk összefüggésbe hozni.

18. táblázat. *Az edzői nevelési attitűdök kategóriái sportág típusa és egészségmagatartási változók szerint*

Változó (átlag, szórás)/	Tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűd	Szabadjára engedő attitűd	Demokratikus nevelő attitűd
Nem			
Fiú	0,02 (1,049)	0,074 (1,048)	-0,002(1,032)
Lány	-0,02 (0,927)	-0,113 (0,921)	0,024 (0,932)
t-próba	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Sportág típusa *			
Csapat	0,085 (0,920)	-0,108 (0,968)	-0,014 (0,979)
Egyéni	-0,190(1,145)	0,238 (1,032)	0,031 (1,049)
t-próba	**p<0,05**	**p<0,05**	p>0,05
Kipróbálta a dohányzást			
Nem	0,259 (0,984)	-0,030 (0,982)	0,0159(1,001)
Igen	-0,317 (1,154)	0,370 (1,153)	-0,195 (0,986)
t-próba	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Kipróbálta az alkoholt **			
Nem	0,204 (0,941)	- 0,053 (0,991)	0,009 (0,947)
Igen	-0,274 (1,014)	0,072 (1,011)	-0,013 (1,070)
t-próba	**p<0,001**	p>0,05	p>0,05
Dohányzás az elmúlt 3 hónapban*	0,031 (0,984)	-0,010 (0,997)	0,014 (0,991)
Nem	-0,664 (1,146)	0,235 (1,071)	-0,292 (1,167)
Igen	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05
t-próba			
Nagyivás az elmúlt 3 hónapban*			
Nem	0,126 (0,974)	-0,068(0,979)	-0,019 (0,980)
Igen	-0,227 (1,009)	0,122 (1,029)	0,032 (1,038)
t-próba	**p<0,05**	p>0,05	p>0,05

Megjegyzés: Az elemzés kétmintás t–próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben. **p<0,001; *p<0,05

8.2.3 Részösszefoglaló

Az előző fejezetben kapott eredmények ismeretében szükségünk van azoknak a védőfaktoroknak a feltárására, melyek a sportra, mozgásra ösztönöznek, bátorítanak és pozitív irányban befolyásolhatják a serdülők egészségmagatartási szokásait. Ebben a fejezetben a serdülőkkel közvetlen kapcsolatban lévők szerepét vizsgáltuk.

A társas háló motiváló szerepe a mozgáshoz kapcsolódóan (*H4*) a mintánk esetén is markánsnak mondható, ugyanis míg kisiskolás korban a család motiváló hatása jelentős, addig serdülőkorban már a kortárscsoport ereje a meghatározó (*Campbell, MacAuley, McCrum* és *Evans,* 2001; *Keresztes* és *mtsai,* 2008; *Smith,* 2003; *Stucky-Ropp* és *DiLorenzo,* 1993). Esetünkben a szülők (főleg az apák) nagyrészt sportoltak, ami sporttagozaton nagyobb arányban mutatkozik meg, mint az általános tagozaton. Sajnálatos módon, amikor aktuális sportolási szokásaikra kérdeztünk rá, nagymértékben lecsökkent ez az arány mindkét alminta esetén. A közeli családtagok (testvér) sportolói magatartása kevésbé tűnik jelentősnek, ám a sportoló barát már annál inkább, hisz mindkét tagozaton, de főként a sportosztályban jelentős számban találunk sportoló barátokat. Más kutatási eredményekkel összevetve (*Hamar,* 2005) a mintánkra jellemzőbb volt a családi sporttevékenység gyakorisága, mely szintén hozzájárulhat a pozitív motiváció kialakításához, ahogy az inaktív sportszeretet is. Annak ellenére, hogy a sportolás elkezdése elsősorban nem a szülők kezdeményezésére történik, mégis amennyiben kapcsolatba kerül a gyermek a sporttal, úgy a szülő támogató hátteret biztosít, mellyel párhuzamosan gyermekével szemben eredménycentrikussá válik (sporttagozaton jelentősebb). De a tágabb családban szereplők ösztönző erejéről sem szabad elfelejtkeznünk. A nemek vizsgálatánál nem találtunk eltérést, azonban mind a két almintára jellemző, hogy a fiúknak több sportoló barátjuk van, és a szülők is inkább várnak el tőlük eredményt, mint a lányoktól. A kortárshatás befolyásoló ereje tehát leginkább a sporttagozatosokra és a fiúkra jellemző.

A második legnagyobb motivációs háttér megismerése során igyekeztünk feltérképezni a pedagógiai eszközöket használók attitűdjeinek a megismerést (*H5*) és azok esetleges eltérését a két tagozaton (*H6*), de megnéztük az összefüggéseit a szociodemográfiai, egészségmagatartási és a pszichológiai jellemzőkkel is. *Jámbori* (2007) vizsgálatában két nevelési attitűd különíthető el (szabályorientált viselkedés, tanulók autonómiai törekvéseit támogató), kutatásunkban azonban egy harmadik nevelési attitűd is körvonalazódott, ugyanis a szabályorientált viselkedést nemcsak autoriter módon lehet

elérni, hanem igazságosan, egyfajta demokratikus kapcsolat kiépítésével is. Az ilyen nevelési attitűd (igazságos, szabálykövetést kérő partneri attitűd) esetén bár a nemek és a társadalmi háttér szerint nem volt eltérés, azonban az első évfolyamon tanulók érték el a legmagasabb pontszámot e faktor tekintetében, ami évfolyamonként csökken, majd a végzősök esetén ismételten növekszik. A jó tanuló diákok szintén a pedagógusok nagyobb igazságosságáról számoltak be, ez megegyezik a korábbi vizsgálatok eredményeivel (*Kamble* és *Dalbert,* 2012; *Peter, Kloeckner, Dalbert* és *Radant,* 2012), míg a sporttagozatos diákok nem gondolják, hogy tanáraik igazságosak. Az egészségmagatartással összefüggésben ok-okozati kapcsolatot nem tudunk levonni a keresztmetszeti elemzés miatt, de adataink azt erősítik meg, hogy azokra a diákokra, akik igazságosabbnak ítélik meg tanáraik viselkedését, nem jellemző a káros szerfogyasztás, ahogy kevésbé hajlamosak agresszív viselkedésre (saját mintánkban a verbális és pszichikai agresszióra érvényes, a fizikai agresszióra azonban nem) és nagyobb az énhatékonyságuk is.

A tanárok nevelési attitűdjeinek megismerését követően egy másik projekt keretén belül térképeztük fel az edzők nevelési attitűdjeit és vizsgáltuk azok eltérését a sportágtípus (egyéni vagy csapat), nem és egészségmagatartási változók tekintetében. A projekt elsősorban arra a korosztályra fókuszált (a minta 66%-a 12-14 éves), ahol a leggyakoribb a különböző élvezeti szerek kipróbálása, és azon belül is egy olyan szegmensére, ahol a mindennapi mozgás egyfajta életformát jelent(het). Eredményeink szerint a csapatsportolók inkább a tekintélyelvű szabálykövetést elváró attitűddel jellemzik edzőiket, ez kisebb mértékű szerfogyasztással jár együtt. Az ilyen nevelési attitűd és szerfogyasztási szokás a szülőkkel kapcsolatban már igazolt (*Pettit, Laird, Dodge, Bates* és *Criss,* 2001). Itt is úgy látszik, hogy a kontrollal, az odafigyeléssel és a szabályok betartatásával csökkenthetjük a szerfogyasztás esélyét. Az egyéni sportolók inkább a szabadjára engedő nevelési attitűddel jellemzik edzőjüket, ez egyik szerfogyasztási változó esetén sem eredményez szignifikáns összefüggést. Ennek ellenére az egyéni sportágat űzők egészségi állapotukat mégis jobbnak ítélik meg, mint a csapatsportolók. *Mikulán* és *Pikó* (2012) vizsgálatában ellentétes eredményről számolt be, melynek hátterében az állhat, hogy mintájuk különböző egyesületekből tevődött össze, addig a miénk egy egyesületből áll, így valószínűsíthető, hogy azonos nevelési szisztéma jellemzi ezt a sportegyesületet. A kifejezetten sportolók egészségmagatartás-vizsgálatánál az eredmények egybecsengenek az átlagpopuláció serdülőinek eredményeivel, ugyanis a sportoló lányok (egyéni sportág) nagyobb százalékban jelezték, hogy már volt kapcsolatuk a dohányzással és szignifikánsan

többször is dohányoztak az elmúlt három hónapban. Ami pedig az alkoholfogyasztást illeti, a fiúknak (csapatsportág) kell nagyobb figyelmet szentelnünk, hiszen többen jelezték a kipróbálást és a gyakoribb fogyasztást az elmúlt három hónapban. Bár szignifikáns különbség nincs az egészségi állapot értékelését illetően, mind a két sportolói csoportban a fiúk értékelték jobbnak egészségüket.

8.3 Személyiségjegyek szerepe a serdülők viselkedésében

Ebben a fejezetben a serdülők személyiségjegyeinek vizsgálatával kapcsolatos eredményeinket részletezzük, különösképpen azok összefüggéseit a depresszióval és az agresszióval, valamint az egészségmagatartási változókkal. Ugyanitt kapnak továbbá helyet a flow- és antiflow-élmények vizsgálati eredményei is. A témát három alfejezetre bontottuk, így bízva egy átfogó jellegű vizsgálat eredményeinek egy szintézisben való összegzésében.

8.3.1 Serdülők problémaviselkedése

Az első alfejezetben a *H7* hipotézissel kapcsolatos eredményeket mutatjuk be. Arra szerettünk volna fényt deríteni, hogy a serdülők problémaviselkedésének hátterében, milyen személyiségi tényezők állnak és azok összefüggésbe hozhatóak-e más, egyéb viselkedéssel. Továbbá kérdésként merült fel bennünk, hogy mutatkozik-e nemi különbség. Az eredményeket a következő tanulmányaink alapján ismertetjük: *Impulzivitás - agresszió - depresszió: Serdülők problémaviselkedésének vizsgálata személyiségjegyeik tükrében* (*Pikó* és *Pinczés,* 2014b) és *Impulsivity, depression and aggression among adolescents* (*Pikó* és *Pinczés,* 2014d).

8.3.1.1 Statisztikai eljárások

A leíró statisztikán túl (átlag, szórás) a középszintű statisztikai elemzések közül kétmintás t-próbát alkalmaztunk a nemek közötti különbségek feltárásához. Az emelt szintű elemzések közül a depressziós tünetegyüttes, agresszió és személyiségjegyek közötti kapcsolat meglétének, szorosságának és az irányának megismeréséhez a korrelációanalízist alkalmaztuk. A központi statisztikai elemzést azonban a többváltozós regresszió analízis jelentette, amelynek segítségével értékeltük a depresszió és az agresszió, valamint a személyiségskálák közötti összefüggéseket a teljes mintában, valamint nemenkénti bontásban. Adatainkat SPSS 16.0 for Windows nevű szoftverrel elemeztük.

8.3.1.2 Eredmények

A **19. táblázat**ban látható az elemzésben szereplő változók leíró statisztikája nemenkénti bontásban. A depresszió tüneti skála eredményénél (már korábban bemutattuk, de a további elemzés átláthatósága érdekében itt is szerepeltetjük), a lányok értek el nagyobb

pontszámot (p<0,05). A verbális és a pszichikai agresszió alskáláin nemek szerint nem volt jelentős az eltérés (p<0,05), ahogyan az impulzivitás és a kockázatvállalás terén (p>0,05) sem. Ugyanakkor a fizikai agresszió a fiúkra jellemzőbb volt (p<0,001), ahogy az énhatékonyság-mutató esetén is a fiúk értek el nagyobb értéket (p < 0,05). A lányok csak az empátia alskálán értek el magasabb értéket (p < 0,001).

19. táblázat. *A depressziós tünetegyüttes, az agresszió-változók és a személyiségjegyeket mérő skálák leíró statisztikája nemenként*

	Fiúk Átlag (szórás)	Lányok Átlag (szórás)	t-érték szignifikancia
Depressziós tünetegyüttes (CDI) *	6,2 (8,0)	8,1 (7,3)	t = -2,360 (p < 0,05)
Verbális agresszió	15,86 (3,72)	15,79 (3,96)	t = 0,177 (p > 0,05)
Fizikai agresszió***	24,19 (7,23)	17,76 (6,01)	t = 8,802 (p < 0,001)
Pszichikai agresszió (harag)	18,56 (5,52)	18,10 (4,08)	t = 1,526 (p > 0,05)
Impulzivitás	12,04 (4,65)	12,69 (4,50)	t = -1,401 (p > 0,05)
Kockázatvállalás	16,29 (5,05)	15,88 (5,03)	t = 0,800 (p > 0,05)
Empátia***	14,04 (4,51)	17,29 (3,80)	t = -7,638 (p< 0,001)
Énhatékonyság*	30,10 (4,51)	29,01 (3,82)	t = 2,260 (p < 0,05)

Megjegyzés: Az elemzés kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

A **20. táblázat**ban látható a korrelációs együtthatók (kétoldalú kapcsolatok) vizsgálati eredménye. A *depressziós* pontszám mindkét nem esetén pozitív összefüggést mutat a pszichikai agresszióval, valamint negatív összefüggést az énhatékonysággal. Továbbá a fiúknál negatív korreláció igazolható a depresszió és a kockázatvállalás között,

míg a lányoknál pozitívan korrelál a depresszió pontszáma az impulzivitással, és a pszichikai agresszió mellett a verbális és fizikai agresszióformákkal egyaránt. A *verbális agresszió* mindkét nemnél pozitívan korrelált valamennyi más agresszióformával, az impulzivitással és a kockázatvállalással, sőt a fiúk esetében az énhatékonysággal is. A *fizikai agresszió* szintén mindkét nemnél a másik két agresszióformával, az impulzivitással, a kockázatvállalással és az énhatékonysággal, és a fiúk esetében az empátia hiányával is. A *pszichikai agresszió* nemtől függetlenül összefüggést mutat az impulzivitással, ezenkívül a lányok esetében a kockázatvállalással, és az énhatékonysággal is (ez utóbbi negatív irányultsággal). A *kockázatvállalás és az impulzivitás,* valamint az *énhatékonyság és a kockázatvállalás* között pozitív kapcsolat igazolható. Érdemes kihangsúlyozni, hogy a lányoknál az énhatékonyság pozitív módon korrelál az empátiával, ez a fiúk esetében nem igazolható.

20. táblázat. *A depressziós tünetegyüttes, az agresszió-változók és a személyiségjegyeket mérő skálák közötti korrelációs mátrix eredményei nemenként*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Depressziós tünetegyüttes (CDI)	-	0,00	0,02	0,14*	0,11	-0,19**	0,11	-0,24***
2. Verbális agresszió	0,15*	-	0,44***	0,36***	0,39***	0,18*	-0,10	0,29***
3. Fizikai agresszió	0,18*	0,39***	-	0,53***	0,40***	0,17*	-0,23***	0,19*
4. Pszichikai agresszió	0,38***	0,47***	0,56***	-	0,42***	0,08	-0,07	-0,08
5. Impulzivitás	0,19*	0,53***	0,40***	0,45***	-	0,38***	0,08	0,04
6. Kockázatvállalás	0,02	0,26***	0,39***	0,20**	0,32***	-	-0,02	0,26***
7. Empátia	0,12	-0,09	-0,16*	-0,01	0,03	0,02	-	-0,06
8. Énhatékonyság	-0,23**	0,14	0,01	-0,17*	-0,02	0,32***	0,16*	-

Korrelációs együttható. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Az átló felett a fiúk, az átlag alatt a lányok eredményei láthatók.

A depressziós tünetegyüttest és az agresszió alskálákat befolyásoló személyiségváltozók többváltozós elemzésének eredményét mutatjuk be a **21. táblázat**ban a teljes mintán és nemenkénti bontásban. Az *impulzivitás* szerepe valamennyi agresszióformára vonatkozóan, nemre való tekintet nélkül rizikófaktorként igazolható, ezzel szemben a kockázatvállalás egyik esetben sem volt szignifikáns. A teljes mintában és a lányok esetében az *empátia* is nagyobb CDI pontszámmal járt együtt, ami a fiúknál nem jellemző. Az empátia hiánya a mintában leginkább a fizikai agresszióval összefüggésben mutatkozott meg, minden esetben negatív volt a kapcsolat, míg nemek tekintetében a lányok esetében a verbális, a fiúknál pedig a pszichikai agresszióval kapcsolatban is detektálható. Az *énhatékonyság* negatív előjellel szerepel a prediktor változók között csakúgy, mint a kockázatvállalás így ezek a változók tehát kevésbé jellemzőek a depresszióra hajlamos serdülőkre. Az énhatékonyság a verbális és fizikai agresszióval pozitív kapcsolatot mutat mindkét nemben, a pszichikai agresszió esetében a fiúk almintájában nem mutatkozott összefüggés, ugyanakkor a lányok almintájában a regressziós együttható irányultsága negatív lett. A regressziós modellek valamennyi elemzés során szignifikánsak voltak ($p < 0,001$).

21. táblázat. *A depressziós tünetegyüttest befolyásoló személyiségjegyek többváltozós lineáris regresszió elemzése a teljes mintában és nemek szerint*

CDI	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Impulzivitás	0,20***	0,20**	0,20***
Kockázatvállalás	-0,11*	-0,20**	-0,11*
Empátia	0,11*	0,06	0,11*
Énhatékonyság	-0,21***	-0,19**	-0,21***
Konstans	13,835***	15,687***	12,065*
R^2	0,11***	0,11***	0,13***
Verbális agresszió	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Impulzivitás	0,46***	0,39***	0,47***
Kockázatvállalás	-0,03	-0,04	-0,03
Empátia	-0,15**	-0,11	-0,15**
Énhatékonyság	0,24***	0,28***	0,24***
Konstans	7,110***	6,857***	7,410**
R^2	0,27***	0,23***	0,34***
Fizikai agresszió	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Impulzivitás	0,33***	0,43***	0,33***
Kockázatvállalás	0,09	-0,04	0,09
Empátia	-0,34***	-0,32***	-0,34***
Énhatékonyság	0,14**	0,18**	0,14**
Konstans	13,573***	14,732***	13,803***
R^2	0,28***	0,28***	0,22***
Pszichikai agresszió	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Impulzivitás	0,43***	0,46***	0,39***
Kockázatvállalás	0,03	-0,06	0,15
Empátia	-0,12*	-0,13***	-0,04
Énhatékonyság	-0,11*	-0,07	-0,21*
Konstans	15,290***	14,998***	15,878***
R^2	0,22***	0,21***	0,25***

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

Standardizált regressziós koefficiens.

8.3.2 Serdülők alkoholfogyasztása és dohányzása

A következő alfejezetben a *H8 és a H9* hipotézisek megválaszolásához szükséges eredményeket mutatjuk be. Azt vizsgáltuk, hogy a különböző személyiségjegyek milyen egészségmagatartási szokásokra hajlamosítanak, és hogy ez mutat-e különbséget a két alminta tekintetében. Az eredményeket a következő tanulmányunk alapján ismertetjük: *Serdülők alkoholfogyasztása és dohányzása az impulzivitás, kockázatvállalás és énhatékonyság tükrében* (*Pikó* és *Pinczés,* 2014c).

8.3.2.1 Statisztikai eljárások

Az eddigi vizsgálatokkal megegyezően a leíró statisztika mellett a kétmintás t-próba elemzését végeztük el a személyiségjegyek különbségének a feltárásához nem, iskolatípus és szerfogyasztási státusz szerint. A központi statisztikai elemzés a bináris logisztikus regresszióanalízis, mely segítségével értékeltük a különböző szociodemográfiai mutatók (nem és iskolai tagozat típusa) és az egyes szerfogyasztási típusok (dohányzás és alkoholfogyasztás háromhavi prevalenciája), valamint az egyes személyiségskálák közötti összefüggéseket. A bináris logisztikus regresszió során az esélyhányadosok kiszámításánál függő változóként a dichotóm szerfogyasztás és a szociodemográfiai mutatók értékei szerepeltek, míg a személyiségskálák független változóként. A statisztikai szignifikancia megállapításához 95%-os konfidencia intervallumot (95% CI) és p-értéket is számítottunk. Az előbbi esetben a statisztikai szignifikancia feltétele az volt, hogy az érték ne tartalmazza az 1-et. Adatainkat SPSS 16.0 for Windows nevű szoftverrel elemeztük.

8.3.2.2 Eredmények

A **22. táblázat** mutatja a vizsgált személyiségjegyek és az énhatékonyság leíró statisztikáját nemenkénti és tagozattípusonkénti bontásban. A sporttagozatos tanulókra jellemzőbb az impulzivitás ($p<0,05$) és a kockázatvállalás ($p<0,001$), mint az általános tagozatos diáktársaikra. A nemek között az empátiában és az énhatékonyságban mutatkozott szignifikáns különbség, míg a lányok esetében az empátia ($p<0,001$), addig a fiúk az énhatékonyság ($p<0,05$) kapcsán mutattak magasabb értékeket.

22. táblázat. *Az impulzivitás, a kockázatvállalás, az empátia és az énhatékonyság változóinak leíró statisztikája nemenkénti és iskolatípusonkénti bontásban (kétmintás t-próba)*

	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	t-érték	Szignifikancia
Iskolatípus	Sporttagozatos (n = 214)	Általános (n = 199)		
Impulzivitás	12,8 (4,6)	11,8 (4,5)	2,3	p<0,05
Kockázatvállalás	17,4 (4,3)	14,7 (5,3)	5,3	p<0,001
Empátia	15,1 (4,2)	15,8 (4,7)	-1,6	p>0,05
Énhatékonyság	29,7 (4,2)	29,6 (4,3)	0,12	p>0,05
Nem	Fiúk (n = 237)	Lányok (n = 176)		
Impulzivitás	12,0 (4,6)	12,7 (4,5)	-1,4	p>0,05
Kockázatvállalás	16,3 (5,0)	15,9 (5,0)	0,8	p>0,05
Empátia	14,0 (4,5)	17,3 (3,8)	-7,6	p<0,001
Énhatékonyság	30,1 (4,5)	29,0 (3,8)	2,3	p<0,05

Megjegyzés: Az elemzés kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben. ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

A **23. táblázat**ban a vizsgált személyiségskálák leíró statisztikája a szerfogyasztási státusz szerinti bontásban látható. Az impulzivitás (p<0,001) egyaránt jellemzőbb a dohányzókra és alkoholfogyasztókra (ideértve a nagyobb mennyiséget ivókat is), míg az utóbbiakra a fokozottabb kockázatvállalás is (p<0,05). Az alkoholt nem fogyasztók énhatékonysági értékei magasabbak voltak, mint az alkoholt fogyasztókéi (p<0,05).

23. táblázat. *Az impulzivitás, a kockázatvállalás, az empátia és az énhatékonyság leíró statisztikája a szerfogyasztási státusz szerint (kétmintás t-próba)*

	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	t-érték	Szignifikancia
Dohányzói státusz	Dohányzó (n = 161)	Nem dohányzó (n = 245)		
Impulzivitás	11,3 (4,5)	13,9 (4,2)	-5,5	p<0,001
Kockázatvállalás	15,8 (5,1)	16,7 (4,9)	-1,6	p>0,05
Empátia	15,4 (4,5)	15,6 (4,5)	-0,6	p>0,05
Énhatékonyság	29,8 (4,1)	29,4 (4,5)	1,0	p>0,05
Alkoholfogyasztói státusz	Alkoholt fogyasztó (n = 332)	Nem fogyasztó (n = 74)		
Impulzivitás	10,8 (4,4)	12,7 (4,5)	-3,1	p < 0,01
Kockázatvállalás	15,3 (4,5)	16,3 (5,1)	-1,4	p > 0,05
Empátia	15,5 (4,5)	15,4 (4,5)	0,2	p > 0,05
Énhatékonyság	29,4 (4,2)	30,7 (4,2)	2,2	p < 0,05
Nagyivási státusz	Nagyobb mennyiséget ivó (n = 256)	Nagyobb mennyiséget nem ivó (n = 151)		
Impulzivitás	10,8 (4,5)	13,2 (4,4)	-5,2	p < 0,001
Kockázatvállalás	15,5 (4,9)	16,5 (5,1)	-1,8	p < 0,05
Empátia	15,8 (4,4)	15,3 (4,5)	1,1	p > 0,05
Énhatékonyság	29,3 (4,3)	30,2 (4,1)	1,9	p < 0,05

Megjegyzés: Az elemzés kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

A **24. táblázat** mutatja a bináris logisztikus regresszió eredményeit. Az esélyhányadosok alapján a dohányzás esélyét leginkább az impulzivitás növeli, amely valamennyi alcsoportra (fiú/lány/sporttagozatos/normál/teljes minta) egyöntetűen érvényes. Mind a teljes minta mind a normál tagozatosok esetén az *énhatékonyság* csökkenti az alkoholfogyasztás esélyét. Az *empátia* egyik esetben sem növelte jelentősen a szerfogyasztás valószínűségét. A *kockázatvállalás* viszont a lányok esetében a dohányzás nagyobb valószínűégével járt együtt. Összességében az impulzivitás és a kockázatvállalás kapcsolata a lányok körében tűnik erőteljesebbnek.

24. táblázat. *Az impulzivitás, a kockázatvállalás, az empátia és az énhatékonyság többváltozós összefüggése a szerfogyasztói státusszal (bináris logisztikus regresszió)*

Teljes minta (N = 413)	OR (95% CI) Dohányzás	OR (95 CI) Alkoholfogyasztás	OR (95% CI) Nagyivás
Impulzivitás	1,14 (1,08 – 1,19)***	1,09 (1,03 – 1,16)**	1,13 (1,08 – 1,18)***
Kockázatvállalás	1,03 (0,99 – 1,08)	1,04 (0,99 – 1,09)	1,04 (0,99 – 1,08)
Empátia	1,01 (0,97 – 1,06)	0,99 (0,04 – 1,05)	0,97 (0,93 – 1,02)
Énhatékonyság	0,97 (0,93 – 1,02)	0,93 (0,87 – 0,99)*	0,95 (0,90 – 1,00)
Sporttagozat (n = 214)			
Impulzivitás	1,14 (1,06 – 1,22)***	1,10 (1,01 – 1,19)*	1,14 (1,06 – 1,22)***
Kockázatvállalás	1,06 (0,99 – 1,14)	1,06 (0,97 – 1,15)	1,03 (0,97 – 1,11)
Empátia	1,02 (0,95 – 1,10)	1,04 (0,95 – 1,13)	0,98 (0,92 – 1,05)
Énhatékonyság	0,99 (0,92 – 1,07)	0,94 (0,85 – 1,04)	0,96 (0,89 – 1,03)
Általános tagozat (n = 199)			
Impulzivitás	1,16 (1,08 – 1,25)***	1,08 (1,01 – 1,17)*	1,11 (1,04 – 1,19)**
Kockázatvállalás	1,05 (0,99 – 1,11)	1,01 (0,95 – 1,08)	1,03 (0,98 – 1,09)
Empátia	1,00 (0,94 – 1,06)	0,98 (0,91 – 1,05)	0,97 (0,92 – 1,03)
Énhatékonyság	0,96 (0,89 – 1,03)	0,92 (0,84 – 0,99)*	0,95 (0,88 – 1,02)
Fiúk (n = 237)			
Impulzivitás	1,12 (1,05 – 1,20)***	1,05 (0,98 – 1,13)	1,09 (1,03 – 1,16)**
Kockázatvállalás	1,01 (0,96 – 1,07)	1,03 (0,97 – 1,10)	1,05 (0,99 – 1,11)
Empátia	0,98 (0,92 – 1,05)	0,98 (0,91 – 1,05)	0,96 (0,90 – 1,02)
Énhatékonyság	0,97 (0,90 – 1,03)	0,94 (0,87 – 1,02)	0,97 (0,91 – 1,03)
Lányok (n = 176)			
Impulzivitás	1,15 (1,07 – 1,24)***	1,17 (1,06 – 1,30)**	1,18 (1,10 – 1,28)***
Kockázatvállalás	1,07 (1,01 – 1,14)*	1,05 (0,97 – 1,14)	1,03 (0,96 – 1,10)
Empátia	1,01 (0,93 – 1,10)	0,96 (0,86 – 1,08)	0,98 (0,91 – 1,07)
Énhatékonyság	1,00 (0,92 – 1,09)	0,92 (0,82 – 1,03)	0,92 (0,85 – 1,00)

Bináris logisztikus regresszió. OR = Esélyhányados 95%

CI = 95%-os Konfidencia intervallum.

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

8.3.3 Serdülők flow- és antiflow-élményei

Az utolsó alfejezetben a *H10, H11* és a *H12* hipotézisek bizonyításához szükséges eredmények kerülnek megvitatásra. Ennél a témakörnél a serdülők mozgásos élményeinek a megismerésére voltunk kíváncsiak, valamint ezek differenciálásának lehetőségére a különböző tagozatú diákok esetén. Továbbá arra is kerestük a kérdést, hogy melyek azok a személyiségjegyek, amelyek segíthetnek a gyakoribb flow-élmény állapotába juttatni a serdülőket. Az eredményeket a következő tanulmányunk alapján ismertetjük: *Flow- és antiflow-élmények az Eysenck-féle személyiségdimenziók tükrében sportoló serdülők és kontrollcsoport körében.* (*Pinczés* és *Pikó,* 2014a).

8.3.3.1 Statisztikai eljárások

A statisztikai elemzést ennél a vizsgálatnál is leíró statisztikával kezdjük, melyet kétmintás t-próbával egészítettünk ki a flow- és antiflow-élmények nem és tagozat szerinti eltérések feltárásakor, valamint az Eysenck személyiségdimenzióinak tagozati különbségekor. Ezen módszerek vizsgálatán túl korrelációelemzést használtuk a flow- és antiflow-élmények és a személyiségjegyek közötti szorosság és irány vizsgálatánál. A többváltozós regresszióelemzés során értékeltük a flow- és az antiflow-élmények, valamint a személyiségdimenziók közötti összefüggéseket. Az így kapott adatok feldolgozásához az SPSS 16.0 szoftvert használtuk.

8.3.3.2 Eredmények

A **25. táblázat**ban láthatjuk a flow-, és az antiflow-élmények leíró statisztikáját a mintán és a különböző tagozatokon nemekre lebontva. Mind a mintában, mind pedig a tagozatok esetén szignifikáns különbséget csak a flow-élmény esetén kaptunk, mégpedig a fiúk javára. Az antiflow-élmények esetén egyik almintán sem kaptunk szignifikáns eltérést a nemek között.

25. táblázat: *A flow- és antiflow-élmények leíró statisztikája nemek között a mintán és a két különböző osztálytípusnál*

	Flow	Szorongás	Unalom	Apátia
Nem (Átlag, szórás)				
Fiú	4,15 (0,698)	2,01 (0,623)	1,76 (0,613)	2,19 (0,777)
Lány	3,85 (0,753)	1,94 (0,554)	1,74 (0,541)	2,15 (0,764)
t-próba	p<0,01**	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Sport (Átlag, szórás)				
Fiú	4,28 (0,584)	2,12 (0,597)	1,75 (0,624)	2,19 (0,734)
Lány	3,97 (0,728)	2,05 (0,601)	1,80 (0,574)	2,12 (0,738)
t-próba	p=0,01**	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Általános (Átlag, szórás)				
Fiú	3,98 (0,791)	1,88 (0,631)	1,78 (0,602)	2,19 (0,832)
Lány	3,73 (0,762)	1,83 (0,486)	1,68 (0,504)	2,17 (0,792)
t-próba	p<0,05*	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Megjegyzés: Kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben
**p<0,001; *p<0,05

A **26. táblázat**ban mutatjuk be a kibővített személyiségdimenziók és a flow-, antiflow-élmények leíró statisztikáját. Külön elemeztük a teljes mintát, és a két tagozatot, ahol a t-érték a tagozatok közötti eltérést mutatja. A minta eredményei ugyanakkor csak viszonyítási alapot szolgáltatnak. Az Eysenck-féle személyiségtípusok közül csak az extraverzió esetén kaptunk szignifikáns különbséget (p<0,001) a sporttagozatosok javára. A többi típus (neuroticizmus, pszichoticizmus, szociális konformitás) esetén nincs jelentős különbség (p>0,05). Azonban a kiegészített személyiségdimenziók közül csak két típusnál kaptunk szignifikáns különbséget, amely szintén a sporttagozatosok esetén volt detektálható. Egyik az impulzivitás (p<0,05), a másik pedig a kockázatvállalás (p<0,001). Az optimális élmény eredményei alapján csak a flow (p<0,001**)** és a szorongás (p<0,001) skálán szignifikáns a különbség a sporttagozatosok javára, míg a másik két skálánál (unalom és apátia) nincs számottevő eltérés a két alminta között.

26. táblázat. *Eysenck személyiségdimenzióinak és a flow-, antiflow-élmények leíró statisztikája*

Skála	Minta Átlag (szórás)	Sporttagozat Átlag (szórás)	Általános tagozat Átlag (szórás)	t-érték (szignifikancia)
E_skála	17,08 (3,57)	17,83 (3,07)	16,27 (3,87)	4,548 (p<0,001)**
N_skála	10,60 (4,28)	10,86 (4,73)	10,30 (4,93)	1,177 (p>0,05)
P_skála	6,96 (1,71)	6,96 (1,82)	6,96 (1,59)	-0,006 (p>0,05)
L_skála	8,08 (3,86)	8,39 (3,87)	7,75 (3,84)	1,672 (p>0,05)
Impulzivitás	12,32 (4,60)	12,82 (4,59)	11,78 (4,53)	2,294 (p<0,05)*
Kockázatvállalás	16,11 (5,04)	17,37 (4,34)	14,78 (5,38)	5,271 (p<0,001)**
Empátia	15,45 (4,50)	15,10 (4,2)	15,83 (4,78)	-1,608 (p> 0,05)
Flow	4,02 (0,74)	4,15 (0,66)	3,86 (0,78)	3,944 (p<0,001)**
Szorongás	1,98 (0,60)	2,09 (0,60)	1,86 (0,56)	3,998 (p<0,001)**
Unalom	1,75 (0,60)	1,77 (0,60)	1,73 (0,56)	0,603 (p> 0,05)
Apátia	2,17 (0,77)	2,16 (0,73)	2,18 (0,81)	-0,190 (p>0,05)

Megjegyzés: Kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben **p<0,001; *p<0,05 E=Extraverzió, N=Neuroticizmus, P=Pszichoticizmus, L=Szociális konformitás

A **27. táblázat**ban jelenítettük meg a flow- és az antiflow-élmények, valamint a személyiségdimenziók közötti korrelációs együtthatók értékeit tagozatonkénti bontásban. Sporttagozaton a *flow* állapot negatívan korrelál az összes antiflow-élménnyel, ahogy a személyiségjegyek közül a neuroticizmussal ($p<0,01$) és az impulzivitással ($p<0,01$). A szociális konformitással (L-skála) ($p<0,01$) ugyanakkor szignifikánsan pozitívan. Míg az extraverzió és a kockázatvállalás személyiségjegyek a sporttagozatos tanulóknál nem, addig az általános tagozaton szignifikánsan korrelálnak a flow-val ($p <0,01$). Ez annak köszönhető, hogy a sportolók inkább érzelmi stabilitásuk és meggondolt cselekvésük által kerülnek áramlatélménybe, míg az általános tagozaton tanulók körében inkább jellemző a kockázatvállalás. Sporttagozaton mind a három *antiflow-élménnyel* (unalom, szorongás, apátia) pozitív kapcsolatban van a neuroticizmus ($p<0,01$) és az impulzivitás ($p<0,01$), viszont negatív a kapcsolata szociális konformitással ($p<0,05$). Általános tagozaton pedig az unalom és az apátia csak a neuroticizmussal ($p<0,01$) áll pozitív kapcsolatban. A *pszichoticizmus* skála a szorongással ($p<0,01$) és az apátiával ($p<0,05$), míg a kockázatvállalás ($p<0,05$) csak a szorongással korrelál negatívan. Megnéztük a személyiségjegyek egymással való kapcsolatát is. *Sporttagozaton* az extraverzió a kockázatvállalással áll szoros kapcsolatban ($p<0,01$). Az impulzivitás a neuroticizmussal ($p<0,01$) pozitívan, míg a szociális konformitással ($p<0,01$) negatívan függ össze. Ugyanez az eredmény az általános tagozatosok esetében is, csak a neuroticizmus helyett a pszichoticizmussal ($p<0,01$) összefüggésben. A *szociális konformitás* (hazugságskála) mind a két tagozat esetén csak az empátiával korrelál pozitívan, a többi dimenzió esetén negatívan, vagyis minél empatikusabb egy személy, annál nagyobb a társadalmi igényeknek való megfelelés igénye, mely jó eséllyel eredményez optimális élményt.

27. táblázat. *Flow/antiflow- élmények és a személyiségdimenziók közötti korreláció a tagozat alapján*

	Flow	Szorongás	Unalom	Apátia	E_skála	N_skála	P_skála	L_skála	Impulzivitás	Kockázatvállalás	Empátia
Flow	-	-0,30**	-0,48**	-0,48**	0,29**	-0,14	0,10	0,02	0,03	0,25**	-0,05
Szorongás	-0,24**	-	0,62**	0,52**	-0,06	0,14	0,05	-0,05	0,06	-0,12	0,03
Unalom	-0,41**	0,48**	-	0,70**	-0,09	0,17*	0,03	-0,13	0,11	-0,08	-0,05
Apátia	-0,44**	0,53**	0,71**	-	-0,11	0,16*	-0,06	-0,11	0,04	-0,13	-0,05
E_skála	0,06	-0,05	0,03	-0,04	-	0,04	0,23**	-0,20**	0,34**	0,66**	0,03
N_skála	-0,21**	0,32**	0,19**	0,23**	-0,17**	-	0,21**	-0,15*	0,46**	0,08	0,28**
P_skála	-0,02	0, 26**	0,11	0,15*	0,05	0,20**	-	-0,26**	0,21**	0,15*	-0,13
L_skála	0,27**	-0,21**	-0,17*	-0,14*	-0,16*	-0,30**	-0,25**	-	-0,52**	-0,21**	0,26**
Impulzivitás	-0,23**	0,36**	0,23**	0,24**	0,24**	0,45**	0,35**	-0,52**	-	0,38**	0,10
Kockázatvállalás	0,05	-0,16*	-0,01	-0,08	0,61**	-0,10	0,13	-0,22**	0,29**	-	-0,05
Empátia	-0,01	-0,04	-0,10	-0,04	0,01	0,25**	-0,01	0,14*	0,07	0,06	-

Korrelációs együttható. *p<0,05 **p<0,01

Az átló felett az általános tagozatosok, az átló alatt a sporttagozatosok eredményei látható

28. táblázatban mutatjuk be a regresszióelemzés eredményeit a teljes mintán és tagozatonkénti bontásban. Az *extraverzió* ($p<0,05$) csak a flow-élményt befolyásolja, azt is az általános tagozatos osztályban. A *neuroticizmus* a sporttagozatosok körében kevésbé meghatározó, inkább csak szorongás esetén figyelhető meg, viszont az általános tagozaton jellemzően befolyásolja a flow- és antiflow-élményeket. A pszichoticizmus és az impulzivitás a szorongás, míg a szociális konformitás a flow kialakulásában játszik szerepet sporttagozaton. A szorongásélmény és az apátia megjelenésénél a kockázatvállalás jelentősnek tűnik, mind a két tagozat esetén. Az *empátia* csak az unalom ($p<0,01$) esetén mutatkozik az egész mintán, és az összefüggés negatív.

28. táblázat. *A flowt és antiflowt befolyásoló személyiségjegyek (többváltozós lineáris regresszióelemzés a teljes mintán és tagozatonként)*

Flow	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
E_skála	,18*	,09	,20*
N_skála	-,13*	-,10	-,22*
P_skála	,06	,07	,09
Szociális konformitás	,21***	,29**	,12
Impulzivitás	-,01	-,08	,040
Kockázatvállalás	,12	,05	,11
Empátia	-,08	-,09	-,02
Konstans	3,03***	3,63***	2,76***
R^2	0,13***	0,14***	0,13**
Szorongás	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
E_skála	,06	,04	,06
N_skála	,17**	,15	,15
P_skála	,09*	,18**	,01
Szociális konformitás	,06	,03	-,02
Impulzivitás	,23***	,31***	,05
Kockázatvállalás	-,21**	-,29***	-,21*
Empátia	-,09	-,09	-,03
Konstans	1,47***	1,67***	1,81***
R^2	0,13***	0,26***	0,05
Unalom	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
E_skála	-,01	,06	-,08
N_skála	,16**	,12	,23*
P_skála	,001	,05	-,07
Szociális konformitás	-,06	-,08	-,06
Impulzivitás	,11	,14	,02
Kockázatvállalás	-,07	-,09	-,07
Empátia	-,12*	-,11	-,13
Konstans	1,84***	1,56***	2,15***
R^2	0,07***	0,10*	0,08
Apátia	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
E_skála	,004	,02	,02
N_skála	,18**	,14	,25**
P_skála	-,01	,08	-,13
Szociális konformitás	-,06	-,03	-,12
Impulzivitás	,10	,196	-,03
Kockázatvállalás	-,17*	-,15	-,18
Empátia	-,09	-,06	-,12
Konstans	2,42***	1,83***	3,13***
R^2	0,09***	0,12**	0,10*

Megjegyzés: E=Extraverzió, N=Neuroticizmus, P=Pszichoticizmus

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

8.3.4 Részösszefoglaló

A serdülők egészségmagatartásának megismerését és az azt kialakító külső tényezők szerepének fontosságát követően, ebben a fejezetben a belső összetevők vizsgálatára fókuszáltunk.

Elsőként (*H7*) a serdülők körében előforduló depresszió tünetegyüttes, az agresszió különböző formái (fizikai, verbális, pszichikai), valamint az impulzivitás és más személyiségjegyek (kockázatvállalás, empátia, énhatékonyság) között kerestünk összefüggéseket. Az átlagokat vizsgálva a lányok depresszív tünetei magasabb pontszámot értek el, ahogyan az empátia-szintjük is. Az agresszió tekintetében csak a fizikai agresszió tekintetében mutatkozik különbség a fiúk javára, ahogy az énhatékonyság esetén is. A fiúk énhatékonysága a verbális és a fizikai agresszióval pozitív módon korrelált, a lányok esetében viszont a pszichikai agresszióval negatív módon, ami arra utalhat, hogy a harag az énhatékonyság alacsonyabb szintjével jár együtt. Az énhatékonyság ezeken felül mind a két nem esetén negatív összefüggést mutat a depresszióval, amely mellett szintén negatív a kapcsolat az empátia és a fizikai agresszió között. Bár az elemzés fajtája miatt ok-okozati kapcsolat nem igazolható, arra gondolhatunk, hogy az empátia alacsony szintje hajlamosíthat fizikai agresszióra. A kockázatvállalás nemcsak az impulzivitással, hanem az agressziókálákkal is pozitívan korrelált, a fiúk esetében a depresszióval negatív a kapcsolat. Korábbi kutatási eredmények alapján (*Vigil-Colet* és *Codorniu-Raga,* 2004; *Nagtegaal* és *Rassin*, 2004) a saját mintánkban is kétoldalú kapcsolat igazolható az impulzivitás személyiségjegy és az agresszív késztetések között, a depresszió és az impulzivitás között azonban csak a lányok esetében (*Paaver, Kurrikoft, Nordquist, Oreland* és *Harro*, 2008), ráadásul míg a depresszió a lányoknál mindegyik agressziófórmával pozitív irányú összefüggést mutat, addig a fiúk esetében csak a pszichikai agresszióval korrelált. A többváltozós elemzés kiértékelésénél arra következtethetünk, hogy a depressziós tünetegyüttes és az agressziófórmákat befolyásoló személyiségjegyek közül mind a két nem esetén az impulzivitás rizikófaktornak tekinthető. Annak a serdülőnek, aki depressziós tünetekkel jellemezhető, nagyobb mértékű a hajlama az impulzivitásra (*Mobini, Pearce, Grant, Mills* és *Yeomans,* 2006; *Dvorak, Lamis* és *Malone*, 2013). A lányok esetén ezt még tovább erősíti az empátia, ez nagyobb depresszió-pontszámmal jár együtt. Az énhatékonyság és a kockázatvállalás ugyanakkor kevésbé jellemző a depresszióra hajlamos serdülőkre. Az impulzivitás nemre való tekintet nélkül rizikófaktorként igazolható valamennyi agressziófórmára vonatkozóan, míg a

kockázatvállalás nem játszott szerepet ebben. Az empátia hiánya leginkább a fizikai agresszióval összefüggésben mutatkozott meg mind a fiúknál (pszichikai agresszióval is), mind a lányoknál (verbális agresszió).

A serdülők ezen személyiségjegyeinek összefüggéseire irányuló vizsgálatot nemcsak az agreszivitással és a depressziós tünetekkel végeztük el, hanem további vizsgálatokat készítettünk az egészségmagatartási változók bevonásával. Az elemzés a tagozati különbségekre és azon belül a nemi különbségekre is kitért. Korábbi hazai vizsgálatokkal (*Lukács,* 2006, *Schaub* és *Szabó,* 2007) ellentétben, a mintában szereplő sporttagozatos hallgatók magasabb impulzivitás és kockázatvállalás pontértéket értek el (*H9*), amit viszont nemzetközi eredmények támasztanak alá (*Gundersheim,* 1987, *Schrot,* 1995). Az impulzivitás és a kockázatvállalás tekintetében nem volt markáns eltérés a két nem között, pedig a nemzetközi szakirodalmak erre engedtek következtetni: a fiúkra főként jellemző a kockázatvállalás, míg az impulzivitás kevésbé (*Eysenck* és *Eysenck,* 1980, *Eysenck, Pearson, Easting* és *Allsopp,* 1985). A szerfogyasztói változókra az impulzivitásnak volt a legnagyobb esélynövelő hatása (logisztikus regresszióelemzés), míg a lányok esetén a kockázatvállalás is esélynövelő hatású a dohányzással kapcsolatban (*H8*). Itt azonban fontos megjegyezni, hogy nem kockázatvállalásról van szó elsősorban, hanem inkább élménykeresésről és érzelmi megerősítésről. Az énhatékonyság, mint személyiségjegy, kapcsolatba hozható a fokozottabb kockázatvállalással (a lányok körében az empátiával is). Bár a sportolók körében a kockázatvállalás és az impulzivitás is jellemző volt, mégsem mutattak nagyobb fokú énhatékonyságot náluk. Azonban ki kell emelnünk, hogy az énhatékonyság az alkoholfogyasztás esetében esélycsökkentőnek, azaz védőfaktornak bizonyult. Ez az eredmény ellentmond bizonyos vizsgálatok eredményeinek (*Pikó,* 2002; *Urbán* és *Varga,* 2003), ahol a dohányzók és alkoholfogyasztók körében mértek nagyobb énhatékonyság-pontszámokat, melynek hátterében a használt szer önbizalom-növelő hatása is lehet.

Az eddig vizsgált személyiségjegyeket kibővítettük (extraverzió, neuroticizmus, pszichoticizmus és szociális konformitás), valamint belevontuk a flow-és antiflow-élmények megjelenésének vizsgálatát és összefüggését mozgásos tevékenység során. A nemek vizsgálata esetén (*H11*) a fiúk élnek át gyakoribb áramlatélményt, míg az antiflow-élmények esetén nincs szignifikáns különbség. A személyiségdimenziók elemzésekor arra következtethetünk, hogy a sporttagozatos serdülők (akik versenyszerűen sportolnak) az általános tagozatos társaikkal szemben nyitottabbak, szociábilisebbek, jobban kedvelik a kockázatot, impulzívabbak, valamint extrovertáltabbak is, melyet egyes tanulmányok

alátámasztanak (pl. *Kirkcaldy,* 1982b), míg más kutatások nem (pl. *Schaub* és *Szabó,* 2007). A sporttagozatos diákok mozgás során gyakrabban élnek át flow-élményt, ugyanakkor a szorongás élménye is jellemzőbb rájuk (*H10*). Hátterében a nagyobb teljesítménykényszer állhat, mely a szorongással párosulhat és akár a teljesítményre is kihathat (*Boris* és *Jan Gruhn*, 1996). Az áramlatélmények regresszióelemzésénél a sporttagozatosokra inkább jellemzőbb a társadalom elvárásai iránti elkötelezettség, mely a flow gyakoribb megjelenésével jár együtt. Egyes empirikus vizsgálatok szerint (*Boris* és *Jan Gruhn*, 1996) sportolók és nem sportolók között nincs különbség a neuroticizmust illetően, azonban vannak olyan tanulmányok, melyek szerint a sportolónak alacsonyabb az értéke, mint a nem sportolónak (pl. *Kirkcaldy,* 1982b). A flow-élmény kialakulásában azonban központi szerepet kap ez a személyiségdimenzió (érzelmi stabilitás-labilitás), ugyanis minél labilisabb érzelmileg a serdülő (magas neuroticizmus), annál kisebb az esélye a flow-élmény megtapasztalásának. Az érzelmi stabilitás (alacsony neuroticizmus) kiemelt szerepét több nemzetközi felmérés eredménye is alátámasztja (*Ullén* és *mtsai,* 2012; *Mosing* és *mtsai*, 2012). Bár általános tagozaton alacsonyabb az extroverzió, de amennyiben megjelenik, nagyobb a flow-élmény kialakulásának lehetősége, míg az érzelmi labilitás (magas neuroticizmus) az antiflow-élmények (unalom, apátia) kialakulását serkenti. Sporttagozaton a magas neuroticizmus mellett, az impulzivitás is befolyásolja az antiflow-élmények kialakulását. De a pszichoticizmus is fontos lehet az apátia és a szorongás kialakulásában. A szorongással még a kockázatvállalás is negatív összefüggésben áll, amely nemcsak a sporttagozatosokra, hanem az általános tagozatos diákokra is jellemző. Az antiflow-élmények megjelenésének hátterében az impulzivitás állhat, ugyanis a neuroticizmus mellett a pszichoticizmussal is összefügg, ami antiflow-élmények kialakulását eredményezheti. Mindemellett az impulzivitás a kockázatvállalással pozitív kapcsolatban áll, amely szintén serkentheti az antiflow-élmények létrejöttét. Fontos figyelembe venni azt is, hogy az impulzivitás és a kockázatvállalás gyakran egyszerre van jelen, ugyanis ezek a személyiségjegyek szorosan összefüggnek, hiszen mindkettő hajlamosít a változatosság és az izgalmak keresésére (*Adams, Kaiser, Lynam, Charnigo* és *Milich*, 2012). A kockázatvállalás és az extroverzió között még szorosabb a kapcsolat (*Batta*, 2002), melyet saját eredményünk is igazol. E három személyiségtényezőre kiemelten figyelni kell, ugyanis jelenlétük szükséges a flow kialakulásához, de domináns szerepük antiflow-élmény kialakulásához vezethet (*H12*). Szintén az impulzivitáshoz kapcsolható a társadalmi igényeknek való megfelelés (szociális konformitás), ugyanis kettőjük kapcsolata szignifikánsan negatív mind a két tagozat esetén, így minél

impulzívabb valaki, annál kevésbé felel meg a társadalmi elvárásoknak, pedig a szociális konformitás gyakoribb flow-élményt eredményez. Viszont pozitívan korrelál az empátiával mind a két tagozaton, de markánsabbnak mutatkozik ez a kapcsolat az általános tagozaton, ez közvetetten szerepet játszik a flow-élmény kialakulásában.

8.4 Új lehetőség a serdülők copingmechanizmusai hatékonyságának növelése érdekében

Az utolsó alfejezetben tárgyaljuk a *H13* és *H14* hipotézisekkel kapcsolatos eredményeket. Vizsgálatunk a serdülők copingmechanizmusainak megismerésére és azok áramlatélményekkel való kapcsolatára koncentrálódott. Az eredményeket a *Serdülők megküzdési módjai a flow- és antiflow-élmények vonatkozásában* (*Pinczés* és *Pikó,* 2014b) című tanulmány alapján ismertetjük.

8.4.1 Statisztikai eljárások

Az adatok feldolgozásához az SPSS 16.0 szoftvert használtuk. A szignifikanciaszint általunk elfogadott maximális értéke 0,05 volt. Chronbach-alfa értéket számoltunk a megküzdési skálák esetén, melyet kétmintás t-próbás elemzéssel vizsgáltunk a flow- és antiflow-élménnyekkel a mintán a tagozati és nemi bontásban. Az eddigi elemzésekhez hasonlóan itt is alkalmaztunk korrelációelemzést a változók szorosságának és azok irányának a meghatározásakor. A regresszióelemzés során értékeltük a flow- és az antiflow-élmények, valamint a megküzdési módok közötti összefüggéseket, melyeket évfolyamonként a teljes mintán és a tagozat viszonylatában ANOVA elemzéssel vizsgáltuk tovább.

8.4.2 Eredmények

A **29. táblázat**ban láthatjuk *Oláh* (2005) által kidolgozott Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív skáláinak az átlag, szórás és a homogenitás Chronbach-alfa értékeit, összehasonlítva a mintánkkal kapott eredményekkel. Az átlag- és a szórásértékek a mintánknál minden esetben magasabbak, mely annak tulajdonítható, hogy *Oláh* a 80 itemes kérdőív elemzése során kapta ezeket az eredményeket, mi pedig már a validált, rövidített, 51 kérdést tartalmazó kérdőívvel dolgoztunk. Ami a Chronbach-alfa értékeket illeti, ahogy *Oláh* mintája esetén is, úgy a mi mintánknál is kijelenthetjük, hogy minden skála Chronbach-alfa értéke megfelel a pszichometriai követelményeknek. Saját mintán a legmarkánsabb skálának a megbízhatósági mutatók alapján a támaszkeresés (0,80) és az emóciókiürítés (0,77) bizonyult.

29. táblázat. Oláh *standard eredményeinek az összehasonlítása a minta eredményeivel*

Megküzdési skálák	**Átlag**		**Szórás**		**Chronbach-alfa**	
	Oláh	Minta	*Oláh*	Minta	*Oláh*	Minta
Problémacentrikus reagálás	*2,77*	2,99	*0,38*	0,43	*0,71*	0,65
Támaszkeresés	*2,49*	2,77	*0,59*	0,59	*0,75*	0,80
Feszültségkontroll	*2,50*	2,55	*0,28*	0,58	*0,62*	0,64
Figyelemelterelés	*2,37*	2,94	*0,36*	0,47	*0,66*	0,64
Emóciófókusz	*2,16*	2,64	*0,34*	0,43	*0,50*	0,47
Emóció kiürítés	*2,08*	2,17	*0,48*	0,62	*0,75*	0,77
Önbüntetés	*2,31*	2,36	*0,55*	0,61	*0,66*	0,69
Belenyugvás	*2,08*	2,35	*0,53*	0,61	*0,60*	0,56

A **30. táblázat**ban látható a megküzdési módok és a flow-, antiflow-élmények leíró statisztikája tagozati bontásban. Külön vizsgáltuk a teljes mintán, a sporttagozaton és az általános tagozaton. A t-érték a tagozatok közötti eltérést mutatja, a minta eredményei csak viszonyítási alapot szolgáltatnak. A *problémafókuszú stratégiai* dimenziók (1, 3) közül csak egy esetben (feszültségkontroll) kaptunk szignifikáns különbséget ($p<0,05$) a sporttagozatosok javára. Az *emóciófókuszú stratégiai* dimenziók közül – amelyek a *feszültség megmunkálását* előtérbe helyező skálákat tömöríti (4, 5, 7, 8) – csak a belenyugvás-skálánál kaptunk szignifikáns különbséget ($p<0,05$), szintén a sporttagozatosok javára. A másik emóciófókuszú faktornál, amely a *feszültség kiürítésére* irányuló skálákat tartalmazza (2, 6), csak az emóciókiürítés-skálánál kaptunk egy igen markáns szignifikáns különbséget ($p<0,001$) a sporttagozatosok javára. A többi alskála esetén nem kaptunk szignifikáns különbséget ($p>0,05$), azonban figyelemre méltó, hogy a problémacentrikus reagálás skála kivételével minden esetben a sporttagozatosok értek el magasabb értékeket. Az optimális élmény vizsgálatánál pedig a flow ($p<0,001$) és a szorongás ($p<0,001$) skálán kaptunk szignifikáns különbséget a sporttagozatosok javára, míg az unalom és apátia értékei között nincs szignifikáns eltérés.

30. táblázat. *Megküzdési módok és a flow-, antiflow-élmények leíró statisztikája a mintán és a tagozaton*

Skála	Minta Átlag (szórás)	Sporttagozat Átlag (szórás)	Általános tagozat Átlag (szórás)	t-érték szig.
1. Problémacentrikus reagálás	2,99 (0,43)	2,97 (0,40)	3,01 (0,46)	-0,996 p>0,05
2. Támaszkeresés	2,77 (0,59)	2,78 (0,54)	2,75 (0,63)	0,411 p>0,05
3. Feszültségkontroll	2,94 (0,47)	2,98 (0,44)	2,88 (0,50)	1,968 p<0,05*
4. Figyelemelterelés	2,69 (0,53)	2,72 (0,49)	2,66 (0,55)	1,077 p>0,05
5. Emóciófókusz	2,64 (0,43)	2,67 (0,42)	2,60 (0,43)	1,659 p>0,05
6. Emóció kiürítés	2,17 (0,62)	2,30 (0,60)	2,01 (0,60)	4,635 p<0,001**
7. Önbüntetés	2,36 (0,61)	2,40 (0,59)	2,31 (0,62)	1,454 p>0,05
8. Belenyugvás	2,35 (0,61)	2,40 (0,59)	2,28 (0,62)	1,996 p< 0,05*
Flow	4,02 (0,74)	4,15 (0,66)	3,86 (0,78)	3,944 p<0,001**
Szorongás	1,98 (0,60)	2,09 (0,60)	1,86 (0,56)	3,998 p<0,001**
Unalom	1,75 (0,60)	1,77 (0,60)	1,73 (0,56)	0,603 p>0,05
Apátia	2,17 (0,77)	2,16 (0,73)	2,18 (0,81)	-0,190 p>0,05

Megjegyzés: Kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben **p<0,001; *p<0,05

A **31. táblázat**ban szintén a megküzdési módok és a flow-, antiflow-élmények leíró statisztikáját láthatjuk, csak már nemenkénti bontásban. A *problémafókuszú stratégiai* dimenziók (1, 3) közül a problémacentrikus reagálás esetén kaptunk szignifikáns különbséget (p<0,01) a lányok javára. A *feszültség megmunkálását* (Emóciófókuszú stratégia I.) előtérbe helyező skálák (4, 5, 7, 8) közül a figyelemelterelés (p<0,001) és az emóciófókusz (p<0,01) copingstratégiáknál kaptunk szignifikáns különbséget, szintén a lányok javára. A *feszültség kiürítésére* (Emóciófókuszú stratégia II.) irányuló skálák (2, 6) közül csak az emóciókiürítés (p<0,05) esetén kaptunk szignifikáns különbséget, de itt már a fiúk javára. A többi alskála esetében nem kaptunk szignifikáns különbséget (p>0,05), azonban a belenyugvás-skála kivételével minden skálánál a lányok értek el magasabb értékeket. Az optimális élmény esetén csak a flow (p<0,001) skálán kaptunk szignifikáns különbséget a fiúk javára, míg a szorongás, az unalom és az apátia értékei között nincs szignifikáns eltérés.

31. táblázat. *Megküzdési módok és a flow-, antiflow-élmények leíró statisztikája nemek tekintetében*

Skála	Fiú Átlag (szórás)	Lány Átlag (szórás)	t-érték szignifikancia
1. Problémacentrikus reagálás	2,93 (0,42)	3,06 (0,43)	-2,930 (**p<0,01)******
2. Támaszkeresés	2,68 (0,55)	2,87 (0,60)	-3,246 (**p<0,01)******
3. Feszültségkontroll	2,92 (0,45)	2,94 (0,49)	-0,300 (p>0,05)
4. Figyelemelterelés	2,60 (0,50)	2,80 (0,53)	-3,772 (**p<0,001)*******
5. Emóciófókusz	2,58 (0,43)	2,70 (0,42)	-2,841 (**p<0,01)******
6. Emóció kiürítés	2,23 (0,62)	2,08 (0,60)	2,411 (**p<0,05)***
7. Önbüntetés	2,31 (0,60)	2,41 (0,62)	-1,714 (p>0,05)
8. Belenyugvás	2,40 (0,57)	2,29 (0,64)	1,763 (p>0,05)
Flow	4,15 (0,69)	3,85 (0,75)	4,053 (**p<0,001)******
Szorongás	2,01 (0,62)	1,94 (0,55)	1,246 (p>0,05)
Unalom	1,76 (0,61)	1,74 (0,54)	0,390 (p>0,05)
Apátia	2,19 (0,77)	2,15 (0,76)	0,549 (p>0,05)

Megjegyzés: Kétmintás t-próbával szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben
***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

A **32. táblázat**ban a copingstratégiák és a flow- és antiflow-élmények közötti kétoldalú kapcsolatokat jelző korrelációs együtthatók értékeit láthatjuk tagozatonkénti bontásban. Sporttagozatos tanulóknál a *flow-élmény* a problémafókuszú stratégiát alkotó skálákkal (1,3) ($p<0,01$) korrelál szignifikánsan pozitívan, míg az emóciókiürítés copingstratégiával ($p<0,01$) negatívan, ahogyan az antiflow-élményekkel ($p<0,01$) is. Általános tagozaton szintén ugyanazokkal a skálákkal ($p<0,01$) korrelál szignifikánsan pozitívan, ugyanakkor negatívan a figyelemelterelés ($p<0,05$) és a belenyugvás ($p < 0,05$) skálával. Figyelemreméltó, hogy míg sporttagozaton a *szorongás* esetén csak az emóciókiürítés ($p<0,05$) és az önbüntetés ($p<0,01$) skálával korrelál szignifikánsan pozitívan, addig általános tagozaton ezeken a skálákon túl a támaszkeresés ($p<0,01$), a figyelemelterelés ($p<0,01$), az emóciófókusz ($p<0,01$) és a belenyugvás ($p<0,05$) skálákkal is, valamint a problémacentrikus reagálás esetén ($p<0,05$) pedig szignifikánsan negatívan. *Unalom* esetén, sporttagozaton szintén az emóciókiürítés ($p<0,01$), míg általános tagozaton a belenyugvás ($p<0,01$) skála korrelál szignifikánsan pozitívan, melyhez mind a két tagozat esetén a figyelemelterelés skála is társul. *Apátia* esetén is jellemző a két tagozatra a figyelemelterelés skála pozitív korrelációja, amihez sporttagozaton az emóciókiürítés ($p<0,01$) és az önbüntetés ($p<0,01$) copingstratégiák, míg általános tagozaton az emóciófókusz ($p<0,05$) és a belenyugvás ($p<0,01$) skálák társulnak. A flow-élmény mind a két tagozaton ($p<0,01$) negatívan korrelál a három antiflow- (unalom, szorongás, apátia) élménnyel.

32. táblázat. *Flow- és antiflow-élmények és a megküzdési módok közötti korrelációs mátrix eredményei a tagozat alapján*

	Prob.	Támasz	Feszültség	Figyelem	Emócióf.	Emóciók.	Önbünt.	Beleny.	Flow	Szorongás	Unalom	Apátia
Problémacentrikus reagálás	**-**	**0,39****	**0,60****	0,14	**0,35****	**-0,15***	0,04	0,01	**0,22****	**-0,17***	-0,14	-0,09
Támaszkeresés	**0,39****	**-**	**0,25****	**0,23****	**0,37****	0,13	**0,18***	0,12	0,09	**0,21****	-0,05	-0,01
Feszültségkontroll	**0,52****	**0,30****	**-**	0,07	**0,30****	0,11	**-0,16***	0,05	**0,28****	-0,04	-0,08	-0,04
Figyelemelterelés	**0,30****	**0,43****	**0,25****	**-**	**0,55****	0,10	**0,41****	**0,40****	**-0,19***	**0,26****	**0,23****	**0,31****
Emóciófókusz	**0,35****	**0,45****	**0,24****	**0,62****	**-**	**0,24****	**0,32****	**0,21****	-0,06	**0,21****	0,08	**0,17***
Emóció kiürítés	0,09	**0,22****	-0,01	**0,27****	**0,30****	**-**	**0,27****	**0,23****	-0,01	**0,23****	0,08	0,07
Önbüntetés	**0,17***	**0,20****	-0,04	**0,24****	**0,17***	**0,36****	**-**	**0,29****	-0,12	**0,26****	0,13	0,14
Belenyugvás	0,06	**0,15***	0,03	**0,28****	**0,24****	0,10	**0,15***	**-**	**-0,16***	**0,16***	**0,18***	**0,28****
Flow	**0,25****	0,08	**0,31****	-0,03	0,07	**-0,20****	-0,09	0,03	**-**	**-0,30****	**-0,48****	**-0,48****
Szorongás	0,01	0,09	-0,13	0,08	0,06	**0,44****	**0,20****	0,04	**-0,24****	**-**	**0,62****	**0,52****
Unalom	-0,07	0,05	-0,04	**0,15***	0,09	**0,30****	0,10	0,01	**-0,41****	**0,48****	**-**	**0,70****
Apátia	-0,05	0,09	-0,02	**0,15***	0,12	**0,43****	**0,19****	0,09	**-0,44****	**0,53****	**0,71****	**-**

Korrelációs együttható. *p<0,05 **p<0,01

Az átló felett az általános tagozatosok, az átló alatt a sporttagozatosok eredményei láthatóak

A **33. táblázat**ban mutatjuk be a regresszióelemzés eredményeit a teljes mintán és tagozatonkénti bontásban. A nyolc skála közül összesen hat skála esetén kaptunk értelmezhető eredményt. A *problémafókuszú stratégiák* közül a problémacentrikus reagálás sporttagozaton, míg a feszültségkontroll-stratégia általános tagozaton serkenti a flow-élmény kialakulását. Az *egyes számú emóciófókuszú stratégiák* (feszültség megmunkálása) közül sporttagozaton egy sem tapasztalható, általános tagozaton a figyelemeltereléses copingstratégia az, amely az antiflow-élmények közül az apátia (ahogy a belenyugvás is) és az unalomélmény kialakulását serkenti, míg a szorongás kialakulását hátráltatja. A *kettes számú emóciófókuszú stratégiák* (feszültségkiürítés) közül az emóciókiürítéses copingstratégia csak sporttagozaton mérhető, ahol serkentőleg hat az összes antiflow-élmény kialakulására, a flow-élmény megjelenését ugyanakkor nehezíti. Általános tagozaton pedig a támaszkeresési stratégia az, amely a szorongás kialakulását segíti, ugyanakkor az unalom élményének a kialakulását hátráltatja.

33. táblázat. *A flowt és antiflowt befolyásoló megküzdési módok többváltozós lineáris regresszióelemzése a teljes mintán és tagozatonként*

Flow	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
Problémacentrikus reagálás	,13	,26**	,10
Támaszkeresés	,02	,01	,05
Feszültségkontroll	,22***	,14	,23*
Figyelemelterelés	-,17*	-,15	-,14
Emóciófókusz	,03	,10	-,09
Emóció kiürítés	-,04	-,22**	,05
Önbüntetés	-,02	-,03	,001
Belenyugvás	,01	,11	-,14
Konstans	2,87***	2,70***	3,31***
R^2	0,13***	0,19***	0,14**
Szorongás	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
Problémacentrikus reagálás	-,14*	,04	-,39***
Támaszkeresés	,11	,03	,23**
Feszültségkontroll	-,03	-,12	,09
Figyelemelterelés	,13	,02	-,21*
Emóciófókusz	-,01	-,07	,07
Emóció kiürítés	,27***	,40***	,04
Önbüntetés	,12*	,08	,13
Belenyugvás	-,03	-,05	,02
Konstans	1,25***	1,54***	1,24***
R^2	0,18***	0,19***	0,25***
Unalom	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
Problémacentrikus reagálás	-,11	-,10	-,18
Támaszkeresés	-,06	-,02	-,08*
Feszültségkontroll	-,001	,01	,06
Figyelemelterelés	,19*	,08	,22*
Emóciófókusz	-,03	-,01	-,01
Emóció kiürítés	,17**	,31***	-,03
Önbüntetés	,03	,02	,01
Belenyugvás	,01	-,06	,11
Konstans	1,46***	1,35**	1,60***
R^2	0,08***	0,12**	0,11*
Apátia	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
Problémacentrikus reagálás	-,08	-,13	-,12
Támaszkeresés	-,06	-,01	-,09
Feszültségkontroll	,001	,10	0,001
Figyelemelterelés	,19**	,03	,26**
Emóciófókusz	,007	-,19	,08
Emóció kiürítés	,15*	,39***	-,04
Önbüntetés	,05	,07	-,02
Belenyugvás	,07	-,005	,18*
Konstans	1,22***	1,06*	1,26*
R^2	0,10***	0,18***	0,16***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001 Standardizált regressziós koefficiens.

A **34. táblázat**ban mutatjuk be az ANOVA elemzés évfolyamonkénti eredményeit a teljes mintán és tagozatonkénti bontásban. A *problémafókusz faktor*t alkotó két megküzdési stílus (problémacentrikus reagálás és feszültségkontroll) esetén elmondhatjuk mind a teljes mintára, mind pedig a tagozatokra, hogy bár nincs szignifikáns különbség az évfolyamok között, de az első év után csökkennek az eredmények, melyek a negyedik évre visszatérnek a kiinduló szintre, vagy túl is szárnyalják azt. Az *egyes számú emóciófókuszú stratégiák* közül, a figyelemelterelés copingstratégiánál szignifikáns eltérést tapasztalunk az évfolyamok között a teljes mintán és az általános tagozaton, míg az önbüntetés megküzdési stílus vizsgálatánál a teljes mintán és a sporttagozaton. A *kettes számú emóciófókuszú stratégiák* közül az emóciókiürítés az általános tagozat esetén kaptunk szignifikáns különbséget, míg a támaszkeresésnél a sporttagozaton. A flow-élmény csak az általános tagozaton mutat szignifikáns különbséget az évfolyamok között, ahogy az antiflow-élmények közül az unalom és apátia.

34. táblázat. *Flow- és antiflow-élmények és a megküzdési módok ANOVA elemzése évfolyamonként a teljes mintán és tagozatonként*

Problémacentrikus reagálás (Átlag, szórás)	Teljes minta	Sporttagozat	Általános tagozat
Első	20,94 (3,207)	20,66 (2,980)	21,20 (3,413)
Második	20,84 (3,119)	20,35 (3,074)	21,33 (3,117)
Harmadik	20,86 (2,954)	21,17 (2,622)	20,43 (3,335)
Negyedik	21,37 (2,544)	21,04 (2,289)	21,69 (2,782)
ANOVA	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Támaszkeresés (Átlag, szórás)			
Első	21,61 (5,002)	21,37 (4,559)	21,85 (5,443)
Második	21,95 (4,705)	21,44 (4,705)	22,44 (4,697)
Harmadik	22,06 (4,446)	22,83 (3,632)	21,00 (5,237)
Negyedik	23,67 (4,385)	23,97 (4,516)	23,36 (4,305)
ANOVA	p>0,05	**p<0,05***	p>0,05
Feszültségkontroll (Átlag, szórás)			
Első	17,71 (2,948)	18,33 (2,854)	17,16 (2,945)
Második	17,56 (2,692)	17,33 (2,474)	17,81 (2,917)
Harmadik	17,34 (2,948)	17,97 (2,507)	16,44 (3,307)
Negyedik	18,05 (2,704)	18,00 (2,842)	18,11 (2,615)
ANOVA	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Figyelemelterelés (Átlag, szórás)			
Első	16,27 (3,199)	16,15 (3,382)	16,38 (3,030)
Második	15,35 (3,526)	15,68 (2,898)	14,98 (4,093)
Harmadik	16,81 (2,853)	16,81 (2,867)	16,81 (2,864)
Negyedik	16,35 (2,598)	16,93 (2,448)	15,74 (2,654)
ANOVA	**p<0,01****	p>0,05	**p<0,05***

Emóciófókusz (Átlag, szórás)			
Első	18,40 (3,244)	18,73 (3,249)	18,09 (3,239)
Második	18,01 (3,092)	18,30 (2,976)	17,72 (3,206)
Harmadik	18,69 (2,863)	18,69 (2,965)	18,70 (2,750)
Negyedik	19,07 (2,627)	19,65 (2,279)	18,54 (2,848)
ANOVA	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Emóciókiürítés (Átlag, szórás)			
Első	14,68 (4,407)	15,79 (4,365)	13,62 (4,219)
Második	15,54 (4,150)	16,23 (4,032)	14,79 (4,184)
Harmadik	15,29 (4,385)	15,52 (4,382)	15,00 (4,418)
Negyedik	15,25 (4,518)	18,11 (3,577)	12,50 (3,533)
ANOVA	p>0,05	p>0,05	**p<0,05***
Önbüntetés (Átlag, szórás)			
Első	11,69 (2,966)	11,44 (3,118)	11,93 (2,814)
Második	11,19 (3,049)	11,52 (2,670)	10,85 (3,389)
Harmadik	12,26 (3,077)	12,35 (3,044)	12,13 (3,152)
Negyedik	12,26 (3,071)	13,30 (2,920)	11,19 (2,899)
ANOVA	**p<0,05***	**p<0,05***	p>0,05
Belenyugvás (Átlag, szórás)			
Első	9,31 (2,397)	9,54 (2,453)	9,09 (2,345)
Második	9,11 (2,866)	9,30 (2,635)	8,90 (3,108)
Harmadik	9,78 (2,163)	10,02 (2,211)	9,46 (2,073)
Negyedik	9,40(2,095)	9,62 (2,025)	9,14 (2,178)
ANOVA	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Megjegyzés: ANOVA elemzéssel szignifikánsnak bizonyult a *-gal jelölt esetekben
**p<0,01; *p<0,05

8.4.2 Részösszefoglaló

Serdülőkorban számos külső tényezőtől kell megvédenie magát a gyermeknek annak érdekében, hogy megvédje belső egyensúlyát. A hatékonyabb védekezés érdekében megnéztük a serdülők megküzdési módjait, mellette kitértünk a mozgásos tevékenység következtében kialakult élmények befolyásoló szerepére, és figyeltünk az esetleges alminták különbözőségére is.

Az általános tagozatos hallgatók kevésbé alkalmazzák a feszültségkontroll adaptív copingstratégiát, ahogy a maladaptív stratégiák közül a belenyugvást és az emóció kiürítést sem a sporttagozatos diákokkal szemben. Ugyan kevés tanulmány tűzi ki célul a sport és a megküzdés kapcsolatának feltárását (*Gaudreau* és *Blondin,* 2004), de az eddigi kutatási eredmények alapján kijelenthetjük, hogy a sportolókra jellemzőbb az adaptív copingstratégiák használata. Az empirikus vizsgálatok (*Oláh,* 2005; *Hampel,* 2007; *Muna, Said, Hussain, Ali* és *Abdulqawi*, 2013) arra hívják fel a figyelmet, hogy a fiúk az adaptív, problémacentrikus megküzdési módokat preferálják, míg a lányok az érzelmi központú maladaptív

copingstratégiákat. A mi mintánk viszont csak részben támasztja alá ezeket a szakirodalmi eredményeket, ugyanis amíg a fiúknál inkább az emóciókiürítés, azaz emóciófókuszú megküzdés jellemző, addig lányoknál az emóciófókuszú (figyelemelterelés, emóciófókusz, támaszkeresés) stratégiák mellett megmutatkozik a problémacentrikus copingstratégia is. Más, korábbi vizsgálatok is igazolták, hogy a lányok és a fiúk kevésbé térnek el a problémafókuszú és érzelemorientált copingmódszerek alkalmazásában, mint azt korábban hittük (*Frydenberg* és *Lewis*, 1991; *Pikó*, 2001). A különböző copingstratégiák és az áramlatélmény összefüggésének vizsgálati eredménye szerint sporttagozaton a problémacentrikus megküzdési mód jellemző, ami a flow-élmény gyakoribb megjelenésével jár együtt (*Oláh,* 2005), míg általános tagozaton ez a copingstílus a szorongásélmény kialakulását hátráltatja. Sporttagozaton az emóciókiürítés skála negatívan befolyásolja a flow-élmény kialakulását. Általános tagozaton a flow-élmény kialakulására serkentőleg hat a feszültségkontroll elnevezésű stratégia, ugyanakkor az emóciófókuszú skálák (figyelemelterelés, támaszkeresés, belenyugvás) közül több is az antiflow-élmények megjelenését serkenti, míg a figyelemeltereléses coping a szorongás érzését, a támaszkereséses coping pedig az unalom kialakulását hátráltatja. *Oláh* (2005) szerint szorongás és apátia esetén igen fontos a támaszigény (erre utalhat a szorongás és a támaszkeresés közötti pozitív kapcsolat), a saját mintánk esetén csak a szorongásnál tapasztaltuk, azt is csak általános tagozaton.

9. ÖSSZEGZÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

9.1 Az eredmények összefoglalása, értelmezése

Az emberiség egészségével kapcsolatos empirikus vizsgálatok eredményei rámutatnak arra, hogy a különböző országokban élő emberek egészségi állapotában nagy különbségek találhatóak. Sajnálatos módon a hazánkban élő emberek egészségüket tekintve a rangsor végén találhatóak, mind a születéskor várható élettartamot, mind pedig az elmúlt 50 évben bekövetkezett egészségállapot-javulást tekintve. A helyzet további romlásának megakadályozása érdekében prioritást élvez egy olyan összehangolt intézkedési terv elkészítése, melyben a társadalom összes szektora részt vesz. Így kiemelten fontos a politikai döntéshozók, az egészségügyi szolgáltatók, és az önkormányzatok határozott fellépése, de nélkülözhetetlen szerep hárul a nem kormányzati szervek és a média együttes fellépésére is. Az intézkedések hatékonyságát tovább növelhetjük, ha abban az életszakaszban történik a tudatos cselekvés, amikor az ezekkel kapcsolatos attitűdök a leginkább „befolyásolhatóak". Ezeket figyelembe véve kutatásunk a serdülőkor tanulmányozására koncentrálódott és igyekeztünk átfogó képet kapni a serdülők jelenlegi egészségi állapotáról. Törekedtünk azon területek megismerésére is, melyek instruálják a serdülők és a pozitív egészségmagatartási attitűdök egymásra találását.

A serdülők egészségmagatartás-vizsgálata során a különböző szerfogyasztási (dohányzás és alkoholfogyasztás) szokások mellett az egészség önértékelését és a depressziós tünetegyüttes jelenlétét elemeztük, és kitértünk annak esetleges nemi és tagozat szerinti különbségére is. Eredményeink összhangban vannak azokkal a vizsgálatokkal, amelyek megállapították, hogy a serdülők egyre korábban ismerkednek meg a különböző egészségkárosító szerekkel, és ennek következtében azok gyakoribb fogyasztása is predesztinálható. Azonban csak részben igazolódott be az, hogy a nemek között nincs különbség a szerfogyasztás tekintetében, ugyanis a sporttagozatos almintánkon különbség tapasztalható a dohányzás kipróbálása és az alkoholfogyasztás gyakorisága esetén, ami a lányokra jellemzőbb. Ennek ismeretében nem meglepő, hogy a fiúk az egészségüket jobbnak ítélik meg, mint a lányok, annak ellenére, hogy szignifikáns eltérést csak a sporttagozaton találtunk. Míg a hazai szakirodalom alapján a serdülők egészségi állapotának minősítésében nincs eltérés, addig a nemzetközi szakirodalom arra a megállapításra jutott, hogy a fiúk egészségesebbnek tartják magukat a lányoknál. Szintén egybecsengenek eredményeink azokkal a vizsgálatokkal, melyek a lányok nagyobb depresszióra való hajlamát erősítik meg,

sőt a mintánkból az is kiderül, hogy ez a sportolás hatására a lányok esetén fokozódhat. Összességében tehát a sport kettős szerepet tölthet be az egészségmagatartás területén. A sport negatív befolyását az egészségre a nagyobb stressz aktiválhatja, így nagy figyelmet kell szentelni erre, különösképpen a lányok esetén.

Az egészségmagatartási szokások kialakításában jelentősen nagyobb szerepet tölt be a család és a közvetlen környezet, mint a kortárscsoport és a pedagógusok (tanár, edző). Eredményeink megerősítik a korábbi kutatási eredményeket, melyek alapján a család motivációs ereje igen komoly befolyásoló tényező a serdülők sportolási szokásainak kialakításában, különösen az apák szerepe kiemelkedő, de az anyák is jelentős szerepet vállalnak. A legfontosabb mozgatórugó a korábbi sportolói múlt, mely inkább az apákra jellemző, így nem meglepő az az eredmény sem, hogy több fiú sportol, mint lány. Azonban a közös sporttevékenységek a családoknál markánsabbnak mutatkoztak az eddigi kutatási eredményekhez képest, ami szintén egy igen erőteljes motivációs bázist jelenthet, és megjelenése bizakodásra adhat okot. Ez talán annak köszönhető, hogy lassan Magyarországon is egyre több emberhez eljutt a mozgás és a sport pozitív szerepe az egészségmagatartás kialakításában. Kutatásunk arra is ráirányította a figyelmet, hogy a kortárscsoport és azon belül is a legjobb barátok jellegzetesen meghatározzák a sportolási motivációt, de sajnos a szerfogyasztási szokások alakulását is. Így nemcsak a sport mutat kettősséget, hanem a barátokra jellemző attitűd is. Vizsgálatunkban külön kitértünk a pedagógusok és az edzők nevelési attitűdjeire és azok szerepére az egészségmagatartási szokásoknál. Eredményeink szintén párhuzamba állíthatóak a korábbi kutatási eredményekkel, miszerint az igazságosság megítélése az iskolában és a világban fontos tényező a szocializáció folyamatában, ami így közvetve hatást gyakorol a serdülők egészségmagatartási szokásaira. Korábbi vizsgálatok két különböző nevelési attitűdöt különítettek el, azonban a mi vizsgálatunkban egy harmadik nevelési attitűd is körvonalazódott. A tanárok közreműködése ebben a folyamatban megkérdőjelezhetetlen, ugyanis eredményeink alapján kijelenthetjük, hogy azokra a serdülőkre, akik a tanárok viselkedését igazságosnak ítélik meg, kevésbé jellemző a káros szerfogyasztás, ahogy nem jellemző rájuk az agresszivitás sem, viszont énhatékonyságuk nagyobb. A tanárok mellett az edzőkre is fontos szerep hárul, ugyanis eredményeink azt mutatják, hogy a folyamatos kontroll, szabályok betartatása (tekintélyelvű, szabálykövetést elváró nevelési attitűd) kisebb szerfogyasztással párosul. Vizsgálatunkban kitértünk az egyéni és a csapatsportágat űzők egészségmagatartási szokásainak megismerésére is, amely azonban nem felel meg a többi empirikus vizsgálat eredményének. Míg a mintánk esetében az egyéni sportolók jelezték a különböző szerek gyakoribb használatát, mindamellett, hogy

egészségesebbnek ítélik magukat, addig egy másik kutatás (*Mikulán* és *Pikó,* 2012) az ellenkezőjére hívja fel a figyelmet. A háttérben az a nagyon fontos tényező mutatkozik meg, hogy vizsgálatunkat egy egyesületben végeztük, ez egységes nevelési szisztémát feltételez, míg a másik vizsgálat mintavétele több egyesületből történt. De az eredményekből egyértelműen látszik, hogy a sportágak specifikussága nemcsak a játék- és szabályrendszerben mutatkozik meg, hanem az egyének egészségmagatartásában is. Továbbá ebben a vizsgálatban is megmutatkozik a sportoló lányok szerfogyasztási szokásainak jellegzetessége, ahogy azt már korábban jeleztük.

A külső tényezők fontossága mellett az is bizonyítást nyert, hogy a serdülők belső világa is fontos szerepet tölt be az egészségmagatartási szokások kialakításában. Az empátia, amely leginkább a lányokra jellemző, növeli a depresszióra való hajlamot, ez megegyezik a korábbi kutatások eredményeivel, míg annak hiánya a fizikai agresszióval hozható összefüggésbe. Megállapítást nyert az is, hogy az impulzivitás mint személyiségfaktor, igen határozottan befolyásolja a serdülők agresszivitását, ami nemcsak a mintában, hanem a nemek között is megmutatkozott. Az agresszivitás mellett a szerfogyasztás esetén is bizonyított esélynövelő hatása az eredményeink alapján. A korábbi kutatási eredményeknek megfelelően az impulzivitás egy másik személyiségjeggyel, a kockázatvállalással igen szoros kapcsolatban van. Ennek ellenére a kockázatvállalás nem befolyásolja az agresszivitást, ellenben a lányoknál növeli a dohányzás esélyét. Eredményeink igazolják, hogy az énhatékonyság személyiségfaktor az alkoholfogyasztásra védőfaktorként gyakorol hatást, melyet más empirikus eredménnyel nem hozhatunk párhuzamba. Serdülők esetén hatványozottan jellemzőek ezek a jelenségek, ezért a nevelés folyamatában sort kellene keríteni a hatékony agressziókezelés és az önkontroll alapjainak elsajátítására, ehhez pedig a pedagógusok ismeretanyagának bővítésére lenne szükség az impulzivitás, agresszió és a depresszió területén. A pontosabb megismerés érdekében további személyiségjegyeket vontunk be az elemzésbe. Így kutatásunk arra is ráirányította a figyelmet, hogy különbség mutatkozik a sporttagozatos és az általános tagozatos diákok személyisége között. Eredményeink részben összhangban vannak korábbi kutatási eredményekkel, részben ellentmondanak azoknak, ugyanis a mintánkban a fiúk nagyobb impulzivitásról és kockázatvállalásról számoltak be, mint a lányok, míg a nemzetközi eredmények főként a kockázatvállalás terén igazolták a fiúk fölényét, az impulzivitás terén kevésbé. Azt azonban kijelenthetjük, hogy akik sportolnak, nyitottabbak, szociábilisebbek és extrovertáltabbak, ugyanakkor jellemzőbb rájuk az impulzivitás és a kockázatvállalás is. Nemcsak személyiségben mutatkozik különbség a két tagozat között, hanem az áramlatélmény gyakorisága esetén is. Eredményeink megerősítik

azokat a korábbi kutatási eredményeket, melyek szerint a személyiségdimenzióknak meghatározó szerepük van a flow- és antiflow-élmények létrejöttében. Eredményeink megegyeznek azokkal a nemzetközi kutatási eredményekkel is, melyek szerint (sporttagozaton) a flow-élmény kialakulásában központi személyiségdimenzió a szociális konformitásjegy és az alacsony neuroticizmus, valamint az alacsony extroverzió (általános tagozat). Ezen személyiségjegyek mellett, fontos áramlatélmény-beindító faktorként azonosítjuk az empátia személyiségdimenziót. Az antiflow-élmények (unalom, szorongás, apátia) kialakításában ismételten az impulzivitás személyiségjegy játszik központi szerepet, de a magas neuroticizmus, pszichoticizmus és kockázatvállalás személyiségjegyek is serkentőleg hatnak ezen élmények megjelenésére. A sporttagozatos diákok esetében gyakoribb ugyan a flow-élmény kialakulása, de mellette a szorongás, mint antiflow-élmény megjelenése is gyakoribb, így velük kapcsolatban nagyobb odafigyelés szükséges.

Az eddig bemutatott eredményekből láthatjuk, hogy a serdülők egészségmagatartási szokásaira külső és belső tényezők egyaránt markáns befolyást gyakorolnak. A serdülőkorra jellemző labilitás és az annak következtében esetleg kialakuló egészségkárosító magatartás csökkentése érdekében fontos tényező a különböző megküzdési módok hatékony alkalmazása. Vizsgálatunk éppen ezért külön kitért ezen mechanizmusok azonosítására és azok befolyásolhatóságára a mozgásos élmények során. Megállapítást nyert, hogy a sporttagozatosokra az adaptív copingstratégiák alkalmazása (feszültségkontroll) jellemző, míg a maladaptív stratégiák közül a belenyugvás és az emóciókiürítés, azaz kevert copingmechanizmusokat alkalmaznak, míg az általános tagozatosokra az emóciófókuszú megküzdési stratégiák a jellemzőbbek. A nemek közötti különbségek eredményei csak részben hozhatók összefüggésbe a korábbi vizsgálati eredményekkel, ugyanis nincs éles szakadék a fiúk és a lányok probléma- vagy éppen érzelemfókuszú problémamegoldása között, sőt egyre inkább a kevert módszer jellemző rájuk. A különböző áramlatélmények kialakulásában megmutatkoznak a megküzdési stratégiák használatai is. A problémacentrikus mechanizmusok mindkét tagozat esetén pozitív hatást gyakorolnak, hiszen sporttagozaton a flow-élményt serkentik, míg általános tagozaton az antiflow-élmények közül a szorongás kialakulását késleltetik. Ugyanakkor az emóciófókuszú megküzdés típusai közül több is az antiflow-élmények kialakulását eredményezi, de ezek közül is a figyelemelterelés (szorongás) és a támaszkeresés (unalom) egyes antiflow-élmények kialakulását gátolhatják.

9.2 Az empirikus vizsgálat jelentősége, korlátai és további kutatási feladatok

Kutatási eredményeink alapján igazoltnak látszik, hogy hazánk lakosságának egészségi állapota sajnos nemcsak a felnőtt korosztályban elszomorító, hanem ennek jelei már serdülőkorban megmutatkoznak. Ennek következtében nem predesztinálható javulás, és amennyiben most nem változtatunk a létező helyzeten, akkor a közeljövőben sem tudunk. Ennek érdekében kutatásunk azokra a területekre koncentrált, amelyek hatásos és egyben hatékony szerepet tölthetnek be a változás terén. Eredményeink tehát elsősorban a serdülők, gyermekek nevelésével napi szinten foglalkozó személyeknek nyújthatnak hasznos információkat. Legyen a nevelési módszer tudatos vagy ad hoc jellegű, fontos a szereplők figyelmét ráirányítani azokra a területekre, amelyekkel hatékony segítséget kaphatnak a minőségi nevelés folyamatában. Ehhez szolgáltathatna segítséget a *kormány részéről,* ha a pedagógus képzés ismeretanyagát felülvizsgálná, és a nem releváns ismeretanyagokat eltávolítaná, helyette pedig a XXI. században szükséges kompetenciákkal kibővítené. Továbbá segítséget nyújthatna egy-egy fontos témakör feldolgozása a továbbképzések keretein belül. *Intézményi szinten* a pedagógiai programok egészségmagatartásra vonatkozó részének a kibővítésére, illetve egyes elemeinek a megreformálására lenne szükség. Míg a *pedagógus részéről* (szakmai igénnyesség) az óratervezésnél törekedjen a minél gyakoribb élményszerzés átélésére a gyerekeknél, valamint a különböző problémamegoldó stratégiákat a tananyagba igyekezzen beilleszteni. Az empirikus vizsgálat jelentőségét abban látjuk, hogy egy átfogó képet nyújtunk a serdülők egészségmagatartási szokásairól és azokat befolyásoló (külső, belső) tényezőkről. Sőt próbálkozást tettünk egy innovatív elmélet (áramlatélmény/flow) kézzelfogható szerepének bemutatására, melynek alkalmazására kapacitáljuk a gyerekekkel foglalkozókat. Az eredmények megerősítik több empirikus kutatás eredményét, azonban a tagozatspecifikus vizsgálat rámutat arra, hogy a sportnak valóban számos pozitív szerepe mellett megmutatkozik a negatív oldala is. Valamint ki kell emelnünk két személyiségdimenziót (empátia, impulzivitás), melyek a vizsgálat során következetesen megjelennek, és számos vizsgált változóval negatív összefüggést tapasztaltunk.

Eredményeink hangsúlyossá tételéhez szükség lenne az elemszám további növelésére, valamint az életkor kiszélesítése esetén lehetőség adódna az egész serdülőkor spektrumát lefedni, így mélyebb és pontosabb következtetéseket levonni az amúgy is érdekes és egyben rejtélyes serdülőkorról. De érdemes lenne kiterjeszteni az egyetemisták körébe is, egyfajta

longitudinális vizsgálat keretén belül, azt vizsgálva, hogy a serdülőkorban kapott attitűdök milyen százalékban mutathatók ki a későbbi életkorban.

KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Elsőként köszönetemet szeretném kifejezni *Dr. Pikó Bettina* témavezetőmnek, aki szakmai segítségével, és a közös munkánk során tapasztalat folyamatos támogatásának, türelmének köszönhetően mérhetetlenül hozzájárult a disszertációm megírásában.

Köszönet illeti az SZTE BTK Neveléstudományi Doktori Iskola összes oktatóját és vezetőjét, Csapó Benőt, akik tanulmányaim alatt önzetlen segítségükről tettek tanúbizonyságot.

Köszönet illeti a felmérésben résztvevő diákokat is, akik segítő hozzáállásukkal lehetővé tették a vizsgálat elvégzését.

És végül köszönöm barátnőm, édesanyám és a családom többi tagjának, valamint munkatársaimnak, hogy a tanulmányaim és a kutató munkám alatt nyugodt, biztos légkört nyújtottak nekem.

IRODALOMJEGYZÉK

Aare, L. M. (2007): Adolescent lifestyle. In: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J. és West, R. (szerk.): *Cambridge handbook of physiology, health and medicine.* Cambridge University Press, Cambridge.

Ábrahám Júlia (2010): *Rekreációs alapok*. OKJ-s tanfolyam jegyzet, Budapest.

Abuhamdeh, S. (2000): *The Autotelic Personality: An Exploratory Investigation*. Unpublished manuscript. University of Chicago.

Ács Pongrác, Boros Anita és Rétsági Erzsébet (2011): Gyorsjelentés a magyar társadalom életminőségét befolyásoló fizikai aktivitással kapcsolatos attitűdjéről. *Magyar Sporttudományi Füzetek, 1.*

Adams, Z.W., Kaiser, A.J., Lynam, D.R., Charnigo, R.J., és Milich, R. (2012): Drinking motives as mediators of the impulsivity - substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking. *Addictive Behaviors,* **37.** 7. sz. 848-855.

Adlai-Gail, W. (1994): *Exploring the Autotelic Personality*. Unpublished doctoral dissertation. University of Chicago.

Ahmad, K., Jafar, T. és Chaturvedi, N. (2005): Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC Public Health,* **5.** 1. sz. 51-57.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., és Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ajzen, I. (1991): The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Process,* **50.** 2. sz. 179-211.

Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D. és Valente, T. (2001): Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health,* **29.** 1. sz. 22-30.

Allport, G. W. (1998): *A személyiség alakulása.* Kairosz Kiadó, Budapest, 39.

Anson, O., Paran, E., Neumann, L. és Chernichovsky, D. (1993): Gender differences in health perception and their predictors. *Social Science and Medicine,* **36.** 4. sz. 419-427.

Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health.* Jossey-Bass, San Francisco.

Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mulloli, T., Ward, K. és Maziak, W. (2007): Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health,* **7.** 7. sz. 177-185.

Askénazi F. L., Sorci K., Benoit, M., Lestideau K., Myquel M. és Lecrubier Y. (2003): Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *Journal Affective Disorders,* **74.** 3. sz. 219-227.

Assor, A., Kaplan, H., Kanat-Maymon, Y. és Roth, G. (2005): Directly Controlling Teacher Behaviors as Predictors of Poor Motivation and Engagement in Girls and Boys: The Role of Anger and Anxiety. *Learning and Instruction,* **15.** 5. sz. 397-413.

Aszmann Anna (2003): *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.

Bagdy Emőke (1986): *Családi szocializáció és személyiségzavarok.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Baker, C.W., Little, T.D. és Brownell, K. D. (2003): Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency. *Health Psychology,* **22.** 2. sz. 189-198.

Bakker, A. B. (2005): Flow among music teachers and their students: The crossover of experiences. *Journal of Vocational Behavior,* **66.** 1. sz. 26-44.

Bakker, A.B., Oerlemans, W., Demerouti, E., Bruins Slot, B. és Karamat Ali, D. (2011): Flow and performance: a study among talented Dutch soccer players. *Psychology of Sport and Exercise,* **12.** 4. sz. 442-450.

Balázsiné Batta Klára (2002): A testnevelés népszerűségének vizsgálata. *Iskolai Testnevelés és Sport,* 11. sz. 12-13.

Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Plenum.

Batta Klára (2002): *A tornasport nevelő hatásának empirikus vizsgálata.* Doktori értekezés. Kézirat, Budapest.

Bègue, L. (2002): Beliefs in justice and faith in people: Just world, religiosity and interpersonal trust. *Personality and Individual Differences,* **32.** 3. sz. 375-382.

Bíróné Nagy Edit (1994): *A szelektív motoros stimulusok hatása a tanulók mozgásos aktivitására, az életstílus befolyásolására.* Kutatási zárójelentés. Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest.

Bodoni Ágnes és Kádár Annamária (2010): A flow élmény megélése, mint a pedagógiai siker alapfeltétele. *Erdélyi Pszichológiai Szemle,* **10.** 1. sz. 75-100.

Bognár József (2010): *Pedagógiai és sportágpedagógiai ismeretek.* OKJ-s tanfolyam jegyzet, Budapest, 68-75.

Bognár József, Tóth László és Baumgartner Eszter (2003): Gondolatok a tanulásról. *Iskolai Testnevelés és Sport,* 17. sz. 14-17.

Bollók Sándor, Vingender István, Sipos Kornél, Tóth László és Nagy Sándor (2009): Sportoló fiatalok drogfogyasztásának tendenciái a társadalmi változások tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **10.** 39-40. sz. 6-9.

Boris, E. és Jan Gruhn, A. (1996): Personality and endurance sports. *Personality and Individual Differences,* **21.** 2. sz. 223-229.

Boross Ottilila és Pléh Csaba (2004): Bevezetés a pszichológiába. *TAMOP 4.2.5 Book Database.*http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/2011_0001_520_bevezetes_a_pszichologiaba/ch07.html. (Letöltés ideje: 2015.08.18.)

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.** 5. sz. 929-947.

Bozionelos, G. és Bennett, P. (1999): The Theory of Planned Behaviour as predictor of exercise. *Journal of Health Psychology,* **4.** 4. sz. 517-529.

Brettner Zsuzsanna (2006): *A testi és lelki egészségfejlesztés lehetőségeiről az iskolában.* http://www.szocialismunka.hu/script/media.php?id=38.

Bruening, M., Eisenberg, M., MacLehose, R., Nanney, M. S., Story, M. és Neumark-Sztainer, D. (2012): Relationship between adolescents' and their friends' eating behaviors: breakfast, fruit, vegetable, whole-grain, and dairy intake. *Journal of the Academy of Nutrition and Diet,* **112.** 10. sz. 1608-1613.

Buchanan, C., Eccles, J. S., és Becker, J.B. (1992): Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin,* **111.** 1. sz. 62-107.

Buckworth J. (2000): Exercise determinants and interventions. *International Journal of Sport Psychology,* **31.** 2. sz. 305-320.

Buff, A., Reusser, K., Rakoczy, K. és Pauli, C. (2011): Activating Positive Affective Experiences in the Classroom: "Nice to have" or Something More? *Learning and Instruction,* **21.** 3. sz. 452-466.

Burke, V., Milligan, R. A. K., Beilin, L.J., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E. és Gracey, M.P.(1997): Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. *American Journal of Preventive Medicine,* **26.** 5. sz. 724-733.

Buss, A.H. és Perry, M. (1992): The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology,* **63.** 3. sz. 452-459.

Byrne, D. (1964): Repression-sensitization as a dimension of personality. In: Maher, B. A. (szerk.): *Progress in experimental personality research*. Vol. 1. New York, Academic Press, 169-219.

Caldwell, C.H., Wright, J.C., Zimmerman, M.A., Walsemann, K.M., Williams, D. és Isichei, P.A.C. (2004): Enhancing adolescent health behaviors through strengthening nonresident father-son relationships: a model for intervention with African-American families. *Health Education Research: Theory and Practise,* **19.** 6. sz. 644-656.

Campbell, A. és Muncer, S. (2009): Can 'risky' impulsivity explain sex differences in aggression? *Personality and Individual Differences,* **47.** 5. sz. 402-406

Campbell, P.G., MacAuley, D., McCrum, E. és Evans, A. (2001): Age differences in the motivating factors for exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology,* **23.** 3. sz. 191-199.

Carr, S. (2009): Adolescent-parent attachment characteristics and quality of youth sport friendship. *Psychology of Sport and Exercise,* **10.** 6. sz. 653-661.

Cavadini, C., Decarli, B., Grin, J., Narring, F. és Michaud, P. A. (2000): Food habits and sport activity during adolescence: differences between athletic and non-athletic teenagers in Switzerland. *European Journal of Clinical Nutrition,* **54.** 3. sz. S16–S20.

Centers for Disease Control and Prevention (1998): *CDC Surveillance Summaries,* MMWR: 49, (No. SS-5).

Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A. és Marmot M. (2007): Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *British Medical Journal,* 334. (7601) 990-993.

Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J. és Edwards, D.A. (1990): The natural history of cigarette smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology,* **9.** 6. sz. 701-716.

Collins, W.A. és Steinberg, L. (2006): Adolescent development in interpersonal context. Social, emotional, and personality development. In: Eisenberg, N., Damon, W. és Lerner, R. (szerk.): *Handbook of Child Psychology.* Wiley, New York. 1003-1067.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. 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.** 1. sz. 87-127.

Correia, I. és Dalbert, C. (2007): Belief in a just world, justice concerns, and well-being at Portuguese schools. *European Journal of Psychology of Education,* **22.** 4. sz. 421-437.

Correia, I., Vala, J. és Aguiar, O. (2007): Victim's innocence, social categorization, and the threat to the belief in a just world. *Journal of Experimental Social Psychology,* **43.** 1. sz. 31-38.

Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Wall, M., Perry, C. és Harnack, L. (2006): Adolescents involved in weight-related and power team sports have better eating patterns and nutrient intakes than non-sport-involved adolescents. *Journal of the American Dietetic Association,* **106.** 5. sz. 709-717.

Cupisti, A., D'Alessandro, C. és Castrogiovanni, S. (2002): Nutrition knowledge and dietary composition in Italian adolescent female athletes and non-athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism,* **12.** 2. sz. 207-219.

Currie, C. és Williams, J. M. (2000): Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image. *The Journal of Early Adolescence,* **20.** 2. sz. 129-149.

Cyders, M. A. és Coskunpinar, A. (2011): Depression, impulsivity and health-related disability: A moderated mediation analysis. *Journal of Research in Personality,* **45.** 6. sz. 679-692.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. és Shear, M.K. (2000): Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry,* **57.** 1. sz. 21-27.

Csapó Benő (2000): A tantárgyakkal kapcsolatos attitűdök összefüggései. *Magyar Pedagógia,* **100.** 3. sz. 343-366.

Csibi Sándor és Csibi Mónika (2013): Az önértékelés és a megküzdés szerepe a serdülők egészségvédő magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* **14.** 3. sz. 281-295.

Csíkszentmihályi Mihály (1975): *Beyond Boredom and Anxiety.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Csíkszentmihalyi Mihály (1990): *Flow: The Psychology of Optimal Experience.* Harper Perennial, New York.

Csíkszentmihályi Mihály (1997): *Flow. Az áramlat.* Akadémia Kiadó, Budapest.

Csíkszentmihályi Mihály (2010): *Tehetséges gyerekek; Flow az iskolában.* Nyitott Könyvműhely, Budapest.

Csíkszentmihályi Mihály (2011): *Életre hangolva.* Nyitott Könyvműhely, Budapest.

Csíkszentmihályi Mihály és Larson, M. W. (1984): *Being Adolescent.* Basic Books, New York.

Csíkszentmihályi Mihály, Abuhamde, S. és Nakamura, J. (2005): Flow. In: ELLIOT, A. (szerk.): *Handbook of Competence and Motivation.* The Guilford Press, New York. 598–698.

Csizmadia Péter és Várnai Dóra (2003): Dohányzás és alkoholfogyasztás. In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 49-60.

Dahl, R. E. (2004): Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 1021:1-22.

Dahlgren, G. és Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, Stockholm (Mimeo).

Dalbert, C. és Stoeber, J. (2006): The personal belief in a just world and domain-specific beliefs about justice at school and in the family: A longitudinal study with adolescents. *International Journal of Behavioral Development,* **30.** 3. sz. 200-207.

Dalbert, C. és Stöber, J. (2002): Strukturierung und Autonomieunterstützung durch die LehrerInnen. In: Stöber, J. (szerk): *Skalendokumentationen zum Projekt „Persönliche Ziele von SchülerInnen in Sachsen-Anhalt"* (Hallesche Berichte zur Pädagogischen Psychologie Nr. 3). Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Pädagogik, Halle (Saale).

Dániel Botond (2010): *A tanulás öröme, a lélek egészsége.* XIII. Erdélyi Tudományos Diákköri Konferencia, Kolozsvár.

Dávid Imre, Fülöp Márta, Pataky Nóra és Rudas János (2014): *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok.* Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, Budapest. 68-71.

Dávid Tamás (2012): Az egészségmegőrzés pszichológiája. In: Darvay, Sarolta (szerk.): *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlsztés témaköréből.* Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest. 106-124.

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.** 6. sz. 441-463.

Deardorff, J., Gonzales, N.A., Christopher, F.S., Roosa, M.W. és Millsap, R.E. (2005): Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. *Pediatrics,* **116.** 6. sz.1451-1456

Dékány Katalin, Balázs Máté Ádám és Pikó Bettina (2010): A lakóhely és a szülői védőfaktorok jelentősége a serdülőkori rizikómagatartások gyakoriságában. *Magyar Epidemiológia,* **7.** 2-3. sz. 95-110.

Deutsch Krisztina (2011): Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle,* **61.** 1-5. sz. 225-234.

Diderchsen, F., Evans, T. és Whitehead, M. (2001): The Social Basis of Disparities in Health. In: Evans, T., Whitehead, M., Diderchsen, F., Bhuiya, A. és Wirth, M. (szerk.): *Challenging inequities in health: from ethics to action.* Oxford University Press, New York.

Diehl, K., Thiel, A., Zipfel, S., Mayer, J., Litaker, D. G. és Schneider, S. (2012): How healthy is the behavior of young athletes? A systematic literature review and meta-analyses. *Journal of Sports Science and Medicine,* **11.** 2. sz. 201-220.

Dixon, R. S., Gill, J.M. és Adair, V.A. (2003): Exploring paternal influences on the dieting behaviors of adolescent girls. *Eating Disorders,* **11.** 1. sz. 39-50.

Donat, M., Umlauft, S., Dalbert, C. és Kamble, S. V. (2012): Belief in a just world, teacher justice, and bullying behavior. *Aggressive Behavior,* **38.** 3. sz. 185-193.

Donavan, J. L., Frankel, S. J. és Eyles, J. D. (1993): Assessing the need for health status measures. *Journal of Epidemiology Community Health,* **47.** 2. sz. 158-162.

Dorogi László (2012): *A fogyatékos személyek teljesítménysportja és annak hatása a sport különböző színtereire.* Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Nevelés- és Sporttudományi Doktori Iskola.

Dvorak, R. D., Lamis, D. A. és Malones, P.S. (2013): Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factor for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders,* **149.** 1-3. sz. 326-334.

Egészségi Világjelentés (2002): *A kockázatok csökkentése és az egészséges életmód propagálása*. Genf, Egészségügyi Világszervezet.

Eisenberg, M. E. és Neumark-Sztainer, D. (2010): Friends' Dieting and Disordered Eating Behaviors Among Adolescents Five Years Later: Findings From Project EAT. *Journal of Adolescent Health,* **47.** 1. sz. 67-73.

Eysenck, H. J., és Eysenck, M.W. (1985): *Personality and individual differences: A natural science approach.* New York: Plenum.

Eysenck, S. B. G. és Matolcsi Ágnes (1984): Az Eysenck-féle személyiség-kérdőív (EPQ) magyar változata: A magyar és az angol felnőttek összehasonlító vizsgálata. *Pszichológia,* **4.** 2. sz. 231-240.

Eysenck, S. B. G., G. Kálmánchey Márta és Kozéki Béla (1981): Magyar és angol iskoláskorú gyermekek összehasonlító vizsgálata: A Junior Eysenck Personality Questionnaire magyar változata. *Pszichológia,* **1.** 2. sz. 213-227.

Eysenck, S. B. G., Easting, G. és Pearson, P.R. (1984): Age Norms for Impulsiveness, Venturesomeness and Empathy in Children. *Pearsonality and Individual Differences,* **5.** 3. sz. 313-321.

Eysenck, S. B.G., és Eysenck, H.J. (1980): Impulsiveness and venturesomeness in children. Personality and Individual Differences, **1.** 1. sz. 73-78.

Eysenck, S. B.G., Pearson, P.R., Easting, G. és Allsopp, J.F. (1985): Age norms for impulsiveness venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences,* **6.** 5. sz. 613-619.

Fábián Gyöngyi (2011): Tükörtől tükörig: A pedagógus pályakép változásainak elmúlt negyven éve. *Iskolakultúra,* **21.** 12. sz. 10-22.

Farmer, M.M. és Ferraro, K. (1997): Distress and perceived health: mechanisms of health decline. *Journal of Health And Social Behavior,* **38.** 3. sz. 298-311.

Felton, G. M., Pate, R. R. és Parsons, M.A. (1998): Health risk behaviors in rural sixth graders. *Research in Nursing and Health,* **21.** 6. sz. 475-485.

Fields, L. és Prinz, R. J. (1997): Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review,* **17.** 8. sz. 937-976.

Fitzpatrick, K. M., Piko, B.F., Wright, D.R. és LaGory, M. (2005): Depressive symptomatology, exposure to violence, and role of social capital among African American adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry,* **75.** 2. sz. 262-274.

Fitzpatrick, R. (1984): Lay concepts of illness. In: Fitzpatrick, R., Hinton, J., Newman, S., Scambler, G. és Thompson, J.: *The Experience of Illness.* Tavistock, London.

Francis, L. J., Kelly, P. és Jones, S. H. (1998): The personality profile of female students who play hockey. *Irish Journal of Psychology,* **19.** 2-3. sz. 394-399.

Fredricks, J. A. és Eccles, J. S. (2006): Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? Concurrent and longitudinal relations. *Developmental Psychology,* **42.** 4. sz. 698-713.

Frenkl Róbert (1993): *Testkultúra- Mentálhigiéné- Megelőzés*. I. Országos Sporttudományos Kongresszus, Budapest. 43-46.

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. Advances is theory, research and practice.* Routledge, London and New York. 192-194.

Frydenberg, E. és Lewis, R. (1991): Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence,* **14.** 2. sz. 119-133.

Furnham, A. (2003): Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and Individual Differences,* **34.** 5. sz. 795-817.

Fülöp Márta (1998): Csíkszentmihályi Mihály: Flow – az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. *BUKSZ,* **10.** 2. sz. 211-214.

Garai Dóra (2005): *Az identitás alakulás fordulópontjai és a megküzdés sajátosságai veleszületetten és trauma következtében sérült mozgáskorlátozott személyek narratívumaiban.* Doktori értekezés. Debreceni Egyetem BTK.

Garmezy, N. és Rutter, M. (1983): *Stress, Coping, and Developmnet in Children.* McGraw-Hill, New York.

Gaudreau, P. és Blondin, J. P. (2004): The differential associations of dispositional optimism and pessimism with coping, goal attainment, and emotional adjustment during a sport competition. *International Journal of Stress Management,* **11.** 3. sz. 245–269

Giles-Corti, B. és Donovan, R.J. (2002): Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *International Journal of Preventive Medicine,* **35.** 6. sz. 601-611.

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.** 5. sz. 483-490.

Gilvarry, E. (2000): Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* **41.** 1. sz. 55-80.

Global Youth Tobacco Survey (GYTS): *Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés 2003.* Magyarország. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. www.oefi.hu/color/adat.htm - 60k

Goldberg, L. R. (1993): The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist,* **48.** 1. sz. 26-34.

Gorenstein, C., Andrade, L., Zanolo, E. és Artes, R. (2005): Expression of depressive symptoms in a nonclinical Brazilian adolescent sample. *Canadian Journal of Psychiatry,* **50.** 3. sz. 129-136.

Gorin, S. és Arnold, J. (1998): *Health promotion handbook.* St. Louis: Mosby, Inc.,

Gullo, M.J. és Dawe, S. (2008): Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as “all-bad”? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews,* **32.** 8. sz. 1507-1518.

Gundersheim, J. (1987): Sensation seeking in male and female athletes and nonathletes. *International Journal of Sport Psychology,* **18.** 2. sz. 87-99.

Halász László és Marton Magda (1978): *Típustanok és személyiségvonások.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Halmai Réka és Németh Ágnes (2010): Dohányzási szokások. In.: Németh Ágnes és Költő András (szerk.): *HBSC Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 35-46.

Halmai Réka és Németh Ágnes (2011): 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.

Hamar Pál (1998): A testnevelés tartalmi korszerűsítésének nemzetközi trendjei a közoktatásban. *Új Pedagógiai Szemle,* **48.** 4. sz. 48-56.

Hamar Pál (2001): A testnevelés kerettanterve, tantervi keretei. *Új Pedagógiai Szemle,* **51.** 6. sz. 48-56.

Hamar Pál (2005): A rendszeres testedzés helye és szerepe a serdülőkorú lányok életvitelében. *Új Pedagógiai Szemle,* **55.** 10. sz. 68-75.

Hamar Pál és Derzsy Béla (2002): Testnevelő tanári vélemények aktuális tantervelméleti kérdésekről. *Magyar Pedagógia,* **102.** 2. sz. 145-157.

Hamar Pál és Soós István (2004): A magyar közoktatás testnevelési óraszámai történeti és európai nézőpontból. *Új Pedagógiai Szemle,* **54.** 11. sz. 59-68.

Hamar Pál, Karsai István és Munkácsi István (2011): Az iskolai testnevelés kötődésvizsgálata 11-18 éves tanulók körében. *Iskolakultúra,* **21.** 8-9. sz. 114-119.

Hampel, P. (2007): Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence,* **30.** 5. sz. 885-890.

Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2008): Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: a pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia,* **108.** 1. sz. 71-92.

Hamvai Csaba, Simai Ágnes és Pikó Bettina (2008): Veszélyes iskola vagy veszélyes élet? Serdülők magatartási zavarai és konfliktusmegoldási technikái. *Educatio,* **17.** 3. sz. 387-396.

Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. és Angell, K.E. (1998): Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology,* **107.** 1. sz. 128-140.

Harsányi László (2000): *Edzéstudomány I.* Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs.

Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L. és Woynarowska, B. (2001): Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health,* **11.** 1. sz. 4-10.

Helman, C.G.(1997): *Kultúra, egészség és betegség.* Melania Könyvkiadó, Budapest.

Hildebrand, K. M., Johnson, D.J. és Bogle, K. (2001): Comparison of patterns of alcohol use between high school and college athletes and non-athletes. *College Student Journal,* **35.** 3. sz. 358-365.

Holt, N.L., Tamminen, K.A., Black, D.E., Sehn, Z.L. és Wall, M.P. (2008): Parental involvement in competitive youth sport settings. *Psychology of Sport and Exercise,* **9.** 5. sz. 663-685.

Hosseini, M., Maghami, M., Kelishadi, R., Motlagh, M., Khoshbin, S., Amirkhani, A., Heshmat, R., Taslimi, M., Ardalan, G. és Hosseini, S. (2013): First Report on Self-Rated Health in a Nationally-Representative Sample of Iranian Adolescents: The CASPIAN-III study. *International Journal of Preventive Medicine,* **4.** 2. sz.146-152.

Hutchinson, S. L., Baldwin, C. K. és Oh, S. (2006): Adolescent coping: Exploring adolescents' leisure-based responses to stress. *Leisure Sciences,* **28.** 2. sz. 115-131.

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

Ignarro, L.J., Balestrieri, M.L. és Napoli, C. (2007): Nutrition, physical activity and cardiovascular disease: An update. *Cardiovascular Research,***73.** 2. sz. 326-340.

Imre Nóra (2004): Öröm, unalom és szorongás a tanórákon. In: Nagy Mária, Hermann Zoltán, Imre Nóra és Schmidt Andrea: *OKI műhelytanulmányok 3.*, Országos Közoktatási Intézet, Budapest.

Insel, P. és Roth, W. (2007): *Core Concepts in Health. Brief Update.* McGraw-Hill Humanities, New York.

Israelashvili, M. (1997): Situational Determinants of School Students' Feelings of Injustice. *Elementary School Guidance and Counseling,* **31.** 4. sz. 283-292.

Jackson, S. A. (1995): Factors influencing the occurrence of flow state in elite athletes. *Journal of Applied Sport Psychology,* **7.** 2. sz. 138-166.

Jackson, S. A., Ford, S.K., Kimiecik, J.C. és Marsh, H.W. (1998): Psychological correlates of flow in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology,* 20. sz. 358-378.

Jackson, S. A., Thomas, P., Marsh, H.W. és Smethurst, C. (2001): Relationships between flow, self-concept, psychological skills, and performance. *Journal of Applied Sport Psychology,* **13.** 2. sz. 129-153.

Jákó Péter (1994): A magyar lakosság fizikai aktivitásának jelenlegi helyzete. *Sportorvosi Szemle,* **35.** 3. sz. 133-139.

Jámbori Szilvia (2007): *Hogyan tervezik a serdülők a jövőjüket?* SZEK Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.

Johnson, S. B., Blum, R. W. és Giedd, J.N. (2009): Adolescent Maturity and the Brain: The Promise and Pitfalls of Neuroscience Research in Adolescent Health Policy. *Journal of Adolescent Health,* **40.** 3. sz. 216-221.

Józan, P. és Forster, D.P.(1999): Social inequalities and health: ecological study of mortality in Budapest, 1980-3 and 1990-3. *British Medical Journal,* 318. 914-915.

Kádár Annamária és Somodi Hajnal (2012): Örömöt adó tevékenységek áramlatában. *Fordulópont,* **13.** 53. sz. 71-86.

Kálmánchey Márta és Kozéki Béla (1988): Az Eysenek-féle személyiség-kérdőív gyermekváltozatának hazai adaptációja (HEPQ). In: Mérei Ferenc és Takács Ferenc (szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek. 2. rész.* Tankönyvkiadó, Budapest, 282-301.

Kamble, S. V. és Dalbert, C. (2012): Belief in a just world and wellbeing in Indian schools. *International Journal of Psychology,* **47.** 4. sz. 269-278.

Kann, L. (2001): The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior,* **25.** 3. sz. 272-277.

Kaposvári Júlia (2007): *Az iskolai egészségnevelés és környezetnevelési programok meg-valósulása a 2004-2005-ös tanévben.* www.ogyei.hu/anyagok/iskolaegeszsegugyi felmeres.pdf (Letöltés ideje: 2014.12.12.)

Karczag Judit (1994): A Cattell-féle 16 faktoros személyiségteszt. In: Mérei Ferenc, Szakács Ferenc (szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 207-270.

Keegan, R. J., Harwood, C.G., Spray, C.M. és Lavallee, D.E. (2009): A qualitative investigation exploring the motivational climate in early career sports participants: Coach, parent and peer influences on sport motivation. *Psychology of Sport and Exercise,* **10.** 3. sz. 361-372.

Kelloniemi, H., Ek, E. és Laitinen, J. (2005): Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite,* **45.** 2. sz. 169-176.

Keresztes Noémi és Pikó Bettina (2005): Pszichoszociális egészségfaktorok összehasonlító epidemiológiai vizsgálata a Dél-alföldi ifjúság körében. *Magyar Epidemiológia,* **2.** 3. sz. 217-228.

Keresztes Noémi, Pluhár Zsuzsanna és Pikó Bettina (2003): A fizikai aktivitás gyakorisága és sportolási szokások általános iskolások körében. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **4.** 4. sz. 43-47.

Keresztes Noémi, Pluhár Zsuzsanna és Pikó Bettina (2005): Társas hatások a serdülők fizikai aktivitási magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* **6.** 1. sz. 35-51.

Keresztes Noémi, Pluhár Zsuzsanna, Vass Imre és Pikó Bettina (2005): Sportolási szokások, motivációs tényezők 10-15 éves szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében. *Egészségfejlesztés,* **46.** 1-2. sz. 11-18.

Keresztes, N., Pikó, B., Pluhar, Z. és Page, R.M. (2008): Social influences of leisure time sports activity among early adolescents. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health,* **128.** 1. sz. 21-25.

Kerr, J. H. és Mackenzie, S.H. (2012): Multiple motives for participating in adventure sports. *Psychology of Sport and Exercise,* **13.** 5. sz. 649-657.

Kiefer, S. M. és Ryan, A. M. (2011): Students' perceptions of characteristics associated with social success: Changes during early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology,* **32.** 4. sz. 218-226.

Kimm, S. Y.S., Glynn, N.W. és Kriska, A.M. (2000): Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Medicine and Science in Sport and Exercise,* **32.** 8. sz. 1445-1454.

Kirkcaldy, B. D. (1982a): Personality and sex differences related to positions in team sports. *International Journal of Sport Psychology,* **13.** 3. sz. 141-153.

Kirkcaldy, B. D. (1982b): Personality profiles at various levels of athletic participation. *Personality and Individual Differences,* **3.** 3. sz. 321-326.

Kishegyi Júlia és Makara Péter (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei: Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 5-39. http://oefi.hu/modszertan1.pdf, 2015.08.09.

Kiyoshi, A. (2004): Flow experience and autotelic personality in Japanese college students: How do they experience challenges in daily life? *Journal of Happiness Studies,* **5.** 2. sz. 123-154.

Klomp, J. és de Haan, J. (2009): Is the political system really related to health? *Social Science and Medicine,* **69.** 1. sz. 36-46.

Kopp Mária (2008): Bevezetés: Az esélyerősítés magatartástudományi modellje. In: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 3-9.

Kopp Mária, Szedmák Sándor, Lőke János és Skrabski Árpád (1997): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae,* **7.** 3. sz. 136-144.

Kopp, M., Schwarzer, R. és Jerusalem, M. (1993): *Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research.* Zentrale Universitas Druckerei der FU Berlin.

Kopp, M., Skrabski, Á., Szántó, Zs. és Siegrist, J. (2006): Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **60.** 9. sz. 782-788.

Kósa Karolina (2010): Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy,* **88.** 1. sz. 3-10.

Koss, M.P. és Gains, J.A. (1993): The prediction of sexual agression by alkohol use, athletic participation, and fraternity affiliation. *Journal of Interpersonal Violence,* **8.** 1. sz. 94-108.

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

Kovacsis Leila, Sebestyén Edit és Németh Ágnes (2007): Dohányzási szokások. In.: Németh Ágnes (szerk.*): HBSC Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 75-87.

Kozéki Béla (1994): Az Eysenck-féle „Impulzivitás – Kockázatvállalás – Empátia" kérdőív iskoláskorúak részére. In: Mérei Ferenc és Szakács Ferenc (szek.): *Pszichodiagnosztikai Vadaemecum.* Tankönyvkiadó, Budapest. 301-320.

Kozéki, B., és Eysenck, S. B. G. (1985): Magyar és angol iskoláskorúak összehasonlító vizsgálata - Az impulzivitás - kockázatvállalás - empátis kérdőív magyar változata. *Pszichológia,* **5.** 4. sz. 579-600.

Költő András és Kökönyei Gyöngyi (2011): Szubjektív jóllét. In: Németh Ágnes és Költő András (szerk): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 67-76.

Költő András és Zsiros Emese (2013): Serdülők lelki egészsége. *Educatio,* **22.** 2. sz. 187-200.

KSH (2002): *Életmód-időmérleg.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.

KSH (2011): *Magyarország, 2010.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.

Krohne, H. W. (1993): Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: Krohne HW (szerk.) *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Hogrefe & Huber, Toronto, 19-50.

Kulcsár Zsuzsanna (1976): *Személyiség-pszichológia.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Lalonde, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians: a working document.* Ottawa. Government of Canada.

Lambert, A. J., Burroughs, T. és Nguyen, T. (1999): Perceptions of risk and the buffering hypothesis: The role of just world beliefs and right-wing authoritarianism. *Personality and Social Psychology Bulletin,* **25.** 6. sz. 643-656.

Lamkin, L. és Houston, T. P. (1998): Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care,* **25.** 1. sz. 123-135.

Lantz, C.D. és Schroeder, P. J. (1999): Endorsement of masculine and feminie gender roles: Differences between participation in and identification with athletic role. *Journal of Sport Behavior,* **22.** 4. sz. 545-557.

Lapsley, D.K. és Duggan, P.M. (2001): *The Adolescent Invulnerability Scale: Factor structure and construct validity.* Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, April 21, Minneapolis, USA.

Lapsley, D.K., Aalsma, M.C. és Halpern-Felsher, B.L. (2005): *Invulnerability and risk behavior in early adolescence.* Paper presented in the symposium "The Development of decision-making" at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, April 8, Atlanta, USA.

Lazarus, R. S. (1966): *Psychological Stress and the Coping Process.* New York, McGraw Hill.

Lazarus, R. S. (1968): Emotions and adaption: conceptual and empirical relations. In. Arnold, W. (szerk.): *Nebraska Symposium on Motivation.* University of Nebraska Press, Lincoln.

Lazarus, R. S. (2000): Toward better reserach on stress and coping. *American Psychologist,* **55.** 6. sz. 665-673.

Lazarus, R. S. és Launier, R. (1978): Stress related transactions between person and environment. In: Pervin, L. és Lewis, M. (eds.): *Internal and external determinants of behavior.* Plenum Press, New York. 126-149.

Leichliter, J., Meilman, P. és Presley, C. (1998): Alcohol use and related consequences among college students with varying levels of involvement in college athletics. *Journal of College Health,* **46.** 6. sz. 257-262.

Lenroot, R. K., és Giedd, J.N. (2006): Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews,* **30.** 6. sz. 718-729.

Lenskyj, H. (1990): Power and play: Gender and sexuality issues in sport and physical activity. *International Review for the Sociology of Sport,* **25.** 3. sz. 235-245.

Lerner, M. J. (1980): *The belief in a just world: A fundamental delusion.* Plenum Press, New York.

Lim, S. S. és munkatársai (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet,* 380(9859), 2224-60.

Llewellyn, D.J., és Sanchez, X. (2008): Individual differences and risk taking in rock climbing. *Psychology of Sport and Exercise,* **9.** 4. sz. 413-426.

Lohaus, A., Vierhaus, M.és Ball J. (2009): Parenting Styles and Health-Related Behavior in Childhood and Early Adolescence: Results of a Longitudinal Study. *The Journal of Early Adolescence,* **29.** 4. sz. 449-475.

Lukács Liza (2006): *MLSZ-NUPI Zánkai utánpótlás labdarúgó tábor. Pszichológiai mérések.* http://www.sportpszichológia.eu/1_fomenu/publikaciok_szakmai_anyagok 2/zanka.pdf. (Letöltés ideje: 2013. 06. 22.).

MacDonald, R., Byrne, C., és Carlton, L. (2006): Creativity and flow in musical composition: An empirical investigation. *Psychology of Music,* **34.** 3. sz. 292-306.

Macintyre, S. (1986): Health and Illness. In: Burgess, R. (eds.): *Key Variables in Social Investigationa.* Routledge and Kegan Paul, London.

Margitics Ferenc és Pauwlik Zsuzsa (2007): *Depresszió és megküzdés serdülőknél.* Krúdy Kiadó, Nyíregyháza.

Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E. és Feeney, A.(1991): Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet,* 337, 1387-1393.

Maunder, R. G. és Hunter, J. J. (2001): Attachment and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine,* **63.** 4. sz. 556-567.

Mayer Krisztina, Lukács Andrea és Pauler Gábor (2012): A 8-tételes Szenzoros Élménykeresés Skála (BSSS-8) magyarországi adaptálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* **13.** 3. sz. 297-312.

Meesters, C. és Muris, P. (2004): Perceived parental rearing behaviours and coping in young adolescents. *Personality and Individual Differences,* **37.** 3. sz. 513-522.

Meleg Csilla (2000): Egész-ség: egy szervezetfejlesztési program körvonalai. *Új pedagógiai szemle,* **50.** 12. sz. 34-42.

Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia,* **102.** 1. sz. 11-29.

Melnick, M. J., Miller, K. E. és Sabo, D. F. (2001): Tobacco use among high school athletes and nonathletes: results of 1997 Youth Risk Behavior Survey. *Adolescence,* **36.** 144. sz. 727-747.

Mikolajczyk, R., Brzoska, P., Maier, C., Ottova, V., Meier, S., Dudziak, U. és El Ansari, W. (2008): Factors associated with self-rated health status in university students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health,* **8.** 215.

Mikulán Rita (2007): Versenysportolók dohányzási szokásai és alkoholfogyasztása. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **8.** 30. sz. 28-32.

Mikulán Rita és Pikó Bettina (2009): Serdülők testtömeg-kontrolljának vizsgálata sportaktivitásuk tükrében. *Magyar Epidemiológia,* **6.** 2. sz. 111-119.

Mikulán Rita és Pikó Bettina (2012): Iskoláskorú sportoló fiatalok káros szenvedélyeinek vizsgálata sportmotivációik és a sportáguk típusa tükrében. *Iskolakultúra,* **22.** 4. sz. 35-49.

Mikulan, R. és Piko, B. (2011): The role of sporting motivations in physical activity education: Study of adolescent athletes. In: Leon V. Berhardt (eds.): *Advances in Medicine and Biology,* Vol. 36. NOVA Science Publishers Inc.80-95.

Milam, J.E., Sussman, S., Ritt-Olson, A. és Dent, C.W. (2000): Perceived invulnerability and cigarette smoking among adolescents. *Addictive Behaviors,* **25.** 1. sz. 71-80.

Miller, S.M. (1987): Monitoring and blunting: validation of questionnaire to assess styles if information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology,* **52.** 2. sz. 345-353.

Mirnics Zsuzsanna (2006): *A személyiség építőkövei.* Bölcsész Konzorcium, Budapest. 46.

Mobini, S., Pearce, M., Grant, A., Mills, J. és Yeomans, M.R.(2006): The relationship between cognitive distortions, impulsivity, and sensation seeking in a non-clinical population sample. *Personality and Individual Differences,* **40.** 6. sz. 1153-1163.

Mojola, S. A. és Everett, B. (2012): STD and HIV risk factors among U.S. young adults: variations by gender, race, ethnicity and sexual orientation. *Perspect Sex Reprod Health,* **44.** 2. sz. 125-33.

Mosing, M.A., Magnusson, P. K. E., Pedersen, N. L., Nakamura, J., Madison, G. és Ullén, F. (2012): Heritability of proneness for psychological flow experiences. *Personality and Individual Differences,* **53.** 5. sz. 699-704.

Mózes Tamás, Magyaródi Tímea, Soltész Péter, Nagy Henriett és Oláh Attila (2012): A flow-élmény operacionalizálásának útjai. *Magyar Pszichológiai Szemle,* **67.** 1. sz. 57-76.

Muna, Al-B., Said, A., Hussain, A., Ali, K. és Abdulqawi, A. (2013): Age and gender differences in coping style across various problems: Omani adolescents' perspective. *Journal of Adolescence,* **36.** 2. sz. 303-309.

Nagtegaal, M.H. és Rassin, E. (2004): The usefulness of the thought suppression paradigm in explaining impulsiviy and aggression. *Personality and Individual Differences,* **37.** 6. sz. 1233-1244.

Nakamura, J. és Csikszentmihalyi, M. (2002): 'The concept of flow'. In: Snyder, C. R. és Lopez, S. J. (szerk.): *Handbook of Positive Psychology.* Oxford University Press, New York. 89-105.

Nelson, E., Leibenluft, E., McClure, E. és Pine, D. (2005): The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine,* **35.** 2. sz. 163-174.

Németh Ágnes (2011a): Illegális szerek és egyéb drogok fogyasztása. In: Németh Ágnes és Költő András (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 47-55.

Németh Ágnes (2003): Nemi érés és szexuális magatartás. In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 77-76.

Németh Ágnes (2007): Fizikai aktivitás és táplálkozási szokások serdülőkorúak körében. *Új Diéta,* **12.** 6. sz. 10-11.

Németh Ágnes (2011b): 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.

Németh Ágnes és Szabó Mónika (2003): Táplálkozás és étkezési szokások. In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 25-60.

Nett, U.E., Goetz, T. és Hall, N.C. (2011): Coping with Boredom in School: An Experience Sampling Perspective. *Contemporary Educational Psychology,* **36.** 1. sz. 49-69.

Neulinger Ágnes (2009): A szabadidősport iránti érdeklődés Magyarországon 3. – társas kapcsolatok és interakciók a sportban. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **10.** 39-40. sz. 29-32.

Nyitrai Erika (2006): Testünk egyedisége, ép testben ép lélek. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés, Alapismeretek pedagógusok számára.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 51-57.

ODE - Gallup Dohánymonitor (2004): *Dohányzás a magyar lakosság körében (1995-2000-2004).* http:/ / www.ode.hu/ode/monitoring2004.htm - 8k

OECD (2011): *Health at a Glance 2011:* OECD Indicators, OECD Publishing. 24.

Oláh Attila (1982): *Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára. Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban sorozat.* Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.

Oláh Attila (1999): A tökéletes élmény megteremtését serkentő személyiségtényezők serdülőkorban. *Iskolakultúra,* **9.** 6-7. sz. 15-27.

Oláh Attila (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény: Belső világunk megismerésének módszerei.* Trefort Kiadó, Budapest.

Oláh Attila (2012): A pszichológia napos oldala. *Magyar Pszichológiai Szemle,* **67.** 1. sz. 3-11.

Olds, T.,Wake, M., Patton, G., Ridley, K., Waters, E.,Williams, J.és Hesketh, K.(2009): How do school-day activity patterns differ with age and gender across adolescence?*Journal of Adolescent Health,* **44.** 1. sz. 64-72.

Osváth Anikó, Kállai János, Sasvári-Székely Mária, Rózsa Sándor és Bánki M. Csaba (2002): A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdıív (TCI) biológiai és pszichológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica,* **17.** 2. sz. 168-181.

Paaver, M., Kurrikoff, T., Nordquist, N., Oreland, L. és Harro, J. (2008): The effect of 5-HTT gene promoter polymorphism on impulsivity depends on family relations in girls. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry,* **5.** 32. sz. 1263- 1268.

Page, R. M., Taylor, J., Suwanteerangkul, J. és Novilla, L.M. (2005): The influence of friendships and friendship-making ability in physical activity participation in Chiang Mai, Thailand high school students. *International Electronic Journal of Health Education,* 8: 95-103.

Paksi Borbála, Felvenczi Katalin és Schmidt Andrea (2004): *Prevenció/Egészségfejlesztsi tevékenység a Közoktatásban. Kutatási Jelentés az Oktatási Minisztérium megbízásából.* www.nefmi.gov.hu/2005/prevencios-tevekenysegek (Letöltés ideje: 2015.01.20.).

Parsons, T. (1972): Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: E. G. Jaco, (Ed.): *Patients, physicians, and illnesses*. New York, The Free Press, 97-117.

Pál Katalin, Császár Katalin, Huszár Anikó és Bognár József (2005): A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. *Új Pedagógia Szemle,* **55.** 6. sz. 25-32.

Peabody, D. és Goldberg, L. R. (1989): Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology,* **57.** 3. sz. 552-567.

Peretti-Watel, P., Beck, F. és Legleye, S. (2002): Beyond the U-curve: the relationship between sport and alcohol, cigarette and cannabis use in adolescents. *Addiction,* **97.** 6. sz. 707-716.

Peretti-Watel, P., Guagliardo, V. és Verger, P. (2003): Sporting activity and drug use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addiction,* **98.** 9. sz. 1249-1256.

Perry, S. K. (1999): *Writing in Flow: Keys to Enhanced Creativity*. Writer's Digest Books. Cincinnati, OH.

Peter, F., Kloeckner, N., Dalbert, C. és Radant, M. (2012): Belief in a just world, teacher justice, and student achievement: A multilevel study. *Learning and Individual Differences,* **22.** 1. sz. 55-63.

Pettit, G.S., Laird, R.D., Dodge, K.A., Bates, J.E. és Criss, M.M. (2001): Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development,* **72.** 2. sz. 583-598.

Piaget, J. (1999): *Szimbólumképzés a gyermekkorban.* Kairosz Kiadó, Budapest.

Piko B. F. és Fitzpatrick, K.M. (2003): Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry,* **73.** 1. sz. 44-54.

Pikó Bettina (1998): Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Századvég,* **2.** 11. sz. 94-108.

Pikó Bettina (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban.* Akadémia Kiadó, Budapest.

Pikó Bettina (2003a): Az életmód elemei: A szabadidő és az egészségmagatartás: In: *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára,* Budapest. 256-257.

Pikó Bettina (2003b): Középiskolások egészséges és egészségtelen életmódja. *Természet világa,* **134.** 12. sz. 24-27.

Pikó Bettina (2008): Szegedi ifjúságkutatás 2000, 2008: Egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes előfordulása a szegedi középiskolások körében. *Magyar Epidemiológia,* **5.** 3-4. sz. 213-227.

Pikó Bettina és Balázs Máté Ádám (2012): A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából. *Pszichológia,* **32.** 2. sz. 173-187.

Pikó Bettina és Keresztes Noémi (2007): Serdülõk egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle,* **62.** 2. sz. 203-214.

Pikó Bettina és Keresztes Noémi (2007): *Sport, lélek, egészség.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

Pikó Bettina és Pinczés Tamás (2013): Az igazságosság élményének megítélése az iskolában serdülők körében. *Iskolakultúra,* **23.** 2. sz. 48-57.

Pikó Bettina és Pinczés Tamás (2014a): A társas háló és a társas támogatás szerepe a sportban: általános tantervű és sporttagozatos középiskolások összehasonlítása. *Iskolakultúra,* **24.** 4. sz. 36-43.

Pikó Bettina és Pinczés Tamás (2014b): Impulzivitás - agresszió - depresszió: Serdülők problémaviselkedésének vizsgálata személyiségjegyeik tükrében. *Psychiatria Hungarica,* **29.** 1. sz. 48-55.

Pikó Bettina és Pinczés Tamás (2014c): Serdülők alkoholfogyasztása és dohányzása az impulzivitás, kockázatvállalás és énhatékonyság tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* **15.** 1. sz. 31-47.

Piko, B. és Pinczes, T. (2015): Autonomy Support or Direct Control? High School Students' Experience of Their Teacher's Behavior. *European Journal of Mental Health,* **10.** 106-117.

Pike, B., Barabas, K. és Markos, J. (1996): Health risk behaviour of a medical student population. Report on a pilot study. *Journal of the Royal Society of Health,* **116.** 2. sz. 97-100.

Pikó Bettina, Pluhár Zsuzsa és Keresztes Noémi (2004): Külső kényszer vagy belső hajtóerő? Gyermekek és serdülők fizikai aktivitásának motivációs tényezői. *Alkalmazott Pszichológia,* **6.** 3. sz. 40-54.

Piko, B. (2000): Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *Journal Community Health,* **25.** 2. sz. 125-137.

Pikó, B. (2001): Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *Psychological ReRecord,* **51.** 2. sz. 223-235.

Pikó, B. (2007): Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics,* **166.** 7. sz. 701-708.

Piko, B. és Gibbons, F. X. (2008): Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *International Journal of Public Health,* **53.** 3. sz. 131-138.

Piko, B. és Pinczes, T. (2014d): Impulsivity, depression and aggression among adolescents. *Personality and Individual Differences,* **69.** (October, 2014), 33-37.

Piko, B. F. és Fitzpatrick, K. M. (2007): Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health,* **17.** 4. sz. 353-360.

Piko, B., Barabas, K. és Boda, K. (1997): Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health,* **7.** 3. sz. 243-247.

Pinczés Tamás (2013): Egészségfejlesztés a testnevelés segítségével: a flow-ban rejlő lehetőségek. *Egészségfejlesztés,* **54.** 1-2. sz. 38-43.

Pinczés Tamás és Pikó Bettina (2013a): A Debreceni Sportiskola serdülőkorú versenyzőinek dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai sportág típus és az edzői nevelés tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **14.** 3. sz. 41-47.

Pinczés Tamás és Pikó Bettina (2013b): A sport mint mítosz? Összehasonlító egészségmagatartási vizsgálat sporttagozatos és általános tantervű középiskolások körében. *Magyar Epidemológia,* **9-10.** 4-1. sz. 55-65.

Pinczés Tamás és Pikó Bettina (2014a): Flow- és antiflow-élmények az Eysenck-féle személyiségdimenziók tükrében sportoló serdülők és kontrollcsoport körében. *Magyar Pedagógia,* **114.** 4. sz. 221-236.

Pinczés Tamás és Pikó Bettina (2014b): Serdülők megküzdési módjai a flow- és antiflow élmények vonatkozásában. *Pszichológia,* **34.** 4. sz. 389-406.

Ramo, D. E., Liu, H. és Prochaska, J. J. (2012): Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: A systematic review of their co-use. *Clinical Psychology Review,* **32.** 2. sz. 105-121.

Randall Colvin, C. és Block, J. (1994): Do positive illusions foster mental health? An examination of Taylor and Brown formulation. *Psychological Bulletin,* **116.** 1. sz. 3-20.

Ratelle, C.F., Guay, F., Vallerand, R.J., Larose, S. és Senécal, C. (2007): Autonomous, Controlled, and Amotivated Types of Academic Motivation: A Person-Oriented Analysis. *Journal of Educational Psychology,* **99.** 4. sz. 734–46.

Rathunde, K. (1988): Optimal experience and the family context. In: Csikszentmihalyi, M. és Csikszentmihalyi, I.S. (szerk): *Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness.* Cambridge University Press, New York. 342-363.

Rathunde, K. (1996): Family context and talented adolescent's optimal experience in school-related activities. *Journal of Research on Adolescence,* **6.** 4. sz. 605-628.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G. L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., Parry, C. D., Patra. J., Popova, S., Poznyak, V., Roerecke, M., Room. R., Samokhvalov, A. V. és Taylor, B. (2010): The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction,* **105.** 5. sz. 817-43.

Rétsági Erzsébet (2010): Serdülők életmódja és testneveléssel kapcsolatos véleményük. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **2.** 44.sz. 13-18.

Rogers, E., M. (2003): *Diffusion of innovation.5th edition*. The Free Press, New York.

Rózsa Sándor, Vetró Ágnes, Várfiné Komlósi Annamária, Gárdos Júlia, Kő Natasa és Csorba János (1999): Gyermek- és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia,* **19.** 4. sz. 459-482.

Rózsa Sándor, Kő Natasa és Oláh Attila (2006): Reprodukálható-e a BFQ a hazai mintán? *Pszichológia,* **26.** 1. sz. 57-76.

Rózsa Sándor, Kő Natasa, Somogyi Eszter, Faludi, Gábor és Dezső Linda (2004): A személyiségzavarok mérésének dimenzionális modellje: a Temperamentum és Karakter Kérdőív klinikai alkalmazása. *Psychiatria Hungarica,* **19.** 1. sz. 141-160.

Rózsa Sándor, Nagybányai Nagy Olivér és Oláh Attila (2006): *A pszichológiai mérés alapjai.* Bölcsész Konzorcium, Budapest. 234.

Rózsa Sándor,Kő Natasa, Komlósi Annamária, V, Somogyi Eszter, Dezső Linda, Kállai János, Osváth Anikó és Bánki M. Csaba (2004): A személyiség pszichobiológiai modellje: A Temperamentum és Karakter Kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatok. *Pszichológia,* **24.** 3. sz. 283-304.

Sallay Hedvig (1995): Tanári szerepek percepciója: Egy általános iskolai felmérés tanulságai. *Magyar Pedagógia, 95.* 3-4. sz. 201-227.

Sallay Hedvig (2005): Serdülők szubjektív jólléte: A családban és a baráti kapcsolatban észlelt igazságosság és az igazságos világba vetett hit szerepe. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika,* **6.** 4. sz. 295-315.

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 and Behavior,* **106.** 3 sz. 369-378.

Sándor János (2006): Szenvedélybetegségek: A dohányzás és az egészség. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára.* Medicina Könyvkiadó, Budapest. 188-198.

Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, G. I., Waltz, J. A. és Poppe, L. (1991): Perceived social support and working models of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology,* **60.** 2. sz. 273-287.

Saroglou, V. J. és Saroglou, J.M. (2003): A vallás pszichológiája és a személyiség az ötfaktoros modell nézőpontjából. *Magyar Pszichológiai Szemle,* **58.** 1. sz. 83-112.

Schaub Gáborné és Szabó Attila (2007): Sportoló és nem sportoló fiatalok személyiségjegyeinek összehasonlítása vizsgálatokkal. *Új Pedagógiai Szemle,* **57.** 11. sz. 122-128.

Scholz, U., Dona, B.G., Sud, S., és Schwarzer, R. (2002): Is general self-efficacy a universal construct? *European Journal of Psychological Assessment,* **18.** 3. sz. 242-251.

Schrot, M.L. (1995): A comparison of sensation seeking among different groups of athletes and nonathletes. *Personality and Individual Differences,* **18.** 2. sz. 219-222.

Schwarzer, R., és Jerusalem, M. (1995): Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman, J., Wright, S. és Johnston, M. (eds.): *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs.* Windsor: NFER-NELSON, 35-37.

Scott, R. R., és Heidi, N. K. (2014): Autotelic personality through a five-factor lens: Individual differences in flow-propensity. *Personality and Individual Differences,* **59.** (March, 2014), 3-8.

Sebestyén Edit (2003): Illegális szerek használata. In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 61-76.

Seedhouse, D. (1986): *Health: The Foundations for Achievement.* John Wiley, Chichester.

Seiffge-Krenke, I. (2000): Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence,* **23.** 6. sz. 675-691.

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.** 1. sz. 259-279.

Seligman, M. és Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist,* **55.** 1. sz. 5-14.

Selye János (1973): *Életünk és a stress.* Akadémia Kiadó, Budapest.

Siever, L.J. és Davis, K.L. (1985): Overview: toward a dysregulation hypothesis of depression. *The American Journal of Psychiatry,* **142.** 9. sz. 1017-1031.

Smirthrim, K., Garbati, J. és Upitis, R. (2008): *Engagement in learning: The role of rhythm.* Presented at the American Educational Research Association Annual Meeting. New York, March 24-28.

Smith, A. L. (2003): Peer relationship in physical activity contexts: A road less traveled in youth sport and exercise psychology research. *Psychology of Sport and Exercise,* **4.** 1. sz. 25-39.

Solberg Nes, L. és Segerstrom, S. C. (2006): Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review,* **10.** 3. sz. 235-251.

Sowell, E.R., Petersen, B.S., Thompson, P.M., Welcome, S.E., Henkenius, A .L. és Toga, A.W. (2003): Mapping cortical change across the human life span. *Nature Neuroscience,* **6.** 3. sz. 309-315.

Stautz, K. és Cooper, A. (2013): Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review,* **33.** 4. sz. 574- 592.

Steinberg, L. (2001): We know some things: Adolescent-parent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence,* **11.** 1. sz.1-19.

Steinberg, L. (2007): Risk taking in adolescence. *Current Directions in Psychological Science,* **16.** 2. sz. 55-59.

Steinberg, L. (2008): A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review,* **20.** 1. sz. 78-106.

Stockdale, S. E., Wells, K. B., Tang, L., Belin, T., Zhang, L. és Sherbourne, C.D. (2007): The importance of social context: Neighborhood stressors, stress-buffering mechanisms, and alcohol, drug, and mental health disorders. *Social Science and Medicine,* **65.** 9. sz.1867-1881.

Stone, A. A. és Neale, J. M. (1984): New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology,* **46.** 4. sz. 892-906.

Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J. R., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., Hergenroeder, A. C., Must, A., Nixon, P. A., Pivarnik, J. M., Rowland, T., Trost, S.ésTrudeau F. (2005): Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics,* **146.** 6. sz. 732-737.

Stucky-Ropp, R. C. és DiLorenzo, T. M. (1993): Determinants of exercise in children. *Preventive Medicine,* **22.** 6. sz. 880-889.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010): *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health*: Volume I. Summary of National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586 Findings). Rockville, MD.

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. sz. 523-530.

Szabadné Holland Ottília (1997): A fizikai aktivitásra nevelés hatékonyságának vizsgálata három alternatív középiskolában. *Új Pedagógiai Szemle,* **47.** 11. sz. 106-116.

Szabó Ágnes (2003): A napirend néhány jellemzője. In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. 38-41.

Szabó Éva és Lőrinczi János (1998): Az iskolai légkör lehetséges pszichológiai mutatói. *Magyar Pedagógia,* **98.** 3. sz. 211-229.

Szénay Márta (2009): *Tantárgyak, tanórák és a tanulási érdeklődés.* OKI, Budapest. http://www.ofi.hu/tudastar/tanulok-munkaterhei/tantargyak-tanorak

Szőts Gábor, Frenkl Róbert, Farkas Anna, Martos Éva, Jósfay Lóránt, Györe István és Poór Gyula (2004): Csontritkulás, fizikai aktivitás és a táplálkozás összefüggéseinek vizsgálata 18-24 éves női egyetemistákon. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **5.** 1. sz. 67-68.

Takács Bence (2013): A szabadidős tevékenység változása 15–18 éves magyarországi fiatalok körében: fizikai aktivitás, médiafogyasztás és dohányzás. *Orvosi Hetilap,* **154.** 15. sz. 581-589.

Taliaferro, L., Rienzo, B. és Donovan, K. (2010): Relationships between youth sport participation and selected health risk behaviors from 1999 to 2007. *The Journal of School Health,* **80.** 8. sz. 399-410.

Taub, D.E. és Blinde, E.M. (1992): Eating disorders among adolescent female athletes: Influence of athletic participation and sportteam membership. *Adolescence,* **27.** 108. sz. 833-848.

Taylor, R., Najafi, F. és Dobson, A. (2007): Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *International Journal of Epidemiology,* **36.** 5. sz. 1048-59.

Taylor, S. E. és Brown, J. D. (1988): Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin,* **103.** 2. sz.193-210.

Terry, C. D. és Connie, A. (1997): Tobacco use among male high school athletes. *Journal of Adolescent Health,* **21.** 2. sz. 97-101.

The 2011 ESPAD Report: *Substance Use Among Students in 36 European Countries.* 64-81. www.espad.org

Tomaka, J. és Blascovich, J. (1994): Effects of justice beliefs on cognitive, psychological, and behavioral responses to potential stress. *Journal of Personality and Social Psychology,* **67.** 4. sz. 732-740.

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.** 2. sz. 26-35.

Trejos-Castillo, E. és Vazsonyi, A. T. (2011): Transitions into adolescence. *Encyclopedia of Adolescence,* **27.** 1. sz. 369-375.

Tremblay, S., Dahinten, S. és Kohen, D. (2003): Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Report,* **14.** S.7-16.

Tringer László (2003): Egészség és életminőség. *Psychiatria Hungarica,* **18.** 1. sz. 10-16.

Trost, S.G., Owen, N. és Bauman, A.E. (2002): Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sport and Exercise,* **34.** 12. sz. 1996-2001.

Trzaskoma-Bicsérdy Gabriella, Bognár József és Révész László (2006): Sportágválasztás az általános iskolában. *Magyar Sporttudományi Szemle,* **7.** 25. sz. 21-25.

Túri Viktória (2009): A megküzdési stratégiák nemi különbségeinek vizsgálata. *Repüléstudományi Közlemények* **21.** 4.sz. http://www.repulestudomany.hu/folyoirat/2010_1/2010_1_Turi_Viktoria.html (Letöltés ideje: 2015.01.20.).

Ullén, F., de Manzano, Ö., Almeida, R., Magnusson, P. E., Pedersen, N. L., Nakamura, J., Csíkszentmihályi, M., és Madison, G. (2012): Proneness for psychological flow in everyday life: Associations with personality and intelligence. *Personality and Individual Differences,* **52.** 2. sz. 167-172.

Urbán Róbert és Varga Judit (2003): A negatív érzelmek, az önbizalom, az énhatékonyság és a dohányzás serdülőkorban. *Addiktológia Hungarica,* **2.** 3-4. sz. 346-369.

Vaez, M. és Laflamme, L. (2003): Health behaviors, self-rated health, and quality of life: a study among first-year Swedish university students. *Journal of American College Health,* **51.** 4. sz. 156-162.

Vaillant, G. E. (1984): The contribution of prospective studies to the understanding of etiologic factors in alcoholism. In: Smart, R. G., Cappell, H.D., Glaser, F.B., Israel, Y., Kalant, H., Popham,R.E., Schmidt, W. és Sellers, E. M. (eds.): *Research Advances in Alcohol and Drug Problems.* Toronto: Addiction Research Foundation and University of Toronto. 265-289.

Varga Katalin (2011): Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lage Artis Medicine,* **21.** 12. sz. 779-784.

Varga-Hatos Katalin és Karner Cecília (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők. *Egészségügyi Gazdasági Szemle,* **46.** 2. sz. 25-33.

Vigil-Colet, A. és Codurniu-Raga, M.J. (2004): Aggression and inhibition deficits, the role of functional and dysfuntional impulsivity. *Personal and Individual Differences,* **37.** 7. sz. 1431-1440.

Vilhjalmsson, R. és Thorlindsson, T. (1998): Factors related to physical activity: A study of adolescents. *Social Science and Medicine,* **47.** 5. sz. 665-675.

Vitrai József (2011a): Fodor József emlékelőadás: Egészség-egyenlőtlenségek Magyarországon. *Egészségtudomány,* **55.** 2. sz. 14-27.

Vitrai József (2011b): *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői.* Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi kar Egészségtudományi Doktori Iskola.

Vitrai József és Vokó Zoltán (2004): Egészségmodell. In: Bakacs Márta és Vitrai József (szerk.): *Népegészségügyi jelentés 2004.* Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ,Budapest.http://dl.dropbox.com/u/18751062/Dokumentumok/Nepegeszsegugyi%20Jelentes%202004.pdf

Wade, T., Pevalin, D. és Vingilis, E. (2000): Revisiting student self-rated physical health. *Journal of Adolescence,* **23.** 6. sz. 785-791.

Walsh, S., 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 and Medicine,* **70.** 7. sz. 976-84.

Whiteside, S.P. és Lynam, D.R. (2001): The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences,* **30.** 4. sz. 669-689.

Wiggins, M., és Freeman, P. (2000): Anxiety and flow: An examination of anxiety direction and the flow experience. *International Sports Journal,* **4.** 2. sz. 78-87.

Williams, K. és McGillicuddy-De Lisi, A. (2000): Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology,* **20.** 4. sz. 537-549.

Wolfradt, U. és Dalbert, C. (2003): Personality, Values and Beliefs in a Just World. *Personality and Individual Differences,* **35.** 8. sz. 1911-1918.

World Health Organisation (1946): *Constitution.* Genova.

World Health Organisation (1984): *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles.* WHO Regional Office for Europe. Coppenhagen.

World Health Organisation (1986): Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Ottawa, 1986. november 17-21 In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 9-14.

World Health Organisation (1988): Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról. Második Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Adelaide. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 15-22.

Wrzesniewski, K. és Chylinska, J. (2007): Assessment of Coping Styles and Strategies with School-Related Stress. *School Psychology International,* **28.** 2. sz. 179-194.

Wuerth, S., Lee, M.J. és Alfermann, D. (2004): Parental involvement and athletes' career in youth sport. *Psychology of Sport and Exercise,* **5.** 1. sz. 21-33.

Young, B. W. és Medic, N. (2011): Examining social influences on the sport commitment of masters swimmers. *Psychology of Sport and Exercise,* **12.** 2. sz. 168-175.

Zeng, X. T., Xiong, P. A., Wang, F., Li, C. Y., Yao, J. és Guo, Y. (2012): Passive smoking and cervical cancer risk: a meta-analysis based on 3,230 cases and 2,982 controls. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,* **13.** 6. sz. 2687-2693.

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. sz. 1-16.

Zuckerman, M. (1979): *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal.* Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Zuckerman, M. (1992): What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all the way down. *Personality and Individual Differences,* **13.** 6. sz. 675-681.

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: Lazarus (1968) stresszelmélete

2. ábra: Eysenck vonás-típus személyiségelméletének a sematikus felépítése (Mirnics, 2006, 46.o.)

3. ábra: Képességek és feladatok viszonya az áramlatélményben (Csíkszentmihályi,1997., 47.o.)

4. ábra: A vizsgálatban részt vett tanulók tagozati bontásban

5. ábra: A nemek előfordulása a mintában, és tagozati bontásban

6. ábra: A vizsgálatban résztvevő évfolyamonkénti bontásban

7. ábra: Dohányoztál-e már valaha?

8. ábra: Fogyasztottál-e már alkoholt valaha?

9. ábra: Dohányoztál az elmúlt három hónapban?

10. ábra: Alkoholt fogyasztottál az elmúlt három hónapban?

11. ábra: Nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztottál-e az elmúlt három hónapban?

12. ábra: Milyennek tartod egészségi állapotodat?

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: Hippokratész és Galenus személyiségelmélete (Allport, 1998, 49. o. és 53.o.)

2. táblázat: Eysenck vonás-típus elmélete (Mirnics, 2006, 47.o.)

3. táblázat: Megküzdési stratégiák és azok jellemzése

4. táblázat: Egészségkockázati változók és az egészség önértékelése a tagozat típusa szerint

5. táblázat: Egészségkockázati változók és az egészség önértékelése nemenként a sporttagozatos tanulók körében

6. táblázat: Egészségkockázati változók és az egészség önértékelése nemenként az általános tagozatos tanulók körében

7. táblázat: A depressziós tünetegyüttes (CDI) skálapontjainak összehasonlítása az iskolatípus szerinti és nemenkénti bontásban

8. táblázat: Társas befolyás előfordulása a középiskola tagozat szerint

9. táblázat: Társas támogatás előfordulása a középiskola tagozat szerint

10. táblázat: Statisztikailag szignifikáns nemenkénti különbségek a társas befolyásokban és a társas támogatásban a középiskola típusa szerinti bontásban

11. táblázat: Pszichológiai változók megjelenése a nemek tekintetébe (Leíró statisztika és t-próba)

12. táblázat: A tanári nevelési attitűdök kategóriái faktoranalízis alapján (végső, rotált eredmény)

13. táblázat: A tanári nevelési attitűdök kategóriái szociodemográfiai és viselkedési változók szerint

14. táblázat: A tanári nevelési attitűdök kategóriáinak összefüggése pszichológiai változókkal (korrelációanalízis)

15. táblázat: Serdülő sportolók dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai, valamint egészségi állapot önminősítése a sportág típus függvényében.

16. táblázat: Dohányzási és alkoholfogyasztási szokások és az egészség önértékelése nemenként a csapatjátékosok és egyéni sportolók körében

17. táblázat: Az edzői nevelési attitűdök kategóriái faktoranalízis alapján (végső, rotált eredmény)

18. táblázat: Az edzői nevelési attitűdök kategóriái sportág típusa és egészségmagatartási változók szerint

19. táblázat: A depressziós tünetegyüttes, az agresszió-változók és a személyiségjegyeket mérő skálák leíró statisztikája nemenként

20. táblázat: A depressziós tünetegyüttes, az agresszió-változók és a személyiségjegyeket mérő skálák közötti korrelációs mátrix eredményei nemenként
21. táblázat: A depressziós tünetegyüttest befolyásoló személyiségjegyek többváltozós lineáris regresszióelemzése a teljes mintában és nemek szerint
22. táblázat: Az impulzivitás, a kockázatvállalás, az empátia és az énhatékonyság változóinak leíró statisztikája nemenkénti és iskolatípusonkénti bontásban (kétmintás t-próba)
23. táblázat: Az impulzivitás, a kockázatvállalás, az empátia és az énhatékonyság leíró statisztikája a szerfogyasztási státusz szerint (kétmintás t-próba)
24. táblázat: Az impulzivitás, a kockázatvállalás, az empátia és az énhatékonyság többváltozós összefüggése a szerfogyasztói státusszal (bináris logisztikus regresszió)
25. táblázat: A flow és anti-flow élmények leíró statisztikája nemek között a mintán és a két különböző osztálytípusnál
26. táblázat: Eysenck személyiségdimenzióinak és a flow, anti-flow élmények leíró statisztikája
27. táblázat: Flow-/antiflow- élmények és a személyiségdimenziók közötti korreláció a tagozat alapján
28. táblázat: A flow és anti-flowt befolyásoló személyiségjegyek (többváltozós lineáris regresszióelemzés a teljes mintán és tagozatonként)
29. táblázat: Oláh standard eredményeinek az összehasonlítása a minta eredményeivel
30. táblázat: Megküzdési módok és a flow, antiflow-élmények leíró statisztikája a mintán és a tagozaton
31. táblázat: Megküzdési módok és a flow, antiflow-élmények leíró statisztikája nemek tekintetében
32. táblázat: Flow- és antiflow-élmények és a megküzdési módok közötti korrelációs mátrix eredményei a tagozat alapján
33. táblázat: A flow- és antiflow befolyásoló megküzdési módok többváltozós lineáris regresszióelemzése a teljes mintán és tagozatonként.
34. táblázat: Flow- és antiflow-élmények és a megküzdési módok ANOVA elemzése évfolyamonként a teljes mintán és tagozatonként

RÖVÍDÍTÉSEK JEGYZÉKE

OECD- (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)

KSH- (Központi Statisztikai Hivatal)

WHO- (*World Health Organization*)

ESPAD- (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

HBSC- (Health Behaviour in School-Aged Children)

HJEPQ- (Hungarian Junior Eysenck Personality Questionnaire)

Általános Énhatékonyság Skála (General Perceived Self-Efficacy Scale)

E=Extraverzió,

N=Neuroticizmus,

P=Pszichoticizmus,

L=Szociális konformitás

Gyermekdepresszió Kérdőív (CDI-Child Depression Inventory)

MELLÉKLET

Kedves Tanuló!

Tudományos kutatás keretében vizsgáljuk a sport által közvetített értékek jelenlétét. Célunk, hogy minél több információt gyűjtsünk, és azokat felhasználjuk, mint motiváció a sport és a mozgás fontosságának kialakításában.
A kutatás eredményeihez Te is hozzájárulhatsz, ehhez kérjük a segítségedet. A kitöltött kérdőíveket zártan kezeljük, az eredményeket összesítve (nem név szerint), kizárólag e kutatás keretén belül használjuk föl.

Köszönjük a segítségedet!

I. melléklet: A serdülők sporttal kapcsolatos társas hálója és társas támogatottsága

1. Aktívan sportolok: 1_____Igen 2_____Nem

2. Ha igen: Csak a kikapcsolódás kedvéért sportolok: 1_____Igen 2_____Nem

Csak az iskolában végzek sporttevékenységet: 1_____Igen 2_____Nem

Versenyszerűen sportolok: 1_____Igen 2_____Nem

3. Aki versenyszerűen sportol:

Mióta? . . . . . óta

Sportágam: . . . . . .

Versenyszintem: . . . . . .

4. Sportolt-e valaha édesapád? 1_____Igen 2_____Nem

5. Sportolt-e valaha édesanyád? 1____Igen 2_____Nem

6. Jelenleg szüleid sportolnak-e vagy részt vesznek-e valamilyen sporttevékenységben?

1_____Igen 2_____Nem

7. Ha van iskoláskorú testvéred (testvéreid) részt vesz-e valamilyen iskolán kívüli sporttevékenységben? 1____Igen 2_____Nem

8. Legjobb barátod részt vesz-e valamilyen iskolán kívüli sporttevékenységben?

1____Igen 2_____Nem

9. Valamelyik szülőd tagja-e valamilyen sportklubnak? 1_____Igen 2_____Nem

10. Legalább az egyik szülőd részt vesz-e sportversenyeken, mint néző?

1_____Igen 2_____Nem

11. Követik a sportversenyeket a televízióban? 1_____Igen 2_____Nem

12. Szüleid elolvassák a sporthíreket az újságban? 1_____Igen 2_____Nem

13. Előfordul, hogy az egész család részt vesz valamilyen közös sporttevékenységben? (Például kirándulás, síelés.) 1_____Igen 2_____Nem

14. Ösztönöznek a szüleid valamilyen iskolán kívüli sporttevékenységre? 1_____Igen 2_____Nem

15. Elvárnak tőled valamilyen távlati eredményt a sportban? 1_____Igen 2_____Nem

16. Szeretik a szüleid, hogy sportolsz? Támogatnak benne? 1_____Igen 2_____Nem

17. Szüleid kezdeményezésére kezdtél sportolni? 1_____Igen 2_____Nem

18. A család valamelyik tagja (például nagyszülő, nagynéni, nagybácsi stb.) ösztönzött a sportolásra? 1_____Igen 2_____Nem

II. melléklet: A szocioökonómiai státusz

1. Kivel élsz együtt?

1_____Mindkét szülővel
2_____Egyik szülővel és nevelőszülővel
3_____Csak édesanyával
4_____Csak édesapával
5_____Egyéb, éspedig:_____

2. Lakásotok típusa:

1_____Lakótelepi öröklakás
2_____Társasházi öröklakás
3_____Bérlakás
4_____Családi ház
5_____Egyéb:_____

3.Hol van az állandó lakhelyed? 1_____Városban 2_____Faluban

4.Apukád legmagasabb iskolai végzettsége:

1_____Általános iskola
2_____Szakmunkásképző
3_____Érettségi
4_____Főiskola/egyetem

5.Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége:

1_____Általános iskola
2_____Szakmunkásképző
3_____Érettségi
4_____Főiskola/egyetem

6. Apukád alkalmazási minősége:

1_____Diplomás vagy vezető
2_____Egyéb (nem diplomás) szellemi
3_____Önálló vállalkozó
4_____Szakmunkás
5_____Segédmunkás
6_____Munkanélküli
7_____Nyugdíjas

7. Anyukád alkalmazási minősége:

1_____Diplomás vagy vezető
2_____Egyéb (nem diplomás) szellemi
3_____Önálló vállalkozó
4_____Szakmunkás
5_____Segédmunkás
6_____Háztartásbeli
7_____Munkanélküli
8_____Nyugdíjas

8. Hány testvéred van?

1._____0 2._____1 3._____2 4._____3 5._____4 vagy anná több

9. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1_____Felső osztály
2_____Felső-közép osztály
3_____Középosztály
4_____Alsó-közép osztály
5_____Alsó osztály

III. melléklet: Egészségmagatartás

1. Dohányoztál-e már valaha? 1_____Nem 2_____Igen

2. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál? 1_____Egyszer sem
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

3. Fogyasztottál-e már valaha alkoholt? 1_____Nem 2_____Igen

4. 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

5. 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_____Több mint 10-szer

IV. melléklet: Az egészségi állapot önértékelése

1. Milyennek tartod egészségi állapotodat a <u>hasonló korúakkal</u> összehasonlítva?

1_____Kiváló 2 _____Jó 3 _____Elfogadható 4 _____Rossz

V. melléklet: Depresszió

Kérjük, az alábbi hármas csoportokból válaszd ki és jelöld meg X-szel azt az egy mondatot, amelyik legjobban jellemzi érzéseidet az utóbbi KÉT HÉTBEN.

1._____Ritkán vagyok szomorú
_____Gyakran vagyok szomorú
_____Mindig szomorú vagyok

2._____Sok mindenben örömöm telik
_____Néhány dologban lelem csak örömöm
_____Semmi sem szerez nekem örömöt

3._____Gyűlölöm magam
_____Nem szeretem magam
_____Szeretem magam

4._____Mindig sírhatnékom van
_____Gyakran van sírhatnékom
_____Csak elvétve van sírhatnékom

5._____Képtelen vagyok bármiben is dönteni
_____Nehezen tudok valamiben is dönteni
_____Nem esik nehezemre dönteni

6. _____Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
_____Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
_____A legszívesebben megölném magam

7. _____Engem senki nem szeret igazán
_____Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
_____Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret

8._____Jól kijövök másokkal
_____Gyakran összeveszek másokkal
_____Szinte mindig összeveszek valakivel

VI. melléklet: Tanári viselkedés

A következő állítások tanáraid viselkedésére vonatkoznak. Kérjük, jelöld meg azt a számot, amelyik a legjobban jellemző tanáraid viselkedésére!

	Egyáltalán nem jellemző					Teljes mértékben jellemző
1. Tanáraimnak világos szabályai és előírásai vannak arról, hogy hogyan viselkedjem.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
2. Tanáraim figyelnek arra, hogy az iskolában érvényes szabályokat kövessem.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
3. Tanáraim azt akarják, hogy mindig az ő szabályaikat kövessem.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
4. Tanáraim meglehetősen pontosan meghatározzék, hogy mit tehetek és mit nem.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
5. Tanáraim megmutatják nekem, hogyan oldhatom meg önállóan a problémáimat.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
6. Tanáraim figyelembe veszik érzéseimet amikor valamit igazságtalannak érzek.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
7. Tanáraim megengedik, hogy döntéseiket megkérdőjelezzem.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
8. Tanáraim számos választási lehetőséget adnak az iskolai feladatok megoldásához.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
9. Tanáraim elfogadják, hogy van saját véleményem.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
10. Tanáraim bátorítanak arra, hogy bizonyos dolgokat megkérdőjelezzek.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
11. Tanáraim éppen úgy hallgatják meg véleményemet, mint egy felnőttét.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
12. Tanáraim nem hallgatják meg véleményemet.	1.	2.	3.	4.	5.	6.

VII. melléklet: Iskoláskorúak Impulzivitás-Kockázatvállalás-Empátia kérdőív (Kozéki, 1994*)*

Válaszolj a kérdésekre úgy, hogy karikázd be az „igen" vagy „nem" szót. Itt nincsenek helyes, vagy helytelen válaszok, és egyik sem „beugrató". Légy szíves gyorsan dolgozz, és ne töprengj túl soká azon, hogy mit is akarhatnak a kérdések.

Kérdés	Válasz	
1. Élveznéd a vízisíelést?	Igen	Nem
2. Előfordul veled, hogy annyira nyugtalan vagy, hogy alig tudsz egyhelyben ülni?	Igen	Nem
3. Gyakran keresed az izgalmakat?	Igen	Nem
4. A mélytengeri merülés vonzó lenne számodra?	Igen	Nem
5. Ha társaságban olyan idegent látnál, aki magányos, sajnálatot éreznél iránta?	Igen	Nem
6. Szeretsz kockázatot vállalni?	Igen	Nem
7. Vidám társaságban mindig vidám vagy, ha meg a társaid szomorúak, te is szomorkás leszel?	Igen	Nem
8. Általában komolyan érdekelnek a barátaid problémái?	Igen	Nem
9. Rendszeresen takarékoskodsz?	Igen	Nem
10. Élveznéd, ha ejtőernyős ugrást végezhetnél?	Igen	Nem
11. Nagyon nehezedre esne, ha rossz hírt kellene közölnöd valakivel?	Igen	Nem
12. Gyakran veszel valamit hirtelen ötlet alapján?	Igen	Nem
13. Szívesebben választanál valami izgalmas foglalkozást sok utazással, kalanddal, mint valamilyen nyugodtabb, biztonságosabb munkát?	Igen	Nem
14. Nagyon nyugtalan leszel, ha hosszú ideig nem mehetsz el otthonról?	Igen	Nem
15. Gyakran gondolkodás nélkül beszélsz vagy cselekszel?	Igen	Nem
16. Szeretnél barlangokat felkutatni?	Igen	Nem
17. Sajnálod a félénk gyerekeket?	Igen	Nem
18. Gyakran kerülsz kellemetlen helyzetbe, mert meggondolatlanul cselekszel?	Igen	Nem
19. Feladatlapok kitöltésekor előfordul, hogy leírod az első választ, ami hirtelen eszedbe jut, aztán elfelejted később ellenőrizni, hogy helyeset írtál-e?	Igen	Nem
20. Butaságnak tartod azt, ha valaki a boldogságtól sír?	Igen	Nem
21. Általában gyorsan dolgozol, anélkül, hogy azzal bajlódnál, hogy ellenőrizd, helyes-e az, amit írtál?	Igen	Nem
22. Szeretsz magasról vízbe ugrani?	Igen	Nem
23. Akikkel együtt vagy, azok általában hatással vannak a hangulatodra?	Igen	Nem
24. Olyannak ismered magad, aki hirtelen cselekszik?	Igen	Nem
25. Szeretnéd, ha új és izgalmas dolgok történnek veled, még akkor is, ha ijesztő és szokatlan helyzetbe kerülsz?	Igen	Nem
26. Mélyen hat rád, ha valamelyik barátod feldúlt vagy kétségbeesett?	Igen	Nem

27. Általában megfontoltan cselekszel?	Igen	Nem
28. Szívesen megtanulnál repülőgépet vezetni?	Igen	Nem
29. Előfordult, hogy nagyon mélyen hatottak rád egy film, színdarab vagy regény hőseinek érzései?	Igen	Nem
30. Gyakran cselekszel pillanatnyi benyomás alapján?	Igen	Nem
31. Ha kevés az esélyed, akkor is szoktál próbálkozni?	Igen	Nem
32. Általában felzaklat, ha valakit sírni látsz?	Igen	Nem
33.Néha megszegsz szabályokat a pillanat hatása alatt?	Igen	Nem
34. Ha társaságban észreveszed, hogy valaki magányos, úgy érzed, mindenképpen kell pár kedves szót szólnod hozzá?	Igen	Nem
35. Át tudnád érezni annak a szomorúságát, akinek hirtelen elpusztul a kedvenc állata?	Igen	Nem
36. Gyakran megszólalsz anélkül, hogy átgondoltad volna,mit is akarsz mondani?	Igen	Nem
37. Jobban szereted a nyugodt, pihentető vakációt, mint az izgalmas kalandos nyaralást?	Igen	Nem
38. Ha a környezetedben mások aggódnak vagy félnek, általában te is átveszed ezt az érzést?	Igen	Nem
39. Gyakran keveredsz olyasmibe, amiből később szeretnél megszabadulni?	Igen	Nem
40. Szívesen vállalsz kockázatot?	Igen	Nem
41. Egy jó fim vagy Tv-sorozat hősével szoktál együtt érezni örömöt, szomorúságot, haragot?	Igen	Nem
42. Az új, izgalmas ötletek annyira magukkal ragadnak, hogy nem is gondolsz az esetleges buktatókra?	Igen	Nem
43. Nehezen tudod megérteni azokat az embereket, akik hegymászással kockáztatják életüket?	Igen	Nem
44. Tudsz dönteni anélkül, hogy mások érzéseivel törődj?	Igen	Nem
45. Az egyhangú munkát hamarabb megunod, mint mások?	Igen	Nem
46. Szeretnél izgalmas helyekre utazni?	Igen	Nem
47. Meg tudod érteni, hogy egyesek miért bántódnak meg könnyen?	Igen	Nem
48. Szerinted, ha előre megtervezzük a dolgokat, akkor azok már nem olyan érdekesek?	Igen	Nem
49. Szeretsz kicsit veszélyes dolgokat csinálni néha?	Igen	Nem
50. Jókedvű maradsz akkor is, ha a barátaidat feldúlja valami?	Igen	Nem
51. Sok erőfeszítésre van szükséged, hogy ne kerülj bajba?	Igen	Nem
52. A minden veszély nélküli élet unalmas lenne számodra?	Igen	Nem
53. Nagyon sajnálod azokat a gyerekeket, akiket folyton ugratnak, bosszantanak?	Igen	Nem
54. Visszautasítanál egy olyan foglalkozást, amely veszélyes?	Igen	Nem
55. Szeretnél nehézbúvárokkal a mélybe merülni?	Igen	Nem
56. Sokszor van egészen más hatása annak, amit mondasz vagy csinálsz, mint amire számítottál?	Igen	Nem
57. Nagyon idegesít, ha valaki megvárakoztat?	Igen	Nem
58. Élveznéd, ha sítalpon egy nagyon meredek hegyoldalon száguldanál	Igen	Nem

lefelé?		
59. Szeretnéd nézni, amikor más az ajándékot bontogatja?	Igen	Nem
60. Ha te nyersz valamiben, eszedbe jut, hogy mit érezhet a vesztes?	Igen	Nem
61. Nagyon szeretsz (szeretnél) diszkóba járni?	Igen	Nem
62. Szívesen kockáztatnád a pénzed szerencsejátékon?	Igen	Nem
63.Ha méregbe jössz nem nézed kinek mit mondasz?	Igen	Nem
64. Vita közben végig tudod várni figyelmesen, míg a másik kifejti érveit?	Igen	Nem
65. Mindig észreveszed, ha a barátodat bántja valami?	Igen	Nem
66. Imádod a sportolást?	Igen	Nem
67. Előfordul, hogy valaki más viselkedik nagyon bután vagy helytelenül a társaságodban, s te szégyelled magad?	Igen	Nem
68. Képes lennél valamilyen veszélyes dolgot csak azért kipróbálni, hogy élvezd a kockázatot?	Igen	Nem
69. El tudod képzelni, milyen az, ha valaki nagyon magányos?	Igen	Nem

Ellenőrizd, kérlek, hogy válaszoltál-e minden egyes kérdésre! Köszönöm a segítséget!

VIII. melléklet: (H.J.E.P.Q) Hungarian Junior Eysenck Personality Qestionnaire (Kálmánchy és Kozéki, 1988)

Válaszolj a kérdésekre úgy, hogy karikázd be az „igen” vagy „nem” szót. Itt nincsenek helyes, vagy helytelen válaszok, és egyik sem „beugrató”. Légy szíves gyorsan dolgozz, és ne töprengj túl soká azon, hogy mit is akarhatnak a kérdések. Minden egyes kérdésre válaszolj, ne hagyj ki egyet sem!

Kérdés	Válasz
1. Szereted, ha sok izgalmas dolog történik körülötted?	Igen Nem
2. Gyakran előfordul, hogy nem vagy rosszabb, mint a többiek, mégis csak téged vesznek észre a tanárok?	Igen Nem
3. Élvezetet találsz abban, hogy olyan embereket bántasz meg, akiket szeretsz?	Igen Nem
4. Megesett már veled, hogy többet vettél magadnak valamiből, mint amennyit a te részed lett volna?	Igen Nem
5. Szinte mindig van gyors és találó válaszod?	Igen Nem
6. Gyakran a barátaidnak kell felvidítaniuk?	Igen Nem
7.Kedved lelnéd az olyan erős tréfában, amely fájhat is valakinek?	Igen Nem
8. Mindig azonnal szót fogadsz?	Igen Nem
9. Szívesebben vagy magadban, mint más gyerekekkel?	Igen Nem
10. Előfordul, hogy minden különösebb ok nélkül nagyon vidám, vagy nagyon szomorú vagy?	Igen Nem
11. Szegtél már meg szabályt az iskolában?	Igen Nem
12. Szeretnéd, ha a többiek félnének tőled?	Igen Nem
13. Élénk természetű vagy?	Igen Nem
14. Sok minden idegesít?	Igen Nem
15. Ha egy tanár rád szól, visszabeszélsz?	Igen Nem
16. Csentél el valaha is valamit, ami a másé volt? (Bármit)	Igen Nem
17. Sok barátod van?	Igen Nem
18. Előfordul veled, hogy minden különösebb ok nélkül rosszkedvűnek érzed magad?	Igen Nem
19. Sajnálod a barátaid, ha egyest kapnak?	Igen Nem
20. Tettél már úgy, mintha nem hallanád, hogy szólnak hozzád?	Igen Nem
21. Szeretnél körülnézni egy régi, kísérteties kastélyban?	Igen Nem
22. Gyakran érzed azt, hogy az élet egyhangú?	Igen Nem
23. Lehet, hogy többször keveredsz veszekedésbe, vitába, mint mások?	Igen Nem
24. Mindig befejezed a házi feladatot, mielőtt játszani kezdek?	Igen Nem
25. Ha nincs kéznél szemétkosár, akkor a földre dobod a hulladékot?	Igen Nem
26. Szeretsz olyasmit csinálni, amiben gyorsan kell cselekedni?	Igen Nem
27. Aggódsz olyam kellemetlenségek miatt, amik esetleg megtörténhetnek veled?	Igen Nem
28. Ha hallod, hogy mások csúnyán beszélnek, mindig rájuk szólsz?	Igen Nem
29. Előfordult már veled, hogy elfeledkeztél egy ígéretedről?	Igen Nem
30. Tudsz jó hangulatot teremteni társaságban?	Igen Nem
31. Könnyen megbántódsz, ha hibát találnak benned, vagy a munkádba?	Igen Nem
32. Nagyon felizgatna, ha látnál egy kutyát, amit éppen elütött egy autó?	Igen Nem
33. Mindig bocsánatot kérsz, ha udvariatlan voltál?	Igen Nem

34. Vannak olyanok, akik bosszút akarnak állni rajtad, mert azt hiszik, hogy elkövettél valamit ellenük?	Igen Nem
35. Mit gondolsz, a vízi-sízés jó szórakozás lehet?	Igen Nem
36. Gyakran érzed magad fáradtnak minden különösebb ok nélkül?	Igen Nem
37. Örülsz, hogyha másokat bosszanthatsz?	Igen Nem
38. Mindig csendben maradsz, ha felnőttek beszélgetnek?	Igen Nem
39. Barátkozáskor általában te vagy a kezdeményező?	Igen Nem
40. Vannak dolgok, amikben különösen érzékeny, sértődékeny vagy?	Igen Nem
41. Szeretnél egy gyors motorbiciklit vezetni, vagy utazni rajta?	Igen Nem
42. Mondtál már rosszat vagy csúnyát valakiről?	Igen Nem
43. Szeretsz vicceket, vidám történeteket mesélni a barátaidnak?	Igen Nem
44. Előfordul veled, hogy hirtelen elszédülsz, majdnem elájulsz?	Igen Nem
45. Több baj van veled az iskolában, mint a többiekkel?	Igen Nem
46. Fel szoktad szedni a papírt és szemetet, amit mások dobáltak szét az osztályban?	Igen Nem
47. Sok hobbid van, sok minden érdekel?	Igen Nem
48. Könnyen megsértődsz?	Igen Nem
49. Beszédes vagy?	Igen Nem
50. Mindig mosol kezet étkezés előtt?	Igen Nem
51. Nehezen tudsz igazán feloldódni egy vidám társaságban?	Igen Nem
52. Gyakran érzed úgy, hogy mindenből eleged van?	Igen Nem
53. Jó vicc nézni, ahogy egy banda ingerel egy kisebb gyereket?	Igen Nem
54. Mindig csendben vagy az osztályban, még akkor is ha nincs benn a tanár?	Igen Nem
55. Szeretsz olyasmit csinálni, ami azért egy kicsit félelmetes?	Igen Nem
56. Előfordul veled, hogy olyan nyugtalan vagy, hogy alig tudsz egyhelyben megülni?	Igen Nem
57. Szeretnél egymagadban a Holdra repülni?	Igen Nem
58. Ünnepélyeken mindig együtt énekelsz a többiekkel?	Igen Nem
59. Szívesen vagy együtt másokkal?	Igen Nem
60. Sokszor van ijesztő álmod?	Igen Nem
61. Túlságosan szigorúak veled a szüleid?	Igen Nem
62. Előfordult már, hogy csaltál valamilyen játékban?	Igen Nem
63. Az ejtőernyős ugrás gondolata vonzó számodra?	Igen Nem
64. Sokáig nyugtalanít, ha rájössz, hogy bután viselkedtél?	Igen Nem
65. Előfordult már veled, hogy eltörted, vagy elvesztetted más holmiját?	Igen Nem
66. Étkezésnél mindig mindent megeszel, amit adnak?	Igen Nem
67. El tudod engedni magad és igazán jól szórakozni egy vidám, zajos társaságban?	Igen Nem
68. Érzed néha úgy, hogy nem is érdemes élni?	Igen Nem
69. Nagyon sajnálnál egy csapdába esett állatot?	Igen Nem
70. Voltál valaha is szemtelen a szüleiddel?	Igen Nem
71. Gyakran határozol el hirtelen valamit?	Igen Nem
72. Amikor tanulsz, gyakran elkalandoznak a gondolataid?	Igen Nem
73. Gyakran fordul elő, hogy a szüleid rajtad töltik ki a mérgüket?	Igen Nem
74. Ha mások rád kiabálnak, visszakiabálsz?	Igen Nem
75. Szeretsz alá bukni, vagy fejest ugrani a vízbe?	Igen Nem
76. Előfordul, hogy este nehezen tudsz elaludni, mert nyugtalanít valami?	Igen Nem
77. Előfordult már, hogy könyvtári könyvbe belefirkáltál, vagy beleírtál valamit?	Igen Nem
78. Érzed-e néha úgy, hogy otthon mindig csak a baj van veled?	Igen Nem

79. Mások véleménye szerint élénk természetű vagy?	Igen	Nem
80. Gyakran érzed magad magányosnak?	Igen	Nem
81. Rosszul esne, ha az osztálytársaid nem akarnának barátkozni veled?	Igen	Nem
82. Ha kapsz valami édességet, mindig megosztod másokkal?	Igen	Nem
83. Szeretsz otthonról eljárni, szórakozni?	Igen	Nem
84. Szeretsz vakmerő, veszélyes dolgokat csinálni?	Igen	Nem
85. Gyakran előfordul, hogy a barátaid nem akarnak tovább játszani veled?	Igen	Nem
86. Terhesnek találtad, hogy ki kellett tölteni ezt a kérdőívet?	Igen	Nem

Ellenőrizd, kérlek, hogy válaszoltál-e minden egyes kérdésre! Köszönöm a segítséget!

IX. melléklet: Általános Énhatékonyság Skála (Schwarzer és Jerusalem, 1995)

Kérünk, jelöld be, mennyire jellemzők Rád az alábbi állítások:

1: Egyáltalán nem jellemző

2. Alig jellemző

3. Jellemző

4. Teljesen jellemző

	1.	**2.**	**3.**	**4.**
1. Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom.				
2. Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit szeretnék.				
3. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem céljaimat.				
4. Ötletességemnek köszönhetően tudom, miként kezeljem a váratlan helyzeteket.				
5. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.				
6. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást.				
7. Meg tudom őrizni a nyugalmamat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok megoldó képességemre.				
8. Ha a szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra.				
9. Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, hogy mitévő legyek.				
10. Bármi történik, általában kezelni tudom a helyzeteket.				

X. melléklet: The Aggression Questionnaire (Buss és Perry, 1992)

Az alábbiakban 5 állítást találsz. Kérünk, jelöld be, mennyire jellemzők Rád az alábbi állítások:

1. Egyáltalán nem jellemző
2. Nem jellemző
3. Semleges/nem tudom
4. Jellemző
5. Teljes mértékben jellemző

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Nyíltan elmondom a barátaimnak, ha nem értek velük egyet.					
2. Gyakran vitatkozom az emberekkel.					
3. Mikor bosszant valaki, megmondom neki, hogy mi a véleményem róla.					
4. Nem tudom megállni, hogy össze ne vitatkozzam azokkal, akik nem értenek velem egyet.					
5. A barátaim szerint szeretek vitatkozni.					
6. Van úgy, hogy nem tudom kontrollálni magam, hogy meg ne üssek valakit.					
7. Ha eléggé ingerelnek, előfordul, hogy megütök valakit.					
8. Ha megütnek, visszaütök.					
9. Kicsit gyakrabban keveredek verekedésbe, mint az átlagemberek.					
10. Ha erőszakhoz kell folyamodnom, hogy megvédjem a jogaimat, megteszem					
11. Vannak olyan emberek, akik annyira felbosszantanak, hogy végül összeverekedünk.					
12. Úgy gondolom, nincs jó ok arra, hogy megüssek valakit.					
13. Már fenyegettem meg olyan embert, akit ismerek.					
14. Volt már, hogy idegességemben valamit összetörtem.					
15. Gyorsan dühbe jövök, de gyorsan meg is nyugszom.					
16. Amikor valami nem sikerül és csalódom, kimutatom az ingerültségemet.					
17. Néha úgy érzem magam, mint egy puskaporos hordó, ami mindjárt felrobban.					
18. Kiegyensúlyozott ember vagyok.					
19. Néhány barátom forrófejűnek tart.					
20. Néha megfelelő indok nélkül is dühbe gurulok.					
21. Indulataim kontrollálása gondot okoz.					

XI. melléklet: Flow-kérdőív (Oláh, 1999)

Gondolj egy olyan alkalomra, amikor SPORTOLSZ (EZ LEHET TESTNEVELÉS ÓRA VAGY EDZÉS). Kérjük, összegezd élményeidet a következők szerint (1 – majdnem soha/ érzem így, 5 – szinte mindig így érzem)
Amikor <u>órán/edzésen vagyok</u>, akkor általában azt mondhatom, hogy:

1. Szeretem az ilyen alkalmakat.

nagyon kevéssé	vala-mennyire	eléggé	meglehetősen	nagyon
1	2	3	4	5

2. Belemerülök abba, amit csinálok

nagyon kevéssé	vala-mennyire	eléggé	meglehetősen	nagyon
1	2	3	4	5

3. Folyamatosan érzem, hogy jól mennek a dolgok

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

4. Akkor is csinálnám ha nem kellene

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

5. Érdektelen számomra az egész

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

6. Nem tud lekötni

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

7. Unalom fog el

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

8. Erőfeszítésembe kerül, hogy arra összpontosítsak, ami éppen történik

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

9. Magammal foglalkozom

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

10. Izgalmas próbatétel számomra és élvezem, hogy tudom csinálni amit kell

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

11. Távol áll tőlem amit tenni kell

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

12. Élvezem az élményt és képességeim használatát

nagyon kevéssé	vala-mennyire	eléggé	meglehetősen	nagyon
1	2	3	4	5

13. Nagyok a követelmények és ez elkeserít

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

14. Figyelmem elkalandozik

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

15. Mivel félkézzel is meg tudom csinálni unalommal tölt el

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

16. Ideges leszek

nagyon kevéssé	vala-mennyire	eléggé	meglehetősen	nagyon
1	2	3	4	5

17. Világosabban tudom mit kell tennem.

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

18. Fáraszt az egész.

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

19. Az idő múlása

nagyon lassú	inkább lassú	se nem gyors, se nem lassú	meglehetősen gyors	nagyon gyors
1	2	3	4	5

20. Úgy érzem, meg tudok felelni a helyzet követelményeinek.

majdnem soha	soha	eléggé	meglehetősen	majdnem mindig
1	2	3	4	5

21. Amit a legtöbb esetben csinálnom kell, az izgalmas kihívást jelent a számomra

nem				teljes mértékben
1	2	3	4	5

22. A helyzet kívánta képességeim

alacsony szintűek				magas szintűek
1	2	3	4	5

XII. melléklet: Megküzdési Mód Preferencia kérdőív (Oláh, 2005)

A mindennapokban gyakran élünk át olyan helyzeteket, amelyek szorongást idéznek elő. Kérjük, gondold át, **hogy általában mit szoktál tenni, amikor ilyen szorongást kiváltó, fenyegető helyzettel, vagy valamilyen kínos problémával találod szembe magad.**

Kérjük, gondosan olvasd el az egyes állításokat és jelöld meg a válaszod az alábbiak szerint!

Kérjük, minden kérdésre válaszolj, nincsenek helyes vagy helytelen megoldások. Válaszolj úgy, hogy a legpontosabban jellemző képet tükrözzék válaszaid. Együttműködésedet hálásan köszönjük!

1 = szinte soha nem jellemző rá…….....4= teljes mértékben jellemző rám

1. Beszélek valakivel, aki konkrét lépést tehet a probléma megoldására.	1.	2.	3.	4.
2. Megpróbálom kikapcsolni valahogy az érzelmeimet.	1.	2.	3.	4.
3. Különböző megoldásokat gondolok ki.	1.	2.	3.	4.
4. Igyekszem rugalmas lenni.	1.	2.	3.	4.
5. Magamat okolom a történtekért.	1.	2.	3.	4.
6.Különböző dolgokkal megpróbálom elérni, hogy jobban érezzem magam.	1.	2.	3.	4.
7. Megpróbálom minél jobban megérteni a helyzetet.	1.	2.	3.	4.
8. Nyugtatgatom magam, hogy legközelebb majd másképp alakulnak a dolgok.	1.	2.	3.	4.
9.Más elfoglaltság után nézek, hogy a gondoktól megszabaduljak.	1.	2.	3.	4.
10.Arra a kedvező lehetőségre koncentrálok, ami kihozható a helyzetből.	1.	2.	3.	4.
11. Amikor valami nem úgy megy, ahogy kéne, gyorsan dühbe gurulok.	1.	2.	3.	4.
12. Tanácsot kérek egy általam nagyra értékelt személytől.	1.	2.	3.	4.
13. Elfogadom, ami van.	1.	2.	3.	4.
14. Bűntudatot érzek a történtek miatt.	1.	2.	3.	4.
15. Ilyenkor többet és gyakrabban eszem.	1.	2.	3.	4.
16. Az időre bízom a megoldást.	1.	2.	3.	4.
17. Dühbe gurulok.	1.	2.	3.	4.
18. Próbálok helytállni és megküzdeni azért, amit el akarok érni.	1.	2.	3.	4.
19. Igyekszem olyan helyzeteket felidézni, amelyekben kellemesen érzem magam.	1.	2.	3.	4.
20. Megpróbálom más számlájára írni azt, hogy rosszul alakulnak a dolgok.	1.	2.	3.	4.
21. Igyekszem gondolataimat inkább más feladatra koncentrálni.	1.	2.	3.	4.
22. Legszívesebben törnék-zúznék.	1.	2.	3.	4.
23. Szabadjára engedem az érzéseimet.	1.	2.	3.	4.
24. Ilyenkor valakivel beszélnem kell az érzéseimről.	1.	2.	3.	4.
25. Olyan személyektől kérek információt, akik már voltak hasonló helyzetben.	1.	2.	3.	4.

26. Jobb időkről álmodom.	1.	2.	3.	4.
27. Igénylem mások együttérzését.	1.	2.	3.	4.
28. Magabiztosan lépek fel.	1.	2.	3.	4.
29. Igyekszem megosztani másokkal a gondjaimat.	1.	2.	3.	4.
30. Tartalék energiáimat bevetve próbálok helytállni.	1.	2.	3.	4.
31. Segítséget keresek a probléma megoldásához.	1.	2.	3.	4.
32. Valamivel megjutalmazom magam.	1.	2.	3.	4.
33. Magamba keresem a hibát.	1.	2.	3.	4.
34. Elzárkózóm az emberek elől.	1.	2.	3.	4.
35. Bosszúálláson töröm a fejem.	1.	2.	3.	4.
36. Igyekszem a problémát kirekeszteni a tudatomból.	1.	2.	3.	4.
37. Megpróbálok minél határozottabban fellépni.	1.	2.	3.	4.
38. Összegzem azokat a múltbeli tapasztalataimat, amelyeket korábban hasonló helyzetekben szereztem.	1.	2.	3.	4.
39. Igyekszem távolabbról szemlélni a helyzetet, így próbálok tárgyilagosabb lenni.	1.	2.	3.	4.
40. Igyekszem minél többet megtudni a helyzetről.	1.	2.	3.	4.
41. Megpróbálom olyan szemszögből vizsgálni a problémát, hogy elviselhetőbbnek tűnjön.	1.	2.	3.	4.
42. Hagyom, hogy az érzelmeim szabadon megnyilvánuljanak.	1.	2.	3.	4.
43. Beletörődöm, hogy együtt kell élnem a problémával.	1.	2.	3.	4.
44. Érzelmi támaszt keresek a barátaimnál, szeretteimnél.	1.	2.	3.	4.
45. Igyekszem a helyzetet pozitív, kellemes oldalát észrevenni.	1.	2.	3.	4.
46. Minden dühömet kiadom, hogy csökkentsem a probléma keltette feszültséget.	1.	2.	3.	4.
47. Igyekszem elterelni a figyelmemet a problémáról.	1.	2.	3.	4.
48. A sorsra bízom magam.	1.	2.	3.	4.
49. Igyekszem megváltoztatni a helyzetet.	1.	2.	3.	4.
50. Kritizálom és elmarasztalom magam.	1.	2.	3.	4.
51. Minden lehetőséget számba veszek, ami segítheti a probléma kezelését.	1.	2.	3.	4.