

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

EGÉSZSÉGNEVELÉS DOKTORI PROGRAM

DUDOK RÉKA

**A TIPIKUSAN FEJLŐDŐ ÉS A SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYŰ
SERDÜLŐK PSZICHOLÓGIAI EGÉSZSÉGÉNEK,
EGÉSZSÉGMAGATARTÁSÁNAK ÉS JÓLLÉTÉNEK VIZSGÁLATA**

Ph.D-értekezés

Témavezető:

Prof. Dr. Pikó Bettina
egyetemi tanár



Szeged

2025

TARTALOM

1. BEVEZETÉS.....	3
2. A PSZICHOLÓGIAI JÓLLÉT MEGKÖZELÍTÉSEI.....	8
2.1. <i>A pozitív pszichológia irányzata.....</i>	8
2.2. <i>A pozitív pszichológia kialakulásának történeti kontextusa</i>	11
2.3. <i>A pszichológiai jóllét fogalma és jelentősége a pozitív pszichológiai szemléletben ...</i>	15
2.4. <i>A pszichológiai jóllét értelmezési lehetőségei: fogalmak és megközelítések.....</i>	17
2.5. <i>A pszichológiai jóllét modelljei: a PERMA és az EPOCH megközelítés</i>	19
2.6. <i>Az erősségek szerepe a jóllétben és a boldogulásban</i>	22
2.7. <i>A pszichológiai jóllét és az egyéni pszichés erőforrások.....</i>	25
2.8. <i>A pszichológiai jóllét és a szociális erőforrások</i>	30
2.9. <i>A pozitív pedagógia – a pozitív pszichológia alkalmazása az oktatásban</i>	35
2.10. <i>Részösszegzés.....</i>	39
3. SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYEK (SNI).....	41
3.1. <i>Kiemelt figyelmet igénylő gyermekek</i>	42
3.2. <i>Az SNI (sajátos nevelési igény) jelentése és jelentősége</i>	43
3.3. <i>Az egyéb pszichés fejlődési zavar és a specifikus tanulási zavar (SLD)</i>	45
3.4. <i>SNI-s gyermekek integrált oktatása</i>	51
3.5. <i>A specifikus tanulási zavarral küzdő gyermekek jóllétének vizsgálata</i>	54
3.5.1. <i>Tanulási zavarok és a pszichológiai jóllét kapcsolata.....</i>	54
3.5.2. <i>A tanulási zavarok pszichés következményei</i>	58
3.6. <i>Részösszegzés.....</i>	60
4. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS	62
4.1. <i>Az egészségmagatartás fogalma</i>	62
4.1.1. <i>A WHO egészségkonceptiója.....</i>	63
4.2. <i>Egészségmagatartás jellemzői serdülők körében</i>	65
4.3. <i>Serdülőkor és a rizikómagatartás</i>	69
4.3.1. <i>Rizikómagatartás és mentális jóllét.....</i>	70
4.3.2. <i>A rizikómagatartás összefüggései az érzelmi- és viselkedésbeli problémákkal</i>	72
4.3.3. <i>Rizikómagatartás és proszocialitás</i>	74
4.4. <i>Iskolai kötődés és az egészségmagatartás összefüggései</i>	75
4.5. <i>Egészségmagatartás és a tanulási zavar</i>	76
4.6. <i>Részösszegzés.....</i>	78
5. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS RELEVÁNCIÁJA, CÉLJA ÉS HIPOTÉZISEI	80

6. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS MÓDSZEREI	84
6.1. <i>A pilot vizsgálat</i>	85
6.1.1. Az adatfelvétel folyamata	85
6.1.2. A pilot minta jellemzői.....	85
6.2. <i>A teljes mintás vizsgálat</i>	86
6.2.1. Az adatfelvétel folyamata	86
6.2.2. A minta jellemzői.....	86
6.3. <i>Az empirikus kutatás mérőszekőze.....</i>	87
6.3.1. Az alkalmazott mérőeszköz	87
6.3.2. A vizsgálatban használt kérdőívek megbízhatósága	92
6.4. <i>Az adatfelvétel tapasztalatai.....</i>	92
7. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS EREDMÉNYEI	94
7.1. <i>A pilot vizsgálat eredménye.....</i>	94
7.1.1. A vizsgált pszichés változók leíró statisztikája és a nemek közötti különbségek	94
7.1.2. Az SNI és a tipikusan fejlődő csoport összehasonlító elemzése.....	95
7.1.3. A rizikómagatartásokkal kapcsolatos eredmények	97
7.1.4. A pilot vizsgálat eredményeinek értelmezése	100
7.2. <i>A teljes mintás vizsgálat eredményei</i>	103
7.2.1. A vizsgálatba bevont pszichológiai változók leíró statisztikájának bemutatása	103
7.2.2. Pszichológiai jóllét a specifikus tanulási zavar tükrében.....	109
7.2.3. Serdülőkori rizikómagatartások többszintű protektív tényezői.....	125
7.2.4. A pszichológiai jóllét a képességek és nehézségek tükrében és a rizikómagatartásokkal való összefüggésében	135
7.2.5. Képességek és nehézségek a specifikus tanulási zavar tekintetében	144
8. KÖVETKEZTETÉSEK	155
8.1. <i>Hipotézisek ellenőrzése.....</i>	155
8.2. <i>Az eredmények összefoglalása és értelmezése.....</i>	161
8.3. <i>Korlátok és további kutatási irányok.....</i>	166
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	170
IRODALOM.....	171
DISSZERTÁCIÓHOZ KAPCSOLÓDÓ SAJÁT PUBLIKÁCIÓK.....	203
ÁBRÁK JEGYZÉKE	205
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.....	206
MELLÉKLETEK	208

1. BEVEZETÉS

A serdülőkori az emberi fejlődés egyik legmeghatározóbb szakasza, amely nem csupán biológiai érettséget, hanem komplex pszichológiai és szociális változásokat is magában foglal. Ebben az időszakban a serdülő egyének mentális egészségének megőrzése érdekében elengedhetetlen a mentális egészség és a pszichológiai distressz előzményeinek és előrejelzőinek megértése, hiszen ezek jelentős kihatással lehetnek az egyének életminőségére, valamint hosszútávú fejlődésükre. A serdülők mentális egészsége különös figyelmet érdemel, mivel ez az időszak meghatározó az étellel kapcsolatos attitűdök, a viselkedésformák és az önazonosság kialakításában. A bizonyítékokon alapuló stratégiai intézkedések és intervenciók kidolgozásához szükséges a jóllét előmozdítását szolgáló egyedi kihívásoknak és lehetőségeknek megértése.

A nevelés-oktatás szerepe a XXI. században messze túlmutat az ismeretátadáson, célja a tanulók komplex képességrendszerének kialakítása, amely képessé teszi őket reális céljaik meghatározására, azok megvalósítására, valamint a megküzdési mechanizmusok fejlesztésére. Azok a serdülők, akik megfelelő támogatást kapnak ebben az életszakaszban, nagyobb valószínűséggel építenek ki pozitív szociális kapcsolatokat, és sikerebben alkalmazkodnak a környezetükben tapasztalt kihívásokhoz. Ez a megközelítés hozzájárulhat a tanulók sikeres adaptációjához és önmegvalósításához, különös tekintettel a sajátos nevelési igényű diákokra, akik fokozott kockázatnak vannak kitéve társadalmi és egyéni szinten egyaránt.

A serdülőkori pszichológiai és mentális jóllétének elősegítése nemcsak az egyének, hanem a társadalom számára is kiemelt jelentőségű. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 2018) és az Európai Unió Tanácsa (2022) hangsúlyozza az iskolák szerepét az egészségügyi intervenciók megvalósításában. Az "Utak az iskolai sikerhez" program (EU, 2022) kiemeli a mentális jóllét és a tanulmányi teljesítés közötti kapcsolatot, mely alapot nyújt a diákok átfogó támogatására. Az "Education 2030" keretében megmutatkoznak az ENSZ Fenntartható Fejlődési Céljai (SDG 4), melyben többek között szerepel a minőségi oktatás biztosítása, ami magában foglalja a diákok mentális jóllétének elősegítését is. Az iskolai évek alatt megjelenő kedvezőtlen lelkiállapot és gyenge tanulmányi eredmények jelentős szerepet játszhatnak a későbbi maladaptív pszichoszociális működések kialakulásában. Ez az időszak alapvető fontosságú, mivel a gyermekek mentális egészsége és tanulmányi készségeinek megalapozása ebben az életkorban történik (Jianhua et al., 2021).

A serdülőkori a bio-pszicho-szociális változások miatt is egy veszélyeztetett, kritikus fejlődési időszak, a WHO (2018) szerint a mentális egészséggel kapcsolatos problémák

nagyszámban emelkednek a serdülők körében, valamint a felnőttkorban fennálló mentális problémák megjelenése is erre az időszakra tehető (Németh et al., 2019). Ezért is élvez prioritást, hogy ebben az időszakban foglalkozzunk a serdülők pszichológiai jóllétével (Seligman, 2011). Elmondható, hogy serdülőkorban a mentális egészség hiánya pszichés zavarok kialakulásához vezethet, valamint akár a funkcionális képességek elvesztése is megjelenhet. Továbbá tapasztalható, hogy az alacsony szintű mentális egészség az alacsony iskolai teljesítménnyel társulva az iskolai évek során elősegítheti a pszichoszociális alkalmazkodási zavarok kialakulását és bejósolhatja az alacsony iskolai végzettséget, mely nagymértékben kihathat a felnőttkori működésekre is (Zhou et al., 2021). Tehát a mentális egészség és a pszichológiai jóllét védelme és előmozdítása minden serdülő számára fontos, de kiemelt jelentőségű, ha a gyermeknek, serdülőnek sajátos nevelési szükségletei vannak (EU, 2008, 2019). A tanulási nehézségeket, például a tanulási zavarokat olyan kockázati tényezőként kell kezelni, amelyek negatívan befolyásolhatják a jóllétet, az elégedettséget és az életminőséget. A tanulási problémákhoz való érzelmi alkalmazkodás ugyanis meghatározó tényező lehet az egyén hosszú távú boldogulása szempontjából. Ezért kiemelten fontos azonosítani azokat a védőfaktorokat, amelyek hatékonyan támogatják az iskoláskorú gyermekek pszichológiai jóllétének fejlődését, és elősegítik mentális egészségük és tanulmányi sikerességük fenntartását.

A speciális nevelési szükségletű gyerekek jóllétével foglalkozó kutatások arra engednek következtetni, hogy a tanulási zavar diagnózis hatással van az egyén pszichológiai egészségére, jóllétére is (Atadokht et al., 2014; Barnes & Harrison, 2017; Kalka & Lockiewicz, 2017; Matteucci et al., 2019; Matteucci & Soncini, 2021). A speciális nevelési szükségletű gyerekek a képességek számos területén alacsonyabb szinten funkcionálnak, mint tipikusan fejlődő társaik, ezek a területek azonban nemcsak az iskolai teljesítmény és az alap kultúrtechnikák területét, hanem a társas és az egyéni jellemzőket is érintik. Ezek alapján elmondható, hogy a diagnózissal bíró diákok mentális jóllétének előmozdításához szükséges, hogy a fejlesztések a személyes és a szociális készségek területére is kiterjedjenek. Az igazi esélyegyenlőség megteremtése érdekében az oktatási intézményeiknek olyan személyre szabott, nehézségeikhez illő támogatást kell nyújtaniuk az érintett gyerekeknek, amely összhangban van a szükségleteikkel (Gaspar et al., 2016; Lundqvist et al., 2019; Mattar et al., 2020). Ezért fontos, hogy a kutatások olyan területekre összpontosítsanak, amelyek feltárják az érintett nehézségeket, problémákat, és kijelölik a pszichológiai fejlesztések potenciális irányait a tanulási és viselkedési nehézségekkel küzdő diákok számára (Dimitrellou & Hurry, 2019; Webster & Blatchford 2013).

A serdülőkor kiemelt jelentőséggel bír nemcsak a mentális jóllét támogatása, hanem a helyes egészségmagatartás kialakítása szempontjából is, mivel ekkor alakulnak ki azok a szokások és viselkedésminták, amelyek hosszútávú hatással lehetnek a testi és lelki egészségre. Az ilyen viselkedések közül különösen a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a helytelen táplálkozás jelent komoly kihívást, amelyek egyaránt befolyásolják az élettani állapotokat és a pszichés jóllétet. Az egészséget és betegséget formáló tényezők - társadalmi, pszichológiai és biológiai hatások - összetetten és kölcsönösen befolyásolják egymást. Ugyanez igaz a mentális egészségre és a mentális problémákra is, amelyek szociális és viselkedési nehézségekkel fonódnak össze, és kihatnak az egyén pszichológiai állapotára (Aucott et al., 2014). Az alacsony szintű mentális jóllét gyakran kapcsolódik kockázatos viselkedésekhez, például túlzott alkoholfogyasztáshoz, dohányzáshoz, szerhasználathoz vagy akár kockázatos szexuális magatartáshoz (Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2010). E kapcsolatokban az ok-okozati viszonyok azonban sokszor bizonytalanok (Fitzgerald et al., 2016; Varga & Pikó, 2015). Mindemellett a mentális jóllét javítása nemcsak a pozitív kimeneteket támogatja, hanem védelmi szerepet is betölt a pszichés zavarokkal szemben. Ezáltal a jóllét egyszerre tekinthető a fejlődés pozitív mutatójának és az optimális mentális egészség alapjának (Lerner et al., 2003; Park & Peterson, 2003).

A tanulási zavarokkal élők körében a komorbiditás hatására gyakran megfigyelhető a kockázatos magatartások fokozott jelenléte, amit részben a társas elfogadás keresése vagy az elégtelenség érzésének leküzdése motiválhat (Bender, 2008). Bár a tanulási nehézségek és a szerhasználat közötti kapcsolatot vizsgáló tanulmányok eredményei nem mindig egyértelműek, egyes kutatások magasabb előfordulási arányról számolnak be (Beitchman et al., 2001; Karacostas & Fisher, 1993), míg mások hasonló vagy alacsonyabb arányt mutatnak a tanulási nehézségekkel nem küzdő társaikhoz képest (Elmqvist et al., 1992; Molina & Pelham, 2001).

A mentális egészség és a kockázatos viselkedések kapcsolata összetett: a mentális problémák hozzájárulhatnak a rizikómagatartások előfordulásához, ugyanakkor ezek a viselkedések tovább ronthatják a mentális állapotot (Gaspar et al., 2016). Az érzelmi nehézségek, mint például a szorongás vagy a depresszió, gyakran társulnak káros viselkedési formákkal, például alkohol- és drogfogyasztással. Ezzel szemben a proszociális magatartás - az empátia, a segítőkészség és a társas kapcsolatok minősége - védőfaktorként léphet fel (Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020), hiszen a serdülők attitűdjei, hiedelmei és környezeti hatásai meghatározzák, hogy milyen mértékben fogadják el vagy utasítják el az egészségmegőrzéshez kapcsolódó viselkedéseket. A mentális jóllét előmozdításának egyik kulcsa a pozitív

egészségmagatartások kialakítására való tudatos törekvés, amelyet családi, iskolai és társadalmi szinten egyaránt támogatni kell.

A serdülőkorúak optimális egészségi állapota szorosan összefügg pszichológiai és mentális jóllétükkel (Eccles & Roeser, 2011; Durlak et al., 2011; Sawyer et al., 2012; WHO, 2021), ami rávilágít annak jelentőségére, hogy ebben az életszakaszban kiemelt figyelmet fordítsunk az optimális jóllét alapjainak megerősítésére és támogatására. A serdülők mentális egészségének javítása olyan programok bevezetésével valósítható meg, amelyek integrált szemléletben tekintenek az egyéni és társas tényezőkre, valamint a protektív és rizikótényezőkre, továbbá amelyek különösen figyelembe veszik a sajátos nevelési igényeket és a rizikócsoportokat (Das et al., 2023; Kállai & Mile, 2020; EU, 2019). Az interdiszciplináris együttműködés, amely magában foglalja a pedagógusok, pszichológusok és egyéb szakemberek tevékenységét, biztosíthatja a támogató programok hatékonyságát. A serdülőkori egészségmegőrzés különösen fontos szerepet játszik a későbbi életminőség és egészségügyi kilátások alakulásában (Diener & Chan, 2011) így kiemelt figyelmet érdemel az iskolai kötődés erősítése, a mentális egészség támogatása, valamint a védőfaktorok fejlesztése.

Jelen doktori disszertáció célja, hogy feltárja a pszichológiai jóllét többdimenziós rendszerét serdülőkorú tanulók körében, különös tekintettel a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók pszichés működésének sajátosságaira. A vizsgálat három szinten – egyéni, társas és általános – közelíti meg a jóllét fogalmát, a Bronfenbrenner-féle ökológiai modell alapján. A kutatás nem egy meglévő elméleti modell empirikus igazolására törekszik, hanem egy komplex, rendszerszintű keret mentén elemzi a pszichológiai jóllét meghatározó tényezőit és ezek összefüggéseit, külön figyelmet szentelve az egészségmagatartásokkal való kapcsolódási pontoknak.

A dolgozat neveléstudományi relevanciája több szinten is megragadható. Egyrészt hozzájárul az inkluzív pedagógiai szemlélet elmélyítéséhez, különösen a sajátos nevelési igényű tanulók pszichológiai támogatásának szempontjából. Másrészt rámutat azokra a protektív és rizikótényezőkre, amelyek iskolai környezetben való azonosítása segítheti a prevenciós és intervenciós gyakorlatok fejlesztését. Harmadrészt az empirikus eredmények felhasználhatók a pedagógusképzés tartalmi megújításában, különösen a mentálhigiénés és társas készségeket fejlesztő modulok kapcsán.

Doktori disszertációm három nagyobb egységre osztható, az első részben kutatásom elméleti hátterét mutatom be, amelyben kitérek a serdülőkori pszichológiai jóllét fogalmára és a hozzákapcsolódó tényezők rendszerére, egyéni, társas és általános szintű megközelítések alapján. Ezután bemutatom a sajátos nevelési igények fogalmát, azon belül is a specifikus

tanulási zavar diagnózisát és a hozzá kapcsolódó pszichés következményeket. Majd körbejáróm a serdülők egészségmagatartásának, valamint az egészségrizikó-magatartásának kérdéseit. A dolgozat második nagy egységében bemutatom a kutatás módszertani felépítését, a minta jellemzőit és a mérőeszközöket, valamint az empirikus vizsgálatom eredményeit, amelyben kitérek a pszichológiai jóllét, a specifikus tanulási zavar és az egészség-rizikó magatartások összefüggéseire, külön hangsúlyt fektetve a specifikus tanulási zavarral küzdő és a tipikusan fejlődő tanulók összehasonlítására. Ebben a második szakaszban a magyar, illetve az angol nyelven megjelent tanulmányaimat veszem kiindulási pontnak, amelyek tudományos folyóiratokban jelentek meg, és a főbb pontokat lábjegyzetben kiemelem. Végül a harmadik egységben a következtetéseimet fogalmazom meg és azok eredményeit egy komplex rendszerként értelmezem. Értekezésemben átfogó képet nyújtok a serdülők mentális egészségéről, egészségmagatartásáról és a specifikus tanulási zavarral küzdők nehézségeiről és erősségeiről.

2. A PSZICHOLÓGIAI JÓLLÉT MEGKÖZELÍTÉSEI

A pszichológiai jóllét napjainkban a mentális egészségkutatás egyik kiemelt jelentőségű területe, különösen a serdülőkor vizsgálatában. A fogalom a pozitív pszichológia térnyerésével került a tudományos érdeklődés fókuszába, és azóta is folyamatosan bővülő elméleti kereteken belül értelmeződik. A pozitív pszichológia szemléletének bemutatása alapvetően fontos, mivel ez képezi a pszichológiai jóllét értelmezésének egyik fő elméleti háttérét, különösen a serdülőkor vizsgálatában. A paradigmaváltás, amely a hiányosságok és patológiák helyett az erősségek, fejlődési lehetőségek és pozitív pszichés működés irányába fordult, új megközelítéseket tett lehetővé a jóllét mérésére, fejlesztésére és értelmezésére. Ez különösen lényeges a sajátos nevelési igényű tanulók vizsgálatában, ahol a pozitív erőforrások az egészséges pszichés fejlődés és alkalmazkodás meghatározó tényezői lehetnek.

A fejezet elsőként áttekinti a pozitív pszichológia kialakulását és történeti fejlődését, különös figyelmet szentelve annak szemléleti fordulatára, amely a hiányosságok helyett az emberi erősségek, erények és fejlődési lehetőségek feltárását állítja a középpontba. Ezt követően bemutatja a pszichológiai jóllét fogalmának különböző értelmezéseit, valamint az ahhoz kapcsolódó elméleti modelleket. Részletesen tárgyalja a PERMA- és az EPOCH-modellt, amelyek a jóllét mérésének és fejlesztésének korszerű kereteit kínálják, különös tekintettel a serdülőkor sajátosságaira. A fejezet emellett áttekinti azokat a pszichológiai erősségeket – mint az önbecsülés, reziliencia, iskolai kötődés, társas támogatás vagy a proaktív megküzdés –, amelyek a serdülők pszichológiai jóllétének meghatározó tényezői lehetnek. Végül ismerteti a disszertációban alkalmazott háromszintű (egyéni, társas és általános) megközelítést, amely rendszerszintű elméleti alapot biztosít a pszichológiai jóllét komplex vizsgálatához.

2.1. A pozitív pszichológia irányzata

A pozitív pszichológia egy viszonylag új megközelítés a pszichológia területén belül, amely az emberi tapasztalat pozitív aspektusainak megértésére és ápolására összpontosít ahelyett, hogy csak a problémákat és betegségeket kezelné (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihályi, 2000).

A pozitív pszichológia művelői szerint (pl. Csikszentmihályi, 2013; Seligman, 2011) a pszichológia hagyományosan elsősorban a mentális egészségi problémák és a diszfunkcionális viselkedésformák azonosítására és javítására összpontosít és bár ez fontos munka, azt is jelenti, hogy a pszichológia történelmileg több időt töltött az emberi cselekvés és az emberi működés

spektrumán belül a negatív oldal vizsgálatával. Ezzel szemben a pozitív pszichológia célja, hogy a spektrum másik végére világítson rá, azokra a pozitív tulajdonságokra, erősségekre és tapasztalatokra, amelyek lehetővé teszik az egyének és közösségek számára, hogy valóban gyarapodjanak, és a lehető legteljesebb és legértelmesebb életet éljék. A pozitív pszichológia célja a jóllét megértése és előmozdítása, valamint az emberek segítése abban, hogy mélyen kielégítő, teljes életet élhessenek. Ezt a megközelítést Martin Seligman öntötte formába az 1990-es évek végén, és ezzel az emberi természet deficit-alapú felfogásától az erősség-alapú felfogás felé fordult (Seligman, 1999). A pozitív érzelmekre, a karaktererősségekre és az optimális működést elősegítő feltételekre összpontosítva a pozitív pszichológia a pszichológia fontos aldiszciplínájává vált, amely az oktatásban, az egészségügyben és a szervezeti környezetben is alkalmazható (Lopez & Snyder, 2011).

„A pozitív pszichológia az életben jelen lévő pozitív dolgok tudományos vizsgálata” - írja Peterson (Peterson, 2006, p. 4), „ez a pszichológia egy új irányzata, amely komolyan veszi azokat a témákat, amelyek az életet igazán értékesé teszik (...) Ez az irányzat abból indul ki, hogy az élet több, mint a problémák és kellemetlenségek elkerülése vagy megszüntetése. (...) Arra összpontosít, hogy mit csinálunk, amikor nem fecséreljük el az életet”¹.

Ahelyett, hogy elsősorban a mentális egészségügyi problémák diagnosztizálására és kezelésére fókuszálna, a pozitív pszichológia proaktív, növekedésorientált megközelítést alkalmaz. Küldetése a jóllét, az optimális működés és az emberi potenciál megvalósításának megértése és aktív elősegítése. Ez a szemlélet hangsúlyt helyez a pozitív érzelmek feltárására, a jellem erősségeinek fejlesztésére és az élettel való elégedettség fokozására. Ezt a szemléletet foglalja össze Seligman a következőképpen:

„A pozitív pszichológia célja, hogy a pszichológiát ahelyett, hogy az élet negatív dolgaira koncentrálna, a pozitív minőségek felépítése felé mozdítsa. (...) A pozitív pszichológia területe szubjektív szinten az alábbiakkal foglalkozik: pozitív szubjektív tapasztalatok, mint a jóllét és elégedettség (múlt); az öröm, az érzéki élvezetek és a boldogság (jelen); és a jövőről alkotott konstruktív gondolatok, mint az optimizmus, a remény és a hit. Egyéni szinten a pozitív személyes

¹ Positive psychology is the scientific study of what goes right in life, from birth to death and at all stops in between. It is a newly christened approach within psychology that takes seriously as a subject matter those things that make life most worth living. Everyone's life has peaks and valleys, and positive psychology does not deny the valleys. Its signature premise is more nuanced but nonetheless important: What is good about life is as genuine as what is bad and therefore deserves equal attention from psychologists. It assumes that life entails more than avoiding or undoing problems and hassles. Positive psychology resides somewhere in that part of the human landscape that is metaphorically north of neutral. It is the study of what we are doing when we are not frittering life away (Peterson, 2006, p. 4).

tulajdonságokkal foglalkozik, mint például a szeretet és hivatás képessége, bátorság, interperszonális készségek, esztétikai érzékenység, megbocsátás, eredetiség, előrelátás, magas tehetség és bölcsesség. Csoportos szinten pedig a civil erényekkel és az intézményekkel foglalkozik, amelyek az egyéneket jobb állampolgárrá teszik, mint például a felelősségvállalás, gondoskodás, altruizmus, udvariasság, tolerancia és munkamorál.”² (Seligman, 2011, p. 3).

Seligman alapján a pozitív pszichológia három fő területre összpontosít. Az első a pozitív érzelmek kutatása, amelyek jelentősége különösen az élet nehéz szakaszaiban válik hangsúlyossá, mivel ilyenkor az önbizalom, a remény és a bizalom különösen fontos szerepet játszanak a megküzdésben. A második pillér a pozitív személyes tulajdonságok tanulmányozása, amelyek között kiemelt helyet foglalnak el az emberi erősségek és erények, például a bátorság, az igazságosság vagy az integritás. Ide sorolhatók a veleszületett adottságok, mint az intelligencia és a sporttehetség is. A harmadik pillér a pozitív intézmények vizsgálata, amelyek elősegítik az egyéni erények kibontakozását és erősítik a pozitív érzelmeket. Ilyen intézmények lehetnek például a demokratikus berendezkedés, az erős családi kapcsolatok vagy a szabad gondolkodás és szólásszabadság. Különösen válsághelyzetekben válik kulcsfontosságúvá ezen intézmények fenntartása és megerősítése, mivel ilyenkor az erények, például a hűség, a perspektívaváltás képessége vagy az igazságosság iránti elkötelezettség is fokozottan előtérbe kerülnek (Seligman, 2002).

A hagyományos pszichológia és a pozitív pszichológia közötti egyik fő különbség a fogalmi fókuszban rejlik. A hagyományos pszichológia egy deficit-alapú modell alapján működik, amely a pszichológiai zavarok azonosítására és orvoslására törekszik. A pozitív pszichológia ezzel szemben erősségalapú megközelítést alkalmaz, a jóllétet, a növekedést és az emberi potenciált hangsúlyozza (Seligman, 1999).

A Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM-V) például a mentális betegségek katalógusát kínálja, míg a pozitív pszichológia a VIA keretrendszert, amely az emberi erősségeket és erényeket emeli ki. A Peterson és Seligman (2004) által kidolgozott Values in Action (VIA) modell 24 karaktererősséget határoz meg, amelyeket hat

² „The aim of positive psychology is to shift the focus of psychology from preoccupation with fixing the worst things in life to also building the best qualities. To restore balance, we must prioritize the cultivation of strengths in both the treatment and prevention of mental illness. At the subjective level, positive psychology addresses positive subjective experiences such as well-being and satisfaction (past), joy, sensual pleasures, and happiness (present), and constructive cognitions about the future-optimism, hope, and faith. At the individual level, it examines positive personal traits, including the capacity for love and vocation, courage, interpersonal skills, aesthetic sensitivity, forgiveness, originality, foresight, high talent, and wisdom. At the group level, positive psychology focuses on civic virtues and institutions that promote better citizenship, such as responsibility, nurturance, altruism, civility, tolerance, and work ethic” (Seligman, 2011, p. 3)

átfogó erény - bölcsesség, bátorság, emberség, igazságosság, mértékletesség és transzcendencia - alá csoportosít. Ezeket az erősségeket az emberi boldogulás szempontjából alapvető fontosságúnak tekintik, amelyek keretet biztosítanak az egyéni fejlődés értékeléséhez és elősegítéséhez. A hagyományos pszichológiai diagnosztikával ellentétben, amely a patológiákra összpontosít, a VIA keretrendszer egy erősségeken alapuló modellt kínál a személyes fejlődéshez. Ezt a modellt oktatási, terápiás és szervezeti kontextusokban alkalmazzák a növekedés, az elkötelezettség és a jóllét elősegítése érdekében (Niemiec, 2014).

Seligman (2011) szerint a mentális egészséget nem egyszerűen a mentális betegség hiánya határozza meg, sokkal inkább a jóllét jelenléte jellemzi. Más szóval, mentálisan egészségesnek lenni nem csupán azt jelenti, hogy mentesek vagyunk a pszichológiai problémáktól vagy zavaroktól, hanem azt is, hogy pozitív érzelmeket élünk meg, elköteleződünk céljaink iránt, kiteljesedő kapcsolatokat ápolunk, értelmet találunk az életben, és lehetőségünk van személyes fejlődésre. E szemléletmód összhangban van a WHO (2004) mentális egészségről alkotott meghatározásával is, amely szerint a mentális egészség – más néven mentális jóllét – olyan állapot, amelyben az egyén képes rugalmasan megküzdeni a stresszorokkal, kibontakoztatni személyes potenciálját, valamint fenntartani belső érzelmi egyensúlyát. Ez az értelmezés megerősíti, hogy a jóllét nem pusztán egyéni érzet, hanem pszichológiai, társas és társadalmi dimenziókkal is bíró állapot, amelynek tudományos vizsgálata kiemelt fontosságúvá vált a pozitív pszichológia szemléletében. Míg a hagyományos pszichológia a szorongás, a depresszió és a trauma tanulmányozását helyezi előtérbe, addig a pozitív pszichológia a remény, az optimizmus és a boldogság fogalmaira irányítja a figyelmet (Lyubomirsky et al., 2005).

2.2. A pozitív pszichológia kialakulásának történeti kontextusa

A pozitív pszichológia fogalmi gyökerei az ókori filozófiai hagyományokhoz vezethetők vissza, különösen az arisztotelészi *eudaimonia* fogalmához, amelyet gyakran „emberi boldogságnak” vagy „jó életnek” fordítanak. Arisztotelész számára az *eudaimonia* az emberi lét legmagasabb rendű célja, és olyan erények művelése révén érhető el, mint a bölcsesség (*phronesis*), a bátorság, a mértékletesség és az igazságosság. A hedonikus élvezetekkel ellentétben, amelyek pillanatnyiak és múlékonyak, az *eudaimonia* a jóllét mélyebb és tartósabb formáját jelenti, amely az erényes életből fakad. A pozitív pszichológia nagymértékben támaszkodik a hedonikus és eudaimonikus jóllét közötti különbségtételre (Ryan & Deci, 2001). Míg a hedonikus jóllét a pozitív érzelmekre és a fájdalom elkerülésére összpontosít, addig az eudaimonikus jóllét az értelmet, a célt és az önmegvalósítást hangsúlyozza. Ez az arisztotelészi

perspektíva (1971) tükröződik a pozitív pszichológia kortárs modelljeiben, köztük Diener (1984), Ryff (1989), Keyes (2002) és Seligman (2011) modelljében, amely a jóllét kulcsfontosságú összetevőjeként az értelmet, a kapcsolatokat és az elkötelezettséget hangsúlyozza.

Hasonlóképpen, a sztoikus filozófia hangsúlyozta a belső erő, az ellenálló képesség és az érzelmi szabályozás fejlesztését, olyan fogalmakat, amelyek a karakter erősségeinek és jóllétének modern pszichológiai elméleteiben is visszaköszönnek (Robertson, 2019). A sztoikus filozófusok, mint Epiktétosz, Marcus Aurelius és Seneca, az érzelmi rugalmasság, az önfegyelem és a racionális gondolkodás művelését hangsúlyozták, mint az emberi boldoguláshoz nélkülözhetetlen képességeket (Robertson, 2019). A sztoicizmus azt tanítja, hogy az egyéneknek arra kell összpontosítaniuk, ami az ellenőrzésük alatt áll - nevezetesen a gondolataikra, ítéleteikre és cselekedeteikre -, miközben higgadtan kell elfogadniuk az élet bizonytalanságait. Ez a megközelítés összhangban van a pozitív pszichológián belül a reziliencia kortárs hangsúlyozásával. A modern reziliencia képzési programok számos esetben, az érzelmi erő és a stresszkezelés előmozdítása érdekében a sztoikus elvekre támaszkodnak (Reivich & Shatté, 2002).

A keleti filozófiai-vallási rendszerek, köztük a buddhizmus, a konfucianizmus és a taoizmus szintén jelentős szerepet játszottak a pozitív pszichológia fogalmi alapjainak kialakításában. A buddhizmus például az odafigyelést, az együttérzést és a kötődésmentességet hangsúlyozza, mint a belső békéhez és jólléthez vezető utakat (Kabat-Zinn, 1994). Ezek az elvek beépültek az olyan kortárs pozitív pszichológiai gyakorlatokba, mint például a Mindfulness-alapú stresszcsökkentés (MBSR) és a Mindfulness-alapú kognitív terápia (MBCT) (Baer, 2003). A *dukkha* (szenvedés) buddhista eszméje és a megvilágosodásra való törekvés (szenvedéstől való megszabadulás) párhuzamba állítható a pozitív pszichológia céljával, az emberi boldogulás és jóllét elérésével.

William James, a 19. századi pszichológia kiemelkedő alakja is jelentős hatással volt a pozitív pszichológia kialakulására. Bár a pozitív pszichológia csak a 20. század végén vált önálló tudományterületté, James munkássága már előrevetítette annak alapelveit és kulcsfogalmait. James (1902) „A vallási élmény változatai” című művében bevezette az *egészséges kedély* „healthy-mindedness” fogalmát, amely gondolkodási mód arra épül, hogy az ember hajlamos a negatív dolgok elhanyagolására és a világban rejlő jószág, szépség, harmónia előtérbe helyezésére. Ez a szemlélet a mai pozitív pszichológia optimizmus és kognitív átkeretezés fogalmainak előfutára. James hitt abban, hogy az emberek képesek átformálni tapasztalataikat és pozitív életszemléletet kialakítani, ami a személyes növekedés és jóllét

alapja. Ezzel a gondolattal megkérdőjelezte az emberi tapasztalatok merev determináltságát, hangsúlyozva az egyén aktív részvételét saját élettörténetének formálásában (Pawelski, 2003). James felismerte az egyén szerepét saját mentális állapotának alakításában, és hogy a pozitív gondolkodás és hozzáállás kulcsfontosságú a jóllét szempontjából. Ez a felfogás előrevetítette a modern pozitív pszichológia azon elképzelését, hogy az egyén aktívan közreműködhet saját boldogságának és életminőségének javításában. Az önreflexió, a személyes felelősségvállalás és a belső erőforrások mozgósítása James munkásságának központi elemei voltak. James gondolkodásában a vallási élmény fontos szerepet tölt be, mivel azt a személyes transzformáció, az élmények átkeretezése és a mélyebb jelentéskeresés forrásának tekintette. Ez a megközelítés jól illeszkedik a pozitív pszichológia későbbi érdeklődéséhez, amely az élettel való megelégedettség, a transzcendencia és az értelmes élet kérdéseit kutatja. James hangsúlyozta, hogy az ember képes megváltoztatni belső nézőpontját, aminek következtében az élethelyzetekhez való viszonyulása is átalakul.

A humanista pszichológia, amelynek vezető alakjai Abraham Maslow és Carl Rogers voltak, szintén jelentős szerepet játszott a pozitív pszichológia szellemi alapjainak megteremtésében. Maslow vezette be az önmegvalósítás fogalmát, amely az emberi potenciál kiteljesedését és a csúcselmények elérésére való törekvést jelenti. Szükségletlathierarchiája szerint az emberek az alapvető fiziológiai és biztonsági szükségletek kielégítése után a szeretet, a megbecsülés és végül az önmegvalósítás felé fordulnak. Az önmegvalósítást olyan jellemzők kísérik, mint a kreativitás, a személyes növekedés és a céltudatosság. Maslow úgy vélte, hogy minden ember rendelkezik a képességgel és a belső motivációval, hogy kiteljesítse lehetőségeit és elérje teljes potenciálját. Maslow elmélete a pozitív pszichológia számára is fontos alapot jelentett, mivel rámutatott arra, hogy a pszichológiának nem csak a problémákra és a hiányosságokra kell fókuszálnia, hanem az emberi erősségekre, erényekre és a kiteljesedésre is. A pozitív pszichológia egyik fő célja éppen az, hogy segítse az embereket potenciáljuk elérésében és az önmegvalósításban (Maslow, 1968).

Carl Rogers szintén kulcsszerepet játszott a humanista pszichológia és a pozitív pszichológia fejlődésében a feltétel nélküli pozitív tisztelet fogalmának bevezetésével. Szerinte a pszichológiai jóllétet azok a hiteles kapcsolatok segítik elő, amelyekben az egyén érzi, hogy értékeli és elfogadják olyannak, amilyen. Rogers kliensközpontú terápiájában az empátia, a kongruencia (hitelesség) és az aktív meghallgatás állnak a középpontban. Úgy vélte, ha a terapeuta ezekkel az attitűdökkel fordul a kliens felé, az kedvező feltételeket teremt az önelfogadáshoz, a személyes növekedéshez és a pozitív változáshoz. Ezek a fogalmak és

megközelítések beépültek a pozitív pszichológia elméletébe, gyakorlatába, továbbra is alapvető fontosságúak az emberi jóllét és virágzás elősegítésében (Rogers, 1961).

A pozitív pszichológia hivatalos tudományterületté válását gyakran Martin Seligman 1998-as APA-elnöki beszédéhez kötik, amely megerősítette az irányzat már korábban kialakuló elméleti és gyakorlati bázisát (Seligman & Csíkszentmihályi, 2000). Három központi vizsgálati területet határozott meg: (1) pozitív érzelmek, (2) pozitív tulajdonságok (például karaktererőségek) és (3) a jóllétet elősegítő pozitív intézmények.

A pozitív pszichológia jelentősége túlmutat a pszichológiához való elméleti hozzájárulásán, és számos alkalmazott területet befolyásol, beleértve a mentálhigiénét, az oktatást, a munkahelyi jóllétet és a személyes fejlődést. Azáltal, hogy a hangsúlyt a mentális betegségek kezeléséről az emberi boldogulás elősegítésére helyezi át, a pozitív pszichológia proaktív megközelítést kínál a jóllét fokozására, az egyéni növekedés elősegítésére és a közösség ellenálló képességének javítására (Seligman & Csíkszentmihályi, 2000). A mai társadalomban, ahol a mentális egészséggel kapcsolatos kihívások egyre nagyobb számban fordulnak elő, az erősségek, a pozitív érzelmek és az értelmes elköteleződés hangsúlyozása sürgetőbb, mint valaha (Keyes, 2002, 2013).

Összességében elmondható, hogy Seligman és Csíkszentmihályi fogalmazták meg a pozitív pszichológia irányzat alapelveit és célkitűzéseit. Amelyek nem mások, mint a pozitív szubjektív tapasztalatok, a pozitív személyiségjellemzők és a pozitív intézmények tanulmányozása, továbbá az életminőség fejlesztése, a patológiák megelőzése, az optimális működés, azaz a virágzás elérése (Keyes, 2002). A pozitív pszichológia kiemelten foglalkozik azzal, hogy a pszichológia tudománya a diszfunkciók mellett a jól működés feltételeire is figyeljen. Felhívja a figyelmet, hogy a pszichológia feladata nemcsak a gyógyítás, hanem a megelőzés is (Snyder & Lopez, 2002). A humanisztikus megközelítésben gyökerezik a pozitív pszichológia emberképe, azonban a személy szubjektív élményeinek megértése mellett kiemelt célja a kontrollált és empirikusan alátámasztott vizsgálatok megvalósítása is (Oláh & Kapitány-Fövény, 2012; Donaldson et al., 2022).

2.3. A pszichológiai jóllét fogalma és jelentősége a pozitív pszichológiai szemléletben³⁴

A pozitív pszichológia történeti előzményeinek és kialakulásának bemutatását követően ebben az alfejezetben a pszichológiai jóllét fogalmának értelmezése és kutatási jelentősége kerül középpontba. A pszichológiai jóllét összetett, többszintű konstruktum, amely az egyén érzelmi állapotainak, társas kapcsolatainak, fejlődési lehetőségeinek és életcéljainak integrált vizsgálatát igényli. A különböző elméleti megközelítések – például a hedonikus és eudaimonikus felfogások – eltérő hangsúlyt helyeznek a pozitív érzelmekre, az önmegvalósításra, az élettel való elégedettségre, a kapcsolatok minőségére és az elkötelezettségre.

A pozitív pszichológiai irányzat szerint a pszichológiai jóllét a mentális egészség körébe tartozik. A mentális egészség, másnéven mentális jóllét a társadalmi normák által támasztott elvárásoknak megfelelő viselkedés, emocionális és szociális működés képességét jelenti. A hatékony belső kontroll és alkalmazkodóképesség fontos feltételei az egyéni fejlődésnek és a magasabb életminőség elérésének. A szakemberek célja, hogy felkutassák azokat a rizikó- és védőfaktorokat, amelyek hozzájárulhatnak az egyén mentális egészségének, azaz a mentális jóllétének fejlesztéséhez. Mindez a gyakorlatban prevenciós és intervenciós cselekvések, programok kidolgozását jelenti (Pikó, 2002a, 2005; Seligman et al., 2005).

Emberi entitásokként egyik legfontosabb vágyunk, hogy jó életet éljünk. A pszichológiai jóllét iránti tudományos érdeklődés abból ered, hogy számos pozitív életkimenetellel – többek között jobb egészségi állapottal és hosszabb élettartammal – áll kapcsolatban (Diener & Chan, 2011). A személyiségelméletek és a pozitív pszichológiai megközelítések különböző kereteket kínálnak az egészség, a jóllét és az élettartam közötti összefüggések megértésére. A pozitív pszichológia a jó működés és erősségek feltárására koncentrál, túlmutatva a mentális betegségek hiányának vizsgálatán. A pozitív pszichológia megközelítései egyre fontosabbá válnak az egyéni, társas, nemzeti és nemzetközi szinteken, nagy hangsúlyt fektetve a szubjektív és pszichológiai jóllét vizsgálatára, fejlesztésére és építésére. Szemléletünkben arra fókuszálnak, hogy mi működik jól, nem állnak meg a rossz működés feltérképezésénél (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

³ A fejezetben a következő megjelent saját publikáció szerepel:

Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1–2), 49–70.

⁴ A fejezetben a következő megjelent saját publikáció szerepel:

Dudok, R., & Pikó, B. (2023d). A kockázati magatartás és a mentális jóllét összefüggéseinek vizsgálata felső tagozatos iskolások körében. *Egészségfejlesztés*, 64(1), 14–29. doi: 10.24365/ef.8341

A szubjektív és pszichológiai jóllét a pozitív pszichológia egyik legfontosabb kutatási területeként jelent meg (Oláh & Kapitány-Fövény, 2012). A jóllét fogalma a szakirodalom alapján leginkább a boldogság fogalmával, illetve az elégedettséggel, valamint a pozitív pszichológiai működésekkel hozható kapcsolatba. A pozitív érzelmek nemcsak következményei a sikeres működésnek, hanem fenntartói és katalizátorai is: elősegítik a célok elérését, ami újabb pozitív érzelmeket generál, így önmegerősítő, pozitív spirált hozva létre (Diener, 1984; Myers, 1992; Seligman et al., 2005; Seligman, 2011).

Ezen megközelítés alapján a pozitív pszichológia egyik célja, hogy a pozitív érzelmek által megtapasztalt hatékony, kontrollteljes működés következtében hozzásegítsék az egyént a sikeres társas és környezeti adaptációhoz az egyéni fejlődés, valamint a jobb életminőség elérésének érdekében (Seligman et al., 2005). A mai napig nem tisztázott még, hogy a jóllét ok-okozati viszonyban áll-e az egészséggel, azonban az bizonyított, hogy a jóllét előre jelzi, hogy az egyén egészségesebb vagy kockázatosabb egyéni életutat jár be, jóval az egészségügyi és rizikómagatartás következményeként fellépő problémák kialakulása előtt (Friedman & Kern, 2014).

A pszichológiai jóllét egy sokrétű és többdimenziós konstruktum, amely olyan elemeket tartalmaz, mint az egyén általános boldogságérzése, valamint a tágabb értelemben vett érzelmi egészsége. Olyan kulcsfontosságú összetevőket foglal magában, mint a pozitív érzelmek, az autonómia, a pozitív kapcsolatok, a negatív érzelmek alacsony szintje, az életcél, az élettel való elégedettség és a személyes növekedés (Diener & Chan, 2011; Friedman & Kern, 2014; Heizomi et al., 2015). A pszichológiai jóllét definíciói szerteágazóak, az Egészségügyi Világszervezet szerint olyan lelkiállapot, amelyben az egyén képes kibontakoztatni lehetőségeit, produktívan dolgozni és hatékonyan megbirkózni a mindennapi stresszhelyzetekkel (WHO, 2013). A pszichológiai jóllétet kulcsfontosságúnak tartják az átfogó egészség és boldogság szempontjából, és összefüggésbe hozzák a jobb mentális egészséggel, a jobb fizikai egészséggel és a hosszabb várható élettartammal (Diener & Chan, 2011). A pszichológiai jóllét főbb összetevői közé tartozik a szerepvállalás, a fejlődés-orientált elemek, mint a remény, az önkezdemenyezés, az életcél, az egyéni, környezeti és a rendszeralapú források. A pozitív működés szubjektíven érzékelt dimenziói az autonómia, a környezet elsajátítása, valamint az önellfogadás (Jackman & Sisson, 2022; Orth et al., 2022; Ryff, 2014; Scalas et al., 2023; Seligman et al., 2005).

Tehát a jóllétre való összpontosítás egy preventív megközelítést kínál a köz- és személyes egészség promótálásához, melynek hosszú távú hatásai a gazdaságban is észrevehetőkké válnak. A jóllétre irányuló tudományos és gyakorlati figyelem különösen

indokolt a serdülők esetében, akik fejlődése és alkalmazkodása hosszú távon is befolyásolja életminőségüket. A pozitív pszichológiai megközelítés preventív és támogató eszköz lehet a pedagógiai gyakorlatokban – különösen a sajátos nevelési igényű tanulók támogatásában –, ahol az erősségekre építő szemlélet és a korai intervenció különösen nagy jelentőséggel bír.

Ezek alapján elmondható, hogy a pszichológiai jóllét olyan komplex, sokdimenziós konstrukció, amely nem csupán az érzelmi állapotokat, hanem az egyén fejlődési lehetőségeit, társas kapcsolatait és környezeti adaptációját is magában foglalja. A pozitív pszichológia szemléletében a jóllét fejlesztése nemcsak az egyén életminősége, hanem a közösség és a prevenció szempontjából is kiemelt jelentőséggel bír. A következő alfejezet e szemlélet mélyebb megértését szolgálja azáltal, hogy részletesen bemutatja a pszichológiai jóllét különböző elméleti modelljeit.

2.4. A pszichológiai jóllét értelmezési lehetőségei: fogalmak és megközelítések

A pszichológiai jóllét az elmúlt évtizedekben a társadalomtudományi és egészségpszichológiai kutatások egyik központi fogalmává vált. Számos megközelítés és értelmezés létezik, amelyek különböző dimenziók mentén ragadják meg az egyén belső állapotait, társas kapcsolatait, fejlődési lehetőségeit és életelégedettségét. A szakirodalom gyakran említi a szubjektív, a pszichológiai, az érzelmi, valamint a fizikai és szociális jóllétet. Ezek nem különálló formák, hanem részben egymást kiegészítő aspektusai a jóllét multidimenzionális értelmezésének (Diener & Lucas, 2000; D. Nagy, 2020; Ryff & Keyes, 1995).

A szubjektív jóllét (Diener, 1984) az egyén saját értékelésein és érzelmi tapasztalatain alapul. Két kulcseleme van: az élettel való elégedettség, mint kognitív dimenzió, valamint a pozitív és negatív érzelmek közötti egyensúly, amely az affektív, vagyis érzelmi összetevőt jelenti. Ez utóbbit gyakran nevezik érzelmi jóllétnek (emotional well-being), különösen azokban a megközelítésekben, amelyek a pozitív és negatív affektusok arányát veszik figyelembe (Fredrickson, 2001; D. Nagy, 2020). Fontos megjegyezni, hogy bár az érzelmi jóllét gyakran a szubjektív jóllét része, a pszichológiai jólléttel is átfedésben áll, így annak dimenziójaként is értelmezhető. Ez a megközelítés az egyén belső élményeire összpontosít és gyakran az élettel való általános elégedettség szintjével mérhető.

A pszichológiai jóllét Ryff (1989) nevéhez fűződő modelljében hat dimenzióban jelenik meg: önfogadás, személyes növekedés, életcél, autonómia, környezeti kontroll és pozitív kapcsolatok másokkal. Ez a megközelítés az egyén aktív működését, fejlődési potenciálját és társas beágyazottságát hangsúlyozza, és túlmutat a pillanatnyi érzelmi állapotokon. A

pszichológiai jóllét így nemcsak az érzelmekre, hanem az életvezetésre, a belső koherenciára és az önmegvalósításra épül (Deutsch et al., 2015; Magyaródi & Oláh, 2020).

A szociális jóllét – Keyes (2002) ötdimenziós modellje alapján – az egyén társadalmi integrációját, közösségi kötődéseit, társas hatékonyságát és társadalmi kohézióhoz való viszonyát vizsgálja. Fontos része a jóllét komplex értelmezésének, különösen a társadalmi tőke és az aktív közösségi részvétel szempontjából.

A fizikai jóllét a testi egészségre, az életmódra és az egészséges működés feltételeire (pl. alvás, táplálkozás, mozgás) utal (Hascher, 2008). Stewart-Brown és Janmohamed (2008) szerint a pszichológiai jóllét az ember pszichés működésének minőségét is tükrözi: önelfogadás, pozitív kapcsolatok, autonómia, életcél és egészséges önértékelés formájában.

Keyes (2002) szerint a jóllét nem magyarázható pusztán a negatív érzelmek hiányával. A depresszív és szorongásos tünetek alacsony szintje szükséges, de nem elégséges feltétele a jóllétnek. A jólléthez az is hozzátartozik, hogy az egyén képes legyen pozitív érzelmek megélésére, hatékonyan alkalmazkodjon a mindennapi kihívásokhoz, ismerje saját erősségeit és képességeit, valamint aktív és produktív tagja legyen a társadalomnak (Keyes, 2002; Varga et al., 2022).

A jóllét elméleti modelljei gyakran kapcsolódnak két filozófiai irányzathoz: a hedonikus és eudaimonikus szemlélethez. A hedonikus jóllét középpontjában az öröm maximalizálása és a szenvedés minimalizálása áll. Ide sorolhatók például Diener (1984) munkái, amelyek az élettel való elégedettséget és a pozitív érzelmek dominanciáját vizsgálják. Ezzel szemben az eudaimonikus jóllét – amely Arisztotelész nyomán fejlődött – a személyes növekedést, az önmegvalósítást, a céltudatosságot és az élet értelmének megtalálását hangsúlyozza. Ide tartozik Ryff (1989) és Keyes (2002) megközelítése is. Fontos látni, hogy e két nézőpont nem zárja ki egymást: a hosszú távú, tartós boldogság és kiteljesedés gyakran eudaimonikus alapon nyugszik, míg a hedonikus szemlélet az aktuális érzelmi állapotokat helyezi előtérbe.

A pozitív pszichológia szemléletében mindkét megközelítés helyet kap, és törekszik ezek integrálására. Seligman (2008) kezdetben az „autentikus boldogság” modelljében három komponensről – pozitív érzelmek, elmélyülés, értelem – beszélt, majd ezt bővítette a PERMA-modell formájában (Seligman, 2011), amely a következő dimenziókat tartalmazza: Positive emotions, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment. Ezeket a dimenziókat egyesíti egy holisztikus jóllétkonceptióban.

Ezek a modellek előkészítik a következő alfejezetben részletesen tárgyalt korszerű megközelítéseket – különösen a PERMA és az erre épülő, serdülők vizsgálatára optimalizált EPOCH-modellt –, amelyek integrálják a szubjektív, pszichológiai és társas aspektusokat a

jóllét komplex vizsgálata érdekében (Watanabe et al., 2018) és egyben elméleti keretet biztosítanak jelen kutatás jóllétfelfogásához is.

2.5. A pszichológiai jóllét modelljei: a PERMA és az EPOCH megközelítés

A pszichológiai jóllét kutatásában a pozitív pszichológia térnyerésével párhuzamosan jelentős elméleti előrelépés történt a jóllét fogalmi megragadásában és mérésében. A következő alfejezet két olyan korszerű modellt mutat be – a PERMA és az EPOCH modelleket –, amelyek a jóllét komplex értelmezését és serdülőkori vizsgálhatóságát egyaránt lehetővé teszik. A modellek ismertetése nem csupán elméleti szempontból releváns: a disszertáció empirikus vizsgálata az EPOCH-modell elemeire épül, amely kifejezetten serdülők körében lett kifejlesztve és validálva (Kern et al., 2016).

Seligman (2011) a pszichológiai jóllét egy új értelmezési keretét dolgozta ki, amely a virágzás (flourishing) fogalma köré épül. A virágzás – amelyet elsőként Keyes (2002) használt tudományos kontextusban – olyan optimális jólléti állapotot jelöl, amelyben az egyén nemcsak mentes a pszichológiai zavaroktól, hanem aktívan, teljes értékűen működik a személyes, társas és társadalmi színtereken is. Tehát a pozitív érzelmek megélését és az életben való hatékony működés együttesét jelenti. A virágzás egy látens fogalom a modellben, hiszen csak közvetve tudjuk mérni az öt pillér hozzájárulásával (Seligman, 2018). Seligman (2011) megalkotta a már említett PERMA modelljét, amelyben a virágzás öt alappillérét határozta meg. A modell neve mozaikszó, amely az öt alappillér angol kifejezéseinek kezdőbetűiből áll: pozitív érzelmek (positive emotion), elmélyülés (engagement), pozitív kapcsolatok (relationships), értelemteliség (meaning) és a teljesítmény (accomplishment).

A *pozitív érzelmek* dimenzió a hedonikus élvezetekhez köthető pozitív érzéseket foglalja magába, melyek azért fontosak, hogy életünket megfelelő minőségben élhessük. Ide sorolandók az élvezetek, az öröm és a szórakozás. Az *elmélyülés* dimenzió szintén a hedonikus boldogsághoz tartozik. A flow-élmény fogalma mentén értelmezhető, a tevékenységekben való odaadó, elmerült, elkötelezett részvételt jelenti. A *kapcsolatok* dimenzió a jóllét szociális aspektusaihoz tartozik, a pozitív társas kapcsolatok, a társas támogatás, a mások által megtapasztalt törődés és elfogadás jellemzi. Az *értelemteliség* dimenzió az eudaimonikus jóllét része, egy magasabb cél vagy érték szolgálatában végzett tevékenységeket jelenti. Ez magában foglalja az eredményesség érzését is. A *teljesítmény* dimenzió azt az erőt képviseli, amit az egyén személyes céljainak elérése érdekében mozgósít (Kern et al., 2016).

Seligman szerint e dimenziók egymástól függetlenül is mérhetők, és nem szükséges, hogy mindegyik egyformán jelen legyen az egyén életében ahhoz, hogy az illető jóllétet éljen

meg – ugyanakkor mindegyik elem növeli a virágzás esélyét (Oláh & Kapitány-Fövény, 2012). Seligman értelmezésében a pozitív pszichológia végső célja az optimális jóllét állapotának elérése. Ha az optimális jóllét valamennyi összetevője (szubjektív, pszichológiai, szociális, spirituális jóllét) jól működik, akkor érhető el a virágzás (=flourishing) állapota. A szakemberek célja, hogy az egyének elérjék és fenntartsák ezt a célállapotot, a pozitív pszichológia ehhez segítségként a protektív faktorok felkutatásával, az erősségek és az érzelmi intelligencia fejlesztésével kíván hozzájárulni (Oláh & Kapitány-Fövény, 2012).

A PERMA-modell egyik újszerű vonása, hogy nem csupán leírja, hanem mérhetővé is teszi a jóllét többdimenziós szerkezetét. A PERMA-modell kifejezetten felnőttekre lett kidolgozva, így szükségessé vált annak serdülők számára adaptált változata. Kern és munkatársai (2016) Seligman elméletére alapozva dolgozták ki az EPOCH modellt, amely öt olyan pozitív pszichológiai jellemzőt tartalmaz, amelyek már serdülőkorban megragadhatók, és elősegíthetik a felnőttkori PERMA-hoz kapcsolódó virágzás kialakulását.

Kern és munkatársai (2016) Seligman virágzás elméletére alapozva azt hangsúlyozzák, hogy magát a virágzás állapotát több bio-pszicho-szociális területen elért pozitív működés eredményeként határozzuk meg. Fontos, hogy a pozitív működést ne úgy határozzuk meg, mint a pszichológiai- vagy a viselkedésbeli problémák pusztá hiányát, hanem követeljük meg az erősségek és a harmónia jelentét is. A pozitív jellemzők, attitűdök és viselkedések – amelyek alapjai serdülőkorban alakulnak még csak ki –, olyan alapvető tényezők, melyek elősegíthetik a virágzást, ezért ápolni kell őket, hogy egész élethosszra kihathassanak. Ezért a serdülőkor kritikus időszaka lehet későbbi pozitív életkimenetek megalapozása. Ezek alapján Kern és munkatársai (2016) elméleti modelljükben Seligman PERMA modelljét terjesztették ki a serdülő korosztályra. elméleti keretükben öt pozitív konstruktumot határoznak meg a fiatalok körében, amelyekről úgy gondolják, hogy befolyásolhatják a PERMA területeit felnőttkorban. Modelljük a pozitív serdülőkori jellemzőkre összpontosít, amelyek a későbbiekben támogatják a Seligman modelljében megnevezett virágzás állapotát. Területáltalános megközelítésükben az egyéni erősségek kerülnek fókuszba. Modelljük az EPOCH nevet kapta, mely szintén egy mozaikszó, az angol megnevezések kezdőbetűiből áll össze: elmélyülés (engagement), kitartás (perseverance), optimizmus (optimism), kapcsolódás (connectedness), boldogság (happiness).

Az *elmélyülés* azt jelenti, hogy képesek legyünk elmélyülten figyelni és erősen koncentrálni arra, amit éppen csinálunk, emellett az élet tevékenységei iránti érdeklődést és bevonódást mutatja. A magas fokú, elmélyült koncentráció megvalósulása flow állapotot eredményezhet (Csikszentmihalyi, 1990). A *kitartás* arra a képességre utal, hogy az egyének

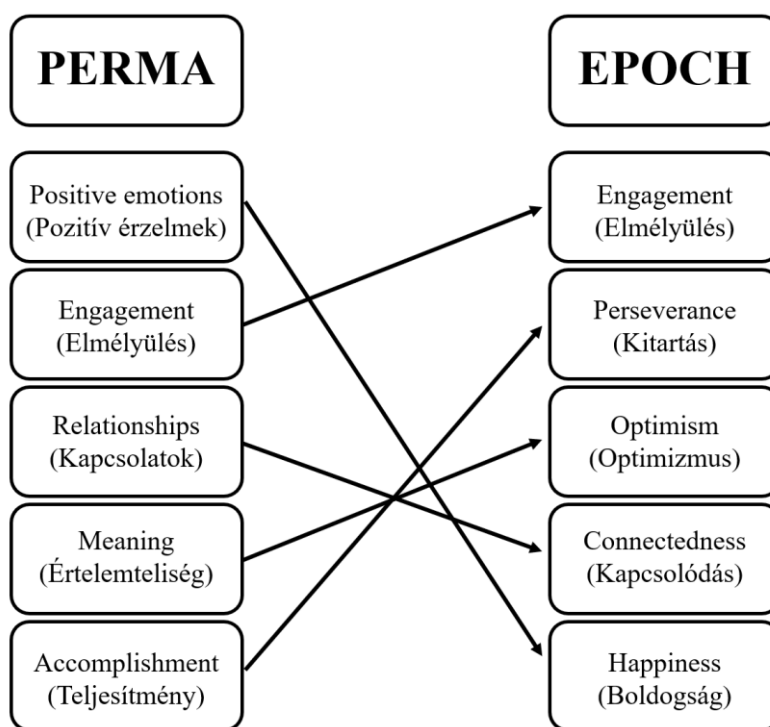
törekedni kell céljai megvalósítására, még akkor is, ha annak eléréséhez akadályokkal kell szembenéznie, ezen kívül magában foglalja a hosszú távú célok megfogalmazását is. Az *optimizmus* a reménységgel és a jövőbe vetett bizalommal jellemezhető, amely magába foglalja a dolgok kedvező megítélésére való hajlamot, valamint azt, hogy képesek vagyunk a negatív események átkeretezésére, azok átmeneti, külső és helyzetfüggő értékelésére. A *kapcsolódás* azt az érzést jelenti, hogy az egyén reciprok kielégítő kapcsolatokkal rendelkezik, amelyekben megtapasztalhatja a mások általi gondoskodás érzését, és ő is gondoskodhat másokról. Az egyén hisz abban, hogy törődnek vele, szeretik, megbecsülik és ő is támogatást nyújthat másoknak. A *boldogság* a pozitív hangulat és az élettel való elégedettség tartósan fennálló állapotát jelenti.

Az EPOCH modell nem csupán elméleti továbbfejlesztése a PERMA-nak, hanem mérőeszközként is alkalmazható. Kern és kollégái (2016) validált kérdőívet fejlesztettek a modell alapján, amelyet a jelen kutatásban is alkalmazunk a serdülők pszichológiai jóllétének vizsgálatára. A modell gyakorlati haszna abban rejlik, hogy az egyes dimenziók mentén azonosíthatók azok az erősségek, amelyek serdülőkorban fejlesztéssel hosszú távon is pozitív életkimenetekhez vezethetnek.

A 1. ábra szemlélteti a PERMA és az EPOCH modellek közötti kapcsolatokat. A nyilak azt jelölik, hogy az EPOCH dimenziói milyen módon feleltethetők meg a PERMA pilléreinek. Látható, hogy az elmélyülés (engagement) mindkét modellben közös elemként jelenik meg, míg a boldogság (happiness) és az optimizmus részben a PERMA pozitív érzelmek és értelem dimenzióiban tükröződnek vissza. A kapcsolódás a társas kapcsolatok (relationships) PERMA-pilléren keresztül értelmezhető, a kitartás pedig a teljesítményhez (accomplishment) kapcsolható.

Az EPOCH modelltől azt várják, hogy összetevői elősegítsék a PERMA modell mellett a fizikai egészséget és más pozitív eredmények elérését a későbbi felnőttkorban, szerintük ezért értékes, érdemes mérni és foglalkozni vele (Kern et al, 2016). Összegzésként elmondható, hogy az EPOCH modell tudományosan megalapozott, életkorra érzékeny, preventív szemléletű eszközt kínál a serdülők pszichológiai jóllétének mérésére és fejlesztésére. A disszertáció a további fejezetekben (empirikus kutatás bemutatása) a serdülőkori pszichológiai jóllét megnevezése alatt az EPOCH modell konstrukcióját, összetevőit és megközelítéseit foglalja magába. A disszertációban a pszichológiai jóllét mérésére az EPOCH-modell eredeti, Kern és munkatársai (2016) által kifejlesztett kérdőívét alkalmazzuk. A modellválasztást egyrészt a serdülőkori alkalmazhatóság, másrészt a pozitív pszichológiai szemlélet és a virágzás-elmélet iránti elköteleződés indokolja. Az EPOCH alkalmas arra, hogy a serdülőkorú tanulók jóllétét

multidimenzionálisan, de mégis praktikus módon vizsgálja, és eredményei jól illeszthetők a pedagógiai gyakorlat prevenciós-támogató célkitűzéseseihez. A modell öt dimenziója kifejezetten alkalmas arra, hogy a serdülők fejlődési sajátosságait figyelembe véve mérje a pszichológiai jóllétet. Mivel a kutatás célja serdülők preventív és fejlesztő támogatása, az EPOCH modell megalapozott választás a jóllét mérésére.



1. ábra A PERMA modell es az EPOCH modell összehasonlítása (Forrás: saját szerkesztés)

2.6. Az erősségek szerepe a jóllétben és a boldogulásban

Az erősségek fogalma központi szerepet játszik a pozitív pszichológia jóllétről és virágzásról alkotott elképzelésében. A hagyományos pszichológiai keretekkel ellentétben, amelyek a mentális betegségek kezelését helyezik előtérbe, a pozitív pszichológia az emberi potenciál proaktív fejlesztésére összpontosít. Az erősségeken alapuló megközelítések alkalmazása bizonyítottan javítja a szubjektív jóllétet, növeli az élettel való elégedettséget és elősegíti a mentális ellenálló képességet (Seligman, 2011). Egyedi jellembeli erősségeik felismerésével és felhasználásával az egyének nagyobb elkötelezettséget, értelmet és általános boldogulást érhetnek el.

A pozitív pszichológia szemléletében az erősségek (character strengths) olyan pozitív személyes tulajdonságok, amelyek hozzájárulnak az egyén fejlődéséhez, működésének hatékonyságához, valamint pszichológiai jóllétéhez. Ezek olyan belső erőforrások, amelyek

támogatják a pozitív érzelmek megélését, az elköteleződést, az értelmes célok követését és a társas kapcsolatok építését (Peterson & Seligman, 2004). A boldogulás (flourishing) ebben a kontextusban nem pusztán az egészség vagy az elégedettség jelenlétét, hanem az aktív, fejlődést támogató életvezetést, az egyén és környezete közötti harmonikus működést jelenti (Keyes, 2002; Seligman, 2011). A Működő Értékek (Values in Action, VIA) keretrendszerben felvázolt karaktererősségek a jóllét pszichológiai „építőköveiként” szolgálnak. Az olyan erősségeket, mint a kíváncsiság, a kitartás, a kedvesség és a hála, összefüggésbe hozták a pozitív mentális egészségi eredményekkel, a tanulmányi teljesítménnyel és a munkahelyi sikerrel (Niemiec, 2014).

Seligman (2011) PERMA-modellje szerint az erősségek hozzájárulnak a jóllét öt alappillérehez: például a kitartás a teljesítményélmény (Accomplishment), míg a kedvesség vagy a szeretet a pozitív társas kapcsolatok (Relationships) dimenzióját támogatja. Az erősségek aktiválása tehát nem csupán pozitív következményekkel jár, hanem elmélyíti az egyén autonóm, célorientált és társas életvezetését is – hozzájárulva a virágzás állapotának eléréséhez.

Barbara Fredrickson (2001) a pozitív érzelmek bővítéséről és építéséről szóló elmélete (broaden and build theory) egy másik elméleti alapot nyújt az erősségek jóllétben betöltött szerepének megértéséhez. Az olyan pozitív érzelmek, mint az öröm, a hála és a szeretet képesek arra, hogy kibővítsék az ember gondolat- és cselekvéskörét. Ezek nemcsak kellemes állapotok, hanem hosszabb távon pszichológiai erőforrásokat építenek. Az erősségek gyakorlása ilyen érzelmeket generálhat, így az egyén egy önmagát erősítő, felfelé ívelő spirálba kerül: erősségei aktiválják a pozitív érzelmeket, amelyek újabb fejlődési lehetőségeket nyitnak meg. Idővel ezek a pozitív érzelmi élmények tartós pszichológiai erőforrások belső tárházát építik fel, amelyből meríthetünk. Erősítik ellenálló képességünket, lehetővé téve számunkra, hogy könnyebben talpra álljunk a kudarcból. Elmélyítik társadalmi kötődéseinket és támogató hálózatainkat, így olyan embereket kapunk, akikhez szükség esetén fordulhatunk, és növelik általános jóllétérzetünket és az élettel való elégedettségünket.

A pozitív érzelmek fontos szerepet töltenek be abban, hogy rövid távon tágítsák perspektíváinkat, hosszú távon pedig gyarapítsák pszichológiai tartalékainkat, végső soron hozzájáruljanak boldogulásunkhoz. A jellem erősségei gyakran kapcsolódnak pozitív érzelmek generálásához. Például a hála erőssége a megbecsülés és az öröm érzését segíti elő, míg a humor erőssége nevetést és társas interakciót vált ki (Peterson & Seligman, 2004). Ahogy az egyének a mindennapi életben alkalmazzák erősségeiket, pozitív érzelmeket tapasztalnak, amelyek viszont a jóllét és a virágzás felfelé ívelő spirálját hozzák létre (Fredrickson, 2001).

A Deci és Ryan (1985) által kidolgozott öndeterminációs-elmélet (Self-Determination Theory, SDT) jobb elméleti alapot kínál az erősségek pszichológiai szerepének értelmezésére. Eszerint az emberi jóllét három alapvető pszichológiai szükséglet kielégítéséhez kötődik: autonómia, kompetencia és kapcsolódás. Az erősségek használata ezeket támogatja: az értékeknek megfelelő cselekvés növeli az autonómia-érzést; a kihívásokkal való sikeres megküzdés a kompetenciát erősíti; a társas erősségek (pl. empátia, kedvesség) pedig a kapcsolódás igényét elégítik ki. Így az erősségek gyakorlása belső motivációt, pszichológiai harmóniát és fenntartható jóllétet eredményezhet (Niemi, 2014; Ryan & Deci, 2001).

Csikszentmihályi Mihály fogalma szerint a „flow” a tevékenységben való mély elmerülés állapota, amikor a készség és a kihívás optimálisan illeszkedik egymáshoz (Csikszentmihályi, 1990). A flow nagyobb valószínűséggel jelenik meg, ha az adott tevékenység összhangban van az egyén domináns erősségeivel. Például egy kíváncsi, tudásszerető személy flow-t élhet át kutatás közben, míg egy kreatív vagy humoros személy egy művészi alkotás vagy társas helyzet során. A flow élménye így közvetítő szerepet is betölthet az erősségek és a jóllét között – elősegítve a fejlődést és az elégedettséget.

A kutatások következetesen bizonyítják, hogy a jellembeli erősségek és a jóllét között szoros kapcsolat van. Park, Peterson és Seligman (2004) eltérő kulturális közegekben végzett nagyszabású vizsgálatot, és azt találták, hogy az olyan erősségek, mint a remény, a hála és a szeretet pozitívan kapcsolódnak az élettel való elégedettséghez. Azok az egyének, akik arról számoltak be, hogy gyakrabban használják erősségeiket, magasabb szintű boldogságról és életelégedettségről is beszámoltak. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy az erősségeken alapuló beavatkozások (Strength-Based Instruction, SBI) hatékonyan elősegíthetik a mentális egészséget és jóllétet. Például a hála naplózása és a „három jó dolog” gyakorlatok arra ösztönzik az egyéneket, hogy felismerjék és reflektáljanak erősségeikre, ami az életelégedettség tartós növekedéséhez vezet (Lyubomirsky et al., 2005).

Az erősségek fejlődése azonban nem csupán az egyéni jellemzőktől, hanem a társas és környezeti hatásoktól is függ. Bronfenbrenner ökológiai modellje (1979) rávilágít arra, hogy az egyén jólléte – és benne az erősségek kialakulása – többszintű, egymással összefüggő rendszerek dinamikájában formálódik. A mikroszintű tényezők (például a család, kortársak, iskola), a mezoszint (ezek kapcsolódása), valamint a makroszintű kulturális és társadalmi elvárások mind befolyásolják, hogy milyen erősségek fejlődnek vagy éppen gátlódnak az egyén életében.

Serdülőkorban különösen hangsúlyossá válik ez az ökológiai nézőpont, mivel a személyes fejlődés intenzív társas kölcsönhatásokban zajlik. Az iskolai közeg, a szülői

támogatás, valamint a kortárs kapcsolatok egyaránt hozzájárulhatnak az olyan pszichológiai erőforrások kibontakozásához, mint a kitartás, empátia vagy önkontroll. Ez az ökológiai megközelítés ad elméleti háttérrel a következő két alfejezet számára is, amelyek az egyéni (2.7) és társas (2.8) erőforrások pszichológiai jóllétben betöltött szerepét vizsgálják.

A jellem erősségei létfontosságú szerepet játszanak a jóllétben és a boldogulásban. Az olyan elméleti keretek, mint az öndeterminációs elmélet és a PERMA vagy EPOCH modell rávilágítanak azokra a mechanizmusokra, amelyek révén az erősségek hozzájárulnak a jóllétnek. Empirikus bizonyítékok igazolják, hogy az olyan erősségek, mint a hála, a kitartás és a szeretet pozitívan kapcsolódnak az élettel való elégedettséghez, a rugalmassághoz és a mentális egészséghez. Az erősségek gyakorlati alkalmazása nyilvánvaló a személyiségfejlesztésben, a klinikai pszichológiában és a pozitív nevelésben. Az erősségek előmozdításával az egyének és a közösségek fenntartható jóllétet élhetnek meg, elérhetik az emberi boldogságot.

2.7. A pszichológiai jóllét és az egyéni pszichés erőforrások

A pszichológiai jóllét kialakulása nem választható el attól a kontextustól, amelyben az egyén fejlődik. A pozitív pszichológia szemléletében a jóllét nem csupán az egyéni tulajdonságok eredménye, hanem egy összetett, többszintű rendszer hatására alakul ki. Bronfenbrenner (1979) ökológiai modellje szerint az egyén fejlődése és működése különböző rendszerszintek – mikroszint (pl. család, kortársak), mezoszint, exoszint és makroszint – kölcsönhatásában értelmezhető. E rendszerben a belső, pszichés erőforrások – mint az önbecsülés, az önkontroll, a proaktív megküzdés és a reziliencia – az egyén mikroszintű tapasztalataiban gyökereznek, és a környezeti hatásokkal való interakció során fejlődnek. Az egyéni erőforrások kulcsszerepet játszanak abban, hogy az egyén hogyan képes megküzdni a kihívásokkal, hogyan éli meg saját énhatékonyságát, autonómiáját és kompetenciáját. A jelen alfejezet ezeket az egyéni pszichológiai erőforrásokat vizsgálja, kiemelve szerepüket a serdülőkori pszichológiai jóllét alakításában. E megközelítés elméleti alapját az ökológiai rendszerelmélet és a pozitív pszichológiai modellek – különösen a PERMA és EPOCH – adják.

Önbecsülés

Az önbecsülés fogalmát úgy határozhatjuk meg, mint az egyén általános vélekedését saját magáról és értékéről, pozitív vagy negatív vélemények formájában (Rosenberg, 1965). Egyre több kutatás világít rá, hogy az önbecsülés és a pszichológiai jóllét között bonyolultabb kölcsönhatás fedezhető fel, és hangsúlyozzák az önbecsülésnek a mentális egészség

közvetítőjeként és eredményeként betöltött szerepét (Orth & Robins, 2014). A kutatások azt mutatják, hogy az önbecsülés a pszichológiai jóllét erős prediktora (Singhal & Prakash, 2021). Orth és munkatársai (2012) azt találták, hogy a magasabb szintű önbecsülés nagyobb elégedettséget, jobb megküzdési mechanizmusokat jelez előre, valamint a depresszió és a szorongás alacsonyabb szintjével jár együtt. Szerintük az önbecsülés mentális jóllétre tett pozitív hatása a fokozott érzelmi ellenálló képességeken, azaz a reziliencián és a stabil identitástudaton keresztül valósul meg.

Tajfel (2010) szociális identitás elmélete alapján a self értékelése a csoporthoz való tartozás által kialakított társas identitásoktól függ. Az elmélet alapján, akik pozitívan érzékelik csoportjaikat, magasabb önbecsülésről számolnak be, mint azok az egyének, akik negatívan érzékelik társas csoportjaikat. A magas önbecsülés hozzájárul a fokozott boldogság érzéséhez, és hatékonyabbá, magabiztosabbá teszi az egyént a külső környezettel való interakciók során. Az alacsony önbecsüléssel rendelkező egyének érzékenyebbé válnak a mások róluk alkotott megítélésére, ami csökkenti önbizalmukat és a társas interakció során nagyobb mértékű pesszimizmus jellemző rájuk és nagyobb stresszt élnek át, mint társaik (De Wals & Meszaros, 2011). Azonban a kapcsolat, mint említettük kétirányú. A pozitív élmények, mint például a tanulmányi eredmények, a támogató társas kapcsolatok és az értelemtelevékenységek megerősíthetik az egyén kompetencia- és hovatartozásérzését, ezáltal növelve az önbecsülést (Deci & Ryan, 1985). Ezek a tapasztalatok is elősegíthetik a pszichológiai jóllét kialakulását, hiszen támogatják a stabil, kiegyensúlyozott, optimista életszemlélet formálódását. Ugyanakkor az alacsony önbecsülés sérülékenyebbé teszi az egyéneket a distresszel szemben, ami az elégedettség csökkenéséhez és különféle mentális problémák – például a depresszió – fokozott kockázatához vezethet (Orth et al., 2008).

Az önbecsülés pszichológiai jóllétre tett bejósoló szerepe és ereje a serdülő korosztálynál is megfigyelhető. A magasabb önbecsüléssel rendelkező serdülőknél kevesebb mentális egészségi probléma (pl. depresszió vagy szorongás) figyelhető meg, emellett magasabb szintű rezilienciával is rendelkeznek (Sowislo & Orth, 2013; Orth et al., 2008).

Önkontroll

A pozitív pszichológia keretein belül az önkontroll egy olyan konstruktum, ami jelentősen hozzájárul a pszichológiai jóllét eléréséhez és fenntartásához (Hofmann et al., 2014). Az önkontroll magába foglalja az érzelmek, gondolatok és viselkedés irányításának képességét, hogy a személy ellen tudjon állni a rövid távú kísértéseknek a hosszú távú célok elérésének érdekében (Baumeister et al., 1994). Az önkontroll tehát kulcsfontosságú a stressz kezelésében

és az általános elégedettség fokozásában is, mert általa az egyén sikeresen le tudja küzdeni a célok eléréséhez szükséges akadályokat, ami növeli a boldogság megélésének lehetőségét is (de Ridder et al., 2012).

Az önkontroll egy diszpozíciós változónak tekinthető, amely a szituációk széles körében felelős lehet az önszabályzó cselekvésekért. A figyelemszabályzás és az összpontosítás az önkontroll kulcsfontosságú összetevője, mivel az egyének az akadályokkal szemben is követik céljaikat. Az önkontroll magába foglal minden olyan erőfeszítést, amit az egyén arra használ, hogy megváltoztassa saját válaszait, felülírja impulzusait, és azokat egy olyan másik válasszal helyettesítse, amelyek őt a kiválasztott cél felé vezetik (Luszczynska et al., 2004).

A magasabb önkontrollal rendelkező személyek jobban eligazodnak az élet kihívásaiban és jobb alkalmazkodó képességgel rendelkeznek, mely segít az érzelmi egyensúlyuk fenttartásában. Az önkontroll a célorientált viselkedés elősegítésével a pszichológiai jóllétet is fokozza, ugyanis Bandura (1991) szociális kognitív elmélete szerint azok az egyének, akik értelmes célokat tudnak maguk elé kitűzni és követni is tudják azokat, magasabb szintű élettél való elégedettségről és énhatékonyságról számolnak be. Megfigyelhető, hogy a magas önkontrollal rendelkező személyek hatékonyan tudják kezelni a negatív érzelmeket és elkerülik a maladaptív megküzdési stratégiákat, ezáltal alacsonyabb eséllyel figyelhetők meg náluk a mentális egészség problémái, mint például a depressziós és szorongásos zavarok (Hofmann et al., 2014; Gross, 2015). Moffitt és munkatársai (2011) kutatásai alapján a gyermekkorban mutatott nagyobb mértékű önkontrollal rendelkező személyek, jobb egészségi állapotot és érzelmi jóllétet mutatnak felnőttkorukban.

Proaktív megküzdés

A proaktív megküzdés, úgy, mint a potenciális stresszorokkal való jövő- és célorientált megbirkózás, jelentős szerepet játszik a pszichológiai jóllét fokozásában. A reaktív megküzdéssel ellentétben, ami a stressz bekövetkezése utáni megoldásra összpontosít, a proaktív coping a tervezésre, az erőforrások felhalmozására és a problémák megelőzésére, illetve enyhítésére irányul (Greenglass et al., 1999).

A proaktív megküzdés olyan megküzdési forma, amelyben az egyén előre tekintve készül fel a jövőbeli, potenciálisan kihívást jelentő, de fejlődési lehetőségeket is hordozó élethelyzetekre. Célja, hogy elősegítse a távlati életcélok elérését azáltal, hogy már a közeli jövőben megjelenő kihívásokra is tudatosan és előrelátó módon reagál. A proaktív megküzdés az önszabályozás egy sajátos típusa, mivel olyan cselekvésekre ösztönöz, amelyek az általános erőforrások (pl. kompetenciák, támogató kapcsolatok) megerősítését szolgálják.

Ezek az erőfeszítések megkönnyítik a személyes növekedést és a kihívásokkal való hatékony megbirkózást. Az ilyen egyének tehát proaktívak abban az értelemben, hogy nemcsak reagálnak a nehézségekre, hanem aktívan keresik a fejlődési lehetőségeket, és kezdeményeznek is a céljaik elérése érdekében (Schwarzer & Taubert, 2002).

A proaktív megközelítés, szemlélet elősegíti a rezilienciát és támogatja az általános mentális jóllétet, melyet az énhatékonyság, az optimizmus és az érzelmi szabályozás elősegítésével ér el. A korábbi kutatások szerint a proaktív megküzdés pozitív együttjárást mutat az étellel való elégedettséggel, az alacsonyabb stressz-szinttel és a jobb egészségi állapottal (Greenglass et al., 2006; Greenglass & Fiksenbaum, 2009). A proaktív megküzdés a felkészültség érzetének elősegítésével hozzájárul az érzelmi stabilitáshoz és a hosszú távú elégedettséghez, ugyanis magába foglalja a személyes és szociális erőforrásokat, készségeket, amik pufferként működnek a stresszel szemben (Hobfoll, 2002; Kumar et al., 2020). Továbbá azok az egyének, akik proaktív megküzdést használnak, nagyobb valószínűséggel tekintik a kihívásokat és nehézségeket a növekedés lehetőségének, mint a jóllétüket fenyegető veszélynek (Aspinwall & Taylor, 1997; Mansell & Turner, 2023).

Serdülőkorban a proaktív megküzdés elősegíti az önszabályzó készségek fejlődését és alkalmazását, valamint a célorientált viselkedést, amelyek támogatják a tanulmányi előmenetelt és az érzelmi fejlődést. Azok a serdülők, akik használják a proaktív megküzdés technikáit jobban kezelik a kortársak felől érkező társas nyomást és az identitás alakulásának nehézségeit, valamint jobban teljesítik a tanulmányi követelményeket (Schwarzer & Knoll, 2003).

Reziliencia

A reziliencia, a pozitív pszichológia egyik alapvető fogalma, azt az emberi képességet jelenti, hogy a nehézségekkel szembesülve képes helyreállni, alkalmazkodni és gyarapodni. A reziliencia – vagyis a pszichológiai értelemben vett rugalmasság – kritikus szerepet játszik a mentális egészség, a jóllét és az életben való boldogulás fenntartásában. Az érzelmi szabályozáshoz, a problémamegoldáshoz és a kognitív rugalmassághoz kapcsolódik, amelyek mind hozzájárulnak ahhoz, hogy az ember képes legyen alkalmazkodni a kihívást jelentő helyzetekben (Bonanno, 2004). A reziliencia nem veleszületett és állandó tulajdonság, hanem egy olyan dinamikus készség, amely tudatos fejlesztéssel – például beavatkozások, tréningek és az egyéni erősségek erősítése révén – formálható (Masten, 2001).

A pozitív pszichológiában a rezilienciát úgy határozzák meg, mint a *képességet a felépülésre, az alkalmazkodásra és a gyarapodásra a viszontagságokkal, traumákkal vagy*

jelentős stresszel szemben (Masten, 2001). Ez a meghatározás két kritikus dimenziót hangsúlyoz: (1) a felépülés képességét és (2) az alkalmazkodás képességét. A felépülés képessége azt jelenti, hogy az egyén a viszontagságok ellenére is vissza tud térni az érzelmi egyensúlyi állapotba, az alkalmazkodás képessége pedig azt, hogy viselkedését, gondolkodását és megküzdési stratégiáit a változó követelményekhez tudja igazítani (Luthar et al., 2000).

A rezilienciát – vagyis az ellenállóképességet – gyakran értelmezik egyszerre személyiségvonásként és dinamikus folyamatként. Vonásként olyan viszonylag stabil jellemzőket foglal magában, mint a szívósság, az optimizmus és az önhatékonyság, amelyek növelhetik a megküzdés esélyét nehéz élethelyzetekben. Folyamatként a reziliencia kontextusfüggő és folyamatosan formálódik: személyes, társas és környezeti tényezők egyaránt hatással vannak rá (Luthans et al., 2007). Ez a kettős megközelítés hangsúlyozza, hogy a reziliencia fejleszthető, és a tanulás, valamint a gyakorlás révén erősíthető.

Ann Masten (2001) *hétköznapi varázslat* (ordinary magic) fogalma kiemeli azt az elképzelést, hogy az ellenállóképesség hétköznapi, mindennapi képesség, nem pedig rendkívüli tulajdonság. Masten (2001) szerint a reziliencia természetes módon alakul ki a védőfaktorok, köztük a családi támogatás, a közösségi hálózatok és az önszabályozási készségek kölcsönhatása révén. Azt állítja, hogy a reziliencia nem egy ritka *szupererő*, hanem egy normatív képesség, amit minden emberben ki lehet fejleszteni. A Masten (2014) kutatásában azonosított védőfaktorok három szinten jelennek meg: egyéni, családi és közösségi szinten. Az egyéni szinten olyan tényezők találhatók, mint az önszabályozás, a problémamegoldó készség és az érzelmi intelligencia, amelyek hozzájárulnak az egyén ellenállóképességéhez. Családi szinten a támogató felnőttek jelenléte, a biztonságos kötődés és a stabil otthoni környezet jelentik a legfontosabb védőfaktorokat, amelyek erős alapot nyújtanak a fejlődéshez. Községi szinten az oktatáshoz való hozzáférés, a pozitív példaképek és a közösségi erőforrások játszanak kiemelkedő szerepet az egyének támogatásában és a kihívások leküzdésében. Ezek a védőfaktorok támogatják az egyéneket a megpróbáltatások során, lehetővé téve számukra, hogy kifejlesszék az élet kihívásainak leküzdéséhez szükséges kognitív és érzelmi készségeket. A fejlődési perspektíva hangsúlyozza a gyermekkori tapasztalatok, a korai kötődés és a szociális támogatás szerepét az egész életen át tartó ellenálló képesség kialakulásában.

A reziliencia a mentális egészség kritikus meghatározó tényezője, különösen a megpróbáltatásokkal szemben. Pufferként működik a trauma, a veszteség és a krónikus stressz negatív hatásaival szemben (Bonanno, 2004). Tanulmányok kimutatták, hogy a magas rezilienciával rendelkező egyéneknél a traumatikus események után kisebb valószínűséggel alakul ki szorongás és depresszió (Fletcher & Sarkar, 2013). A reziliencia hozzájárul a jobb

érzelmi szabályozáshoz, a kognitív rugalmassághoz és a problémamegoldó képességekhez, amelyek mindegyike alapvető fontosságú a mentális egészség és a jóllét szempontjából.

Összegzésként megállapítható, hogy az önbecsülés, az önkontroll, a proaktív megküzdés és a reziliencia olyan egyéni pszichés erőforrások, amelyek meghatározó szerepet töltenek be a serdülők pszichológiai jóllétének alakulásában. E tényezők elősegítik a személyes fejlődést, a sikeres alkalmazkodást és a mentális egészség fenntartását. Ugyanakkor ezek az erőforrások nem izoláltak, hanem a társas és intézményi környezettel kölcsönhatásban érvényesülnek. A következő alfejezet a pszichológiai jóllét társas szintű erőforrásainak – különösen a társas támogatásnak és az iskolai kötődésnek – a szerepét vizsgálja.

2.8. A pszichológiai jóllét és a szociális erőforrások⁵

A pszichológiai jóllét nem kizárólag egyéni erőforrásokon alapul, hanem szorosan összefügg azokkal a társas és környezeti tényezőkkel is, amelyek az egyén fejlődését és mindennapi működését formálják. Az ökológiai modell (Bronfenbrenner, 1979) értelmében az egyén jólléte különböző szinteken – mikro-, mezo- és makroszinten – szerveződő rendszerek kölcsönhatásában alakul ki. Az előző alfejezet az egyéni pszichés erőforrások (pl. önbecsülés, önkontroll, reziliencia) szerepét vizsgálta, jelen fejezet pedig a pszichológiai jóllét szociális dimenzióira fókuszál, különös tekintettel a serdülőkor társas hálózataira. A társas támogatás és az iskolai kötődés kiemelkedő jelentőséggel bírnak e fejlődési szakaszban, hiszen meghatározó hatással lehetnek a jóllét alakulására, a pozitív alkalmazkodásra és a mentális egészségre egyaránt.

Társas támogatás

A társas támogatás olyan segítő folyamat, amely során egyének (gyakran hasonló helyzetben lévő személyek) érzelmi, információs vagy gyakorlati támogatást nyújtanak egymásnak. Ez a támogatás elősegítheti a pszichológiai jóllétet, erősítheti az önhatékonyság érzését, valamint csökkentheti a társadalmi elszigeteltség érzését (Dennis, 2003; Mead et al., 2001; Shalaby & Agyapong, 2020). Feeney & Collins (2014) a társas támogatást átfogó, interperszonális folyamatként értelmezi, amely kulcsszerepet játszik az egyén jóllétében és fejlődésében. A társas támogatás nem pusztán a stressz csökkentésére szolgáló eszközként jelenik meg, hanem az optimális emberi működés előmozdítójaként is, amely elősegíti az egyének „fejlődését” és

⁵ A fejezetben a következő megjelent saját publikáció szerepel:

Dudok, R., & Pikó, B. (2023e). Az iskolai kötődés kapcsolata a serdülők jóllétével és rizikómagatartásával. *Iskolakultúra*, 33(4), 3–17. doi: 10.14232/iskkult.2023.4.3

„virágzását” mind nehézségekkel teli, mind kedvező élethelyzetekben (Feeney & Collins, 2014). Buchanan és Bowen (2008) a társas támogatást úgy határozza meg, mint a serdülők által a baráti kapcsolataiktól kapott érzelmi, instrumentális és információs támogatást. Ez magában foglalja azt a képességet, hogy bíznak a barátokban, számíthatnak rájuk a támogatásban és pozitív interakciókat folytathatnak. A középiskolás diákok számára a társatámogatás alapvető szociális erőforrás, különösen a gyermekkorból a serdülőkorba való átmenet során, amikor a kortársak egyre fontosabb szerepet töltenek be a kapcsolati hálóban a család mellett – sőt, bizonyos helyzetekben akár meghatározóbbá is válhatnak.

Ahogy a fiatalok fokozatosan áthaladnak a gyermekkorból a serdülőkorba – egy érzelmileg és pszichológiailag is kihívásokkal teli életszakaszba –, egyre nagyobb mértékben támaszkodnak kortársaik támogatására. Ez a változás a szociális fejlődés természetes velejárója (Levitt et al., 2005). A támogató, elfogadó és proszociális normákat képviselő kortárs csoportokhoz való sikeres kapcsolódás ebben az időszakban kiemelten fontos szociális készségnek számít, mivel elősegíti az érzelmi jóllétet, és hozzájárul az érzelmi distressz csökkenéséhez (Walters & Bowen, 1997; Wentzel et al., 2004).

Emellett az ilyen kapcsolatok nagyobb elkötelezettséggel járnak együtt az iskolai tevékenységekben, ami még inkább kiemeli a kortárs kapcsolatok fontosságát (Garcia-Reid, 2007). A kortársak felé történő hangsúlyeltolódás ellenére a szülők által az életben korábban belénk oltott értékek és meggyőződések továbbra is fontosak maradnak. A szülői hatások befolyásolják a kortársak közötti interakciókat és a serdülők általános jóllétét, vagyis a családi és kortárs kapcsolatok között kölcsönhatás mutatható ki (Park & Huebner, 2005; Wentzel & McNamara, 1999).

Buchanan és Bowen (2008) szerint a sikeres kortárs kapcsolatok magasabb szintű érzelmi jólléthez, csökkentett érzelmi distresszhez és nagyobb iskolai elkötelezettséghez kapcsolódnak. A kortársak támogatása biztosítja az összetartozás érzését és segít a diákoknak eligazodni a szociális és tanulmányi kihívásokban. Azok az egyének, akik rendszeresen részt vesznek társas támogatást fejlesztő programokban, jelentős pszichológiai előnyöket tapasztalnak, mint például a szorongás és depresszió tüneteinek csökkenése, valamint az életminőség javulása (Repper & Carter, 2011; Shalaby & Agyapong, 2020). Fontos, hogy a társak támogatása kiegészítő jelleggel járul hozzá a pszichológiai jólléthez, ha erős felnőtt támogatással párosul, de nem kompenzálja a felnőttek alacsony támogatási szintjét. Ezt a megállapítást támasztja alá a kontinuitás modell (Buchanan & Bowen, 2008) amely szerint a kortárs kapcsolatok a korai felnőtt kapcsolatok alapjaira épülnek. A kontinuitás modell alapján a kortárs támogatás a felnőttekkel kialakított alapvető kapcsolatok kiterjesztése, és additív módon

járul hozzá a serdülők jóllétéhez. Emellett megjelenik a kompenzációs/versenymodell is, ami alternatív modellként azt feltételezi, hogy a kortársak támogatása kompenzálja a felnőttek közötti kapcsolatok hiányosságait, különösen akkor, ha a felnőttek támogatása nem megfelelő (Buchanan & Bowen, 2008).

Egy másik megközelítésben a multidimenzionális észlelt társas támogatás fogalma szintén különbséget tesz a családtól, barátoktól és jelentős másoktól származó támogatás között (Zimet et al., 1988). Az elmélet szerint a családtól érkező támogatás hozzájárul a stabil, gondoskodó környezethez, ezzel elősegítve a rezilienciát és az érzelmi biztonságot. A barátoktól érkező támogatás kielégítheti a kapcsolati és kapcsolódási szükségleteket, ezzel támogatva az empátiát és az érzelmi jóllétet. A jelentős másoktól érkező támogatás pedig egyedülálló előnyöket biztosíthat azáltal, hogy az egyén megtapasztalhatja a megerősítést és a feltétel nélküli elfogadást (Zimet et al., 1988).

Feeney & Collins (2014) hangsúlyozzák, hogy a támogató kapcsolatok alapvető szerepet játszanak az egyének pszichológiai, társas- és fizikai jóllétében. Feeney-ék kutatási eredményei alapján a társas támogatás olyan dinamikus folyamat, amely két fő funkciót tölt be, egyrészt erőforrás (source of strength - SOS), ami segít az egyéneknek megküzdenni a stresszel és nehézségekkel, nemcsak a negatív hatások csökkentése érdekében, hanem azért is, hogy az egyén erősebbé váljon a megpróbáltatások után (Bowlby, 1988; Feeney & Collins, 2014). A másik funkció szerint a társas támogatás, mint kapcsolati katalizátor (relational catalyst - RC) az egyén fejlődését és növekedését támogatja olyan helyzetekben, amelyek nem kapcsolódnak közvetlenül stresszhez, hanem lehetőséget kínálnak az önmegvalósításra és a pozitív tapasztalatok kiaknázására (Fredrickson, 2001; Deci & Ryan, 2000). Egy metaanalízis (Holt-Lunstad & Smith, 2012) például kimutatta, hogy a társas beágyazottság erősebben jósolja meg a halálozási rátát, mint számos más életmódbeli tényező, például a dohányzás vagy a fizikai aktivitás. A társas támogatás ezenfelül nemcsak a stresszel való megküzdésben segít, hanem lehetővé teszi az egyének számára, hogy teljes mértékben részt vegyenek az élet adta lehetőségeiben (Deci & Ryan, 2000; Ryff & Singer, 1998).

Kutatások (Jámbori et al., 2019; Papp-Zipernovszky et al., 2017) azt találták, hogy az észlelt társas támogatás negatív kapcsolatban áll az internalizáló- és az externalizáló viselkedési problémákkal. Az alacsony észlelt társas támogatással rendelkező diákok szignifikánsan magasabb pontszámokat érnek el a problémás viselkedési mutatókban, valamint alacsonyabb pontszámokat a pozitív viselkedésmutatókban (Demaray & Malecki, 2002).

Összességében leírható, hogy a társas támogatás protektív faktorként funkcionálhat a biológiai sérülékenységgel szemben, valamint hozzájárulhat a jóllét szintjének megítéléséhez

és a pozitív self-percepciókhoz (Jámbori et al., 2019; Papp-Zipernovszky et al., 2017; Poudel et al., 2020; Szabó-Hangya et al., 2019). Kutatások az étellel való elégedettséget szorosan összekapcsolják az önbecsüléssel, a társas hatékonysággal, a társas támogatással, a szubjektív és a pszichológiai jólléttel. Serdülők körében végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy a szubjektív jóllét és az étellel való elégedettség kulcsfontosságú tényezők lehetnek az iskolai teljesítmény szempontjából. Az étellel való elégedettség szintjét a lányok esetében inkább a társas támogatás befolyásolja, míg a fiúk esetében kevésbé meghatározó ez a tényező. Ugyanakkor a szülői támogatás és a mások általi elfogadás mindkét nem esetében fontos előrejelzője az elégedettség mértékének. A stresszel való megküzdés jelentős hatással van a jólléti mutatók alakulására, mivel a megküzdési stratégiák és a pszichológiai alkalmazkodás alapvető szerepet játszanak az egyén elégedettségének szubjektív megítélésében. Kutatások szerint azok a serdülők, akik hatékony, adaptív és aktív megküzdési stratégiákat alkalmaznak, boldogabbnak és elégedettebbnek érzik magukat. Ezzel szemben azok a serdülők, akik stresszes helyzetekben maladaptív vagy passzív stratégiákhoz folyamodnak, alacsonyabb szintű elégedettségről számolnak be (Hamvai & Pikó, 2009; Pikó & Hamvai, 2012). A pszichológiai jóllét fejlesztése kiemelten fontos a gyermekek és fiatalok számára, mivel nemcsak elősegíti képességeik kibontakoztatását, hanem hozzájárul ahhoz is, hogy felkészüljenek egy boldog és egészséges felnőttkorra.

Iskolai kötődés

Az iskolai kötődés olyan érzelmi és viselkedési kapcsolódás, amely a tanulók iskolához való pozitív viszonyulását tükrözi, és amely meghatározó szerepet játszik a szocializációs folyamatban (Konta & Zsolnai, 2002; Szabó & Virányi, 2011). A fogalom a tanulók elégedettségét és az iskolai közösséghez való tartozás érzését fejezi ki, szoros kapcsolatban áll a tanulmányi teljesítménnyel, a szabálykövetéssel, valamint a személyiségfejlődéssel (Hill & Werner, 2006). Hirschi (1969) szociális kontroll elmélete volt az első, amely definiálta az iskolai kötődést, hangsúlyozva az iskolához és az intézmény dolgozóihoz fűződő pozitív érzelmi kapcsolatok jelentőségét. A későbbi kutatások további szempontokat emeltek ki, például a közösségi kapcsolatok és a normakövetés fontosságát (Moody & Bearman, 1998; Jenkins, 1997). Moody és Bearman (1998) szerint az iskolai kötődés három fő összetevője: a pozitív érzelmi viszonyulás, az intézménnyel való azonosulás és a közösségi kapcsolatok (Szabó & Virányi, 2011).

Az iskolai kötődés az iskolai eredményesség és a hosszú távú pozitív attitűdök előrejelzője is. Az iskolai kötődés fejlesztése az oktatási intézmények számára kiemelt

jelentőségű, hiszen hozzájárul a diákok személyes és tanulmányi sikerességéhez, valamint az iskolai közösség kohéziójához. Az iskolai kötődés fogalma az érzelmi és viselkedési vonatkozásokat ötvözi, amelyek a tanulók iskola iránti pozitív viszonyulását és elköteleződését tükrözik. A jelenség meghatározása és mérési keretei különböző megközelítésekben jelennek meg a szakirodalomban, a nemzetközi és hazai kutatások eltérő terminusokat alkalmaznak, mint például „school attachment,” „bonding,” vagy „connectedness” (Czető, 2019; Libbey, 2004; D. Nagy, 2020; Széll et al., 2020).

Az iskolai kötődéshez hozzájáruló legfontosabb tényezők között szerepel az iskolai közösséghez való tartozás érzése, a pedagógusokkal és kortársakkal való kapcsolat, valamint az intézmény által közvetített normák elfogadása és a közösségi tevékenységekben való aktív részvétel (Szabó & Virányi, 2011; Jenkins, 1997). Libbey (2004) és Gottfredson (2001) munkái szintén hangsúlyozzák, hogy a tanár-diák kapcsolat, valamint a tanulók iskolai környezettel való azonosulása meghatározó az iskolai kötődés kialakulásában. Az iskolai kötődés tehát nem csupán érzelmi, hanem viselkedési dimenziókat is magában foglal, amelyek elősegítik a pozitív társadalmi normák elfogadását és a közösségi integrációt.

Ezen túlmenően az iskolai kötődés szoros kapcsolatot mutat a tanulmányi teljesítménnyel, a teljesítménymotivációval, valamint a tanulói személyiségjegyekkel, mint az énkép és az énhatékonyság (Szabó & Virányi, 2011; Szabó, Zsadányi & Szabó-Hangya, 2015). Ugyanakkor az alacsony kötődési szint negatív következményekhez vezethet, például deviáns viselkedés, káros szenvedélyek kialakulása vagy az iskolai lemorzsolódás formájában (Szabó, 2018).

Az iskolai kötődés fogalmának mélyebb pszichológiai elemzése arra utal, hogy a kötődés nem pusztán a tanulók és az intézmény közötti viszony erősségét írja le, hanem az iskola társas és érzelmi atmoszféráját is tükrözi (D. Nagy, 2020; Nagy, 2002). Az intézmények iránti kötődést a hovatartozási érzés határozza meg, amely az intézményi értékek és normák elfogadásában nyilvánul meg. A társas kapcsolatok jelentősége kiemelkedő az iskolai kötődés kialakulásában, az interperszonális viszonyok és a közösségi élmények erősítik a tanulók iskola iránti pozitív attitűdjeit (Nagy & Zsolnai, 2016).

A diákok pszichológiai jóllétének támogatása hatással van az iskolai sikereikre is: a magasabb jólléttel rendelkező diákok ritkábban hiányoznak az iskolából, jobban meg tudnak birkózni a tanulmányi kihívásokkal és megfelelően értékelik az iskolát. A jóllét összetevői, mint például a pozitív kapcsolatok és az optimizmus, összefüggésbe hozhatók az iskolai zaklatás alacsonyabb szintjével. A diákok pszichológiai jólléte az iskolai stressz és a közelgő kihívások kezelésének potenciális megküzdési mechanizmusának tekinthető (Buerger et al., 2023,

Lombardi et al., 2019; Széll et al., 2020). A jóllét pozitív kapcsolatban áll az iskolában átélt élményekkel, tehát segítheti a diákokat abban, hogy pozitív és támogató érzelmi kapcsolatot alakítsanak ki az iskolájukkal, valamint az iskolai közösséggel. A tanulók pszichológiai jólléte elősegítheti a diákok motivációját, erősítheti pozitív érzelmeiket, és javíthatja érzelmi állapotukat, ami elvezethet az iskolai kötődés kialakulásához. Ha a diákok jól érzik magukat az iskolában, akkor nagyobb valószínűséggel lesznek érdekeltek a tanulásban, aktívabbak lesznek az iskolai közösségi életben, ami tovább növelheti az iskolai kötődésüket (Nagy & Zsolnai, 2016; Szabó et al., 2015).

Az iskolai kötődés kialakulását és fenntartását elsősorban az interperszonális kapcsolatok minősége, a társas támogatás, valamint az iskolai környezet pozitív érzelmi klímája határozza meg. A kötődés multidimenzionális jelenség: egyaránt tartalmaz érzelmi (pl. hovatartozás-érzés), viselkedési (pl. részvétel a közösségi életben) és kognitív (pl. azonosulás az iskola értékeivel) komponenseket. A tanulók pszichológiai jólléte és az iskolai kötődés kölcsönösen erősítik egymást: az iskolai támogatás növeli a jóllétet, míg a jóllét fokozza a kötődést. A serdülők pszichológiai jóllétének vizsgálatában ezért az iskolai kötődés, mint társas erőforrás különösen fontos, mivel védőfaktorként szolgálhat a mentális egészség és a sikeres tanulói életút szempontjából is (Bond et al., 2007; Klem & Conell, 2004; Nelson et al., 2020; Róbert et al., 2020).

Összegzésként elmondható, hogy a pszichológiai jóllét szociális erőforrásainak – így a társas támogatásnak és az iskolai kötődésnek – kiemelkedő jelentőségük van a serdülőkorban. Ezek a tényezők nemcsak a pszichológiai biztonság, az érzelmi stabilitás és a kapcsolati kompetencia fejlődését segítik elő, hanem egyfajta védőernyőként is működnek a külső és belső stresszorokkal szemben. Az ökológiai szemlélet alapján ezek a szociális kapcsolatok a mikroszintű (család, kortársak, pedagógusok) környezetben gyökereznek, de hatásuk túlmutat az adott kontextuson: formálják az önértékelést, az iskolai szerepeket, a közösséghez való tartozás érzését. Mindezek miatt e tényezők alapos vizsgálata elengedhetetlen a serdülők pszichológiai jóllétének komplex megértéséhez és fejlesztéséhez – különösen a prevenció és támogató pedagógiai gyakorlat szempontjából.

2.9. A pozitív pedagógia – a pozitív pszichológia alkalmazása az oktatásban

Seligman hangsúlyozta, hogy a pozitív pszichológia alkalmazási területe rendkívül széleskörű, többek között a közgazdaság vagy a pedagógia számára is kihívást jelent az elméletek gyakorlatba történő megvalósítása. A pozitív tapasztalatokat, élményeket átélő diákok nemcsak eredményesebbek lesznek a tanulásban, hanem boldogabbak és kiegyensúlyozottabbak,

mentálisan erősebbek és védettebbek a pszichológiai jóllétüket veszélyeztető kockázatokkal szemben (O'Brien & Blue, 2018).

A Lelki Egészség és a Jól-lét Európai Paktuma 2008-ban megfogalmazta, hogy az egész életre szóló lelki egészséget a korai életévekben szükséges megalapozni, ezért a fiatalok lelki egészsége támogatásának témaköre az oktatásra is tartozik. Az oktatási intézmények olyan alapvető szocializációs közeget képviselnek, amelyben a gyermekkor és a serdülőkor kritikus időszakában követendő mintát nyújthatnak, segítve ezzel a diákokat fizikai és mentális egészségük alakításában. Az intézmények hozzáállása ezzel együtt meg is határozhatja a diákok mentális egészséghez kapcsolódó attitűdjét, akár egy egész életen át (Roeser et al., 1999). Az EU Foglalkoztatási, Szociálpolitikai, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Tanácsa (2019) megfogalmazza, hogy a mentális egészség a jóllét egyik alapvető feltétele. A Tanács (2019) szerint Európában a lelki zavarban szenvedők aránya körülbelül 10-20%-ra tehető a fiatalok körében. Ez az érték a hátrányosabb helyzetű rizikócsoportokban még magasabb lehet, ezért cselekvésre szólítja fel az érintetteket a fiatalok lelki egészségének gondozása és az oktatása vonatkozásában. Kiemeli, hogy a nemzeti és uniós szintű módszeres és eredményes fellépésnek magában kell foglalnia az érintett fiatalok tanulási nehézségeinek korai felismerését és problémáik kezelését. Aktívan elő kell segíteni a mentális jóllétet az iskolai oktatásban, hiszen az minden életkorban javíthatja az egyének életminőségét.

A pozitív pszichológia mellett elkötelezett szakemberek a hagyományos mentális egészségügyi modelleket kritizálták, mert azok túlzottan a betegségekre, a patológiára és a kezelésre összpontosítanak (Seligman, 2011). Bár ezek a modellek alapvető fontosságúak a klinikai rendellenességek kezelésében, gyakran figyelmen kívül hagyják a pszichológiai jóllétet elősegítő tényezőket. A pozitív pszichológia ezt a hiányosságot az emberi erősségekre, a rugalmasságra és az optimális működésre összpontosítva orvosolja. Seligman (2011) szerint a boldogulás nem egyszerűen a mentális egészségügyi problémák hiánya. Ehelyett a pozitív érzelmek jelenléte, az elkötelezettség és az élet értelmének érzése, valamint a céltudatosság érzése határozza meg. Ez a nézőpont jelentős hatással van arra, hogyan közelítjük meg a mentális egészségügyi beavatkozásokat. Ahelyett, hogy csak a betegség tüneteinek csökkentésére összpontosítanának, a szakembereknek aktívan törekedniünk kell a pozitív jóllét kialakítására, és segíteniünk kell az embereknek, hogy teljes értékű, céltudatos életet építsenek. A pozitív pszichológiai beavatkozások (Positive Psychology Intervention, PPI) olyan strukturált tevékenységek, amelyek célja a jóllét növelése. Ilyenek például a hálanaplóírás, az erősségeken alapuló gyakorlatok és a jelentésalkotó tevékenységek (Sin & Lyubomirsky, 2009). A kutatások szerint a PPI-k jelentősen csökkenthetik a depressziós tüneteket és a szorongást, miközben

növelik az élettél való elégedettséget. Ezeket a beavatkozásokat a terápiás modellekbe integrálták, beleértve a kognitív-viselkedésterápiát (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) és az elfogadás- és elköteleződés-terápiát (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), hogy növeljék a kliensek ellenálló képességét és elősegítsék a fenntartható jóllétet (Lyubomirsky et al., 2005).

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) elismeri a jóllét fontosságát, mint globális egészségügyi prioritást (WHO, 2013). A pozitív pszichológia hozzájárult ehhez az elmozduláshoz azzal, hogy a „virágzást” (flourishing) a közegészségügyi politika központi céljaként népszerűsítette. A közösségi jóllétet, a társadalmi támogatást és a rezilienciát ápoló beavatkozásokat ma már alapvető fontosságúnak tekintik a közegészségügy előmozdítása szempontjából (WHO, 2013).

A hagyományos oktatási rendszerek hosszú ideig elsősorban a kognitív fejlődésre és a tanulmányi teljesítményre helyezték a hangsúlyt, miközben gyakran háttérbe szorult a tanulók érzelmi és pszichológiai jóllétének támogatása. A pozitív pszichológia ezzel szemben egy olyan holisztikus szemléletet kínál, amely kiegészíti a hagyományos megközelítéseket azáltal, hogy az érzelmi intelligencia, a pszichológiai jóllét és a szociális-érzelmi tanulás (Social and Emotional Learning, SEL) fejlesztését is középpontba helyezi (Durlak et al., 2011).

Kutatási eredmények szerint a magasabb pszichológiai jóllét – amely olyan tényezőket foglal magában, mint a pozitív érzelmek, az önszabályozás, a társas kapcsolatok minősége és az élettél való elégedettség – szorosan összefügg a diákok fokozottabb tanulmányi elköteleződésével, jobb motivációjával és pozitívabb iskolai teljesítményével (Furlong & Christenson, 2008).

A pozitív nevelés (positive education) a pozitív pszichológia alapelveit integrálja az iskolai tantervbe és szervezeti kultúrába. Célja olyan támogató iskolai környezet kialakítása, ahol a pszichológiai jóllét és a tanulmányi kiválóság egyaránt fejlesztendő területként jelenik meg. Ennek egyik legismertebb példája az ausztráliai Geelong Grammar School, ahol Seligman PERMA-modelljére építve fejlesztették ki az iskolai jóllét programjukat (Norrish et al., 2013). A pozitív oktatás bevezetése igazoltan hozzájárul a tanulók elkötelezettségének növeléséhez, a viselkedési problémák csökkentéséhez és az élettél való elégedettség erősödéséhez (Seligman & Adler, 2018; Shankland & Rosset, 2017).

A tanárok kritikus szerepet játszanak a tanulási környezet kialakításában, és jóllétük jelentősen befolyásolja a tanulók eredményeit. A tanárok körében gyakoriak a kiégéssel, stresszel és mentális egészséggel kapcsolatos kihívások, különösen azokban az oktatási rendszerekben, amelyek jelentős nyomást helyeznek az egyénekre. A pozitív pszichológia

olyan eszközöket kínál, mint az erősségeken alapuló coaching, a hálagyakorlatok és a reziliencia tréning a tanári jóllét javítására (McCallum & Price, 2016). A tanári jóllét javítása nemcsak a pedagógusok számára előnyös, hanem a diákok jobb tanulási eredményeit, a tanár-diák kapcsolat minőségét, a tanulók motivációját is elősegíti (Jennings & Greenberg, 2009).

Peterson (2006) szerint az iskolák intézményei ideális helyszínek, hogy a tudományos nevelésen túl a jellem és a jóllét előre mozdítására is hangsúlyt fektessenek. A szakirodalom több okot is ad a pozitív nevelési megközelítések alkalmazására. A pozitív nevelés-oktatás ellenszerként működhet a fiatalok depressziója ellen és utat nyithat a nagyobb elégedettséghez, elősegítheti a tanulást, a kreativitást, valamint fokozhatja a társadalmi kohéziót és támogathatja a társadalmi szerepvállalást (Seligman et al., 2009; Waters, 2011). Továbbá a pozitív oktatás már fiatal korban bevezetheti és normává teheti az önismeret és önértékelés, valamint a mentális egészséggel való foglalkozás fontosságát, ami hosszú távú előnyökhöz vezethet. Ilyenek lehetnek például a nagyobb önismeret és érzelmi intelligencia, a kockázatos viselkedés csökkenése és a felnőttkori jobb egészség (Durlak et al., 2011; Kern et al., 2016; Waters, 2011).

Kemmis és munkatársai (2014) öt cselekvés köré csoportosították azokat a tevékenységeket, amelyek a pozitív pedagógia alappillérei lehetnek: Mit és hogyan kell: mondani; gondolkodni; tenni; kapcsolódni; tanulni. Az első kategória a „pozitív beszél”, a pozitív, segítő (és nem elmarasztaló) nyelvezet alkalmazása. A második az olyan megerősítések, amelyek a legjobbat hozzák ki a tanulóból, aminek a célja a pozitív gondolkodási stílus (mindset) és énkép kialakítása. A harmadik a pozitív tanulási környezet és módszertan kialakítása. A negyedik a tanulók közötti pozitív kapcsolat elősegítése. Az ötödik a hatékony és örömteli, élvezetes tanulás.

A pozitív pedagógia arra fókuszál, hogy pozitív és hatékony kognitív, pszichológiai és szociális forrásokat keressen a tanulás és alkalmazkodás érdekében. Az ún. pozitív adaptációs tréning a kognitív alapú fejlesztések mellett olyan készségfejlesztést is magában foglal, amelynek során a diákok egy feladat megtervezésével gyakorolhatják többek között a különböző kommunikációs stílusok hatékonyságát, fejleszthetik empátikus és stresszkezelési készségeiket, szociális konfliktusok megoldását, mindezt szociális tanulási helyzetekben (Hamvai & Pikó, 2008).

Összegzésként elmondható, hogy a pozitív pedagógia a pozitív pszichológia alkalmazott irányzataként jelenik meg az oktatásban, célja a tanulók és pedagógusok pszichológiai jóllétének támogatása. A megközelítés olyan iskolai környezet kialakítására törekszik, amely elősegíti a tanulók érzelmi, társas és személyes fejlődését, hozzájárulva ezzel a tanuláshoz való pozitív viszony kialakításához. Kiemelten fontos ez a sajátos nevelési igényű tanulók esetében, akiknek fejlődését és alkalmazkodását jelentősen támogathatják az erősségekre építő, befogadó pedagógiai gyakorlatok. A kutatások azt mutatják, hogy a pszichológiai jóllét tudatos

fejlesztése hosszú távon hozzájárulhat a tanulók életminőségének javításához és mentális egészségének fenntartásához.

2.10. Részösszegzés

A 2. fejezet célja a pszichológiai jóllét fogalmának többdimenziós, elméletileg megalapozott bemutatása volt, különös tekintettel a serdülőkorra és a disszertáció empirikus kutatásának elméleti hátterére. A pszichológiai jóllét fogalma a pozitív pszichológia szemléletében olyan multidimenzionális konstruktum, amely túlmutat a szubjektív boldogságon, és magában foglalja az érzelmi, kognitív, kapcsolati és funkcionális működés összhangját. A jóllét nem csupán egy pillanatnyi állapot, hanem egy fejlődési potenciál, amely az egyén és környezete közötti dinamikus egyensúly eredményeként értelmezhető. A disszertáció ezt a fogalmat Kern és munkatársai (2016) EPOCH-modellje alapján operacionalizálja, amely jól illeszkedik a serdülőkori fejlődés sajátosságaihoz és a kutatás neveléstudományi célkitűzéseire.

A fejezet első része áttekintette a pozitív pszichológia kialakulásának történeti kontextusát, valamint a mentális egészség és a pszichológiai jóllét kapcsolatát. Ezt követően külön alfejezetek foglalkoztak a pszichológiai jóllét elméleti modelljeivel, részletesen bemutatva Ryff, Keyes, valamint a PERMA és az EPOCH megközelítéseket. Kiemelt hangsúlyt kapott az EPOCH modell részletes bemutatása, mivel a disszertáció ezt tekinti elméleti és módszertani kiindulópontnak a serdülőkori jóllét mérésében.

A fejezet második felében a pszichológiai jóllétet befolyásoló egyéni és szociális erőforrások kerültek bemutatásra, különös figyelmet fordítva az erősségek, önbecsülés, önkontroll, proaktív megküzdés és reziliencia szerepére. E konstruktumok nemcsak a mentális egészség fenntartásában, hanem a serdülők fejlődésének támogatásában is kulcsszerepet játszanak. Az ökológiai szemlélet hangsúlyozása lehetővé tette, hogy az egyéni pszichés tényezők és a társas környezet hatásai integrált módon jelenjenek meg az elméleti keretben.

A szociális erőforrások bemutatása során külön alfejezet tárgyalta a társas támogatás és az iskolai kötődés jelentőségét. Az iskolai környezethez való pozitív kapcsolódás nemcsak a tanulmányi sikerességet támogatja, hanem jelentős védőfaktor a serdülők pszichológiai jóllétének fenntartásában is. A társas támogatás többdimenziós jellege – beleértve a családot, barátokat és jelentős mások szerepét – tovább erősíti azt a megközelítést, amely szerint a jóllét interperszonális beágyazottsága meghatározó jelentőségű a serdülőkorban.

A pszichológiai jóllét ebben a disszertációban olyan ökológiai keretben értelmezett fogalom, amely egyszerre épít az egyéni pszichés tényezőkre és a szociális kapcsolatokból származó védőfaktorokra. A következő fejezetekben ezen dimenziók empirikus vizsgálatára kerül sor a serdülők pszichológiai jóllétének átfogóbb megértése érdekében. Emellett sor kerül a sajátos nevelési igényű tanulók jóllétének specifikumait, valamint az egészségmagatartás

elméleti kereteit tárgyaló fejezetek bemutatására is, amelyek tovább mélyítik a jóllét komplex értelmezését és empirikus vizsgálatának megalapozását.

3. SAJÁTOS NEVELÉSI IGÉNYEK (SNI)

Az Európai Unió 2008-ban célkitűzései között fogalmazta meg a fiatalok mentális egészségének támogatását és védelmét, különös tekintettel a tanulási nehézségek korai felismerésére és kezelésére, valamint a pszichológiai jóllét aktív elősegítésére az iskolai oktatás keretein belül. A mentális egészség és a pszichológiai jóllét előmozdítása minden gyermek számára lényeges, ám különös fontossággal bír azon gyermekek esetében, akik sajátos nevelési igényűek (SNI). Magyarországon az SNI-diákok száma évről évre növekszik. Az SNI kategóriájába tartozó diagnózisok – különösen a specifikus tanulási zavarok – gyakran együtt járnak mentális egészségügyi problémákkal, viselkedési zavarokkal és szociális nehézségekkel. Ennek ellenére a fejlesztési programok sok esetben nem terjednek ki a szociális és emocionális dimenziókra. A tanulási zavarral élő személyek különösen veszélyeztetettek az érzelmi, társadalmi, oktatási és foglalkoztatási szférákban jelentkező negatív élmények tekintetében. Ezek a tapasztalatok rizikófaktoroként jelennek meg a jóllét, az életminőség, az élettel való elégedettség és a boldogság szempontjából. Éppen ezért elengedhetetlen az olyan protektív tényezők azonosítása, amelyek hozzájárulnak az iskoláskorú gyermekek mentális egészségének és pszichológiai jóllétének fejlesztéséhez (Dudok, 2023; EU, 2019; KSH, 2020, 2024).

Magyarországon évről évre nő a sajátos nevelési igényű (SNI) diákok száma. A 2019/20-as tanévben az általános iskolások 7,9%-a (közel 57.000 fő) tartozott a sajátos nevelési igényű kategóriába, és közülük 28.290 főt súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral diagnosztizáltak (KSH, 2020). Ez a szám a legfrissebb adatok alapján 2023/24-es tanévben közel 63.000 főre emelkedett, amely az általános iskolások 8,8%-át jelenti (KSH, 2024). Az SNI kategóriába tartozó diagnózisok előfordulása a középfokú oktatásban 5,5 – 5,9% között mozgott az elmúlt 5 tanévben, amely kb. 20.000 főt jelent tanévenként. Közülük legalább 14.000 fő súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavar miatt kapta az SNI besorolást. A statisztikák alapján a sajátos nevelési igényű diákok csak kevesen jutnak el a felsőoktatásba, és nagyszámú korai iskolaelhagyás figyelhető meg a körükben (KSH, 2020, 2024).

A sajátos nevelési igény (SNI) kategóriába sorolt diagnózisok – különösen a specifikus tanulási zavarok – szorosan összefüggnek a mentális egészség, a viselkedés és a szociális területen jelentkező nehézségekkel. A felsorolt zavarok számos szociális és emocionális hatással járnak, ezeket a jellemzőket mégsem tekintik elsődleges meghatározóknak (Livingstone et al., 2018). Az Európai Unió Tanácsa – különösen a Foglalkoztatási, Szociálpolitikai, Egészségügyi és Fogasztóvédelmi Tanács 2019. december 9-i ülésén

(14303/19) – ezért kiemelt prioritásként kezelte a fiatalok mentális egészségének védelmét és támogatását. A Tanács ajánlásai között szerepelt a tanulási nehézségek korai felismerésének és kezelésének előmozdítása, valamint a mentális jóllét tudatos fejlesztésének integrálása az iskolai oktatásba (EU, 2008, 2019). Az alábbiakban áttekintem, hogy mely tanulói csoportokat tekintjük kiemelt figyelmet igénylőnek, különös tekintettel a sajátos nevelési igényű és specifikus tanulási zavarral küzdő diákokra

3.1. Kiemelt figyelmet igénylő gyermekek

A kiemelt figyelmet igénylő gyermekek csoportja a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény alapján több alkategóriára osztható, amelyek sajátos szükségleteik szerint eltérő megközelítést és támogatást igényelnek (2. ábra). Ezek a csoportok magukban foglalják azokat a gyermekeket, akik tartós gyógykezelés alatt állnak, akik hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetűek, illetve akik különleges bánásmódot igényelnek, ezen belül sajátos nevelési igényűek (SNI), vagy beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdenek (BTMN) vagy kiemelten tehetségesek.

A tartós gyógykezelés alatt álló gyermekek hosszabb időt töltenek betegség miatt távol az oktatási intézményektől, és különleges figyelmet igényelnek az oktatás folyamatában. A szakorvosi vélemény alapján az adott tanévben 36 napot meghaladó hiányzásukat regisztrálják, ami hatással lehet tanulmányi előmenetelükre (2011. évi CXC. törvény 4. § 13. pontja). A hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek csoportjába tartozók az alacsony jövedelem, az elégtelen lakhatási körülmények vagy az alacsony szülői iskolázottság miatt kerülnek hátrányos helyzetbe, a halmozottan hátrányos helyzet pedig további hátránynövelő tényezők jelenlétét jelzi, mint például a szülői munkanélküliség (1997. évi XXXI. törvény; 2013. évi XXVII. törvény). A harmadik, különleges bánásmódot igénylő gyermekek csoportja további alcsoportokra bontható: a kiemelten tehetségesek az átlagnál magasabb szintű képességekkel, kreativitással és motivációval rendelkező tanulók. A második csoportot a beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzdők (BTMN) alkotják. Ide tartoznak azok az enyhébb problémák, amelyek tanulási nehézségekkel és magatartásbeli kihívásokkal járnak, de nem minősülnek sajátos nevelési igénynek (Lányiné, 2006; Bíró et al., 2020). A harmadik csoportot a sajátos nevelési igényűek (SNI) alkotják: a diagnosztizált fogyatékoság, például a mozgásszervi, érzékszervi vagy pszichés fejlődési zavarral küzdők sorolhatók ide (2011. évi CXC. törvény 4. § (25)). Ezen törvény alapján, azok a gyermekek, akik tanulási zavarral küzdenek az egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdők csoportjába tartoznak (Hegedűs, 2024).



2. ábra Kiemelt figyelmet igénylő gyermekek csoportosítása a 2011. évi CXCV törvény alapján (Hegedűs, 2024, p. 9 alapján saját szerkesztés)

Fontos figyelembe venni, hogy egy gyermek egyszerre több kiemelt figyelmet igénylő kategóriába is besorolható lehet. Előfordulhat például, hogy egy kiemelkedő tehetséggel rendelkező, hátrányos helyzetű gyermek egyszerre valamilyen fogyatékkal is küzd. Harmatiné és munkatársai (2014) ezt a jelenséget a „kétszeresen kivételes” fogalommal írják le, amely azon gyermekeket jelöli, akik tehetségesek, de egyéb okok – például szociális, fizikai vagy pszichés tényezők – miatt szintén speciális bánásmódot és támogatást igényelnek (Hegedűs, 2024).

3.2. Az SNI (sajátos nevelési igény) jelentése és jelentősége⁶

Az Európai Unió országainak oktatási rendszere eltérő, és ebből következően a tipikus fejlődéstől eltérő gyerekek tanulmányainak kezelése is más-más mederben folyik az egyes országokban. Az OECD 2005-ben (OECD, 2005) fogalmazta meg a speciális nevelési szükségletű – special education needs (SEN), magyarul sajátos nevelési igényű (SNI) –

⁶ A fejezetben a következő megjelent saját publikációk szerepelnek:

Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1–2), 49–70.

Virág, K., Dudok, R., & Szabó, É. (2019). Tanulási korlással küzdő tanulók egyes pszichológiai erőforrásainak vizsgálata: Az énhatékonyság, a felelősség és proaktív attitűd jellemzői. *Iskolakultúra*, 29(9), 38–50.

gyerekekkel kapcsolatos megállapításait. Az OECD fogalomértelmezése (OECD, 2005) alapján az a gyerek speciális nevelési szükségletű, akinek a többiektől eltérő, magasabb szintű személyi és tárgyi megsegítésre van szüksége. Az OECD a speciális oktatási szükségletnek három kategóriáját különbözteti meg: (1) szervi rendellenességen alapuló fogyatékoságok (például érzékszervi vagy neurológiai károsodások); (2) nem szervi rendellenességen alapuló tanulási nehézségen alapuló szükségletek; (3) valamilyen társadalmi, kulturális vagy nyelvi jellemzőből fakadó szükségletek (például hátrányos helyzet, bevándorló háttér vagy nyelvi akadályok). A SEN fogalma az oktatási rendszerek közös kihívásaira reflektál, mivel biztosítani kell, hogy minden tanuló hozzáférjen a megfelelő minőségű oktatáshoz, függetlenül egyéni nehézségeitől vagy hátrányaitól. Az OECD hangsúlyozza az inklúzió és az esélyegyenlőség jelentőségét, hogy minden tanuló maximálisan kibontakoztathassa képességeit. Az OECD SEN definíciója az oktatási rendszerek összehasonlítását is célozza. A különböző országok eltérő módon értelmezik és alkalmazzák a speciális nevelési szükségletek fogalmát, ami hatással van az adatgyűjtésre és az oktatási politikákra. Az OECD hangsúlyozza, hogy a SEN kategóriába tartozó diákok hatékony támogatása érdekében elengedhetetlen a nemzetközi együttműködés és a közös indikátorok kidolgozása (OECD, 2012).

Magyarországon a sajátos nevelési igényű diákok felismerésére, állapotmegismerésére, oktatására és rehabilitációs ellátására törvényi előírások vonatkoznak. A hazai kategóriák kismértékben eltérnek az OECD irányvonalaktól. Hazánkban az ellátás, a fejlesztés diagnózishoz kötött, ezért alapos, kidolgozott lépések és protokoll kíséri végig a diagnosztikus folyamatot. A *sajátos nevelési igényű* kifejezés egy gyűjtőfogalom, nem diagnosztikai kategória. A magyarországi fogalmak használata az évek során sokat változott, a jelenleg hatályban lévő köznevelési törvény (2011) alapján a sajátos nevelési igényű tanuló meghatározása a következő:

„A sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd” (2011. évi CXC. törvény A nemzeti köznevelésről 4.§ (25.).

Magyarországon a sajátos nevelési igényű tanulók integrációját és inkluzív oktatását az Európai Unió oktatáspolitikai irányelveivel összhangban alakították ki, különösen a 2011. évi CXC. törvény hatályba lépését követően. Az integrált nevelés és oktatás lehetővé teszi, hogy a kiemelt

figyelmet, különleges bánásmódot igénylő – sajátos nevelési igényű, illetve beilleszkedési, tanulási és magatartási nehézséggel küzdő – tanulók, amennyiben a szakértői vélemény ezt javasolja, a tipikusan fejlődő diákokkal egy oktatási intézménybe és közös osztályokba járjanak, így közös oktatásban vegyenek részt (2011. évi CXCV. törvény A nemzeti köznevelésről 47. §). Ez azt jelenti, hogy a gyermekek többségi iskolában, a többségi iskolai tanterv szerint tanulnak, és emellett fejlesztő foglalkozásokon vesznek részt, melyeket gyógypedagógusok biztosítanak számukra (Virág et al., 2019). Az inkluzív oktatás célja nem csupán az egyenlő esélyek megteremtése, hanem a társadalmi kohézió elősegítése is. A kutatások rámutatnak, hogy az inkluzív tanulási környezet előnyös lehet mind az SNI-s, mind a tipikus fejlődésű diákok számára, mivel növeli az empátiát és csökkenti a sztereotípiákat (UNESCO, 2020).

A speciális nevelési szükségletű gyerekeknek minden esetben diagnózissal kell rendelkezniük, amit kóddal jelölnek, és ez a kód a megyei vagy a fővárosi pedagógiai szakszolgálatok szakértői bizottságának szakértői véleményében is szerepel. A pedagógiai szakszolgálatok hatékony működését alapvetően befolyásolja a diagnosztikai eljárások minősége. A nemzetközi gyakorlatok azt mutatják, hogy az interdiszciplináris megközelítés, amelyben orvosok, pszichológusok és gyógypedagógusok együtt dolgoznak, hozzájárul a pontosabb diagnózisokhoz és az egyénre szabott fejlesztési tervek kidolgozásához. A diagnózisokhoz az oktatásban többletjogok is kapcsolódhatnak, melyeket később az érintettek a felsőoktatásban is tudnak érvényesíteni, például vizsgakörülmények adaptálása vagy időkorlátos vizsgák hosszabbítása formájában. A kutatások szerint ezek az intézkedések hozzájárulnak az akadémiai sikerességhez és az esélyegyenlőséghez, de fontos, hogy a diákok pszichológiai támogatást is kapjanak az oktatás során, mivel gyakran fokozott stressznek vannak kitéve (15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről; Heiman & Precel, 2003).

3.3. Az egyéb pszichés fejlődési zavar és a specifikus tanulási zavar (SLD) ⁷

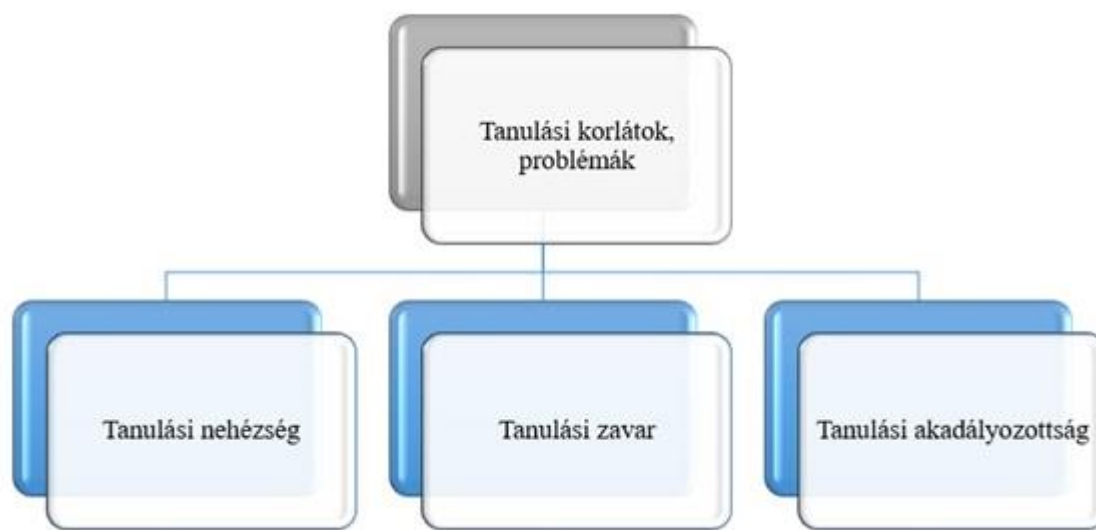
A tanulási akadályokat és nehézségeket a gyógypedagógia tudománya három fő kategóriába sorolja: tanulási nehézség, tanulási zavar, valamint tanulási akadályozottság (Englbrecht & Weigert, 1996) (3. ábra). Az osztályozás alapját Bachra (1985) által bevezetett „tanulási

⁷ A fejezetben a következő megjelent saját publikációk szerepelnek:

Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1–2), 49–70.

Dudok, R., & Pikó, B. (2023d). A kockázati magatartás és a mentális jóllét összefüggéseinek vizsgálata felső tagozatos iskolások körében. *Egészségfejlesztés*, 64(1), 14–29. doi: 10.24365/ef.8341

korlátok” fogalma képezi, amely az egyén szocializációs és perszonalizációs folyamatait akadályozó tényezőkre utal. A kategóriák egymásra épülése nemcsak a tanulási problémák természetét, hanem azok súlyosságát is tükrözi: a tanulási nehézség a legenyhébb, a tanulási akadályozottság pedig a legsúlyosabb formája a tanulási problémáknak. A gyakorlatban napjainkig ezt a felosztást alkalmazzák a kutatók (pl. Hegedűs, 2024; Mesterházi & Szekeres, 2019).



3. ábra A tanulási akadályok és nehézségek kategorizálása
(Hegedűs, 2024 p. 11 alapján saját szerkesztés)

A tanulási nehézségek hátterében leggyakrabban társadalmi és környezeti tényezők, például szociális hátrány, rendszeres iskolai hiányzás, pszichés problémák vagy nem megfelelő pedagógiai módszerek állnak (Englbrecht & Weigert, 1996). Az ilyen helyzetben lévő gyermekek gyakran jelentős hátrányba kerülnek az alapvető kultúrtechnikák, mint az olvasás, írás és számolás elsajátításában, ami hosszabb távon negatív viselkedési minták kialakulásához vezethet (Mesterházi & Szekeres, 2019). Az érintett gyermekek fejlesztése általában integrált keretek között valósul meg, ahol a pedagógusok, szülők és fejlesztőpedagógusok együttműködése alapvető fontosságú. Súlyosabb esetekben gyógypedagógus bevonása is szükségessé válhat, különösen akkor, ha a tanulási gyengeség lassan tanulói vagy alulteljesítő tanulói jellemzőkkel társul (Hegedűs, 2024; Howard et al., 2009; Shaw, 2008).

A tanulási zavarokat az intelligenciaszint és a zavarok természete alapján határozzák meg. Míg Englbrecht és Weigert (1996) szerint ezek gyakrabban fordulnak elő 75-85 közötti IQ-értékek mellett, a legújabb kutatások, például Şahin és munkatársai (2020), az ilyen

problémákat inkább 85 IQ-érték fölött azonosítják. A specifikus tanulási zavarokkal küzdő gyermekeknél jellemzően az alapvető iskolai készségek – írás, olvasás és számolás – elsajátítása során jelentkeznek nehézségek, miközben más területeken nem tapasztalható eltérés. Mivel ezek a problémák nem az egész kognitív rendszert érintik, hanem annak egyes részeit, ezért részképességzavarokként is definiálhatók (Englbrecht & Weigert, 1996; Gyarmathy, 2001; Kirk & Bateman, 1962). Pinczésné (2004) szerint a részképességzavarok olyan alapkészségek hiányosságait takarják, amelyek nélkülözhetetlenek az írás, olvasás és számolás elsajátításához. A percepció, a figyelem, az emlékezet, a gondolkodás vagy a mozgáskoordináció zavarai jelentős hatással lehetnek a tanulás különböző területeire, és hozzájárulhatnak tanulási nehézségek kialakulásához. A kultúrtechnikák terén jelentkező problémák – például a diszlexia, diszgráfia vagy diszkalkúlia – komplex tanulási zavarokként definiálhatók.

A tanulási akadályozottságot a legkomplexebb és legsúlyosabb tanulási korlátként definiálják. Kanter (1976) szerint ez az állapot tartósan fennáll, és szinte minden tanulási és magatartási területet érint. A tanulási akadályozottság okai között szerepelhet központi idegrendszeri sérülés vagy tartós szociális hátrány. Az érintett gyermekeknél jellemző az alacsony kognitív teljesítmény, a beszédfejlődési problémák, az artikulációs hibák, valamint a korlátozott figyelmi kapacitás és problémamegoldó képesség (Mesterházi & Szekeres, 2019). Az enyhe értelmi fogyatékosagra vonatkozó diagnózisok gyakran átfedésben vannak a tanulási akadályozottság fogalmával, amely a tanulásban akadályozott gyermekek tágabb kategóriáját foglalja magában (Hegedűs, 2024).

A tanulási korlátok csoportosítása alapvető szerepet játszik a pedagógiai gyakorlatban és a diagnosztikai folyamatban is. A disszertáció a sajátos nevelési igény tág fogalmán belül arra az integráltan oktatott gyereklapopulációra koncentrál, akik a törvényi meghatározás és diagnózisuk alapján egyéb pszichés fejlődési zavarral, azon belül is tanulási zavarral küzdenek. A 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet 9.1. pontja a pszichés fejlődési zavarral küzdő gyermekek és tanulók hét fő kategóriáját határozza meg. Ezek a következők: (1) diszlexia – az olvasási képesség zavara, (2) diszortográfia – az írás helyességét érintő problémák, (3) diszkalkúlia – a matematikai képességek zavara, (4) diszgráfia és diszpraxia – az írás- és mozgáskoordináció zavara, (5) kevert specifikus tanulási zavarok – a fent említett zavarok együttes előfordulása, (6) - hiperaktivitás és figyelemzavar – a figyelem fenntartásának és irányításának nehézsége, valamint (7) a szocio-adaptív folyamatok zavarai – szociális alkalmazkodási nehézségek (*„szocio-adaptív folyamatok zavarai, az érzelmi kontroll, ön, vagy mások felé irányuló agresszió, a szorongás, az én-szabályozás gyengeségét mutató magatartásjellemzők, az*

alkalmazkodóképesség, a célirányos viselkedés, az önszervezés, valamint a metakogníció eltérő fejlődésében mutatkozik meg” 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet 9.1.). Ezek a tanulók értelmi képességeik tekintetében nem mutatnak eltérést a tipikus fejlődésű társaiktól, és oktatási környezetük is megfelelő lehet, azonban tanulási vagy viselkedési zavarai akadályozhatják őket a fejlődésben, ezért kiemelt figyelmet és speciális pedagógiai támogatást igényelnek.

Egyéb pszichés fejlődési zavarról a diagnosztikus rendszerek értelmezése szerint akkor beszélünk, ha a tanuló tanulmányi teljesítménye jelentős mértékben alacsonyabb, mint amit intelligencia szintje alapján elvárnánk. Azaz a zavarral élő gyermek intellektusa ép, viszont teljesítménye nem felel meg képességeinek, a készségek megszerzésének menete válik zavarttá. Ez a probléma neurológiai deficit vagy funkciózavar következményeként korai életkorban alakul ki, a háttérben idegrendszeri sérülés vagy betegség, vagy nem megfelelő tanulási környezet áll. A tünetek csökkenthetők, de teljes mértékben nem szüntethetők meg (BNO-10, 1995). A zavar felnőttkorban is fennmarad (Balogh, 2005; Gaál, 2000; Jászberényi & Marton, 2009). A diagnózis kritériumai közé tartozik az átlagos vagy kiemelkedő intelligencia ($IQ > 70$), a megfelelő oktatási feltételek és az ép szenzoros funkciók (Mohai & Kalózi-Szabó, 2016).

A továbbiakban a pszichés fejlődési zavart, azon belül is a tanulási zavart vizsgáljuk tovább. A hazánkban használatos *BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása)* diagnosztikai kategóriarendszer alapján ide sorolandó diagnózisok: az iskolai teljesítmények jellegzetes zavarai (F81); kevert specifikus fejlődési zavarok (F83); a pszichés fejlődés nem meghatározott fejlődési zavarai (F89); (BNO-10, 1995). A BNO-10 besorolása szerint a fent említett diagnosztikus kategóriák a specifikus tanulási zavarok közé tartoznak, amelyek a neurológiai alapú fejlődési rendellenességek csoportjába sorolhatók. Ezeket a zavarokat a tanulási készségek elsajátításában mutatkozó jelentős és tartós nehézségek jellemzik, amelyek különösen az olvasás, írás és számolás területén jelentkeznek. Az ilyen jellegű tanulási zavarok becslések szerint a népesség 10%-át jellemzik, és az epidemiológiai tanulmányok a prevalenciaarányt az olvasási deficit esetében 4–9%-ban, a matematikai deficit esetében pedig 3–7%-ban állapították meg (DSM-V, 2014).

A DSM-V (2014, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, magyarul Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) az iskolai teljesítmény specifikus rendellenességeit – hasonlóan a BNO korábban bemutatott fogalmi rendszeréhez – az idegrendszer fejlődési zavarai között olyan specifikus tanulási zavarként (Specific Learning Disorder, SLD) definiálja, amelyben a készségek szintje elmarad az adott életkorban elvárthoz képest, és ez jelentős hatással van az iskolai vagy foglalkozásbeli teljesítményre, valamint a mindennapi tevékenységekre. Nehézségek jelennek meg a tanulásban és az iskolai készségek

használatában, a nehézségek javítását megcélzó intervenciók ellenére is. A részképességek egyenetlen fejlődése következtében kialakul az olvasás, az írás és a számolás elsajátításának zavara. Ebbe a kategóriába sorolandók a diszlexia, a diszgráfia és a diszkalkúlia. Az esetek egy részében az is előfordul, hogy ezek a zavarok nem önállóan, hanem több területet érintve, komplexen jelennek meg (Csépe, 2009; Sarkady & Zsoldos, 1992/93).

Ugyanakkor szem előtt kell tartani azt, hogy a tanulási zavarral diagnosztizált gyermekek képességprofiljukat, tanulmányi teljesítményüket és iskolai bevételeiket tekintve heterogén képet mutatnak (Peterson et al., 2021; Vida, 2021; 2022). A pedagógusok gondolkodásában és a közhiedelemben elterjedt nézet, miszerint a gyerekek intelligenciája bejósolja a tanulási eredményességet, megdölni látszik. Az intelligenciaszint nem határozza meg egyértelműen az iskolai bevételeket, a tanulási képességek komplex rendszerét, azoknak nem egyértelmű és egyetlen meghatározója. A diagnosztikus folyamat során használt kognitív pszichológiai tesztek azonban nem térnek ki az egyének affektív jellemzőire, így a problémákkal küzdő gyerekek tanuláshoz való viszonyáról, attitűdjéről, motivációjáról a diagnosztikus eljárás folyamán nem kaphatunk képet, habár ezek a jellemzők részei az iskolai teljesítményt, iskolai bevételeket meghatározó tényezőknek (Ceglédi & Máth, 2013; Józsa & Fejes, 2012; Vida, 2021, 2022).

A diagnosztikus folyamat segítése érdekében ajánlások, protokollok kerültek kidolgozásra, azonban a tanulási zavar diagnosztikus folyamatát meghatározó egységes elméleti keret továbbra sem jött létre a hazai diskurzusban (Lányiné, 2014; Vida, 2021). Fletcher (2012) szerint három elméleti paradigma alapján határozható meg a tanulási zavar, ezek: a kognitív diszkrepancia modell, az alacsony pedagógiai teljesítmény alapján történő diagnosztizálás, illetve az intervenciók paradigma. A kognitív diszkrepancia modell megközelítése alapján – leginkább ez a szemlélet jelenik meg a hazai diagnosztikai eljárásban és a tanulási zavar fent bemutatott, BNO-10 és DSM-V szerinti meghatározásában is – az egyén kognitív funkcióinak szintje, színvonala jelentősen eltér a pedagógiai, tanulmányi teljesítményétől, azaz azzal nem összeegyeztethető. A szemlélet szerint ez a diszkrepancia – vagyis a kognitív képességek alapján nem várt módon alacsony teljesítmény – határozza meg a tanulási zavar diagnózisát, valamint ez különbözteti meg a többi fejlődési problémától, ahol az alacsony tanulási teljesítmény gyenge általános képességek talaján jön létre. A pedagógiai teljesítményből kiinduló megközelítés szerint az alacsony tanulási teljesítmény alapján lehet meghatározni a tanulási zavart. A harmadik diagnosztikus megközelítés az intervenciók paradigma. Ez a megközelítés nem diagnosztikus kategóriákat hoz létre, hanem a kognitív, neuropszichológiai és pedagógiai teljesítményalapú megállapításokat integrálja, és ezek alapján

ellátási csoportokat alakít ki, melyek sajátos kognitív profilokkal rendelkeznek (Fletcher, 2012). Az intervenciós paradigma gyakorlati alkalmazása kapcsán a kutatások kiemelik, hogy a multidiszciplináris megközelítés az egyéni tanulási profilok alapos feltérképezésére és célzott fejlesztési programok kialakítására helyezi a hangsúlyt (Lyon et al., 2001). Ez az integrált modell nemcsak az azonnali fejlesztési célokat, hanem a hosszú távú oktatási és társadalmi hatásokat is figyelembe veszi. Az egységes elméleti keret hiánya nemcsak a diagnosztikus folyamatok következetlenségét eredményezi, hanem nehezíti az összehasonlítható kutatási eredmények előállítását is. Nemzetközi kutatások, például Snowling és Hulme (2012) elemzése arra világít rá, hogy az intervenciók hatékonyságának értékelése érdekében olyan diagnosztikai keretekre lenne szükség, amelyek figyelembe veszik a tanulási zavarok neurobiológiai, pszichológiai és szociális tényezőit is.

A specifikus tanulási zavarok meglétének hosszú távú hatása is jelentkezik, amely leginkább magatartászavarokban nyilvánul meg, akár már az iskolai évek alatt is (Bolla, 2014). A legfrissebb komorbiditási kutatások azt igazolják, hogy a specifikus tanulási zavarok gyakran társulnak egyéb pszichiátriai rendellenességekkel (Balázs et al., 2016; Sahu et al., 2019; Törő et al., 2018; Visser et al., 2020). Leggyakrabban a figyelemhiányos hiperaktivitás (ADHD) fordul elő, majd ezt követik a szorongásos és a hangulati zavarok, a depresszió, valamint a nyelvi rendellenességek megjelenése. Bármilyen komorbiditású tanulási zavar befolyásolhatja a zavar kifejeződését és súlyosságát, és megnehezítheti a fejlesztést (Sahu et al., 2019; Visser et al., 2020). Ezen túlmenően, a komorbiditás hatása nemcsak az egyéni teljesítményt érinti, hanem társadalmi szinten is kihívást jelent. A figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) és a szorongásos zavarok például nem csupán a tanulási helyzeteket befolyásolják, hanem hosszabb távon a foglalkoztatási lehetőségekre és a társadalmi integrációra is hatással lehetnek. A tanulmányok arra mutatnak rá, hogy az érintett gyermekek számára elengedhetetlen a megfelelő pedagógiai intervenció és a családok szoros bevonása (Hegedűs, 2024).

A specifikus tanulási zavarral küzdőknél szignifikánsan magasabb mind az internalizációs, mind az externalizációs zavarok előfordulási gyakorisága (Balázs et al., 2016; Boyes et al., 2019; Törő et al., 2018). A tanulási zavarokkal küzdő gyermekeknél az internalizációs zavarok – például a szorongás és a depresszió – gyakran összefüggésbe hozhatók a pedagógiai környezetre adott reakciókkal. Az externalizációs zavarok, mint például az agresszió és a dacos magatartás, sok esetben a tanulási folyamat során felhalmozódott frusztráció következményei. Ezen viselkedési problémák hátterében gyakran az áll, hogy az érintett tanulók az iskolai környezetből nem kapnak megfelelő visszajelzést vagy támogatást, ami tovább erősíti a kudarcérzést és az alacsony önértékelést (Balázs et al., 2016; Boyes et al.,

2019; Vida, 2019). Előfordulhat, hogy az iskolában megjelenő maladaptív viselkedésformák (kerülő magatartást tanúsít, visszahúzódik a tanulási helyzetekből, vagy épp ellenkezőleg: provokatív, rendzavaró viselkedéssel reagál) mögött a tanulási zavarok állnak, azok váltják ki őket. Ugyanis az érintett tanulók a kitűzött célok elérhetetlensége, a vártnál alacsonyabb eredmények elérése vagy az erőfeszítések ellenére megtapasztalt kudarcok következtében elveszíthetik tanulási érdeklődésüket, és kialakulhat bennük a tanult tehetetlenség érzése. Ezek következtében a gyermekek megtagadhatják az iskolába járást, panaszkodhatnak szomatikus tünetekre is, továbbá megjelenhetnek társult tünetként olyan zavaró magatartási formák, mint például a dacos viselkedés vagy a dühkitörés (Visser et al., 2020).

Ezek alapján elmondható, hogy az érintett tanulási készségekben az egyén teljesítménye jelentősen elmarad attól, ami életkori és az intellektuális működésének általános szintje alapján elvárható lenne, és mindez jelentős károsodást eredményez az egyén tanulmányi vagy a későbbi foglalkoztatási működésében. A BNO-10 és a DSM-V leírása, valamint a legújabb kutatási eredmények alapján az ezekkel a rendellenességekkel kapcsolatos nehézségek egész életen át fennmaradnak és jelentős problémákat okoznak (Matteucci & Soncini, 2021). A specifikus tanulási zavarral küzdő gyerekeknél a gyenge iskolai teljesítményen túl pszichológiai jóllétükre befolyással bíró pszichoemocionális és viselkedési nehézségek is megjelenhetnek. Ilyen például az alacsony önértékelés, a depresszió és a szorongás jelenléte, a társakkal való kapcsolatok nehézségei és a magányosság (Lithari, 2019; Lundqvist et al., 2019; Matteucci et al., 2019; Nalavany & Carawan, 2012; Zach et al., 2016). További kutatások szerint a sajátos nevelési igényű (SNI) gyermekek inklúziós oktatásának hatékonysága jelentős mértékben függ az intézményi környezettől és a pedagógusok inklúziós szemléletétől. Vida (2019) kutatásai szerint az inklúzió hatékonyságát nem csupán a tanulók teljesítménye, hanem a pedagógusok attitűdje és a tanulói környezet inkluzív indexe is befolyásolja. A pedagógusok attitűdje jelentős hatással van a tanulási zavarokkal küzdő tanulók pszichoemocionális állapotára. Az inkluzív pedagógiai gyakorlat, amely figyelembe veszi az egyéni szükségleteket és alkalmazkodik azokhoz, csökkentheti a tanulók kudarcgerülő magatartását és hozzájárulhat a pozitív önértékelés kialakulásához (Zach et al., 2016).

3.4. SNI-s gyermekek integrált oktatása

Az inklúzió hazai gyökerei már az 1900-as évek elején megfigyelhetők, amikor a gyógypedagógia, Európában egyedülálló módon, a szakemberképzésre és az értelmi fogyatékossgal élő gyermekek oktatására összpontosított (Pukánszky, 2014). Azonban ez a rendszer erősen orvosi alapú volt, és a szegregált oktatás dominált. A 20. század közepén a

pártállami időszak és a szovjet politika hatására az oktatási paradigma ismét az orvosi modell irányába mozdult el, hangsúlyozva az elkülönítést és az orvosi diagnózis alapú rendszert (Vida, 2018). Ez a megközelítés egészen az 1993-as közoktatási törvényig fennmaradt, amely először tette lehetővé jogilag az SNI tanulók integrációját. Bár az 1985-ös közoktatási törvény már felvetette az inklúzió lehetőségét, az igazi változást az 1993-as közoktatási törvény hozta, amely a demokratikus berendezkedés hatására már esélyegyenlőségi szempontokat is figyelembe vett (Vida, 2016).

Az inklúzió jelenlegi kihívásai közé tartozik, hogy a pedagógusok többsége a rendszerváltás előtti képzése során nem találkozott az inklúzív szemlélettel, ami befolyásolhatja attitűdjeiket az SNI tanulók integrációjával kapcsolatban. A kutatásban részt vevő pedagógusok attitűdjei alapján megállapítható, hogy bár az integráció törvényileg biztosított, a befogadással kapcsolatos pozitív szemlélet nem alakult ki teljes mértékben. Ennek oka részben a diagnosztikus szemlélet erős jelenléte, amely az orvosi kategóriákra és nem az ellátásalapú megközelítésre helyezi a hangsúlyt (Gordosné, 2003; Vida, 2018). A paradigmaváltás a hermeneutikus-pragmatikus irányzat hatására kezdődött, amely a társadalmi és szociológiai tényezőket is figyelembe veszi az oktatásban. Ez a váltás azonban Magyarországon jelentős késéssel és nehézségekkel valósult meg (Pukánszky & Németh, 1996).

A hazai ellátórendszer az SNI (sajátos nevelési igényű) gyermekek számára két alapvető formában valósul meg: integrált és szegregált oktatási modellben (Csányi, 2003; Perlusz et al., 2007). Az integrált nevelés keretében a sajátos nevelési igényű (SNI) gyermekek a többségi iskolákban, tipikusan fejlődő társaikkal együtt vesznek részt az oktatásban. Ez a megközelítés elősegíti az érintett gyermekek fejlődését azáltal, hogy lehetőséget teremt számukra a társakkal való együttműködésre, amely támogatja a társadalmi beilleszkedést és hozzájárul az önértékelés egészségesebb kialakításához. Az integráció további előnye, hogy a szülők napi kapcsolatot tarthatnak az oktatókkal, miközben biztosított, hogy a gyermekek továbbra is aktív részei maradjanak a helyi közösségnek. Ugyanakkor az ilyen típusú oktatás kihívásokkal is jár, például a pedagógusok differenciálási képességeinek fejlesztése és a szükséges támogató eszközök biztosítása szempontjából (Hegedűs, 2024). A szegregált modellben az SNI gyermekek számára kialakított speciális intézmények célja, hogy a gyermekek egyéni szükségleteihez igazított, sérülésspecifikus módszerekkel biztosítsák az oktatást és nevelést. Ezen intézményekben az oktatás technikai háttere, valamint az egyéni fejlesztésre fókuszáló pedagógiai módszerek jól illeszkednek az érintett gyermekek igényeihez. Ugyanakkor a speciális intézmények száma csökkenő tendenciát mutat, részben a demográfiai változások, részben az integráció terjedése miatt (Mohai & Perlusz, 2020).

Az elmúlt években hazánkban nagy hangsúlyt fektettek az integrált nevelés és oktatás helyzetének vizsgálatára. Több kutatás is (Laki, 2010; Kállai & Mile, 2020; Vida et al., 2020; Tóth-Szerecz, 2015) vizsgálta az integrált, inkluzív nevelést és oktatást, valamint ezek pozitív hatásait a tanulókra, a diákokra, az osztálytársakra és a pedagógusokra nézve. Mindez vélhetően azért került a kutatások fókuszába, mert az Oktatási Hivatal statisztikái szerint az elmúlt években folyamatosan növekszik az integrált oktatásban részt vevők száma, és több intézmény is fogad sajátos nevelési igényű gyerekeket (Kállai & Mile, 2020). A kutatások rávilágítanak és igazolják, hogy az integrált oktatási forma pozitív hatással lehet a sajátos nevelési igényű gyerekek személyiségfejlődésére (Laki, 2010).

A sajátos nevelési igényű és egyéb pszichés fejlődési zavarral élő gyermekek problémái nemcsak az iskolai teljesítményükben jelentkeznek, hanem gyakran magatartási és beilleszkedési nehézségeikben is megmutatkoznak, ami intézményi szinten is kihívásokat okoz. Az ilyen gyermekek oktatása és nevelése az integráló intézmények számára a törvényben előírt ellátásokon túlmutató terheket is jelent, ami tovább növeli az érintett intézmények felelősségét és feladatait (Hegedűs, 2024). Az integrálás hátrányai a pedagógusokra háruló többletmunkában, valamint az intézményre és fenntartóra háruló személyi és infrastrukturális feltételek megteremtésének nehézségében nyilvánulnak meg. Azonban előnyei nemcsak az SNI és a többségi gyerekek szintjén jelennek meg (családban maradás, az osztály húzóereje, társas támogatás, attitűdök és sztereotípiák formálódása), hanem a gyerekekkel foglalkozó szakemberek szintjén is (együttműködés pozitívumai, módszerek gyarapodása). Tehát az integráló intézményekkel és magával az integráció folyamatával foglalkozó tanulmányok rámutatnak, hogy az ebben a rendszerben szocializálódó gyerekek, tanulók pozitív élményeket, tapasztalatokat gyűjthetnek a kapcsolatlétesítés, a konfliktuskezelés és a felnőtt társadalomban való boldogulás készségének elsajátításához (Laki, 2010; Tóth- Szerecz, 2015; Varga, 2016).

Hazai keretek között kiemelten vizsgálják az integráló intézmények működését, valamint az integráltan oktatott gyerekek helyzetét is (Fónai et al., 2021; Fejes & Szűcs, 2017; Papp et al., 2012; Szabó, 2015; Vida, 2017), azonban az integrált oktatásban részt vevő, súlyos tanulási zavarral küzdő diákok esetében kevesebb figyelem irányul az egyéni szintű sajátosságaikra, pszichés erőforrásaikra és azokra a lehetőségekre, amelyekkel személyesen hozzájárulhatnak fejlődésükhöz. Pedig ezek az egyéni jellemzők és azok empirikus vizsgálata jelentős mértékben támogatná az intézményi folyamatok hatékonyabbá tételét. Az egyéni szintű elemzések fontosságát tovább hangsúlyozza az a tény, hogy az integrált oktatásban részt vevő gyermekek között a súlyos tanulási és magatartászavarral küzdő diákok az átlagoshoz képest aránytalanul magas számban vannak jelen (KSH, 2020, 2024).

3.5. A specifikus tanulási zavarral küzdő gyermekek jóllétének vizsgálata

A specifikus tanulási zavarok jellemzőivel, prevenciójával és leírásával széles körű irodalom foglalkozik, azonban az ilyen típusú problémával küzdő gyerekek jóllétének mérése érdekében elvégzett kutatások meglehetősen újkeletűek és a kutatási eredmények is szűkösek (Matteucci et al., 2019). Ugyanis a nemzetközi viszonylatban kiterjedt irodalom foglalkozik a speciális igényű gyerekek vizsgálatával, ám a tendencia azt mutatja, hogy többségben vannak azok a kutatások, amelyek a problémák genetikai, biológiai, viselkedésbeli megértésével foglalkoznak, mint azok, amelyek a pszichés következményeket kutatják.

Fontos megjegyezni, hogy a nemzetközi szakirodalomban nem léteznek olyan egységes fogalmak, amelyek pontosan megfelelnek a hazai diagnosztikai kategóriának, különösen az "egyéb pszichés fejlődési zavarral küzdő" definíciónak. Ezért a külföldi tanulmányok értelmezése során kiemelt figyelmet kell fordítani arra, hogyan határozzák meg és azonosítják a mintákban szereplő, tanulási problémákkal küzdő egyéneket (Fejes & Szenczi, 2010).

Magyar nyelven viszonylag kevés olyan kutatás érhető el, amely a sajátos nevelési igényű, tanulási zavarral küzdő gyermekek pszichés tényezőit vizsgálja, vagy amely összehasonlítja őket tipikusan fejlődő társaikkal. Ezek a kutatások ritkán fókuszálnak a lelki egészségük és pszichológiai jóllétük feltárására is (Bolla, 2014). Azonban a kutatások eredményei alátámasztják (Gaspar et al., 2016; Kalka & Lockiewicz, 2017; Lundqvist et al., 2019; Smedema, 2014), hogy érdemes és szükséges az érintett gyerekek pszichés működésével és a diagnózissal való megküzdésük lelki hátterével is foglalkozni, hiszen a gyógypedagógiai fejlesztés mellett ez is hozzásegítheti őket az életben való sikeres boldoguláshoz. A következőkben néhány kiemelt nemzetközi és egy hazai kutatást szeretnék összegezni a témában, amelyek rámutatnak a téma fontosságára és jelentőségére.

3.5.1. Tanulási zavarok és a pszichológiai jóllét kapcsolata⁸

Az általános iskolai évek jelentős hatással vannak a későbbi oktatási tapasztalatokra, és a gyermekek mentális egészségének és tanulmányi képességének fejlődésére is. Kutatások mutattak rá, hogy az ebben az időszakban megfigyelt rossz lelki egészségi állapot és az alacsony iskolai teljesítmény előre jelezheti a serdülőkori és a felnőttkorban tapasztalható maladaptív

⁸ A fejezetben a következő megjelent saját publikációk szerepelnek:

Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1–2), 49–70.

Dudok, R., & Pikó, B. (2021a). Specifikus tanulási zavarral küzdő diákok lelki egészségi tényezőinek vizsgálata. In *A neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira. XXI. Országos Neveléstudományi Konferencia. Program, előadás-összefoglalók* (p. 459).

pszichoszociális működéseket és az alacsony szintű iskolai végzettséget (Aro et al., 2019; Boyes et al., 2019; Zhou et al., 2021). A nemzetközi szakirodalom szerint a specifikus tanulási zavar meglétét rizikófaktoraként kell kezelnünk az élettel való elégedettség, a jóllét, az életminőség, a boldogság és az érzelmi sérülékenység szempontjából (Kalka & Lockiewicz, 2017; Nalavany & Carawan, 2012; Novita et al., 2019; Undheim, 2003), mert a tanulási nehézségekhez való érzelmi alkalmazkodás szintje fontos előrejelzője lehet az egyén boldogulásának. Fontos meghatározni azokat a kulcsfontosságú protektív tényezőket, amelyek elősegítik az iskoláskorú gyerekek mentális egészségének és pszichológiai jóllétének fejlődését.

Barnes és Harrison 2017-ben végzett, több területre is kiterjedt kutatásában speciális nevelési igényű gyermekeket vizsgáltak a pozitív pszichológiai megközelítés szempontjából. Azt állapították meg, hogy ezek a gyerekek alacsonyabb szubjektív és pszichológiai jóllétet mutatnak, és magasabbak a boldogtalanság-pontszámaik, amikor az életükről, iskolájukról, társaikkal való kapcsolatról számolnak be. Gaspar és munkatársai (2016) is azt találták, hogy a speciális nevelési igényű gyerekek alacsonyabb jólléti mutatókkal rendelkeznek. Ők kiemelik, hogy ezen gyerekek jóllétről való gondolkodását szignifikánsan jobban befolyásolja a szociális készségek alacsonyabb színvonala, mint tipikusan fejlődő társaikét. A fogyatékos gyerekek körében végzett vizsgálatok is megerősítik, hogy ezek a gyerekek elégedetlenebbek (Hampton, 2004; Smedema, 2014), és rámutatnak arra is, hogy a nehézséggel küzdő gyerekek jóllétét nagyobb mértékben befolyásolja a társas támogatás szintje, esetükben a társakhoz való kapcsolódás kulcsfontosságú a jóllét érzéséhez (Lundqvist et al., 2019).

Sok, tanulási zavarban – mint például a diszlexia, diszgráfia és diszkalkúlia – szenvedő személy az oktatásban és szakmájában munkálkodva is számos kudarcot tapasztalhat. Kalka és Lockiewicz (2017) szerint az, hogy ezek a személyek gyerekkorukban az iskolában olvasási, írási és számolási nehézségekkel küzdenek, a felnőttkorukra is kihathat, és csökkenhet az életükkel való elégedettségük és a boldogságérzetük. Azonban azt feltételezik, hogy ezt kompenzálni tudja a saját személyes erőforrások felhasználása és a másoktól vagy az intézményekből érkező szignifikáns külső támogatás. Nalavany és Carawan (2012) a pszichés jóllét szempontjából szintén a társas támogatás, különösen a családi támogatás szükségességét hangsúlyozza mind a tanulási zavarban érintett gyerekek, mind pedig a felnőttek esetében. Ezek a tényezők védőfaktoraként szolgálhatnak a nehéz körülmények kezelésében, az azokkal való megküzdésben, valamint a hosszú távú stressz káros hatásainak csökkentésében (Livingstone et al., 2018; Nalavany et al., 2013).

Novita és munkatársai (2019) diszlexiával diagnosztizált diákok szorongását és megküzdését vizsgálták interkulturális kontextusban. Eredményeik alapján a diszlexiával küzdő gyerekek kultúrától függetlenül erősebb szorongást élnek át, mint társaik. Ez az erősebb szorongás azonban nemcsak az iskolai vagy akadémikus környezetre korlátozódik, hanem kiterjed a mindennapok általános kontextusaira is.

Matteucci és Soncini (2021) egyetemista hallgatók körében vizsgálta a tanulási zavarral küzdő hallgatók pszichológiai jóllétét és énhatékonyságát. Az elvégzett kutatásban tanulási zavarral küzdő hallgatókat hasonlították össze a többi hallgatóval. A tanulmányi énhatékonyság esetében a hallgatók nem számoltak be szignifikánsan alacsonyabb szintről, de az elvégzett többszörös regresszióelemzések rámutatnak arra, hogy a tanulási zavaros hallgatók esetében az önértékelés és a jelentős mások általi társas támogatás szignifikánsan jelentősebben bejósolja a pszichológiai jóllét mértékét, mint a többségi hallgató esetében. Matteucci és Soncini (2021) szerint az egyetemisták körében elvégzett jóllétkutatások eredményei azt sugallják, hogy a tanulási zavarral élő egyetemisták olyan kategóriát képviselhetnek, amelybe azok tartoznak, akik legyőzték hátrányaikat, és küzdelmeik során tett további erőfeszítéseik okán sikeresek lettek (Matteucci & Soncini, 2021).

Az iskolai jólléttel - ami a tanulók által megélt érzelmi, pszichológiai és szociális élmények minőségét foglalja magában az iskolai környezetben -, kapcsolatos kutatások kitérnek a tanulási zavarhoz köthetően a korai iskolaelhagyás veszélyeire (Hascher, 2008). Kutatási eredmények többször is igazolták, hogy a tanulási zavarok megléte nemcsak az akadémiai jóllét szintjére – amely az iskolai teljesítménnyel, tanulmányi célokkal, tanulási motivációval kapcsolatos pszichológiai állapota-, van befolyással, hanem jó előrejelzője a középfokú iskolából való kiesésnek (Korhonen et al., 2014; Zafiriadis et al., 2005).

2014-ben Atadokht és munkatársai gyakorlati szempontból vizsgálták a specifikus tanulási zavarral küzdő gyerekek jóllétét. Arra a kérdésre keresték a választ, hogy van-e összefüggés, illetve elősegíti-e a szociális problémamegoldás tréning a pszichológiai jóllétet és a rezilienciát a vizsgált gyerekepopulációban. Kísérletükben negyven diák vett részt, akik valamilyen típusú tanulási zavarral küzdöttek. Őket két csoportra osztották, majd a kísérleti csoport hat ülésen vett részt, ahol célzottan a szociális problémamegoldás fejlesztésére irányuló feladatokat és gyakorlatokat végeztek. A hatás mérésére kérdőíves vizsgálatokat alkalmaztak a tréning előtt és után is. Azt találták, hogy a tréning pozitív hatással volt a rezilienciára és a pszichológiai jóllétre is, valamint a pszichológiai jólléthez kötődő olyan komponenseket is pozitívan befolyásolta, mint az önelfogadás, a pozitív kapcsolat létesítése másokkal, az autonómia, az életcélok és a személyes növekedés.

Aro és munkatársai (2019) kutatásuk eredményeiben a gyerekkori tanulási zavarok felnőttkori mentális egészségre kiható veszélyeire hívják fel a figyelmet. A vizsgált tanulási zavarral küzdő felnőtt populáció esetében magasabb arányban találtak szorongással és klinikai depresszióval küzdő személyeket, mint az illesztett mintában, valamint nagyobb arányban fordult elő a hosszabb ideig tartó munkanélküliség. Mivel ezek a tényezők befolyásolják az étellel való elégedettséget, valamint a tanulási és munkaképességet is, ezért tanulmányukban az általános és középiskolák pedagógiai és prevenciós programjainak pszichológiai jóllétet elősegítő elemeinek szükségességét emelik ki.

Ginieri-Coccossis és munkatársai (2013) speciális tanulási zavarral küzdő gyerekek életminőségét vizsgálták, kiegészítve a szülők véleményével. Azt találták, hogy a diákok érzelmi jólléte és önbecsülése szignifikánsan alacsonyabb a tipikusan fejlődő társaikhoz képest. Az elégedetlenség a társas kapcsolatokra is kiterjedt, ami a családi és baráti kapcsolatokkal való elégedettség alacsonyabb voltában volt megfigyelhető. Azonban vizsgálatukban az akadémiai (iskolai) jóllét területén nem találtak eltérést a két csoport között. Vizsgálatuk kiemeli, hogy nemcsak a gyerekek jóllétét és életminőségét érinti negatívan a diagnózis megléte, hanem a családjuk életminőségét is. Ugyanis a tanulási zavarral küzdő gyereket nevelő anyák az életminőségüket szignifikánsan gyengébbnek érezték a diagnózissal nem rendelkező diákok szüleikhez képest (Ginieri-Coccossis et al., 2013).

Balázs és munkatársai (2016) hazai fiatalok csoportját vizsgálta a diszlexia diagnózissal rendelkező diákok és szüleik életminőségének feltárása céljából. Az önbeszámolók alapján nem talált a diszlexiás gyerekek és a tipikusan fejlődők között eltérést az életminőség szempontjából. Viszont szüleik esetében más volt az életminőség megítélése. A diszlexiás gyerekek szülei rosszabbnak ítélték meg saját gyerekeik életminőségét, mint a tipikusan fejlődő társaik szülei, mind általában tekintve, mind pedig a mentális egészség tekintetében (Balázs et al., 2016).

A fentebb bemutatott kutatások eredményei fontos iránymutatást adhatnak a tanulási zavarral küzdő gyerekekkel foglalkozók, az iskolai és a pedagógiai tanácsadásban dolgozó szakembereknek. Összegzésként elmondható, hogy a specifikus tanulási zavarok nemcsak az akadémiai teljesítményt befolyásolják, hanem szoros összefüggést mutatnak a pszichológiai jóllét különböző dimenzióival is. A tanulási zavarokkal élő gyermekek gyakran alacsonyabb szintű önbecsülést, fokozott szorongást és csökkent életelégedettséget élnek meg, amelyet a társas támogatás mértéke és minősége tovább árnyal. A bemutatott kutatások alapján egyértelművé válik, hogy ezeknek a gyerekeknek a jóllétét több szinten is befolyásolják a szociális, iskolai és családi környezet jellemzői. A tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek számára kulcsfontosságúak a protektív tényezők, különösen a társas támogatás, az önértékelés

erősítése és a szociális készségek fejlesztése. Mindez alátámasztja a pszichológiai jóllét ökológiai megközelítésének szükségességét, amely az egyéni jellemzők és a környezeti tényezők kölcsönhatását hangsúlyozza. A beavatkozásoknak és prevenciós stratégiáknak tehát komplex módon, több szinten kell támogatniuk a tanulási zavarban érintett gyermekek mentális egészségét és hosszú távú boldogulását.

3.5.2. A tanulási zavarok pszichés következményei

A speciális nevelési szükségletű gyerekek iskolai előmenetelük és mindennapi életük során több stresszhelyzetet, frusztrációt élnek át, mint tipikusan fejlődő társaik (Bolla, 2014). A frusztráló hatások az iskola és a család részéről egyaránt érkehetnek. A tanulással kapcsolatos teljesítményzavarok már szinte az iskolai pályafutásuk megkezdésével jelentkeznek, és befolyással bírnak a személyiségfejlődésre, a szociális és érzelmi képességek fejlődésének folyamatára (Gyarmathy, 2010; Lackaye et al., 2006; Klassen & Lynch, 2007). A gyerekeket gyakran vádolják azzal, hogy lusták vagy dekoncentráltak, illetve nem motiváltak. A tanárok nemcsak tanulmányaik alapján ítélik meg őket, hanem a megfigyelt végrehajtó és figyelmi funkciók mentén is, mely szintén deficitet jelez ezeknél a tanulóknál, akik így több oldalról is elégedetlenséget tapasztalhatnak (Takács et al., 2010; Woodcock et al., 2019).

A nagymértékű szorongás rossz coping mechanizmusokat generál, ami viselkedészavarhoz és rizikómagatartáshoz vezethet (Brassai & Pikó, 2008; Hamvai & Pikó 2009; Pikó, 2002b). A gyerekkorban ilyen mértékben átélt negatív élmények, az érzelmi és szociális tanulás terén mutatott problémák a rizikótényezők a középiskolai lemorzsolódásnak és a fiatalkori bűnözésnek (Gyarmathy, 2010; Pikó, 2002b), valamint növelik a szerhasználat kockázatát (Yates, 2013).

Adi és mtsai (2024) legfrissebb kutatásukban a diszlexiás gyermekek pszichológiai működését vizsgálták, összehasonlítva őket tipikusan fejlődő társaikkal. Céljuk volt, hogy megvizsgálják, hogy a diszlexia milyen mértékben jár együtt viselkedési problémákkal és szorongással. A keresztmetszeti vizsgálat során 40 diszlexiás és 50 tipikusan fejlődő, 7–12 éves gyermek vett részt. A viselkedési problémák értékeléséhez a Child Behavior Checklist (CBCL), a szorongásszint méréséhez pedig a State-Trait Anxiety Inventory (STAI) eszközt használták. Az eredmények között kiemelték, hogy a diszlexiás gyermekek szignifikánsan több viselkedési problémát mutattak, és magasabb szorongásszinttel rendelkeztek, mint a tipikusan fejlődő társaik. A kutatás rámutatott, hogy a tanulási zavarok nem csupán az iskolai teljesítményt befolyásolják, hanem jelentős hatással vannak a pszichológiai jóllétre is. A tanulmány hangsúlyozza a multidiszciplináris megközelítés fontosságát, amely egyszerre célozza a

tanulási nehézségek és a pszichológiai problémák kezelését. Az eredmények alátámasztják a diszlexiás gyermekek komplex támogatásának szükségességét (Adi et al., 2024).

Egy másik összehasonlító vizsgálatban Ayar és munkatársai (2022) a specifikus tanulási zavarokkal (Specific learning disorder, SLD) küzdő gyermekek szociális, érzelmi és viselkedési nehézségeit tárták fel és hasonlították össze tipikusan fejlődő társaikkal. A kutatás során 6–12 éves gyermekek és édesanyjaik válaszait elemezték a Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) segítségével, amely az érzelmi problémák, hiperaktivitás, viselkedési nehézségek, valamint társas kapcsolati problémák mérésére szolgál. Az SLD-vel küzdő gyermekeknél szignifikánsan magasabb pontszámokat figyeltek meg az érzelmi problémák és a társas kapcsolatok terén, míg a tipikusan fejlődő gyermekek jobban teljesítettek ezeken a területeken. Az eredmények azt sugallják, hogy az SLD-vel küzdő gyermekek pszichoszociális nehézségei külön támogatást igényelnek, mivel ezek jelentős hatással lehetnek a tanulási képességeikre és általános jóllétükre. A tanulmány hangsúlyozza a célzott beavatkozások szükségességét, amelyek nemcsak az akadémiai nehézségek kezelésére, hanem a gyermekek érzelmi és szociális fejlődésének támogatására is irányulnak. Az eredmények alátámasztják, hogy az SLD integrált megközelítést igényel, amely figyelembe veszi az érintettek sokrétű szükségleteit (Ayar et al., 2022).

Az iskolai teljesítménybeli problémákon túl a speciális nevelési szükségletű diákok hatványozott mértékben tapasztalhatják meg a másság érzésének árnyoldalait, a társas elutasítást. Az integráltan oktatót sajátos nevelési igényű diákok kortárs kapcsolataikat tekintve egyértelműen kedvezőtlenebb helyzetben vannak a többségi diákoknál (Szekeres, 2012), ugyanis kevésbé vagy egyáltalán nem rendelkeznek aktivizálható társas támogatással (Gardynik & McDonald, 2005). Számtalan érzelmileg megterhelő helyzetet élnek meg, ennek következtében a társas beilleszkedésben és szociális kompetenciáik alakításában is nehézségeket mutathatnak (Gresham et al., 2001), valamint gyakran hiányoznak a pozitív társas self-fogalmaik (Balogh, 2005; Bagnato, 2017; Martinez, 2006). A társas támogatás és a pozitív szociális kapcsolódás hiánya leginkább az iskolai környezetben figyelhető meg. Iskolai környezetben a tanulási problémákkal küzdő diákok arról számolnak be, hogy nem élnek át pozitív tapasztalatokat, inkább negatív viszonyban állnak tanáraikkal, és alacsonyabb szintű iskolai kötődést élnek át, mint tipikusan fejlődő társaik (Bouchard & Berg, 2017; Murray & Greenberg, 2001). Nepi és munkatársai (2013) eredményei alapján a tanulási problémával küzdő diákokat az iskolában kevésbé fogadják el, ezért kevesebb pozitív kötődést, kapcsolatot élnek át társaik és tanáraik részéről. Ennek következtében nagyobb az esélye, hogy a hiányos szociális területek – mint például a kortársakkal és a felnőttekkel folytatott kapcsolattartás

készségeinek és szabályainak nehezített megértése – hatására és a megbélyegződés miatt sérülnek self-percepcióik, énképük, önértékelésük (Lithari, 2019).

A tanulási problémával küzdő tanulók esetében gyakran előfordul, hogy az elvárások és a képességek közötti konfliktusból fakadóan büntudatot éreznek, és úgy gondolják, csalódást okoztak a számukra szignifikáns személyeknek. Ennek következtében kedvezőtlenebbé válik énképük, csökken önbizalmuk (Gyarmathy, 2010). Az alacsony énkép és önbecsülés alacsonyabb énhatékonyságot okozhat, ami a jövőbeni tanulmányi sikerességgel kapcsolatos elvárások csökkenéséhez vezethet (Klassen & Lynch, 2007; Tabassam & Grainger, 2002).

Tehát a sajátos nevelési igényű gyerekek az élet számos területén eltérhetnek tipikusan fejlődő társaiktól, jellegzetes magatartási tünetekkel, személyiség sajátosságokkal rendelkeznek (Pinczésné, 2007). Feltételezhető, hogy a gyermekek emocionális és személyiségfejlődése az őket ért negatív hatásokkal szoros összefüggést mutat (Gyarmathy, 2000; Pálhegyi, 2006). A kutatások alapján a tanulási és a viselkedési problémák legtöbbször együtt járnak, tehát a jelenség egy komplex, kognitív és viselkedésszindrómának is tekinthető (Tárnok & Gulyás, 2002). Továbbá elmondható, hogy a specifikus tanulási zavarban érintett személyek fokozottan veszélyeztetettek az érzelmi, társadalmi, oktatási és foglalkoztatási területeken átélt negatív tapasztalatok miatt. A siker elősegítése szempontjából kulcsfontosságú, hogy megállapítsuk, mi határozza meg a tanulási zavarnak az egyén életében megjelenő hatásait, egyéni szintű kimeneteleit.

3.6. Részösszegzés⁹

A speciális nevelési szükségletű gyerekek jóllétével foglalkozó kutatások arra engednek következtetni, hogy a diagnózis megléte hatással van az egyén szubjektív, illetve pszichológiai jóllétére (Atadokht et al., 2014; Barnes & Harrison, 2017; Kalka & Lockiewicz, 2017; Matteucci et al., 2019; Matteucci & Soncini, 2021). A speciális nevelési szükségletű gyerekek a képességek számos területén alacsonyabb szinten funkcionálnak, mint tipikusan fejlődő társaik, ezek a területek azonban a társas és az egyéni jellemzőket is érintik. Az ezen csoportokhoz tartozó gyerekek többek között eltérést mutatnak a szociális interakciókban, a viselkedési és az érzelmi önszabályozásban, a társas támogatás mértékében, valamint az önértékelésben. Kevesebb pozitív tapasztalatot élnek át az iskolában, mind a tanulási helyzetben, mind a tanárral és a társakkal való kapcsolódás során, és nagyobb mértékben élik

⁹ A fejezetben a következő megjelent saját publikációk szerepelnek:
Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1–2), 49–70.

meg a megbélyegződés általi elutasítást, mint tipikusan fejlődő társaik (Bouchard & Berg, 2017; Gaspar et al., 2016; Lithari, 2019; Murray & Greenberg, 2001; Nepi et al., 2013; Sainio et al., 2020).

Mindezek alapján a diagnózissal rendelkező diákok szubjektív jóllétének előmozdításához szükséges, hogy a fejlesztések a személyes és a szociális készségek területére is kiterjedjenek. Az esélyegyenlőség megteremtésének érdekében az iskoláknak olyan személyre szabott, nehézségeikhez illő támogatást kell kínálniuk az érintett gyerekeknek, amely összhangban van a szükségleteikkel (Gaspar et al., 2016; Lundqvist et al., 2019; Mattar et al., 2020). Ezért is fontos, hogy a kutatások fókuszába az olyan területek kerüljenek, amelyek vizsgálatai feltárják a nehézségeket, és kijelöli a pszichés fejlesztés lehetséges irányait a tanulási és a viselkedési problémákkal küzdő diákok körében (Dimitrellou & Hurry, 2019; Webster & Blatchford 2013). Továbbá lényeges, hogy a tanulási és viselkedési problémákkal küzdő diákokkal foglalkozó segítők, pedagógusok figyelmét felhívjuk a diagnózisok emocionális hatásainak következményeire is. Az inkluzív pedagógia alapja a személyközpontú megközelítés, amely a diákok egyéni szükségleteit és képességeit helyezi előtérbe. Nemzetközi kutatások szerint az inkluzív környezet pozitív hatással van az SNI gyermekek pszichológiai jóllétére, mivel erősíti a társadalmi elfogadottságot és az önértékelést (Livingstone et al., 2018).

Az integrált oktatásban részt vevő gyerekek egyéni szintű jellemzőinek vizsgálata rámutat, hogy helyzetük értékelésénél, személyiségfejlődésük támogatásál érdemes a mindennapjaik szerves részét képező, problémáik egyik kifejeződési helyének számító intézményeket is bevonni. Az egyéni szintű jellemzők empirikus vizsgálata mellett a másik fontos kutatási cél lehet az intézményi szintű jellemzők (iskolák, pedagógusok) bevonásával, összetettebb keretek között feltáró vizsgálatot folytatni a bővebb és mélyebb értelmezési lehetőségek érdekében. Hiszen az integráció sikere nagymértékben függ az intézményi feltételektől és a pedagógusok kompetenciáitól. A tanárok inkluzív szemlélete, a megfelelő tanítási stratégiák alkalmazása, valamint a multidiszciplináris együttműködés mind kulcsfontosságúak az inkluzív oktatás hatékonyságának biztosításához (UNESCO, 2020).

4. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

4.1. Az egészségmagatartás fogalma

Az egészségmagatartás egy interdiszciplináris fogalom, amely az egyének azon viselkedési mintáit, cselekvései módjait és szokásait foglalja magában, amelyek az egészség megőrzésére, javítására vagy a betegségek megelőzésére irányulnak. Az egészségmagatartás az egészségpszichológia, a szociológia, az orvostudomány és a közegészségtan diszciplináris metszéspontjában helyezkedik el, mivel nemcsak az egyén pszichológiai állapota, hanem a társadalmi, kulturális és gazdasági környezet is jelentős szerepet játszik az formálásában. Gochman (1982) definíciója szerint az egészségmagatartás: *„azok a személyes jellemzők, mint a hiedelmek, elvárások, motivációk, értékek, észlelések, valamint más kognitív elemek; személyiségvonások, beleértve az érzelmi és affektív állapotokat és tulajdonságokat; továbbá a nyílt viselkedési minták, cselekvések és szokások, amelyek az egészség fenntartásához, helyreállításához és javításához kapcsolódnak”* (Gochman, 1982, p. 169).¹⁰

Az egészségmagatartás tehát azokat az attitűdöket, döntéseket és viselkedési mintákat jelenti, amelyek az egészség megőrzéséhez vagy az egészségkárosodás elkerüléséhez kapcsolódnak. Az egészségmagatartás lehet preventív, gyógyító vagy helyreállító jellegű (Kasl & Cobb, 1966). A preventív egészségmagatartáshoz (preventive health behaviour) tartoznak azok a viselkedések, amelyek célja az egészség védelme és a betegségek megelőzése, mint például az egészséges táplálkozás, a testmozgás, a védőoltások igénybevétele vagy a dohányzás és az alkoholfogyasztás elkerülése. A gyógyító egészségmagatartás (illness behavior), amelyet az egyén betegség vagy egészségügyi probléma esetén tanúsít, például az orvosi segítség keresése, a gyógyszeres kezelés követése vagy a rehabilitációs programokban való részvétel. Végül a betegszerep magatartás (sick-role behaviour) azon tevékenységek sora, amikor az egyén, aki betegségét felismeri, olyan tevékenységekbe kezd, amelyek célja a gyógyulás elősegítése. Ez magában foglalja az orvosi segítség igénybevételét, a terápiás javaslatok betartását, valamint az egészségi állapotához kapcsolódó függőségi helyzet elfogadását, például mások támogatásának igénybevételét. A betegszerephez az is hozzátartozik, hogy a beteg bizonyos társadalmi kötelezettségei alól – például a munkavégzés vagy a családi feladatok teljesítése alól – ideiglenes felmentést kap (Kasl & Cobb, 1966).

¹⁰ „those personal attributes such as beliefs, expectations, motives, values, perceptions, and other cognitive elements; personality characteristics, including affective and emotional states and traits; and overt behavior patterns, actions, and habits that relate to health maintenance, to health restoration, and to health improvement” (Gochman, 1982, p. 169)

Az egészségmagatartás különböző elméletek és modellek alapján vizsgálható, amelyek segítenek megérteni, miért viselkednek az emberek úgy, ahogy az egészségükkel kapcsolatban. Az *egészséghit modell* (Health Belief Model, HBM) szerint az egyén egészségmagatartása az egészségi állapotának érzékelt fenyegetettségétől és az adott viselkedés előnyeitől függ (Rosenstock, 1974). Az emberek akkor változtatják meg viselkedésüket, ha úgy érzik, hogy veszélyben vannak, és úgy ítélik meg, hogy a viselkedésváltozás csökkenti a fenyegetettséget.

Az Ajzen (1991) által kidolgozott *tervezett cselekvés elmélet* (Theory of Planned Behavior, TPB) szerint az emberek egészségmagatartása az attitűdjeiktől, a szubjektív normáktól és a viselkedés feletti kontroll érzésétől függ. Ha például az egyén hisz abban, hogy a rendszeres testmozgás jótékony hatással van az egészségére (attitűd), és úgy érzi, családja és barátai támogatják ebben (szubjektív norma), akkor nagyobb valószínűséggel fogja elkezdni a testmozgást.

Prochaska és DiClemente (1983) *viselkedésváltozás transzteoretikus modellje* (Transtheoretical Model, TTM) szerint az egészségmagatartás változása egy folyamat, amely öt szakaszon megy keresztül: fontolgatás előtti szakasz (precontemplation), a fontolgatás fázisa (contemplation), a felkészülés fázisa (preparation), a cselekvési (action) szakasz és a fenntartás (maintenance) szakasza. Ez az elmélet különösen releváns az egészségügyi beavatkozások tervezésében, mivel lehetővé teszi az egyének támogatását az adott szakasznak megfelelő stratégiákkal.

Az *öndeterminációs elmélet* (Self-Determination Theory, SDT) az egészségmagatartás szempontjából az autonóm motiváció fontosságát hangsúlyozza. Ha az emberek belső motivációból cselekszenek (pl. az egészséges táplálkozás iránti belső elkötelezettségből), akkor nagyobb valószínűséggel tartják fenn a kívánt viselkedést hosszú távon, mintha külső nyomás hatására teszik ezt (Deci & Ryan, 1985).

Az egészségmagatartás jelentősége az egyének, a közösségek és a társadalom egészségi állapotának javításában rejlik. A preventív viselkedés, mint például a szűrővizsgálatokon való részvétel, csökkentheti a krónikus betegségek előfordulását, míg az egészséges életmód (pl. egészséges táplálkozás, rendszeres testmozgás) hosszú távon jelentős gazdasági és egészségügyi előnyökkel jár.

4.1.1. A WHO egészségkonceptiója

A WHO egészségkonceptiója az egészség átfogó, holisztikus megközelítésére épül, amely jelentős paradigmaváltást hozott az egészség fogalmának értelmezésében (Szabó, 2021). Az egészség meghatározására a WHO 1946-ban a következő definíciót adta: „Az egészség nem

csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jóllét állapota” (idézi Nagy & Barabás, 2011, p. 176). Majd 1998-ban a WHO így fogalmazott: „Az egészség nem valamiféle elvont állapot, hanem eszköz valamilyen végcél eléréséhez, amely a cselekvőképesség tekintetében úgy fogható meg, mint erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek” (Nagy & Barabás, 2011, p. 178). Az egészség ily módon túlmutat a hagyományos biomedikális megközelítésen, amely a betegségek gyógyítására és a patológiás állapotok kezelésére helyezi a hangsúlyt.

A WHO koncepciója az egészséget szoros összefüggésbe hozza az életminőséggel és az emberi jólléttel. Ez az értelmezés különösen releváns a közegészségügyi és a népegészségügyi politikák szempontjából, hiszen az egyének és a közösségek egészségi állapota nem csupán a biológiai tényezők függvénye, hanem társadalmi, gazdasági és környezeti hatások összessége is. A WHO az egészség méltányosságát (health equity) központi kérdésnek tekinti, amelynek értelmében minden ember számára biztosítani kell az esélyegyenlőséget az egészséghez való hozzáférés terén, függetlenül az illető társadalmi-gazdasági helyzetétől (Szabó, 2021).

A WHO egészségkoncepciójának egyik alapvető eleme az egészségfejlesztés (health promotion) elve. Ez az elv a prevenciós megközelítéseket kiegészítve arra törekszik, hogy az emberek képessé váljanak a saját egészségi állapotuk feletti kontroll gyakorlására. A WHO szerint az egészséghez való jog az emberi jogok alapvető része. Az egészséghez való jog nem csupán a gyógyító ellátáshoz való hozzáférést jelenti, hanem a tiszta vízhez, az egészséges ételkészítéshez, a megfelelő lakhatáshoz és a kedvező környezeti feltételekhez való hozzáférést is. A WHO egészségkoncepciójának további fontos eleme a fenntarthatóság elve, amely az egészségügyi rendszerek hosszú távú működésének biztosítására vonatkozik. A fenntarthatóság az egészségügyi rendszerek kapacitásának megerősítését, a finanszírozási modellek stabilizálását és a globális kihívásokra való felkészülést is magában foglalja (WHO, 2013, 2018; 2021).

A WHO egészségkoncepciójának központi elemét képezi a fenntartható fejlődési célok (Sustainable Development Goals, SDG) megvalósításában játszott szerep. Az SDG-k közül a 3. cél („Good health and well-being”) kifejezetten az egészségügyre összpontosít, de az összes többi cél (például az oktatás, a tiszta vízhez való hozzáférés, az éghajlatváltozás elleni fellépés) szoros kapcsolatban áll az egészség globális helyzetével. A WHO egészségkoncepciója tehát nem csupán az egyének szintjén, hanem globális szinten is értelmezhető. Az egészség, mint közös globális érték a nemzetközi együttműködés, a fejlesztési segélyek és az egészségügyi innovációk területén is megjelenik.

Az egészségkonceptió egyes elemeit a WHO a gyakorlatban is érvényesíti a globális egészségpolitikai dokumentumok, iránymutatások és ajánlások révén (WHO, 2021). Az iránymutatások nemcsak a járványokra, a krónikus betegségekre és az akut katasztrófahelyzetekre vonatkozó protokollokat foglalják magukban, hanem az életmód alapú egészségfejlesztésre, az oltási programokra és a mentális egészség támogatására vonatkozó ajánlásokat is. A WHO által koordinált kampányok, például a dohányzás visszaszorítását célzó *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC), az egészséget támogató szabályozási környezet megteremtését célozzák.

A WHO egészségkonceptiójának jelentősége abban rejlik, hogy az egészséget nem tekinti az egyéni erőfeszítések kizárólagos eredményének, hanem kollektív, társadalmi szintű felelősségként kezeli. Az egészséget átfogó társadalmi célként fogja fel, amely elérhető a gazdasági, társadalmi és környezeti tényezők integrált befolyásolásával. Ez az átfogó szemlélet egyaránt megjelenik a nemzeti egészségpolitikák, a közösségi szintű egészségfejlesztés és az egyéni egészségmagatartás alakításában (Szabó, 2021; WHO, 2021).

4.2. Egészségmagatartás jellemzői serdülők körében¹¹

Magyarországon a szerhasználat (dohányzás és alkoholfogyasztás) az egyik leggyakoribb egészségügyi kockázati magatartás a nemzetközi *HBSC (Health Behaviour of School-aged Children)* (Inchley et al., 2020; Németh et al., 2019; Németh, 2024) és az európai *ESPAD (The European Survey Project on Alcohol and other Drugs)* kutatások (ESPAD, 2020; Elekes et al., 2020) eredményei alapján. Amellett, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás még mindig jelentős gyakorisággal fordul elő az országban, az értékek újra növekvő tendenciát mutatnak. A legfrisebb mérések alapján azt láthatjuk, hogy a magyar tanulók 16 %-a jelenleg rendszeres dohányzó, ennek előfordulása a magasabb évfolyamok felé haladva nő. Nemi különbség nem megfigyelhető már. A 2018-as és a 2022-es adatok alapján a dohányzás gyakorisága nőtt (Németh, 2024.) Az alkoholfogyasztás illetően megfigyelhető, hogy a diákok 40%-a volt már valaha részeg, a nemi különbségek szintén nem számottevők. A 2018-as és a 2022-es adatok alapján a részegség gyakorisága szignifikánsan nőtt hazánkban (Németh, 2024).

Az eredmények arra is rávilágítanak, hogy a serdülők kockázati magatartása szorosan összefügg a mentális egészségükkel és jóllétükkel. A szerfogyasztás továbbra is jelentős közegészségügyi kihívást jelent a vele összefüggő betegségek okozta jelentős morbiditás és a

¹¹ A fejezetben a következő megjelent saját publikáció szerepel:
Dudok, R., & Pikó, B. (2024b). Serdülők rizikómagatartása a pszichológiai jóllét, valamint a képességek és nehézségek tükrében. *Magyar Pedagógia*, 124(2), 89-110.

még jelenleg is magas prevalencia miatt. Speciálisan testre szabott, bizonyítékokon alapuló, célzott intézkedésekre van szükség, különösen a szerhasználat fiatalabb generációk körében történő megkezdésének megelőzése érdekében, mivel ez lehet a szerhasználat okozta közegészségügyi teher csökkentésének a kulcsa (Elekes et al., 2020; Németh, 2024; Pikó et al., 2024).

A dohányzás és az alkoholfogyasztás olyan egészségkárosító cselekedetek, amelyek megelőzése elsődleges célkitűzés a serdülő korosztályban (WHO, 2019). Az epidemiológiai adatok szerint mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás fő kockázati tényezője az idő előtti elhalálozásnak (WHO, 2019). A serdülők korosztálya a 10-20 éves korig tartó időszakban a legérzékenyebb és a legfogékonyabb arra, hogy mindenféle szerrel kísérletezzon. Azok a gyerekek, akik ebben a korai szakaszban kezdik el a szerhasználatot, nagyobb eséllyel folytatják később is ezeket a szokásokat, ami súlyos testi és lelki egészségügyi következményekkel járhat (Elekes et al., 2020; Németh, 2024; Pikó et al., 2024). Ezt a korosztályt pszichoszociális jellemzőik mellett a biológiai változások is sebezhetővé teszik a rizikómagatartásokra, hiszen ebben az időszakban a frontális kéreg, ami az összetett döntéshozatalért felelős, még fejlődik. Az agy jutalmazásokat feldolgozó részei azonban érettebbek, így veszélyeztetve vannak a rögtönzött döntéshozatalra a kíváncsiság és a szociális vagy társas nyomás miatt. A korábbi kutatások azt találták, hogy a felnőttkori szerhasználók jelentős része már fiatal korában, még az iskolai időszak alatt elkezd kísérletezni (Frobel et al., 2022; Steinberg, 2007).

A serdülőkor az az életszakasz, amikor a kockázatvállalásban való részvétel hosszú távú hatással van a fiatalok későbbi egészségi állapotára (Steinberg, 2008). Ennek oka, hogy a serdülőkor e kritikus átmeneti szakaszában a gyors fizikai, érzelmi, kognitív és szociális fejlődés lehetővé teszi a serdülők számára, hogy számos egészségügyi kockázati magatartást alakítsanak ki. Másrészt ez az időszak lehet a legoptimálisabb és legmegfelelőbb a felnőttkori egészségfejlesztés alapjainak lerakására. Így a meglévő és további, a serdülőkori alkohollal és dohányzással kapcsolatos tényezőket célzó megelőzés és beavatkozás fontossága továbbra is kihívást jelent (Brumback et al., 2021).

Azonban a serdülőkor nem egységes fejlődési szakasz, hanem több, egymástól elkülöníthető periódusra bontható, amelyek eltérő biológiai, pszichológiai és szociális sajátosságokat is mutatnak. A szakirodalom a serdülőkort jellemzően korai (10–13 év) és késői (14–18 év) szakaszra osztja (Shulman et al., 2015; Steinberg, 2007). A korai serdülőkorban a pubertás kezdetével párhuzamosan meginduló testi változások, az érzelmi szabályozás fejlődése, valamint a szülői kontroll és a családi háttér domináns szerepe figyelhető meg a

viselkedésformálásban. Ezzel szemben a késői serdülőkorra az önállóság iránti fokozódó igény, a kortárs kapcsolatok növekvő hatása, valamint a kockázatvállalásra való nagyobb hajlam válik jellemzővé. E változások háttérében a neuropszichológiai érés sajátosságai is meghúzódnak: a jutalomra érzékeny agyterületek korábbi aktivációja és a prefrontális kéreg lassabb fejlődése következtében a serdülők különösen fogékonyak lehetnek az impulzív és kockázatos viselkedésformákra. Mindezek indokoltá teszik a serdülőkor differenciált vizsgálatát, különösen az egészségkockázati magatartások – mint például a szerhasználat – elemzése során (Casey et al., 2008; Shulman et al., 2015; Steinberg, 2007).

Korábbi tanulmányok rámutattak a szerhasználat összetettségére és többretegű háttérére, és kiemelték az egyéni, pszichológiai és társadalmi tényezők közötti összefüggéseket (Allen et al., 2021; Brumback et al., 2021; Fitzgerald et al., 2016). Ezért a sikeres beavatkozások és intézkedések kulcsa az egészségügyi kockázati magatartás kialakulásának, előrejelzőinek és mutatóinak világos megértése. Bár a hagyományos egészségügyi kockázati magatartások, mint például a szerhasználat, a 21. században lassan visszaszorulóban vannak, ezek a tendenciák Magyarországon és Kelet-Európában a nyugati országokhoz képest nem annyira elterjedtek (De Looze et al., 2019). A dohányzás és az alkoholfogyasztás előfordulási aránya a legmagasabbtól a legalacsonyabbig Kelet-Európában, Dél-Európában, Nyugat-Európában és Észak-Európában különböző mértékben jelenik meg (ESPAD, 2020; Inchley et al., 2020). Különösen a serdülők alkoholfogyasztása jelenti az egyik legnagyobb egészségügyi kockázatot Európában, és míg a fiúk több alkoholt fogyasztanak, mint a lányok, a dohányzás aránya a lányok körében magasabb, mint a fiúknál. Amellett, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás még mindig jelentős gyakorisággal fordul elő Kelet-Európában, szorosan összefügg a serdülők mentális jóllétével és életminőségével (Walsh et al., 2020).

A kutatók számos olyan tényezőt azonosítottak, amelyek a serdülő- és felnőttkori szerhasználattal kapcsolatosak, de jellemzően azokra a tényezőkre összpontosítottak korábban, amelyek a nagyobb mértékű használatot tudják előre jelezni (Ruberu et al., 2022; Walsh et al., 2020). Egy másik megközelítésben, amely jelenleg erősödő tendencia a kutatásokban, az olyan tényezők azonosítása a prioritás, amelyek csökkentik a későbbi szerhasználat valószínűségét. A szerhasználat pszichoszociális aspektusai között fontos szerepet játszanak a környezeti tényezők, például a családi háttér, az iskolai környezet és a kortárs csoport befolyása (Szabó, 2021). Kutatások igazolták, hogy a családi működés és a szülő-gyermek kommunikáció minősége szignifikánsan összefügg a serdülők szerhasználati szokásaival. A szülői felügyelet hiánya, a konfliktusos családi kapcsolatok, valamint a szülők dohányzási és alkoholfogyasztási

szokásai mind előrejelzik a serdülők szerhasználatának magasabb kockázatát (Walsh et al., 2020).

A kortársnyomás, különösen serdülőkorban, az egyik legerősebb előrejelzője a kockázatos magatartásoknak. A serdülők gyakran azért kezdik meg a szerhasználatot, mert alkalmazkodni kívánnak társaikhoz, illetve meg akarnak felelni egy adott társas normának. A szociális identitás kialakulásának időszakában a kortárscsoporthoz való tartozás iránti vágy meghatározó szerepet játszik a viselkedésben, ami gyakran a szerhasználat fokozódásával jár együtt (Romer, 2010). Emellett a mentális egészség és a pszichés jóllét is kulcsszerepet játszik a kockázati magatartások kialakulásában. Számos kutatás bizonyította, hogy a depresszió, a szorongás és a mentális distressz magasabb szintjei növelik a serdülőknél a szerhasználat valószínűségét. Ugyanakkor a magas fokú pszichológiai jóllét, az érzelmi rugalmasság, valamint a pozitív családi és társas támogatás védőfaktoroként működik és csökkenti a szerhasználat esélyét (Das et al., 2023; Masten, 2014). Az elmúlt években különösen nagy figyelmet kaptak a preventív beavatkozások és a célzott programok, amelyek célja a kockázati magatartások visszaszorítása a serdülők körében. Ezek a programok gyakran a pszichoszociális védőfaktorokra összpontosítanak, mint például az érzelmi szabályozás, a stresszkezelés, a társaskészségek fejlesztése és a társas támogatás növelése (Szabó, 2021; WHO, 2024).

A serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás tekintetében számos egyéni szintű védőfaktor azonosítható, például az önbecsülés, az önkontroll, a megküzdés és a rugalmasság. Az önbecsülést úgy határozzák meg, mint az egyén általános értékelését a saját értékéről vagy mint személyiségéről, és gyakran kapcsolódik az önbizalom és az önbecsülés érzéséhez (Rosenberg, 1965). Az alacsony önbecsüléssel rendelkező egyéneknél nagyobb lehet annak a kockázata, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás a negatív érzelmekkel való megbirkózás vagy a társadalmi csoportba való beilleszkedés eszközeként kerüljön előtérbe (Szinay et al., 2019; Wellman et al., 2016). A szerhasználattal kapcsolatban megállapították, hogy az önbecsülés közvetíti az önkontroll és az önhatékonyosság közötti kapcsolatot, ezért a megelőzésben előnyt jelenthet (Yang et al., 2019). Ezt igazolta az a vizsgálat, amikor egy serdülőkorúaknak szóló kábítószerrel való visszaélés megelőzési programban a megküzdési készségek tréningjének köszönhetően az önbecsülés szignifikánsan javult a kontrollcsoporthoz képest (Sukanti et al., 2019). Az önbecsülés mérései és a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás közötti összefüggések azonban nem következetesek. A serdülőkori dohányzás és az alkoholfogyasztás nem feltétlenül függ össze a serdülőkori önértékeléssel (Lee et al., 2021), és néha a magasabb önértékelésű emberek nagyobb valószínűséggel válnak rendszeres

alkoholfogyasztókká (Szinay et al., 2019). Ez tovább hangsúlyozza, hogy miért fontos az önbecsülés megértésének szerepe a szerhasználatban.

Az önkontrollt úgy definiálták, mint az egyén azon képességét, hogy szabályozza gondolatait, érzelmeit és viselkedését egy kívánt cél elérése érdekében (Billore et al, 2023). Az alacsony önkontrollal rendelkező egyének általában impulzívabbak, és hiányozhat a kielégülés késleltetésének képessége, ami hajlamosabbá teszi őket a dohányzásra és az ivásra (Hoffmann & Jones, 2022; Wills & Stoolmiller, 2022). Az önkontroll-elmélet (Groß, 2021) azt sugallja, hogy amikor az emberek stresszt vagy stresszhatásokat tapasztalnak, csökken a viselkedésük önszabályozására való képességük, és ennek következtében nő a dohányzás és az alkoholfogyasztás valószínűsége. Következésképpen a gyengébb reflexiós folyamatokkal és erősebb impulzív késztetésekkel rendelkezőknél nagyobb lehet a dohányzás és az alkoholfogyasztás kockázata (McKee et al, 2020; Verdejo Garcia & Albein-Urios, 2021).

A megküzdés a kognitív, affektív vagy viselkedési erőfeszítések tudatos alkalmazására utal, hogy kezeljék vagy csökkentsék a negatív érzelmeket vagy a stresszt, amelyet az emberek kihívást jelentő helyzetekre válaszul tapasztalnak (Gardner et al., 2023). A feszültségcsökkentési elmélet szerint az alkoholt és a dohányt a feszültségcsökkentés érdekében fogyasztják (Dvorak et al., 2018; Perski et al., 2022), így a szerhasználat gyakran szolgálhat a stresszel való megküzdés módjaként (Pikó et al., 2023). A kutatási eredmények azt sugallják, hogy különösen a proaktív megküzdés, amely a problémaközpontú megküzdés egy fajtája, szerepet játszhat a stressz csökkentésében a jövőbeli célok felmérésével és a sikeres elérésükhöz szükséges feltételek megteremtésével (Liang et al., 2021).

4.3. Serdülőkori és a rizikómagatartás ¹²

A serdülőkori mentális egészség előmozdítása a legnépszerűbb megelőzési módszer a magas egészségkockázatú viselkedésformák esetében, ami közé a fizikai bántalmazás, az erőszak és a szerekkel való visszaélés is tartozik (Aucott et al., 2014; Chau et al., 2016; Lowthian et al., 2021). A serdülő korosztály esetében nagy a kockázata ezeknek a viselkedésformáknak a megtapasztalása, mivel olyan problémákkal találkoznak, mint az identitásválság, a serdülőkori büszkeség, a függetlenségre való hajlam, az elveszettség érzése. A serdülőkori büszkeség alatt leginkább a serdülők autonómia iránti igényét és az önállóság megszerzésének vágyát értjük, amelyet többnyire a serdülők felnőtt szerepekkel való kísérletezése és a kortársaktól való

¹² A fejezetben a következő megjelent saját publikáció szerepel:

Dudok, R., & Pikó, B. (2024b). Serdülők rizikómagatartása a pszichológiai jóllét, valamint a képességek és nehézségek tükrében. *Magyar Pedagógia*, 124(2), 89-110.

elismerés iránti vágya jellemez. A büszkeség a serdülőkori önértékelés része, ami az autonómia és a függetlenség igényéből fakad (Allen et al., 2021; Erikson, 1968; Blakemore & Mills, 2014). Az elveszettség érzését az identitáskrizis és a társas elidegenedés fogalmain keresztül lehet leginkább megérteni, hiszen serdülőkorban a gyakori identitáskrizisek, valamint az önértékelési problémák vezethetnek ilyen érzésekhez, különösen a kortárs kapcsolatokban megtapasztalt konfliktusok és az életcélok tisztázatlansága miatt (Cheng & Furnham, 2019). Az ilyen típusú pszichológiai jelenségek szoros kapcsolatban állnak a serdülőkorban tapasztalt szorongással és depresszióval, amelyek jelentős hatással lehetnek a rizikómagatartások megjelenésére (Raemen et al., 2022; Schwartz et al., 2013).

A serdülőkori magas egészség-kockázatú viselkedések azon legfontosabb társadalmi és egészségügyi problémák közé tartoznak, amelyek hatással lehetnek az egész társadalom működésére és a családi élet minőségére is. Fontos kiemelni azt is, hogy a serdülők szerfogyasztásának hátterében más motivációs faktorok állnak, mint a felnőttkori rizikómagatartás esetében. Egyes tizenévesek egészségkárosító viselkedésükkel, így a dohányzással és az alkoholfogyasztással mutatják ki, hogy már nem gyermekek, hanem olyanok akarnak lenni, mint a felnőttek (Allen et al., 2021). Néhány tinédzser stresszel járó élményekkel találkozik, és nem tud megbirkózni az ebből fakadó problémákkal (Cheng & Furnham, 2019). Az identitásválság feszültséghez és mentális problémákhoz vezethet a serdülőknél (Erikson, 1968; Graber & Brooks-Gunn, 1996; Raemen et al., 2022; Steinberg, 2007; Steinberg & Morris, 2001, Schwartz et al., 2013). Az említett tényezők mindegyike tanult viselkedés, amiben benne rejlik az is, hogy megelőzhető lenne. A jobb mentális egészséggel és fizikai állapottal rendelkező serdülő képes pozitívan hatni saját mentális egészségi állapotára, megelőzve a rizikómagatartások kialakulását. A depresszív tünetek és a különböző szerfogyasztások szorosan összefüggnek a bennük lévő feszültséggel és szorongással, amit a magas egészségkockázatú viselkedés és a mentális egészség erős negatív kapcsolata jelez a kutatásokban. A stresszel teli életesemények szoros összefüggésben állnak a pszichológiai jólléttel és hozzájárulnak a mentális egészség zavaraihoz (Aliyev et al., 2024; Vallata et al., 2021).

4.3.1. Rizikómagatartás és mentális jóllét

Míg a mentális egészség kiemelt szerepet tölt be a serdülőket érintő rizikómagatartások előfordulásában, a mentális jóllét jelentős hatású lehet ezek megelőzésében. A pszichológiai jóllét, amely az általános értelemben vett egészséges mentális működésre utal, alapvető érték, amely a jó körézet és a környezetünkben való hatékony működés kombinációja. A

pszichológiai jóllét elérése és fenntartása nagyon fontos az élet bármely szakaszában, különösen az identitás, az érzelmi szabályozás és társas kapcsolatok tekintetében kritikus fejlődési időszakban lévő serdülők számára (Blakemore & Mills, 2014; Casey et al., 2008; Diener & Chan, 2011; Heizomi et al., 2015).

A fiatalok mentális egészsége kiemelkedő fontosságú, mivel megalapozza későbbi életük jóllétét. Ezért a fiatal egyének mentális egészségének megőrzése érdekében elengedhetetlen a mentális egészség és a pszichológiai distressz előzményeinek és előrejelzőinek megértése. A bizonyítékokon alapuló stratégiai intézkedések és intervenciók kidolgozásához szükséges a jóllét előmozdítását szolgáló egyedi kihívásoknak és lehetőségeknek a megértése (Elekes et al., 2020; Németh, 2024; Pikó et al., 2024).

Ahogy az egészséget és a betegséget általában véve több, egymással kölcsönhatásban álló társadalmi, pszichológiai és biológiai tényező határozza meg, ugyanúgy a mentális egészséget és a mentális betegségeket is. A mentális, szociális és viselkedési problémák gyakran kölcsönhatásban állnak egymással, és befolyásolják az egyén viselkedését és mentális jóllétét (Aucott et al., 2014). Az alacsony mentális jóllét összefüggésbe hozható a rizikómagatartással, különösen a serdülők túlzott alkoholfogyasztásával, a dohányzással, valamint a szerekkel való visszaéléssel és a serdülők kockázatos szexuális viselkedésével (Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2010). E magatartások közül azonban sok esetben az ok-okozati összefüggés iránya bizonytalan. A dohányzás és az alkoholfogyasztás, valamint a depresszió az általános népességben gyakran összefüggésbe hozható egymással. Különösen a dohányzás kapcsolódik negatívan a mentális jólléthez, a rossz általános egészségi állapothoz, a depresszióhoz és a szorongáshoz (Fitzgerald et al., 2016; Varga & Pikó, 2015). Ugyanakkor a pszichológiai jóllét előmozdítása segítheti a serdülőknél a pozitív eredmények elérését, miközben pufferként is funkcionálhat a pszichés zavarokkal szemben. Ennek eredményeképpen a jóllét nemcsak a pozitív fejlődés kulcsfontosságú mutatójaként szolgál, hanem az optimális mentális egészség biztosítására is alkalmas, elősegítve a serdülők és környezetük közötti előnyös alkalmazkodási utak megvalósulását. Mindez nagyobb valószínűséggel eredményez pozitív változásokat az érzékeny átmenet során (Lerner et al., 2003; Park & Peterson, 2003).

A nemek szempontjából is fontos megközelíteni mind a jóllét, mind pedig a rizikómagatartás témáját. Ugyanis a nem az egészség fontos társadalmi meghatározója. Egyes egészségügyi mutatók különbségeket tártak fel a nők és a férfiak között. Világszerte a nők várható élettartama magasabb, mint a férfiaké (Pinho-Gomez et al., 2023). Hasonlóképpen a mentális egészség is tartós különbséget mutat a két nem között. A kutatások általában arra világítanak rá, hogy a nőknél gyakrabban fordulnak elő internalizáló zavarok, mint például a

depresszió és a pszichológiai distressz. Míg a férfiak esetében gyakrabban fordulnak elő externalizáló zavarok, magasabb az antiszociális- és a szerhasználati zavarok előfordulása. Emellett világszerte a férfiak öngyilkossági aránya magasabb, mint nőké (Matud et al., 2019).

A lányok és fiúk közötti jóllétebeli különbségekkel kapcsolatos tanulmányok azonban nem hoztak konzisztens eredményeket (Ferguson & Gunnell, 2016). Kevés nemi különbséget mutattak ki a pszichológiai jóllét terén, bár az eredmények szerint a lányok alacsonyabb pszichológiai jóllétről számolnak be, valamint nagyobb gyakorisággal és intenzitással éltek át pozitív és negatív érzelmeket, mint a fiúk. Bár a szakirodalom kimutatta a lányok és fiúk közötti különbségeket néhány pszichológiai jóllét dimenzióban, ezek a különbségek általában más tényezőktől, például az életkortól, a kultúrától vagy a betöltött szerepektől függően változnak (Campbell et al., 2021). A jóllétebeli különbségeket a szakirodalom általában a lányok negatívabb kognitív stílusára vezeti vissza, valamint arra, hogy a fiúk és a lányok eltérő érzelemszabályozási és megküzdési mechanizmussal rendelkeznek. Tehát a fiúk hajlamosabbak a külső megküzdési stratégiák alkalmazására, míg a lányok inkább az érzelmi belső világukra összpontosítanak, ami nagyobb hajlamot eredményezhet a belső konfliktusokkal, például a szorongással vagy depresszióval való megküzdésre (Li et al., 2015; Gómez-Baya et al., 2018; Visani et al., 2011).

4.3.2. A rizikómagatartás összefüggései az érzelmi- és viselkedésbeli problémákkal

A meglévő szakirodalom a kannabisz-, alkohol- és cigarettahasználatot számos viselkedési és pszichológiai rendellenességgel (Frobel et al., 2022; Hoffmann & Jones, 2022; Li & Lerner, 2011; McKee et al., 2020) hozza összefüggésbe serdülőkorban és fiatal felnőttkorban. Kutatók összefüggéseket azonosítottak a nikotinhasználat és a depresszió, a szomatizáció, az animozitás, a paranoia és más viselkedési problémák között (Dimitriadis et al., 2016). Egy másik tanulmány (Lee et al., 2021) azt mutatja be, hogy a gyermek- és serdülőkori dohányzás korai elvonási tünetekhez vezethet. Az alkoholfogyasztásról kiderült, hogy szoros kapcsolatban áll a magatartási problémákkal, különösen depresszióban szenvedő egyéneknél. A figyelemhiányos hiperaktivitászavarról is beszámoltak, ami gyermek- és serdülőkorban az alkohol- és cigarettafogyasztás fokozott valószínűségével jár együtt (Molina & Pelham, 2001). Fontos, hogy korábbi kutatások szerint azok a gyermekek, akik korán kezdenek el kémiai addikciókat okozó szereket használni (pl. alkohol, cigaretta, különböző tudatmódosítószer), nagyobb valószínűséggel mutatnak viselkedési problémákat, mint azok, akik később kezdik. Ezek az eredmények azt erősítik, hogy a szerhasználat és a viselkedési problémák

összefügghetnek egymással, különösen a fiatalabb gyermekeknél (Aucott et al., 2014; Chen et al., 2008; Frobel et al., 2022; Vallata et al., 2021; Walsh et al., 2020).

Korábbi vizsgálatok megállapításai alapján a szerhasználat számos viselkedési nehézséggel jár, különösen a korai serdülők esetében. A szerhasználó gyermekek és serdülők életminőségének csökkenése figyelhető meg, különösen a fizikai jóllét, a pszichológiai jóllét, a szülői kapcsolatok és az iskolai környezet területén (Sweeting & Hunt, 2015). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a szerhasználat elsősorban a fizikai egészséget, a pszichológiai egészséget és a felnőttekkel (tanárokkal és szülőkkel) való kapcsolatot érintheti (vagy befolyásolhatja), valószínűleg a szerhasználattal összefüggő fizikai és pszichológiai tünetek vagy családi és iskolai konfliktusok miatt (Borca et al., 2017; Chau et al., 2016). Összefüggés igazolható a szerhasználat és az externalizáló viselkedési nehézségek (hiperaktivitás/figyelemzavar, magatartási problémák), valamint az alacsony proszociális viselkedés között. Ezzel szemben nem találtak szignifikáns összefüggést a szerhasználat és az internalizáló (pl. szorongó) viselkedési nehézségek között (Fidalgo et al., 2016; Frobel et al., 2022; Hassan et al., 2020; Lee et al., 2021; Pearson et al., 2006).

A serdülőkorúak körében a szerhasználat összefüggésbe hozható a mentális egészségbeli zavarokkal vagy tünetekkel. A szerhasználattal, a visszaéléssel vagy a függőséggel küzdő fiatalok 60%-ának volt komorbid diagnózisa. Például a magatartászavar és az oppozíciós zavar a leggyakrabban társult a szerhasználattal, a visszaéléssel, a függőséggel vagy a depresszióval. Más tanulmányok megerősítették a magatartásproblémák korai megjelenése és/vagy a depressziós tünetek és a serdülőkori alkohol- és illegális drogfogyasztás közötti összefüggést, különösen a fiúk körében, akik a jelek szerint érzékenyebbek a kortársak nyomására, és kevésbé képesek érzelmeik kontrolljára, mint a lányok (Fidalgo et al., 2016).

Ami a dohányzást és a kapcsolódó pszichés zavarokat illeti, az ADHD-tüneteket összefüggésbe hozták mind az élethosszig tartó, mind a jelenlegi dohányzás és a dohányzás korai megkezdésének nagyobb arányával. Az ADHD-tünettel rendelkező egyének nagyobb valószínűséggel próbálták ki a cigarettát, és 4-5-ször nagyobb valószínűséggel fordult elő, hogy a dohányzás kipróbálása gyakori cigarettahasználatba torkollott, mint a kontrollcsoport tagjainál (Chau et al., 2016; Frobel et al., 2022; Osland et al., 2017). Úgy tűnik, hogy a figyelmetlenség és az impulzivitás az ADHD azon jellegzetességei, amelyek hozzájárulnak a komorbid kapcsolat kialakulásához. Az ADHD-tünetekkel rendelkezők körében a magatartászavar közvetítő tényezőnek tűnik a serdülőkori dohányzás kialakulásában.

4.3.3. Rizikómagatartás és proszocialitás

Korábbi kutatások rámutattak a magatartási problémák és magatartászavarok összefüggése mellett arra is, hogy a proszociális viselkedés jelentősen mérsékli a magatartászavarok tüneteinek negatív hatásait. A proszociális viselkedés olyan cselekedetkből áll, amelyet az egyén mások javára tesz. Ilyen például az egyéni javak és erőforrások megosztása, más megvigasztalása vagy segítése (Goodman, 1997). A proszociális viselkedés megjelenése, tanúsítása akkor mehet végbe, hogyha az egyén képes felismerni egy negatív eseményt vagy tapasztalatot a másik személy esetében, és ezt követően képes a megfelelő válaszreakció mellett dönteni az ilyen és hasonló helyzetekben, azaz a felismerésen túl a helyzethez igazodó cselekedetre is szükség van. A proszociális viselkedés általában pozitív egészségkimenetekkel jár együtt, amelyek a szerhasználattal negatívan is összefügghetnek. Ezért serdülőkorban az életmódválasztás szempontjából döntő fontosságú szakaszban tanúsított magas szintű proszociális viselkedés olyan pályára állíthatja a fiatalokat, amely csökkenheti a felnőttkori szerhasználat valószínűségét (Brassai & Pikó, 2011; Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020).

Korábbi tanulmányok (Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020), amelyek a serdülők proszociális viselkedését vizsgálták, azt találták, hogy azok, akik alacsonyabb szintű proszocialitást mutatnak, nagyobb valószínűséggel fognak szerfogyasztókká válni, illetve szereket kipróbálni, mint azok, akik magasabb szintet mutatnak. Az eredmények azt is igazolták, hogy a proszociális viselkedésnek pozitív egészségvonzatai is fellelhetők, és olyan viselkedésbeli utakhoz vezetnek, illetve olyan cselekedetekre sarkallják az egyént, amelyek csökkentik a rizikómagatartásokat. Tehát a proszociális viselkedés protektív faktornak bizonyulhat az egészségmagatartások tekintetében, így a prevenciós és intervenciós programok szerves részét képezhetik (Brassai & Pikó, 2011; Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020).

Annak ellenére, hogy a proszociális viselkedés milyen hatással van az egészségre és a mentális jóllétre, a szerhasználattal való kapcsolatát ritkábban elemzik. A kapcsolat alapja feltehetően az, hogy a proszociális serdülők hajlamosak elfogadni a társadalmi erkölcsöket és normákat, hajlamosabbak lehetnek arra, hogy elkerüljék az antiszociális viselkedést, amely nem áll összhangban proszociális meggyőződéseikkel és értékeikkel. Erre bizonyíték, hogy a proszociális tendenciákat mutató fiatalok hajlamosak pozitív társadalmi tevékenységekben részt venni, ezzel szemben az alacsony szintű proszociális viselkedést tanúsító fiatalok hajlamosabbak deviáns viselkedésre, cselekedetekre. A proszociális viselkedés előmozdítására irányuló erőfeszítések tehát érdemesnek tűnnek a serdülőkorúak szerhasználatának

megelőzésére és a későbbi szerhasználati zavarok káros hatásainak megfékezésére (Brassai & Pikó, 2011; Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020).

4.4. Iskolai kötődés és az egészségmagatartás összefüggései¹³

Mivel a gyermekek sok időt töltenek az iskolában, az iskolai terület a másodlagos szocializáció eszközeként szolgál, ahol a gyermekek új viselkedési formákat tanulnak, és kapcsolatokat építenek ki tanáraikkal és társaikkal. Az iskola szintjén is találhatunk néhány fontos protektív tényezőt. Míg a korábbi tanulmányok főként a negatív tapasztalatokra összpontosítottak, mint például az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos problémák vagy a szerhasználattal kapcsolatos alkalmazkodás (Hemphill et al., 2014), addig a legújabb tanulmányok inkább az iskolai klímára koncentráltak, utalva az interperszonális kapcsolatokra, a normákra és értékekre, a társadalmi interakciókra, az iskolai környezetre (fizikai, pszichoszociális és kereseti), valamint a negatív és pozitív tapasztalatokra egyaránt (Mousena & Raptis, 2021).

Az iskolai kötődés fontos tényező abban, hogy a gyermekek által tanúsított problémaviselkedések és rizikómagatartások előfordulásának kockázatát csökkentse, és ezzel egyidejűleg növelje az iskolai teljesítményt és a tanulmányok iránti elköteleződést, ami hozzájárulhat a diákok mentális egészségéhez (Catalano et al., 2004; Lombardi et al., 2019). A pozitív iskolai klíma hatékony védőfaktoroként működhet a lemorzsolódással, a zaklatással, az agresszív és erőszakos viselkedéssel (Marchante et al., 2022), valamint a serdülőkorúak kábítószer-használatával szemben (Mihic et al., 2022). Az iskolai kötődés különösen a problémás viselkedéssel szembeni védőfaktoroként szolgálhat (Varela et al., 2021).

A szociális védőfaktorok közül a társas kapcsolatok jelentősen hozzájárulhatnak a fiatalok pozitív fejlődéséhez (Telzer et al., 2018). Azok a fiatalok, akik nincsenek elköteleződve az iskola felé, szegényes kapcsolatokat ápolnak társaikkal és tanáraikkal, és később is kevésbé kielégítő felnőtt kapcsolatokkal rendelkeznek (Hawkins et al., 2008). Hajlamosabbak egészségkárosító magatartásformákra is, mint pl. dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás (Bond et al., 2007; Bugbee et al., 2019; Lee & Henry, 2022; Li és Lerner, 2011; Santibáñez et al., 2020), valamint antiszociális és erőszakos viselkedésre (Karatas et al., 2016; Li et al., 2011; Liljeberg et al., 2011). Ezenkívül gyakoribbak körükben a szorongásos és depresszív tünetek, a mentális egészség zavarai (Li és Lerner, 2011). Szintén magasabb náluk az iskolai lemorzsolódás kockázata (Archambault et al., 2009; Christenson & Thurlow, 2004). Az iskolai

¹³ A fejezetben a következő megjelent saját publikáció szerepel:
Dudok, R., & Pikó, B. (2023e). Az iskolai kötődés kapcsolata a serdülők jóllétével és rizikómagatartásával. *Iskolakultúra*, 33(4), 3–17. doi: 10.14232/iskkult.2023.4.3

kötődés csökkenti az iskolai tanulmányok halogatását, és mindez növeli az étellel való elégedettséget (Çıkrıkçı & Erzen, 2020). A tanárokkal való tartalmas kapcsolatok különösen hozzájárulnak a serdülők étellel való elégedettségéhez (Özdemir & Koruklu, 2013).

Az iskolához való kötődés tehát protektív faktornak számít a szerfogyasztások, a rizikómagatartások és a problémaviselkedések megjelenésével szemben (Bugbee et al., 2019; Catalano et al., 2004; Hawkins et al., 2008; Karatas et al., 2016; Lee & Henry, 2022), valamint elősegíti a pozitív pszichoszociális fejlődést, a pszichikai immunrendszer, a reziliencia erősödését, fejlődését (Oldfield et al., 2016). A fentebb említett kutatások eredményei alapján a diákok mentális egészsége és jólléte elősegítésének, valamint az egészséget veszélyeztető rizikómagatartások megelőzésének természetes módja lehet a tanulók iskolai kötődésének, elkötelezettségének támogatása (Bugbee et al., 2019; Catalano et al., 2004; Hawkins et al., 2008; Karatas et al., 2016; Lee & Henry, 2022). A pozitív iskolai kötődés védelmet nyújthat a gyenge tanulmányi eredményekkel és számos más negatív alkalmazkodási problémával szemben is. Az iskolai kötődés megértése és fejlesztése – a különböző tanulói kimenetekkel bizonyított összefüggései alapján-, segíthet a pedagógusoknak és a szakembereknek megelőzni a kedvezőtlen következményeket, és elősegíteni a pozitív fejlődést a veszélyeztetett tanulók esetében. A kutatók a tanulók iskolai kötődéséről úgy gondolják, hogy alakítható, fejleszthető, így megfelelő fókuszpontot jelenthet a különböző prevenciós és intervenciós beavatkozásokhoz (Hart et al., 2011).

4.5. Egészségmagatartás és a tanulási zavar

A tanulási zavarok olyan fejlődési rendellenességek, amelyeket az alapvető pszichológiai folyamatok károsodása jellemez, azonban fontos kiemelni, hogy a tanulási zavarral élő serdülőknél megnőhet a kockázatvállaló magatartásforma, úgy, mint a korai szexuális aktivitás, a fizikai verekedés vagy a zaklatás kockázata (Beitchman et al., 2001; McNamara et al., 2008). Ezeket a viselkedéseket befolyásolják az érzelemszabályozási nehézségek, az impulzivitás, valamint a szociális és viselkedési alkalmazkodásban mutatkozó hiányosságok, amelyek a tanulási zavarral élő serdülőknél általánosan megfigyelhetők (Al-Yagon, 2015). Egyes kutatások kiemelik, hogy a családi struktúra és a jóllét döntő szerepet játszik a tanulási zavarral küzdő serdülők fejlődési pályájának alakításában. A csonka családi formát, valamint az alacsony jóllétű családokat a kockázatvállaló viselkedéssel szembeni nagyobb sebezhetőséggel hozták összefüggésbe, mivel gyakran nem rendelkeznek a tanulási zavarral kapcsolatos kihívások kezeléséhez szükséges erőforrásokkal és támogató rendszerekkel (Blair & Scott, 2002; Fakier & Wild, 2011; Svetaz et al., 2000). Norwich és Kelly (2004) kiemeli, hogy a

tanulási nehézségekkel küzdő serdülők feltételezhetően fokozottan ki vannak téve a szerhasználat kockázatának. Ezek a személyek gyakran mutatnak olyan kockázati tényezőket, mint az impulzivitás, a gyenge tanulmányi teljesítmény, a szociális nehézségek és az alacsony önértékelés (Borowsky & Resnick, 1998; Karacostas & Fisher, 1993).

A tanulási zavarok komorbiditásának hatása súlyosbíthatja a kockázatvállaló magatartásban való részvételt a társadalmi elfogadás keresése, vagy az elégtelenség érzésének megküzdése okán (Bender, 2008). Emellett a döntéshozatali készségek és a szerhasználat következményeivel kapcsolatos ismeretek hiányosságai tovább növelik sebezhetőségüket (McCrystal et al., 2007). A tanulási nehézségek és a szerhasználat közötti kapcsolatra vonatkozó megállapítások azonban ellentmondásosak, egyes tanulmányok magasabb arányú használatot jeleznek (Beitchman et al., 2001; Karacostas & Fisher, 1993), míg mások hasonló vagy alacsonyabb előfordulási gyakoriságról számolnak be a tanulási nehézségekkel nem küzdő kortársakhoz képest (Elmquist et al., 1992; Molina & Pelham, 2001).

Wilcockson és mtsai (2016) vizsgálták a diszlexia és a szerhasználat közötti kapcsolatot. A szerhasználati viselkedést részben olyan kognitív mechanizmusok irányítják, mint az emlékezet aktiválása, az automatizmus és a figyelem torzítása. A memóriaaktiváció, amely az eredményelvárásokat támasztja alá, befolyásolja a szerhasználatot, az erősebb pozitív eredményelvárásokkal rendelkező egyének nagyobb valószínűséggel vesznek részt szerhasználatban (Stacy, 1997). A diszlexiásoknál, akik gyakran mutatnak emlékezeti hiányosságokat (Maehler & Schuchardt, 2009), az ilyen emlékek aktiválódása csökkenhet, ami potenciálisan csökkenti a szerhasználati hajlamot. Az automatizmus, ami a szokásszerű szerhasználati viselkedés egyik jellemzője, az ismétlődő cselekvéseken keresztül kialakított kognitív rövidítésekben múlik (Tiffany, 1990). A diszlexiával összefüggő károsodások az automatizmus kialakításában (Nicolson & Fawcett, 1990) szintén hatással lehetnek a szerhasználati szokásokra. Továbbá, a figyelmi torzítás – a szerrel kapcsolatos ingerekre irányuló fokozott figyelem – előrevetíti a szerhasználatot és a fenntartást (Cox et al., 2006). A diszlexiások figyelmével kapcsolatos kihívások (Facoetti et al., 2000) akadályozhatják az ilyen torzítások kialakulását. Elméleti és empirikus bizonyítékok arra utalnak, hogy ezek a kognitív hiányosságok megvédhetik a diszlexiásokat a szerhasználattal szemben azáltal, hogy megzavarják a szerhasználati szokásokat alátámasztó kognitív összetevők kialakulását (Wilcockson et al., 2016). Wilcockson és munkatársai (2016) kutatásuk alapján megállapították, hogy a diszlexiás résztvevők szignifikánsan alacsonyabb szerhasználati gyakoriságról számoltak be, mint a kontrollcsoport tagjai, ami alátámasztja azt a hipotézist, hogy a diszlexia kognitív hiányosságai enyhíthetik a szerhasználati viselkedést. Nemi

különbségek is megfigyelhetőek voltak, a női diszlexiások számoltak be a legalacsonyabb anyaghasználati arányról.

Ezzel szemben Carroll, Houghton és Bourgeois (2014) kutatása feltárta, hogy a tanulási zavarral küzdő középiskolások szignifikánsan nagyobb arányban használtak szereket, különösen alkoholt (51,4% vs. 25,2%), mint tanulási zavarral nem küzdő társaik. A nemek közötti különbségek azt mutatták, hogy a tanulási zavarral küzdő férfiak fogyasztották a legtöbb alkoholt és marihuánát, míg a tanulási zavarral nem küzdő nőknél a dohányzás aránya volt a legmagasabb. Ezek az eredmények kiemelik a tanulási zavarral tanulóknak veszélyeztetettségét a szerhasználattal szemben, és rávilágítanak a korai, célzott megelőzési programok szükségességére.

4.6. Részösszegzés

Az egészségmagatartás és rizikómagatartás témaköre rendkívül komplex és szorosan kapcsolódik a serdülőkor fejlődési folyamataihoz. Az egészségmagatartás olyan cselekvések összessége, amelyeket az egyének az egészség megőrzése vagy helyreállítása érdekében végeznek. A WHO definíciója szerint az egészség holisztikus fogalom, amely a fizikai, mentális és szociális jóllétet egyaránt magában foglalja (WHO, 1986). Az egészségmagatartás serdülőkorban kiemelten fontos, hiszen ilyenkor alakulnak ki azok a szokások, amelyek jelentős hatással vannak az élet későbbi szakaszaira (Arnett, 2000; Viner & Macfarlane, 2005). A rizikómagatartás (pl. szerhasználat, kockázatos szexuális viselkedés, bűnözés) olyan viselkedési forma, amely növeli a fizikai, mentális vagy társadalmi kockázatokat (Jessor, 1993). Ezek a magatartásformák gyakran a serdülők autonómia iránti vágyából, társas normákból és kognitív fejlődési sajátosságokból erednek. A rizikómagatartás kapcsolatban áll a mentális jólléttel, érzelmi és viselkedési problémákkal, valamint proszocialitással, azaz a társas kapcsolatokban tanúsított támogató viselkedéssel (Raemen et al., 2022; Schwartz et al., 2013). A mentális egészség és a rizikómagatartás közötti kapcsolat bonyolult: a rossz mentális egészségi állapot növelheti a rizikómagatartások előfordulását, míg a rizikómagatartások tovább ronthatják a mentális jóllétet (Gaspar et al., 2016). Az érzelmi problémák, például szorongás vagy depresszió, gyakran együtt járnak olyan káros viselkedési mintákkal, mint az alkohol- és drogfogyasztás. Ugyanakkor a proszocialitás – az empátia, segítőkészség és társas kapcsolatok minősége – védőfaktorként működhet (Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020).

Az iskolai kötődés meghatározó az egészségmagatartás szempontjából. Azok a serdülők, akik erős kötődést éreznek iskolájukhoz és tanáraikhoz, ritkábban vesznek részt rizikómagatartásokban (Resnick et al., 1997). Az iskolai közösség pozitív hatása csökkenti az

érzelmi zavarokat, növeli a tanulók önértékelését, és elősegíti a felelős magatartás kialakulását (Catalano et al., 2004; Lombardi et al., 2019).

A sajátos nevelési igényű (SNI) tanulók egészségmagatartása eltérhet társaikétól. Ezek a tanulók gyakran ki vannak téve mentális, érzelmi és társadalmi kihívásoknak, amelyek növelhetik rizikómagatartásaik előfordulását. Ugyanakkor megfelelő támogató környezetben az SNI-tanulók is képesek pozitív egészségmagatartás kialakítására (Livingstone et al., 2018). A serdülők egészségmagatartását több tényező is befolyásolja, köztük az érzelmi állapot, a társas kapcsolatok minősége, az iskolai környezet és az egyéni fejlődési jellemzők. Az SNI-tanulók esetében kiemelten fontos az inkluzív és támogató nevelési környezet, amely csökkentheti a rizikómagatartások előfordulását, miközben javítja a mentális és társas jóllétet (Carroll, Houghton & Bourgeois, 2014; Wilcockson et al., 2016).

5. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS RELEVANCIÁJA, CÉLJA ÉS HIPOTÉZISEI

Az egyén fejlődésének egyik kritikus időszakában – a serdülőkorban – a pszichológiai jóllét meghatározó szerepet játszik a későbbi életminőség és mentális egészség meghatározásában. Az áttekintett szakirodalom alapján a serdülők egyéni pszichés erőforrásai, szociális kapcsolatai és az őket körülvevő környezet hatásai szorosan összefüggnek a mentális jóllétükkel, érzelmi stabilitásukkal és az egészségmagatartásukkal. A kutatások ugyanakkor rávilágítanak, hogy a specifikus tanulási zavarral küzdő diákok különösen sérülékeny csoportot képeznek, akiknek pszichológiai jóllétét nagyobb mértékben határozhatják meg a társas és egyéni tényezők.

Az elméleti háttér alapján a pszichológiai jóllét egy komplex rendszer, amit az intra- és interpszichés tényezők is alakítanak. Ezért az empirikus vizsgálat három szinten – egyéni, társas és általános – közelíti meg a jóllét fogalmát, a Bronfenbrenner-féle ökológiai modell alapján. A kutatás nem egy meglévő elméleti modell empirikus igazolására törekszik, hanem a pszichológiai jóllét meghatározó tényezőinek rendszerszintű és összetett vizsgálatára. Az empirikus kutatás célkitűzése tehát ennek a komplex rendszernek az átfogó feltárása, különös tekintettel a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulókra. Ezzel párhuzamosan az egészségrizikó-magatartások vizsgálata – dohányzás és alkoholfogyasztás – is megtörténik, mely lehetőséget ad a protektív és rizikófaktorok hatásainak mélyebb megértésére. Ezek alapján a disszertáció célja, hogy feltárja az egyéni és társas tényezők szerepét a serdülők pszichológiai jóllétének alakulásában, megvizsgálja a specifikus tanulási zavarral küzdő és a tipikusan fejlődő tanulók közötti különbségeket a mentális jóllét, az érzelmi- és viselkedési problémák, nehézségek terén. Továbbá célja, hogy felkutassa az egészségrizikó-magatartás és a mentális egészség közötti összefüggéseket, különös tekintettel a protektív faktorokra.

Az empirikus vizsgálat az általános és középiskolában tanuló serdülőket állítja a kutatás középpontjába, mivel ebben az életszakaszban intenzív érzelmi, társas és identitásbeli változásokon mennek keresztül. A pszichológiai jóllét megalapozása szempontjából ez az időszak különösen érzékeny, hiszen ebben a korban jelennek meg először nagyobb arányban a mentális problémák, miközben kialakulnak azok az egyéni és társas kompetenciák, amelyek hosszú távon is befolyásolják az alkalmazkodást.

Jelen disszertáció olyan kutatási űrt kíván betölteni, amely hazai viszonylatban kevésbé vizsgált: pozitív pszichológiai paradigmában kívánja megvilágítani a specifikus tanulási zavarral küzdő diákok pszichológiai jóllétének komplex rendszerét, valamint összehasonlítani azt a tipikusan fejlődő társaikkal. Ehhez a pszichológiai jóllét mellett az egyéni és szociális tényezők, valamint az egészségmagatartás átfogó vizsgálatára is kísérletet tesz. Így levetővé

téve a pszichológiai jóllét fogalom tágabb kontextusban való értelmezését és dinamikus összefüggések feltárását.

A megfogalmazott célokat figyelembe véve az empirikus kutatás kérdéseit és hipotéziseit több terület köré építettük fel: megvizsgáltuk a pszichológiai jóllétet, a specifikus tanulási zavarral küzdő és a tipikusan fejlődő tanulók különbségeit, a tanulási zavart befolyásoló tényezőket, valamint az egészségrizikó-magatartások és a jóllét összefüggéseit.

I. Kutatási kérdés: *Milyen egyéni és társas erőforrások járulnak hozzá a serdülők pszichológiai jóllétéhez?* (K₁)

H₁ – Az egyéni erőforrások, mint a reziliencia, önbecsülés, megküzdés és önkontroll pozitív kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével (Hofmann et al., 2014; Orth & Robins, 2014; Orth et al., 2012; Singal & Prakash, 2021).

H₂ – A társas erőforrások típusai, különösen az iskolai kötődés és a társas támogatás pozitív kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével (Bond et al., 2007; Feeney & Collins, 2014; Klem & Conell, 2004; Nelson et al., 2020; Róbert et al., 2020).

II. Kutatási kérdés: *Milyen különbségek és hasonlóságok mutathatók ki a pszichológiai jólléttel összefüggésben a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók között?* (K₂)

H₃ – A specifikus tanulási zavarral küzdők alacsonyabb szintű egyéni erőforrásokkal rendelkeznek (önbecsülés, önkontroll, megküzdés, reziliencia), mint tipikusan fejlődő társaik (Bolla, 2014; Heiman & Olenik-Shemesh, 2020; Lackaye et al., 2006; Lithari, 2019; Matteucci & Soncini, 2021).

H₄ – A specifikus tanulási zavarral küzdők alacsonyabb szociális erőforrásokkal rendelkeznek (társas támogatás, iskolai kötődés), mint a tipikusan fejlődő társaik (Bagnato, 2017; Furlong & Christenson, 2008; Nepi et al., 2013; Martin-Ruiz et al., 2023; Sarti et al., 2019).

H₅ – A specifikus tanulási zavarral küzdők elégedetlenebbek az életükkel és alacsonyabbnak ítélik meg pszichológiai jóllétüket, mint tipikusan fejlődő társaik (Balázs et al., 2016; Barnes & Harrison, 2017; Kalka & Lockiewicz, 2017; Matteucci & Soncini, 2021; Matteucci et al., 2019; Sarti et al., 2019).

- H₆ – A specifikus tanulási zavarral küzdők pszichológiai jóllétét nagyobb mértékben jósolja be a reziliencia megléte, mint tipikusan fejlődő társaikét (Boyes et al., 2016; Kalka & Lockiewicz, 2017; Heiman & Olenik-Shemesh; 2020).
- H₇ – A társas támogatás szintje szignifikáns előrejelzője a pszichológiai jóllétnek mindkét csoportban, de a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulóknál erősebb hatás figyelhető meg (Barnes & Harrison, 2017; Deepthi et al., 2022; Gresham et al., 2001; Nalavany & Carawan, 2012; Nepi et al., 2013).
- H₈ – A specifikus tanulási zavarral küzdők pszichológiai jóllétében nagyobb szerepet játszik az iskolai kötődés, mint tipikusan fejlődő társaikéban (Bond et al., 2007; Furlong & Christenson, 2008; Klem & Conell, 2004; Murray & Greenberg, 2001).
- H₉ – A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók homogén csoportot alkotnak az egyéni erőforrások és a szociális erőforrások mentén (Heiman & Olenik-Shemesh; 2020; Heiman & Percel, 2003; Sarti et al., 2019; Yotyopdying & Wild, 2016).
- H₁₀ – A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók eltérő csoportokba sorolhatók a pszichológiai jóllétük alapján (Kalka & Lockiewicz, 2017; Lundqvist et al., 2019; Martin-Ruiz et al., 2023; Matteucci & Soncini, 2021; Matteucci et al., 2019).
- III. Kutatási kérdés: *Milyen kapcsolat van a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók érzelmi és viselkedési problémái, valamint a mentális egészsége között?* (K₃)
- H₁₁ – A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók alacsonyabb mentális egészségi szintről számolnak be, mint a tipikusan fejlődő tanulók, azaz több internalizáló és externalizáló problémával küzdenek (Aro et al., 2019; Ayar et al., 2022; Boyes et al., 2016; Matteucci et al., 2019; Visser et al., 2020).
- H₁₂ – A specifikus tanulási zavarral küzdők több kortárskapcsolati nehézséggel küzdenek, mint tipikusan fejlődő társaik (Ayar et al., 2022; Nepi et al., 2013; Visser et al., 2020).
- H₁₃ – A specifikus tanulási zavar diagnózis összefüggést mutat az érzelmi problémák megjelenésével (Aro et al., 2019; Boyes et al., 2016; Iaia et al., 2024; Livingstone et al., 2018; Svetaz et al., 2000).
- H₁₄ – A specifikus tanulási zavar diagnózis összefüggést mutat az egyén szociodemográfiai hátterével (Blair & Scott, 2002; Gordon et al., 2019).

IV. Kutatási kérdés: *Milyen kapcsolat van a mentális egészség és az egészségrizikómagatartás (dohányzás és alkoholfogyasztás) között serdülőkorban?* (K₄)

H₁₅ – A nemek között nem található különbség a szerhasználati gyakoriságban (De Looze et al., 2019; Inchley et al., 2020; Németh, 2024).

H₁₆ – Az életkor összefügg a szerhasználati gyakorisággal (Inchley et al., 2020; Németh, 2024).

H₁₇ – Az egyéni és társas erőforrások protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben (Bond et al., 2007; Borca et al., 2017; Brumback et al., 2021; Li & Lerner, 2011; Li et al., 2011; Sukamti et al., 2019).

H₁₈ – A mentális egészség összetevői protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben (Aucott et al., 2014; Frobel et al., 2022; Hassan et al., 2020; Ronen et al., 2016).

H₁₉ – A mentális egészség problémái, mint az internalizáló- és externalizáló problémák rizikófaktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben (Aucott et al., 2014; Chen et al., 2008; Frobel et al., 2022; Vallata et al., 2021; Walsh et al., 2020).

6. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS MÓDSZEREI

Kutatásunkban két vizsgálatot bonyolítottunk le. Az első mintavétel a pilot-mérés volt, mely 2021 május-júniusában zajlott. Ezt követte egy második mérés, mely a 2021/2022-es tanévben történt. A vizsgálat lefolytatására az engedélyt az SZTE Neveléstudományi Doktori iskola adta ki (eng. sz.: 5/2021). A fejezetben a két mérés folyamatát, a minta jellemzőit és a mérőeszközöket ismertetjük.

Mindkét mérés alkalmával célunk volt, hogy a sajátos nevelési igényű, specifikus tanulási zavarral rendelkező diákok is a mintába kerüljenek. Azonban jelen disszertáció keretei nem teszik lehetővé, hogy a problémát mi azonosítsuk, illetve súlyosságát megítéljük. Ezért minden esetben csak olyan diákokat fogadtunk el ebbe a kategóriába, akik valamelyik Pedagógiai Szakszolgálat által kiállított, hivatalos diagnózissal rendelkeznek, a szakvéleményben Pszichés fejlődési zavarral küzdő kategóriába tartoznak a 2011. évi CXCV. törvény 4. §. 25. alapján. Jelen disszertáció célja és korlátai miatt a tanulási zavar diagnosztikájával és annak problematikájával megfelelő terjedelem nem tud foglalkozni.

A kutatás kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálati elrendezésben valósult meg. A két adatfelvétel során standardizált kérdőíves mérőeszközökkel dolgoztunk. A résztvevők toborzása többcsatornás megközelítéssel zajlott: egyfelől pedagógusokon, gyógypedagógusokon, iskolapszichológusokon keresztül, másfelől közvetlenül az iskolák és a pedagógiai szakszolgálatok megkeresésével. A vizsgálatban való részvétel önkéntes és anonim volt, minden résztvevő esetében szülői hozzájáruló nyilatkozat is rendelkezésre állt.

A mintaszervezés során törekedtünk arra, hogy a minta lefedje a serdülőkor széles spektrumát, valamint különböző iskolatípusok (általános és középiskolák) és eltérő földrajzi régiók képviseltessék magukat. A minta kiválasztásakor a következő szempontokat vettük figyelembe. Elérhetőség: Az iskolák megkeresése és együttműködésük biztosítása a járványhelyzetben kihívást jelentett. Területi lefedettség: A kutatás célja az volt, hogy különböző típusú településekről (falvak, kisvárosok, nagyvárosok) is bevonjuk a diákokat, hogy minél szélesebb körű képet kapjunk a tanulók jóllétéről. Specifikus mintaelérés: A speciális tanulási igényű csoportok vizsgálata érdekében olyan intézményeket is bevontunk, ahol nagyobb arányban férhettünk hozzá a speciális mintához.

A COVID-19 járványhelyzet a kutatás időszakában számos szervezési kihívást jelentett. Bár az adatfelvétel kizárólag személyes jelenléttel történt, ez a járvány miatt fokozott elővigyázatosságot igényelt a kutatók és iskolák részéről. Több esetben csak halasztással vagy

alternatív időpontban valósult meg a kérdőívek kitöltése, és a hozzáférés iskolánként eltérő módon valósult meg.

A teljes minta általános és középiskolai tanulókból állt, életkoruk 11 és 18 év között mozgott. Az iskolák típusát, elhelyezkedését, és a tanulók szociodemográfiai jellemzőit a későbbi alfejezetek részletesen ismertetik.

Az időrendiség követhetősége érdekében a fejezetben először a pilotvizsgálat mintáját és adatfelvételi eljárását mutatjuk be, majd ezt követi a teljes minta jellemzőinek és a végső adatfelvétel lebonyolításának ismertetése. A vizsgálatokhoz kapcsolódó gyakorlati tapasztalatokat röviden összefoglaljuk. Ezután bemutatjuk a mérőeszközöket, amelyek mindkét adatfelvétel során azonos módon kerültek alkalmazásra.

6.1. A pilot vizsgálat

6.1.1. Az adatfelvétel folyamata

A kutatás első lépéseként kérdőíves vizsgálatot végeztünk általános iskolásokkal, ez a 11- 15 éves korosztályt jelenti. A papír-ceruza alapú tesztelés és az adatfelvételek a digitális oktatás miatt 2021 május-júniusában zajlottak, Pest vármegyében. A doktori iskola etikai engedélyének birtokában felkerestünk egy általános iskolát a pilot mérésünk lebonyolításának céljából. Az igazgatói engedély után, a szülőktől is minden esetben engedély kértünk a kérdőívek felvételére. A kérdőívek felvételére iskola időben, egy tanítási órán került sor az osztálytermekben. A kérdőívek kitöltését ugyanaz a pedagógus felügyelte, rajta kívül egy fejlesztőpedagógus is jelen volt a kitöltéseknél, akihez segítségért fordulhattak a tanulók. Illetve a célcsoport (sajátos nevelési igényű diagnózis) problémáinak jellege miatt több esetben az is előfordult, hogy a fejlesztőpedagógus olvasta fel a kérdéseket. A kérdőívek kitöltése anonim és önkéntes módon zajlott.

6.1.2. A pilot minta jellemzői

A pilot mérésben 174 fő általános iskolás, felső tagozatos tanuló vett részt. A diákok átlagéletkora 13,34 év (SD=1,145). A fiúk létszáma 96 fő, a lányoké pedig 78 fő. Az osztályszintek szerinti eloszlás alapján 5. évfolyamos tanuló 23 fő, 6. évfolyamos tanuló 56 fő, 7. évfolyamos tanuló 49 fő, 8. évfolyamos tanuló 46 fő. A diagnózisok tekintetében a minta a következőként alakult: 133 fő tipikusan fejlődő diák (kontrollcsoport) és 41 fő, aki különleges bánásmódot igényel (célcsoport). A különleges bánásmódot igénylő csoportban a diagnózisok között szerepel: Az iskolai képességek kevert zavara, Kevert specifikus fejlődési zavar,

Diszlexia, Diszgráfia, Diszkalkúlia. Egy esetben megjelent társult diagnózisként a Hiperaktivitás és figyelemzavar (ADHD).

6.2. A teljes mintás vizsgálat

6.2.1. Az adatfelvétel folyamata

Az adatgyűjtés általános iskolákban és pedagógiai szakszolgálatban, a 2021/2022-es tanévben történt Pest vármegyei városokban és a környező falvakban. Az adatgyűjtés módszere papírceruza alapú, önkitöltéses kérdőív volt. Az adatfelvétel az etikai szabályok betartásával, szülői engedéllyel történt, a részvétel anonim és önkéntes volt. A mintába községi és városi általános iskolák, valamint városi középiskolák tanulói kerültek.

A sajátos nevelési igényű gyerekek kiscsoportban (max. 3 fő) töltötték ki a kérdőíveket, az adatfelvételénél gyógypedagógus volt a segítségünkre. A gyógypedagógus a gyerekeknek segített a kitöltésben, igény esetén felolvasta és segített értelmezni a kérdéseket, valamint a kitöltő pontos diagnózisát is ők töltötték ki.

6.2.2. A minta jellemzői

A minta a következőként alakult: 276 fő iskoláskorú gyermek (11-18 évig, átlagéletkor 13,57; SD=1,81; fiúk aránya 54,7%), melyből 143 fő rendelkezett tanulási zavarral, melyről szakvéleménye és diagnózisa is volt. A tipikusan fejlődő csoport átlagéletkora 13,34 (SD=1,18; fiúk aránya 43,7%, 66 fő), a tanulási zavarral rendelkező csoport átlagéletkora 13,78 (SD=2,23; fiúk aránya 56,3 % 85 fő).

Az évfolyamokénti eloszlás a következőképpen alakult: 5. évfolyam 36 fő, 6. évfolyam 79 fő, 7. évfolyam 65 fő, 8. évfolyam 64 fő, középiskola 32 fő.

A szociodemográfiai adatokat tekintve az apák iskolai végzettsége a következőképpen alakult: 2,7% általános iskolai végzettséggel rendelkezik, 23,4% szakmunkásképzővel, 35,3% szakközépiskolai végzettséggel, 12,7% gimnáziumi végzettség és 15,9% egyetemi vagy főiskolai végzettséggel rendelkezik. Az anyák iskolai végzettsége a következőképpen alakult: 12,2% általános iskolai végzettség, 21,4% szakmunkásképzővel, 24,8% szakközépiskolai végzettség, 13,0% gimnáziumi végzettséggel és 28,6% egyetemi vagy főiskolai végzettség.

A mintában 6,5% magát a felső osztályba, 37,3% a felső-középosztályba tartozónak értékelte; 48,2% a középosztályba tartozónak, a fennmaradó diákok pedig alsó-középosztályba (6,5%) és alsó-osztályba (1,4%) sorolták magukat.

A specifikus tanulási zavarral küzdők csoportjának diagnózisai a következőképpen alakultak: a minta 95%-a (136 fő) rendelkezett kevert típusú diagnózissal, azaz mindhárom területen (diszlexia, diszgráfia, diszkalkúlia) jelentkeztek náluk nehézségek. Közülük 49 fő F83 (Kevert specifikus fejlődési zavar) és 87 fő F81.3 (Az iskolai képességek kevert zavara) diagnózist kapta a BNO-10 alapján. A mintában 2 személynek volt egyedülállóan diszkalkúlia diagnózisa (BNO-10 alapján F81.2), 2 személynek pedig diszlexia és diszgráfia együttesen (BNO-10 alapján F81.0 és F81.1). Egy esetben ADHD és egy esetben autizmus volt a komorbid diagnózis. A viszonylag alacsony mintanagyság és a különböző diagnózisok miatt az elemzésekben nem lehetett tovább definiálni az alcsoportokat, így ők együtt képezik a specifikus tanulási zavarral küzdők almintáját.

6.3. Az empirikus kutatás mérőszekőze

6.3.1. Az alkalmazott mérőszekőz

A mérőszekőz összeállításakor törekedtünk arra, hogy a kérdőívcsomag minden olyan tényezőt lefedjen, amely a disszertáció elméleti modellje és célkitűzései alapján a serdülők pszichológiai jóllétéhez kapcsolható. Ennek megfelelően a kérdőívek kiválasztása tematikusan és logikusan szerveződött: a demográfiai és háttérváltozók után a pszichés jóllét egyéni, társas és általános aspektusait vizsgáló skálák következtek, majd az egészséget veszélyeztető viselkedésformákra irányuló kérdések zárták a sort.

Az alkalmazott mérőszekőzök a hazai és nemzetközi szakirodalomban széles körben használt, megbízható és validált kérdőívek, amelyek serdülők körében történő alkalmazhatóságát korábbi vizsgálatok is alátámasztották. A fejezet további részében ezeket az eszközöket külön-külön ismertetjük.

A pilot mérés és a teljes mintás mérés során ugyanazt a mérőszekőzt használtuk fel, a háttérváltozóknál történt csupán változtatás, melynek pontos bemutatását és indoklását a későbbi 6.4-es alfejezet tárgyalja. A mérőszekőz táblázatos összefoglalója (1. sz. Melléklet) és a vizsgálatban alkalmazott képe (2. sz. Melléklet) a mellékletekben megtalálható.

Szociodemográfiai adatok

A kérdőív elején szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdések szerepelnek, melyek rákérdeznek a nemre, életkorra, szülők iskolázottságára és foglalkoztatási típusára, családjuk anyagi helyzetére és lakhelyük típusára. Valamint rákérdezett az évfolyamra, tanulmányi

átlagra és ezenkívül arra is, hogy a kitöltő rendelkezik-e valamilyen tanulási zavarral. A tanulási zavarral kapcsolatos kérdések a következők voltak:

- *Van-e valamilyen tanulási problémád? (Több választ is megjelölhetsz!)*
1) Nincsen semmilyen problémám. 2) Igen, diszlexiás vagyok (olvasási nehézségeim vannak). 3) Igen, diszgráfias vagyok (írási nehézségeim vannak). 4) Igen, diszkalkúliás vagyok (számolási nehézségeim vannak). 5) Igen, az olvasás, írás és a számolás területén is problémáim vannak. 6) Egyéb:...
- *Van-e diagnózisod (papírod) a tanulási problémáidról?*
1) Nincsen semmilyen problémám. 2) Igen, SNI-s (sajátos nevelési igényű) vagyok. 3) Igen, BTMN-s (beilleszkedési, tanulási vagy magatartási nehézség) vagyok. 4) Egyéb:...
- *Jársz-e az iskolában fejlesztésre?*
1) Igen. 2) Nem.

WHO Jóllét Kérdőív 5 tételes változata (Well-Being Index, WBI-5; Topp et al., 2015)

A magyar változatot Susánszky és munkatársai készítették 2006-ban. A WHO Jóllét Kérdőív az általános jóllét mérésére szolgáló kérdőív. A kérdőív az elmúlt két hétre vonatkozóan öt állítást tartalmaz (pl. „Az elmúlt két hét során érezted-e magad vidámnak és jókedvűnek”), amelyek a személy általános közérzetére, pozitív életminőségére vonatkoznak. A kitöltőknek 4-fokú Likert-skálán kell megadni, hogy mennyire tartották önmagukra jellemzőnek az egyes állításokat (0=egyáltalán nem jellemző; 3=teljesen jellemző). Az állításokra adott válaszok pontszámának összegéből összpontszám számolódik, így a kitöltők pontszáma nulla és 15 pont között mozoghat.

Élettel Való Elégedettség Skála (Satisfaction with Life Scale, SWLS; Diener et al., 1985)

A magyar változatot Martos és munkatársai készítették 2014-ben. Az Élettel Való Elégedettség Skála a szubjektív jóllét tapasztalatának mérésére szolgál. A skála öt állítást tartalmaz (pl. „Elégedett vagyok az életemmel”), melyet 7-fokú Likert skálán kell értékelni az egyetértés mértékétől függően (1=egyáltalán nem ... 7=teljes mértékben).

EPOCH-H – Serdülőkorai Pszichológiai Jóllét Kérdőív (EPOCH Measure of Adolescent Well-Being; Kern et al., 2016)

A magyar változatot Láng készítette 2019-ben. Az EPOCH-H Serdülőkorai Pszichológiai Jóllét Kérdőív a serdülőkorai pszichológiai jóllét multidimenzionális mérőeszköze, mely a Kern és munkatársai (2016) alapján felállított fiatalkori pozitív fejlődés modell (Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness, Happiness; EPOCH) alkotóelemeit méri. A kérdőív

20 állítást tartalmaz, amelyek a jóllét öt aspektusát vizsgálják meg: elmélyülés (Pl. „*Teljesen elmerülök abban, amit csinálok.*”), kitartás (Pl. „*Addig dolgozom az iskolai feladataimon, amíg el nem készülök azokkal.*”), optimizmus (Pl. „*Optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban.*”), kapcsolódás (Pl. „*Ha valami jó dolog történik velem, vannak olyan emberek, akikkel szívesen megosztom a jó hírt.*”), boldogság (Pl. „*Szeretem az életet.*”). A kitöltők 5-fokú, Likert skálán értékelhetik az állításokat aszerint, hogy mennyire tekintik jellemzőnek önmagukra (1=szinte soha nem igaz ... 5=szinte mindig igaz). Az öt dimenzió mellett összpontszám is számolható. Az átlagokkal való számolás során az egyes pontszámok egy és öt között mozoghatnak.

Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív (Multidimensional Perceived Social Support Scale, MSPSS; Zimet et al., 1988)

A magyar változatot Papp-Zipernovszky és munkatársai készítették 2017-ben. A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív az egyének társas támogatottságának feltérképezésére alkalmas mérőeszköz. A kérdőív 10 tételből áll, amelyekre ötfokú Likert-skálán kellett választ adnia minden kutatási résztvevőnek. A kitöltőnek kell eldöntenie, hogy az adott állítás mennyire igaz önmagára nézve (1=egyáltalán nem jellemző ... 5=teljes mértékben jellemző). A kérdőív három alskálát tartalmaz: Család, Barátok és Szignifikáns/Jelentős mások. A Család alskálába tartoznak azon állítások, amelyek a vizsgált személy észlelt családi támogatását vizsgálják (pl. „*A családomra mindig számíthatok*”). A Barátok alskála kijelentései arra vonatkoznak, hogy az egyén rendelkezik-e megfelelő baráti támogatással (pl. „*Barátaimra mindig számíthatok*”). A Szignifikáns/Jelentős mások alskálába azon kijelentések tartoznak, amelyek azokkal a személyekkel kapcsolatosak, akik a kitöltő életében jelentős szerepet töltenek be (pl. „*Van legalább egy fontos személy az életemben, aki törődik az érzéseimmel.*”). A kérdőív kiértékelése az egyes alfaktorokhoz tartozó tételszámok átlagolásával történik.

Iskolai Kötődés Kérdőív (Szabó & Virányi, 2011)

Az Iskolai Kötődés Kérdőív az iskolai kötődés mérésére alkalmas, azaz az egyének az iskolával, az iskolában megélt személyes kapcsolatokkal, az iskolai tevékenységekkel és az iskolai környezettel kapcsolatos attitűdjét vizsgálja. A kérdőív 20 itemből áll, és fordított tételeket is tartalmaz. A vizsgálati személyeknek 1-4-ig terjedő Likert-típusú skálán kell bejelölnie, hogy mennyire ért egyet a kérdőívben szereplő állítással (1=egyáltalán nem jellemző ... 4=teljesen jellemző). A kérdőív itemei öt látens változóba (faktorba) sorolhatók: Az iskola iránt érzett általános attitűd („*Több olyan nap van, amikor szívesen jövök iskolába, mint amikor nem.*”); A társakhoz való viszony („*Sok barátom van az iskolában.*”); A tanárokhoz való

viszony („Fontos nekem, hogy mit gondolnak rólam a tanárain.”); A tantárgyakhoz való viszony („A legtöbb tantárgyat érdekesnek tartom”); valamint Az iskolai környezethez való viszony („Általában otthonosan érzem magam az osztálytermekben.”).

Proaktív Megküzdés Kérdőív (PCI) - Proaktív Megküzdés Skála (Proactive Coping Inventory; PCI; Greenglass et al., 1999)

A magyar változatot Almásy és munkatársai készítették 2014-ben. A kérdőív összesen 55 tételből és 7 skálából áll, vizsgálatunkban csak az első, Proaktív Megküzdés Skálához tartozó 14 tételt használtuk fel, más kutatásokra alapozva (Leist-Balogh & Jámboři, 2016 Szabó et al., 2019), ugyanis ez méri a proaktív megküzdést. A kérdőív állításai egyes élethelyzetekre vonatkoznak, a válaszadónak 4 fokú Likert-skálán kell értékelnie a tételeket (1=egyáltalán nem igaz ... 4=teljesen igaz) annak megfelelően, hogy az adott reakció mennyire jellemzi őt (pl. „Számos akadály ellenére is, általában elérem, amit akarok.”). A skála fordított tételeket is tartalmaz. Minél magasabb pontot ér el a személy, annál inkább jellemzi a proaktív megküzdési mód használata.

Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ; Goodman, 1997)

A résztvevők egyéni pszichés- és viselkedési nehézségeinek, problémáinak feltárására az SDQ Képességek és Nehézségek Kérdőívet alkalmaztuk. A magyar adaptációt Birkás és munkatársai (2008), valamint Rózsa és Kő (2015) végezték. Jelen kutatásban a kérdőív önjellemző változatát alkalmaztuk. A kérdőív 25 ítemet tartalmaz, mely öt skálára bontható: Érzelmi tünetek (Pl. „Gyakran boldogtalan. lehangolt vagyok vagy sírok.”), Viselkedési problémák (Pl. „Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak.”), Hiperaktivitás (Pl. „Állandóan izgek-mozgok, fészkelődöm.”), Kortás kapcsolati problémák (Pl. „Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.”) és Proszociális jellemzők (Pl. „Segítek, ha valakit bántottak, feldúlt vagy beteg.”). A kérdőív nem csak klinikai populáción való alkalmazhatóságát több hazai vizsgálat is alátámasztja (Kasik & Gál, 2014; Rózsa & Kő, 2015). A kérdőív állításainak értékelése 3 fokozatú, melyek: nem igaz (0), valamennyire igaz (1) vagy biztosan igaz (2). Az alskálák értékelése a skálákhoz tartozó ítemek értékének összeadásán alapszik. Minden alskála öt tételből áll, így 0 és 10 közötti pontszámmal jellemezhetők az egyének.

10-ites Reziliencia Kérdőív (Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC, Connor & Davidson, 2003)

A Connor–Davidson Reziliencia Skála 25 ítemes változatából a magyar változatot Járai és munkatársai (2015) készítették. A 10-ites Reziliencia Kérdőív (CD-RISC-10) a lelki ellenálló képesség mérésére szolgál. A rövidített változatban a kitöltők ötfokú Likert-skálán (0=egyáltalán nem igaz; 1=ritkán igaz; 2=néha igaz; 3=gyakran igaz; 4=szinte mindig igaz) értékelhetik az egyes tételeket. A válaszadóknak 10 állítás (pl. „*Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz.*”) kapcsán kell értékelniük, hogy mennyire igazak rájuk nézve a megállapítások az elmúlt 1 hónapra vonatkozóan.

Rosenberg Önértékelés Skála (Rosenberg Self-esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965)

A magyar adaptációt Sallay és munkatársai végezték 2014-ben. A skála az általános önértékelés szintjének felmérésére alkalmas. A 10 ítemes kérdőív egy 4-fokú Likert-skála mentén alkalmazható az önértékelés konstruktumának mérésére (1=egyáltalán nem értek egyet, 2=nem értek egyet, 3=egyetértek, 4=teljesen egyetértek). A kérdőívben egyenes („*Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalább annyira, mint mások.*”) és fordított tételek („*Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni.*”) egyenlő számban fordulnak elő.

Önkontroll Kérdőív (Self-regulation Scale, SRS; Luszczynska et al., 2004)

A magyar változatot az SZTE Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetének munkatársai készítették el. A kérdőív a személy által megélt önkontroll mérésére alkalmas. A kérdőív 7 ítemet tartalmaz, mint például „*Ha egy tevékenység problémaközpontú hozzáállást követel meg, kontrollálni tudom érzelmeimet.*”. Az ítemeket egy 4-fokú Likert-skála mentén tudja a kitöltő osztályozni annak értelmében, hogy mennyire érvényesek rá a megállapítások (1=egyáltalán, 2=kis mértékben, 3=eléggé, 4=teljes mértékben).

Egészség rizikó-magatartásra vonatkozó kérdések

Ebben a szakaszban az egészség rizikó-magatartások feltárását célozták a kérdések, mind az életprevalencia, mind pedig háromhavi prevalencia tekintetében. Jelen disszertáció az egészség rizikó-magatartások közül a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra fókuszál („*Dohányoztál-e valaha?/ Fogyasztottál-e már valaha alkoholt?*”; „*Az elmúlt három hónapban hányszor ittál alkoholt/mennyit dohányoztál?*”). Az egészség magatartások közül a kérdések pedig a fizikai aktivitásra (sport), valamint az egészséges táplálkozásra koncentrálnak. A kérdéseket a következőképpen tettük fel: „*Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?/ Az elmúlt 3 hónapban milyen*

mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?” Az egészségrizikó-magatartásokra érkezett válaszokat a későbbi elemzések megfelelő értelmezése okán dichotóm formában dolgoztuk fel (Nem=0; Igen=1).

6.3.2. A vizsgálatban használt kérdőívek megbízhatósága

A pilot és a nagymintás adatfelvétel során alkalmazott mérőeszközök megbízhatóságát az 1. táblázat mutatja be. Cronbach (1951) alapján a megbízhatósági értékek 0,70 felett fogadhatók el.

1. táblázat A felhasznált kérdőívekhez tartozó belső konzisztencia mutatók (Cronbach alpha)

Kérdőív	Pilot	Teljes minta
WHO Jól-lét Kérdőív	0,66	0,70
Élettel Való Elégedettség Skála	0,80	0,81
EPOCH-H – Serdülőkori Pszichológiai Jóllet Kérdőív	0,89	0,90
Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív	0,86	0,88
Iskolai Kötődés Kérdőív	0,72	0,87
Proaktív Megküzdés Kérdőív- Proaktív Megküzdés Skála	0,85	0,83
Képességek és Nehézségek Kérdőív	0,63	0,70
10-ites Reziliencia Kérdőív	0,83	0,83
Önbecsülés Kérdőív	0,84	0,84
Önkontroll kérdőív	0,84	0,85

6.4. Az adatfelvétel tapasztalatai

A pilot adatfelvétel során a tipikusan fejlődők körében egy tanítási órán, körülbelül 30 perc alatt kitölthető volt a kérdőív. Azonban a diagnózissal rendelkező diákoknak több időre volt szükségük: többet kérdeztek és a kérdőív kitöltéséhez több segítségre volt szükségük. Ezért a pilot mérés tapasztalatai alapján a diagnózissal rendelkező személyek adatfelvételéhez optimálisabbnak látszott a kiscsoportban (2-3 fő) való kitöltés, a kérdőív hossza miatt a megbízható adatokat pedig a két ülésben való adatfelvétellel terveztük megoldani a későbbiekben.

A pilot felvételkor kiderült, hogy a célcsoport tagjai (specifikus tanulási zavar diagnózis) nem minden esetben tudták megnevezni a pontos diagnózisukat. A kitöltéskor jelen lévő fejlesztőpedagógus segített a diagnózisok pontosításában, ami megbízható információkat eredményezett a diagnózisokról, emellett az anonimitás megtartása sem sérült.

Ezek alapján a pilot méréshez képest a második mérésben két kérdést kihagytunk a szociodemográfiai adatok közül. Mindkét kérdés a tanulási zavar, illetve a diagnózis meglétére vonatkozott: „Van-e valamilyen tanulási problémád?”; „Van-e diagnózisod (papírod) a tanulási problémáidról”. A két kérdés a pilot alapján nem tükrözi a valós adatokat, a kitöltők nem

rendelkeznek pontos információval ezekről a kérdésekről. A diagnózis pontos meglétét az adatfelvételen részt vevő gyógypedagógus adta meg, az anonimitást megtartva.

Továbbá a pilot mérés tapasztalatai alapján a második mérés során változtattunk a célcsoport adatfelvételeinek körülményein, hogy jobban illeszkedjen az egyéni szükségletekhez. Így a célcsoport tagjai 2-3 fős csoportokban tölthették ki a kérdőíveket, segítségükre gyógypedagógus is jelen volt a teremben.

Összességében elmondható, hogy a kérdőív papír-ceruza formátuma alkalmas mindkét csoportban az adatfelvételre, így a kutatás követi a nemzetközi trendet, miszerint a diagnózissal rendelkező diákok is alkalmasak ebben a formában a kérdőívek kitöltésére (Adi et al., 2024; Shelton & Gezer, 2023). Azonban a pontos, megbízható adatok elérése érdekében a célcsoport esetében, valamint a diagnózis pontosítása érdekében a felvétel módjában változásokat kellett eszközölni.

7. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS EREDMÉNYEI

Az empirikus kutatás eredményeinek bemutatása a következő logikát fogja követni: először a pilot vizsgálat eredményei kerülnek bemutatásra, ezután a teljes mintás vizsgálat eredményeit mutatjuk be. Az eredmények sorrendje az elméleti bevezető logikáját követi. A leíró statisztikák után először a pszichológiai jólléttel és az azzal kapcsolatba hozható vizsgált pszichológiai változók kapcsolatos mérések eredményeit ismertetjük, ezt követik az összehasonlító vizsgálatok eredményei, melyek a specifikus tanulási zavarral küzdők és a tipikusan fejlődő csoport eltéréseit, jellemzőit mutatják be. Végül az egészségrizikómagatartással kapcsolatos eredmények kerülnek bemutatásra.

A leíró statisztikai eljárások mellett Kétmintás t-próbát, Egyszempontos varianciaanalízist, korrelációs számítást, lineáris regresszióanalízist, klaszteranalízist, logisztikus regresszióanalízist és útelemzést alkalmaztunk. Az elemzésben használt statisztikai módszereket az adott eredmények bemutatásánál fejtjük ki. Az adatokat az IBM SPSS Statistics program 25-ös verziójával és a Jamovi 2.3.28 statisztikai programcsomaggal elemeztük.

7.1. A pilot vizsgálat eredménye¹⁴

A következőkben a pilotvizsgálat eredményeinek bemutatása következik. A pilot adatfelvétel célja az volt, hogy ellenőrizzük a kérdőívsomag működőképességét, valamint azt, hogy a kiválasztott mérőeszközök között fennállnak-e az elméletileg várt összefüggések. Emellett vizsgálni kívántuk, hogy a skálák megfelelően differenciálnak-e a vizsgált változók mentén, és hogy a válaszadók számára értelmezhetők-e a kérdések. A pilotvizsgálat eredményei tehát a végső kérdőívsomag alkalmazhatóságának, értelmezhetőségének és belső összefüggésrendszerének első empirikus visszajelzéseit szolgáltatták.

7.1.1. A vizsgált pszichés változók leíró statisztikája és a nemek közötti különbségek

A 2. táblázatban a vizsgált pszichológiai változók leíró statisztikája olvasható, úgymint az önbecsülés, az önkontroll az élettel való elégedettség, az általános jóllét, a serdülőkori pszichológiai jóllét dimenziói, a reziliencia, valamint a társas támogatás összetevői. A vizsgált pszichés tényezők mentén megvizsgáltuk a nemi különbségeket. A kétmintás t-próbák alapján a fiúk szignifikánsan magasabb pontszámot mutatnak a lányoknál az önbecsülés, az élettel való

¹⁴ A bemutatott eredmények a következő tanulmányban kerültek bemutatásra: Dudok, R., & Pikó, B. (2023). A kockázati magatartás és a mentális jóllét összefüggéseinek vizsgálata felső tagozatos iskolások körében. *Egészségfejlesztés*, 64(1), 14–29. <http://doi.org/10.24365/ef.8341>

elégedettség, az általános jóllét, a pszichológiai jóllét kitartás és boldogság dimenziójánál, valamint a reziliencia esetében is.

2. táblázat. A pszichológiai változók leíró statisztikája

Változók	Átlag (szórás) [terjedelem]	Fiúk (n=96) Átlag (szórás)	Lányok (n=78) Átlag (szórás)
Önbecsülés	28,2 (6,1) [10-40]	30,1 (5,6)	25,7 (5,8) t=4,9***
Önkontroll	19,9 (4,5) [7-28]	20,5 (4,2)	19,2 (4,8) t=1,79 N.S.
Élettel való elégedettség	25,4 (6,6) [7-35]	26,4 (6,1)	24,3 (7,0) t= 2,1*
Serdülőkori Pszichológiai Jóllét EPOCH-H	8,3 (2,9) [1-15]	8,9 (2,7)	7,6 (3,0) t=3,0**
EPOCH-H Elmélyülés	3,7 (0,8) [1-5]	3,8 (0,8)	3,6 (0,8) t=1,3 N.S.
EPOCH-H Kitartás	3,7 (0,7) [1,5-5]	3,8 (0,7)	3,6 (0,8) t=2,0*
EPOCH-H Optimizmus	3,7 (0,9) [1-5]	3,8 (0,8)	3,6 (0,9) t=1,6 N.S.
EPOCH-H Boldogság	4,0 (0,9) [1-5]	4,1 (0,8)	3,8 (1,0) t=2,3 *
EPOCH-H Kapcsolódás	4,4 (0,6) [1,5-5]	4,4 (0,6)	4,3 (0,7) t=0,4 N.S.
Reziliencia	27,7 (6,9) [6-40]	28,9 (6,7)	26,2 (6,8) t=2,54 *
Társas támogatás Család	4,3 (0,8) [1,25-5]	4,4 (0,8)	4,2 (0,9) t=1,8 N.S.
Társas támogatás Barátok	4,1 (1,0) [1-5]	4,0 (1,0)	4,2 (1,0) t=-0,8 N.S.
Társas támogatás Jelentős mások	4,5 (0,7) [1-5]	4,5 (0,7)	4,6 (0,7) t=-1,5 N.S.

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: N.S. = Nem szignifikáns; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; EPOCH-H: Serdülőkori Pszichológiai Jóllét Kérdőív

7.1.2. Az SNI és a tipikusan fejlődő csoport összehasonlító elemzései

7.1.2.1. A vizsgált pszichés változók közötti különbségek a két csoportban

A kis elemszám és a kiegyenlítetlen csoportokszámok ellenére kísérletet tettünk a tipikusan fejlődő és a különleges bánásmódot igénylő csoportok, azaz a tanulási zavarral küzdők összehasonlítására. A Kétmintás t-próba elvégzése után a vizsgálatba bevont, fentebb bemutatott változók mentén nem volt tapasztalható különbség a két csoport között (p>0,05).

7.1.2.2. Az SNI almintán végzett korrelációs számítások

Az együttjárások feltárására Pearson-féle korrelációs számítást alkalmaztunk. A különleges bánásmódot igénylő személyek esetében a pszichológiai jóllét szignifikáns, közepes erősségű,

pozitív irányú együttjárást mutat az általános jólléttel ($r(39)=0,661$ $p<0,001$) és az élettel való elégedettséggel ($r(39)=0,618$ $p<0,001$). Továbbá a pszichológiai jóllét szignifikáns, közepes erősségű, pozitív irányú együttjárást mutat a társas támogatás szintjével ($r(39)=0,597$ $p<0,001$). Az egyéni szintű tényezőket illetően a pszichológiai jóllét szignifikáns, magas, pozitív irányú korrelációt mutat az önkontrollal ($r(39)=0,728$ $p<0,001$) és a reziliencia mértékével ($r(39)=0,770$ $p<0,001$), valamint szignifikáns, közepes erősségű, pozitív irányú kapcsolatot jelez az önértékelés szintjével ($r(39)=0,423$ $p<0,001$). Ezenkívül a proaktív megküzdéssel kapcsolatban is hasonlóan szignifikáns, pozitív irányú, közepes erősségű kapcsolat fedezhető fel ($r(39)=0,589$ $p<0,001$).

A serdülőkorai pszichológiai jóllét területeit illetően kiemelendő, hogy az elmélyülés alskála, mely a tevékenységekbe való bevonódást, a nagymértékű érdeklődést méri, egyik tényezővel sem mutat számottevő kapcsolatot a célcsoport, azaz tanulási zavarral küzdők mintáján ($p>0,05$). „A *Kapcsolódás alskála*, ami a megtapasztalt gondoskodást és a kölcsönös kapcsolatok meglétét vizsgálja a *Társas támogatás* ($r=0,695$; $p<0,001$) és az *Önkontroll* ($r=0,504$; $p<0,001$) alskálaikkal mutat szignifikáns összefüggést, az *Általános jólléttel* és az *Élettel való elégedettséggel* való kapcsolata azonban nem igazolódott. Továbbá a pszichológiai jóllét optimizmus alskálája, mely a jövőre irányuló pozitív elvárásokba vetett hitet méri, nagyon erős, pozitív irányú kapcsolatot jelez a reziliencia mértékével ($r(39)=0,849$ $p<0,001$).

7.1.2.3. A tipikusan fejlődő tanulók almintáján végzett korrelációs számítások

A tipikusan fejlődő diákok esetében a pszichológiai jóllét szignifikáns, közepes erősségű, pozitív irányú együttjárást mutat az általános jólléttel ($r(130)=0,639$ $p<0,001$) és az élettel való elégedettséggel ($r(130)=0,696$ $p<0,001$). Továbbá a pszichológiai jóllét szignifikáns, közepes erősségű, pozitív irányú együttjárást mutat a társas támogatás szintjével ($r(130)=0,582$ $p<0,001$). Az egyéni tényezők esetében is közepes erősségű, pozitív irányú kapcsolat mutatható ki az önkontroll ($r(130)=0,685$ $p<0,001$), az önértékelés ($r(130)=0,533$), valamint a proaktív megküzdés esetén ($r(130)=0,581$). A reziliencia és a pszichológiai jóllét között pedig egy nagyon erős, pozitív irányú kapcsolat fedezhető fel ($r(130)=0,732$ $p<0,001$).

A serdülőkorai pszichológiai jóllét alskálaát vizsgálva azt találtuk, hogy az elmélyülés alskála a tipikusan fejlődő csoport esetében közepes erősségű, szignifikáns együttjárást mutat az általános jólléttel ($r(130)=0,419$ $p<0,001$), az élettel való elégedettséggel ($r(130)=0,417$ $p<0,001$) és az önkontrollal ($r(130)=0,488$ $p<0,001$). Valamint kiemelendő, hogy a kapcsolódás alskála szintén közepes erősségű, pozitív irányú, szignifikáns együttjárást mutat az általános jólléttel ($r(130)=0,419$ $p<0,001$), valamint az élettel való elégedettséggel is ($r(130)=0,530$

$p < 0,001$). Továbbá a társas támogatással való összefüggése pozitív irányú és nagyon erős mértékű ($r(130) = 0,743$ $p < 0,001$).

7.1.3. A rizikómagatartásokkal kapcsolatos eredmények

7.1.3.1. A rizikómagatartások gyakoriságának bemutatása

A 3. táblázatban az egészségmagatartás változóinak leíró statisztikai eredményeit mutatjuk be (dohányzás és alkoholfogyasztás élet- és háromhavi prevalenciája), valamint a nemek és az SNI gyakorisági mutatóit. A sajátos nevelési szükségletű diákok előfordulása a mintában 41 fő, azaz 23,6% rendelkezett valamilyen tanulási problémával (Az iskolai képességek kevert zavara, Kevert specifikus fejlődési zavar, Diszlexia, Diszgráfia, Diszkalkúlia, ADHD), és részesült iskolai fejlesztésben gyógypedagógus vagy fejlesztőpedagógus segítségével. Az egészségkárosító magatartás leíró adatai alapján a felső tagozatos diákok 19,5 %-a dohányzott már életében, és 12,6 % ezt megtette az elmúlt három hónapban is. Alkoholt a diákok 56,3 %-a fogyasztott már valaha, és 48,9 %-uk az elmúlt három hónapban is.

3. táblázat A minta szociodemográfiai és SNI szerinti jellemzői és az egészségkockázati magatartás leíró statisztikája

Változók	Gyakoriság n (%)
Nem	
Fiú	96 (55,2)
Lány	78 (44,8)
SNI	
Nem	133 (76,4)
Igen	41 (23,6)
Dohányzás valaha	
Nem	140 (80,5)
Igen	34 (19,5)
Dohányzás az elmúlt három hónapban	
Nem	152 (87,4)
Igen	22 (12,6)
Alkoholfogyasztás valaha	
Nem	76 (43,7)
Igen	98 (56,3)
Alkoholfogyasztás az elmúlt három hónapban	
Nem	89 (51,1)
Igen	85 (48,9)

A 4. táblázatban az egészségmagatartás nemenkénti és tanulási problémával küzdő, illetve tipikusan fejlődő dimenziókban történő összehasonlítása látható, Khí-négyzet próbákkal ellenőrizve a csoportok közötti különbségeket. A dohányzás és az alkoholhasználat tekintetében nem találhatók gyakoriságbeli különbségek a nemeknél sem a kipróbálás, sem pedig a

háromhavi használat esetében. A tanulási problémával küzdők (SNI) és a tipikusan fejlődő csoport esetében a dohányzást illetően nem voltak jelentős eltérések, viszont az alkoholfogyasztásnál szignifikáns különbség fedezhető fel mind a kipróbálás ($\chi^2(1, N = 174) = 8,5$; $p < 0,001$), mind pedig az elmúlt három hónapban történt használat ($\chi^2(1, N = 174) = 4,6$; $p < 0,01$) esetében. Mindkét esetben az SNI jelenléte mellett csökkent gyakoriságok mutatkoztak.

4. táblázat. Az egészségmagatartás nemenként és SNI szerint

Változók	NEM		SNI	
	Fiúk n (%)	Lányok n (%)	Nem n (%)	Igen n (%)
Dohányzás valaha				
Nem	75 (78,1)	65 (83,3)	108 (81,2)	32 (78,0)
Igen	21 (21,9)	13 (16,7)	25 (18,8)	9 (22,0)
χ^2 -próba	$\chi^2 = 0,74$ (N.S.)		$\chi^2 = 0,19$ (N.S.)	
Dohányzás az elmúlt három hónapban				
Nem	85 (88,5)	67 (85,9)	117 (88,0)	35 (85,4)
Igen	11 (11,5)	11 (14,1)	16 (12,0)	6 (14,6)
χ^2 -próba	$\chi^2 = 0,27$ (N.S.)		$\chi^2 = 0,19$ (N.S.)	
Alkoholfogyasztás valaha				
Nem	43 (44,8)	33 (42,3)	50 (37,6)	26 (63,4)
Igen	53 (55,2)	45 (57,7)	83 (62,4)	15 (36,6)
χ^2 -próba	$\chi^2 = 0,10$ (N.S.)		$\chi^2 = 8,49^{**}$	
Alkoholfogyasztás az elmúlt három hónapban				
Nem	52 (54,2)	37 (47,4)	62 (46,6)	27 (65,9)
Igen	44 (45,8)	41 (52,6)	71 (53,4)	14 (34,1)
χ^2 -próba	$\chi^2 = 0,78$ (N.S.)		$\chi^2 = 4,64^*$	

Megjegyzés: N.S. = Nem szignifikáns; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Fiúk almintája 96 főből, a lányok almintája 78 főből áll.

SNI-vel nem rendelkezők 133 fő, az SNI-vel rendelkezők 41 fő.

7.1.3.2. A rizikómagatartások bináris logisztikus regressziós elemzésének bemutatása

Az 5. táblázatban a bináris logisztikus regresszió eredményei kerülnek bemutatásra. A dohányzás és az alkoholfogyasztás, valamint a pszichológiai tényezők közötti kétoldalú kapcsolatokat jellemző esélyhányadosok láthatók. Az elemzésben értékelésnél az 1-nél nagyobb esélyhányados (EH=Odds Ratio) esélynövelő (kockázatemelő), az 1-nél kisebb pedig esélycsökkentő (védő) hatással rendelkezik. A szignifikancia igazolásához a p érték mellett 95%-os konfidencia intervallumot (95% CI) is számítottunk.

5. táblázat. Az egészségmagatartási változók bináris logisztikus regresszióelemzése (EH, esélyhányados)

Prediktor változók	Dohányzás	Alkoholfogyasztás
	EH ^b (95% CI) ^c	EH ^b (95% CI) ^c
Kor (év)	2,28 (1,40 – 3,71)**	2,38 (1,72 – 3,31)***
Nem		
Fiú ^a	1,00	1,00
Lány	1,27 (0,52 – 3,10)	1,31 (0,72 – 2,38)
SNI		
Nem	1,00	1,00
Igen	1,25 (0,46 – 3,45)	0,45 (0,22 – 0,94)*
Önbecsülés	0,90 (0,82 – 0,98)*	0,96 (0,92 – 1,02)
Önkontroll	0,85 (0,77 – 0,95)**	0,91 (0,84 – 0,97)**
Élettel való elégedettség	0,92 (0,86 – 0,99)*	0,94 (0,90 – 1,00)*
Serdülőkor pszichológiai jóllét	0,73 (0,61 – 0,88)***	0,86 (0,77 – 0,96)**
EPOCH Elmélyülés	0,93 (0,53 – 1,62)	0,79 (0,54 – 1,16)
EPOCH Kitartás	0,41 (0,23 – 0,74)**	0,58 (0,38 – 0,88)**
EPOCH Optimizmus	0,71 (0,44 – 1,16)	0,80 (0,56 – 1,13)
EPOCH Boldogság	0,45 (0,28 – 0,71)**	0,65 (0,46 – 0,91)**
EPOCH Kapcsolódás	0,43 (0,26 – 0,83)**	0,81 (0,51 – 1,28)
Reziliencia	0,96 (0,90 – 1,03)	0,96 (0,91 – 1,00)
Társas támogatás Család	0,51 (0,32 – 0,81)**	0,85 (0,59 – 1,20)
Társas támogatás Barátok	0,94 (0,61 – 1,46)	1,12 (0,83 – 1,51)
Társas támogatás Jelentős mások	0,67 (0,39 – 1,15)	0,73 (0,47 – 1,13)

Megjegyzés: Az egyes független változók és a függő változó kapcsolatát jellemző esélyhányadosok a külön-külön elvégzett logisztikus regresszióelemzésekből származnak.

^aReferencia kategória; ^bEH (Esélyhányados); ^cCI95%, (95%-os Konfidencia Intervallum); *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

A dohányzás esetében az találtuk, hogy az önbecsülés (EH=0,90; 95% CI=0,82-0,98; p<0,05), az önkontroll (EH=0,85; 95% CI=0,77-0,95; p<0,01), az élettel való elégedettség (EH=0,92; 95% CI=0,86-0,99; p<0,05) és az általános jóllét (EH=0,73; 95% CI=0,61-0,88; p<0,001) jelentősen csökkentik a dohányzás esélyét. Továbbá hasonló esélycsökkentés figyelhető meg a pszichológiai jóllét kitartás (EH=0,41; 95% CI=0,23-0,74; p<0,05), boldogság (EH=0,45; 95% CI=0,28-0,71; p<0,01) és kapcsolódás (EH=0,43; 95 % CI=0,26-0,83; p<0,01) dimenzió esetében, valamint a család részéről megtapasztalt társas támogatásnál is (EH=0,51; 95 % CI=0,32-0,81; p<0,01).

Az alkoholfogyasztás esetében megfigyelhető az önkontroll (EH=0,91; 95% CI=0,84-0,97; p<0,01), az élettel való elégedettség (EH=0,94; 95% CI=0,90-1,00; p<0,05) és az általános jóllét (EH=0,86; 95% CI=0,77-0,96; p<0,01) szignifikánsan jelentős esélycsökkentő hatása. Továbbá szintén szignifikánsan jelentős esélycsökkentés figyelhető meg a pszichológiai jóllét kitartás (EH=0,58; 95% CI=0,38-0,88; p<0,01) és boldogság (EH=0,65; 95% CI=0,46-0,91; p<0,01) dimenziói esetében.

Míg a tanulási nehézségek esetén csökken az alkoholfogyasztás esélye ($EH=0,45$; 95% $CI=0,22-0,94$; $p<0,01$), a nemi hovatartozás, mint változó egyik esetben sem volt szignifikáns prediktor, ellenben az életkor mindkét esetben növelte a szerfogyasztás kockázatát.

7.1.4. A pilot vizsgálat eredményeinek értelmezése

A pilot vizsgálatunk célja az volt, hogy ellenőrizzük a kérdőívcsomag működőképességét, valamint az, hogy megbizonyosodjunk arról, hogy az általunk összeállított mérőeszközben használt kérdőívek - melynek összeállításához a nemzetközi szakirodalom eredményeit és iránymutatásait használtuk fel -, alkalmasak-e az általunk mérni kívánt konstruktumok vizsgálatára. Továbbá célunk volt megvizsgálni, hogy a mérőeszköz ebben a populációban alkalmas-e a pszichológiai jóllét és az egyéni és a társas tényezők mérésére. Ezenkívül az eredmények alapján betekintést kaptunk abba, hogy a vizsgálatba bevont egyéni és társas tényezők befolyásolják az általános iskolás diákok pszichés jóllétét, valamint van-e különbség a különleges bánásmódot igénylő diákok (célcsoport) és a tipikusan fejlődő diákok (kontrollcsoport) között a vizsgált jólléti tényezők mentén. Továbbá megvizsgálhattuk az intra- és interperszonális tényezők lehetséges védő, illetve kockázati szerepét a serdülők szerfogyasztásával összefüggésben.

A vizsgált pszichés tényezők mentén több esetben is szignifikáns eltérés mutatkozott a nemek között, mely szerint az önbecsülés, az élettel való elégedettség, az általános jóllét, a pszichológiai jóllét kitartás és boldogság dimenziója, valamint a reziliencia szintjének esetében a fiúk pontszámai szignifikánsan magasabbak. Ezek az eredmények összhangban vannak a korábbi kutatási eredményekkel: ebben az életkorban a lányok érzékenyebbek és több aspektusból figyelik és értelmezik az őket körülvevő világot, így annak megítélése negatívabb lehet, mint a serdülő fiúk esetében (Ronen et al., 2016).

Az elvégzett korrelációs számítások megerősítik, hogy a pszichológiai jóllétet mérő eszköz a jóllét mérésére megfelelő, a szakirodalomban leírtak alapján a konstruktum pozitív irányú együttjárást mutat mind a szubjektív jólléttel, mind pedig az élettel való elégedettséggel. Valamint megerősíti azt a feltételezést is, hogy a pszichológiai jóllét kapcsolatba hozható a társas- és szociális területek, pozitív kapcsolatok meglétének minőségével, illetve az olyan egyéni jellemzők minősége is nagy befolyással lehet rá, mint a megküzdés, a reziliencia vagy az önkontroll (Hamvai & Pikó, 2009; Magyaródi & Oláh, 2020; Pikó & Hamvai, 2012).

A két csoport esetében (SNI, tipikusan fejlődők) azonban némileg másként alakultak az összefüggések. Ez azt jelenti, hogy a tipikusan fejlődő csoport esetében a pszichológiai jóllét egyik összetevője, az *Elmélyülés*, mely a tevékenységekbe való bevonódást, a nagymértékű

érdeklődést méri, közepes mértékű összefüggést mutatott mind az általános jóllét, mind pedig az étellel való elégedettség esetében, azonban ez az összefüggés a célcsoport esetében nem volt felfedezhető. Ennek oka valószínűleg a célcsoport problémáinak jellemzőiben keresendő, hiszen nehézségeik sok esetben meggátolják őket abban, hogy olyan szinten végezzék feladataikat, mint ahogy azt maguktól elvárnák. Ezért valószínűsíthető, hogy ez a tényező egyfajta énvédő mechanizmusként nem épült be a jóllétüket alkotó elemek közé és az statisztikailag igazolható szinten nem befolyásolja elégedettségük szintjét sem (Kalka & Lockiewicz, 2017; Matteucci et al., 2019).

Szintén hasonló minta figyelhető meg a Kapcsolódás alskála esetében is, mely a megtapasztalt gondoskodást, illetve reciprok kapcsolatok meglétét méri. Ebben az esetben a tipikusan fejlődő csoportnál szintén közepes mértékű összefüggés mutatható ki mind az általános jóllét szintjével, mind pedig az étellel való elégedettség mértékében. Ez az összefüggés a különleges bánásmódot igénylő csoport esetében nem igazolható. Ez az eredmény valószínűsíthetően a szakirodalom alapján, a tanulási zavarral küzdő diákok szociális területekre is kiterjedő nehézségeivel támasztható alá (Barnes & Harrison, 2017; Bouchard & Berg, 2017).

A két csoport eredményeiben található különbségek, eltérések indokoltta teszik a későbbiekben mindkét csoport (tipikusan fejlődő, különleges bánásmódot igénylő) esetében a pszichológiai jóllétet befolyásoló konstruktumokból álló regressziós modellek felállítását.

A rizikómagatartásokat tekintve nem találtunk nemek szerinti különbségeket a dohányzás és az alkoholfogyasztás terén az általános iskolás mintán, sem a kipróbálást, sem pedig a használatot illetően. Eredményeink azt a feltevést erősítik, mely alapján a nemi különbségek ezen a területen eltűnőben vannak (Pikó & Kiss, 2019; Schwinn et al., 2010). Ezt a megállapítást a dohányzás területén a nemzetközi összehasonlító vizsgálatok, köztük a HBSC és ESPAD kutatások eredményei is alátámasztják: habár a kipróbálás előfordulásának aránya a lányoknál magasabb, a 2013/2014-es évi mérések óta nincsenek eltérések a nemek között a rendszeres használat terén (Elekes et al., 2020; ESPAD, 2020; Inchley, 2020; Németh et al., 2019). Az alkoholfogyasztást illetően a hazai és a nemzetközi kutatások szerint a nemi különbségek még megfigyelhetők a kipróbálást és a használatot illetően is. Azonban a különbségek csak egyes térségekre jellemzőek, és egyre inkább csökkentő mintázatot követnek (Inchley, 2020; ESPAD, 2020). A nemek szerinti csekély eltérés az életkori sajátosságból is adódhat, ugyanis mintánkban az alkoholfogyasztók aránya még kevésbé számottevő. Bár az alkohol kipróbálása a trendek szerint egyre korábbi életkorra tolódik, az első kipróbálás 13 éves kor környékére tehető (Elekes et al., 2020).

A logisztikus regresszioelemzés célja az volt, hogy a jóllét mutatóinak szerepét megvizsgáljuk az egészségmagatartási formák előfordulásában, azaz igazoljuk a védő- vagy kockázatemelő hatásokat. Az elemzések alapján a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében is protektív tényezőként azonosítottuk az általános jóllétet, az étellel való elégedettséget, a pszichológiai jóllét összetevőit, valamint az önkontroll szintjét. A dohányzás esetében további védőfaktorként azonosítható a társas támogatás családi szintje, valamint az önbecsülés. Ezek az eredmények összhangban vannak a korábban bemutatott, nemzetközi kutatások eredményeivel (Lowthian et al., 2021; Walsh et al., 2020). Ezek alapján megállapítható, hogy a jóllét változói, mint az általános jóllét, az étellel való elégedettség és a pszichológiai jóllét optimális szintje megvédheti a fiatalokat a kockázatos egészségmagatartástól, hiszen hozzásegítik az egyént a problémákkal, feladatokkal való sikeres megbirkózáshoz, és így hozzájárulhatnak az egészségesebb felnőtt élethez.

A társas támogatás érzése a serdülőkori jóllét kulcsfontosságú összetevője, azonban nemcsak a kapcsolatok mennyisége, hanem összetétele is fontos a serdülőkori szerhasználat esetében. Eredményeink megerősítik a szakirodalomban leírtakat, mely szerint a szülői támogatás és a kortársközösséghez való tartozás eltérő hatást mutathat a szerhasználattal kapcsolatban (Borca et al., 2017; Gordon et al., 2019).

Pilot mérésünk kitért a tanulási problémákkal küzdő diákok jellemzőire is. Eredményeink szerint az alkoholfogyasztás gyakorisága, mind a kipróbálás, mind pedig a használat esetében alacsonyabb a tanulási problémákkal küzdő csoportban. Ráadásul az alkoholfogyasztás esetében a tanulási probléma meglétét védőfaktorként tudtuk azonosítani annak ellenére, hogy korábbi kutatások a későbbi életkorokban gyakran rizikótényezőként kezelik, és magasabb szerhasználati gyakoriságról számolnak be (Carroll et al., 2014). Ettől azonban eltérő kutatási eredmények is születtek. Így saját eredményeink azokat a nézeteket erősítik, mely szerint a tanulási problémákkal való sikeres megküzdés és a család támogató és fokozottabban ellenőrző szerepének következményeképpen a diagnózis védelmet nyújthat az egészségkárosító magatartásokkal szemben (Borca et al., 2017; Lombardi et al., 2021; Novita et al., 2019).

Összességében a pilot vizsgálat rámutat, hogy az összeállított kérdőív alkalmas a célcsoport és a pszichológiai jóllét mérésére. A vizsgált konstruktomok együttjárást mutatnak, valamint a serdülők mentális jólléte és a kockázati magatartás között megalapozott összefüggés igazolható. Az elemszám miatt korlátozottan összevethető csoportok között (SNI, tipikusan fejlődő) is igazolhatók a különbségek, így további vizsgálatuk indokolt.

7.2. A teljes mintás vizsgálat eredményei

A következő alfejezetekben a teljes mintán végzett empirikus vizsgálat eredményeit mutatjuk be. Az elemzések célja a pszichológiai jóllét, az egyéni és társas pszichés erőforrások, valamint a mentális egészségi állapot és a rizikómagatartások közötti összefüggések feltárása volt, különös tekintettel a specifikus tanulási zavarral küzdő serdülők sajátosságaira. A fejezetben először a vizsgált pszichológiai változók leíró statisztikái kerülnek ismertetésre, majd az egyes hipotézisekhez kapcsolódó statisztikai elemzések eredményeit tárgyaljuk. Kiemelt figyelmet kapnak a tipikusan fejlődő és a specifikus tanulási zavarral (SLD) küzdő tanulók közötti különbségek, valamint a protektív és rizikótényezők prediktív szerepe a pszichológiai jóllét és az egészségmagatartások szempontjából. Az alfejezetek a vizsgálat elméleti keretében meghatározott fő kérdéskörök mentén strukturáltak.

7.2.1. A vizsgálatba bevont pszichológiai változók leíró statisztikájának bemutatása¹⁵

A teljes mintára vonatkozóan a vizsgált pszichológiai változók leíró statisztikáját és a nemek közötti eltéréseket a 6. táblázat mutatja be. A nemek közötti eltérések vizsgálatára Kétmintás t-próbát alkalmaztunk.

¹⁵ A bemutatott eredmények a következő tanulmányban kerültek publikálásra:

Dudok, R., & Piko, B. F. (2023). Multi-Level Protective Factors of Adolescent Smoking and Drinking. *European Journal Of Investigation In Health Psychology And Education*, 13(6), 932–947. <http://doi.org/10.3390/ejihpe13060071>

6. táblázat. A skálák leíró statisztikái és a nemek közötti eltérések

Változók	Teljes minta	Fiú (n=151)	Lány (n=125)	
	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>t-érték</i>
Egyéni szintű tényezők (Pszichológiai tényezők)				
Önbecsülés	27,85 (6,22)	29,33 (6,16)	26,06 (5,83)	4,37
Önkontroll	19,50 (4,68)	20,09 (4,41)	18,80 (4,90)	2,26
Proaktív megküzdés	40,78 (6,93)	42,03 (6,99)	39,24 (6,58)	3,28
Reziliencia	27,05 (7,15)	28,24 (6,82)	25,63 (7,31)	2,99
Iskolai szintű tényezők				
Iskolai kötődés	2,86 (0,54)	2,83 (0,52)	2,89 (0,56)	-0,95
Iskolához való viszony	2,73 (0,68)	2,63 (0,66)	2,84 (0,69)	-2,60**
Tantárgyakhoz való viszony	2,64 (0,72)	2,63 (0,70)	2,67 (0,75)	-0,50
Iskolai környezethez való viszony	2,68 (0,72)	2,63 (0,73)	2,74 (0,75)	-1,15
Társakhoz való viszony	3,22 (0,69)	3,27 (0,66)	3,16 (0,73)	1,35
Tanárokhoz való viszony	3,06 (0,71)	3,08 (0,71)	3,04 (0,72)	0,49
Szociális közeg tényezői				
Társas támogatás	4,24 (0,74)	4,23 (0,77)	4,26 (0,70)	-0,39
Családi támogatás	3,68 (0,83)	3,75 (0,77)	3,58 (0,90)	1,70
Baráti támogatás	4,04 (1,04)	3,95 (1,10)	4,15 (0,96)	-1,63
Jelentős mások általi támogatás	4,50 (0,75)	4,42 (0,77)	4,59 (0,71)	-1,85
Mentális egészség tényezői (Mentális jóllét)				
Élettel való elégedettség	24,58 (6,98)	25,34 (6,84)	23,67 (7,06)	1,97*
Általános jóllét	8,20 (3,10)	8,76 (2,98)	7,54 (3,11)	3,22***
Serdülőkor pszichológiai jóllét	3,84 (0,62)	3,90 (0,58)	3,77 (0,67)	1,78

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

A nemek szerinti különbségeket megnézve azt láthatjuk, hogy a fiúk szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a lányoknál az élettel való elégedettség ($t(266) = 1,97$, $p < 0,05$) és az általános jóllét ($t(263) = 3,22$, $p < 0,001$) skálákon. A lányok viszont szignifikánsan magasabb értékeket mutattak az iskolához való kötődés egyik dimenzióján, nevezetesen az iskolához való általános hozzáálláson ($t(272) = -2,60$, $p < 0,01$).

Következő lépésként a teljes mintán vizsgáltuk a korosztályi eltéréseket a bevont változók mentén. Összehasonlításunk alapját a fejlődésbeli sajátosságok igazolják, mely alapján a kis kamasz korosztály jellemzőit tudjuk az idősebb korosztállyal összehasonlítani. Az első korcsoportba a 11-13 évesek ($n=154$), a másodikba a 14-18 évesek kerültek ($n=122$). A 7. táblázatban a két korosztály összehasonlító elemzésének eredményei láthatók.

7. táblázat. A skálák korosztályban mutatott eltérései a teljes mintán

	Korcsoport -1 (n=154)		Korcsoport-2 (n=122)	
Változók	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t-érték	
Egyéni szintű tényezők (Pszichológiai tényezők)				
Önbecsülés	28,03 (6,14)	27,61 (6,33)	0,54	
Önkontroll	19,85 (4,75)	19,07 (4,57)	1,36	
Proaktív megküzdés	40,63 (6,58)	40,88 (7,35)	-0,29	
Reziliencia	27,68 (7,41)	26,29 (6,78)	1,57	
Iskolai szintű tényezők				
Iskolai kötődés	2,94 (0,51)	2,75 (0,55)	2,86**	
Iskolához való viszony	2,78 (0,66)	2,66 (0,70)	1,37	
Tantárgyakhoz való viszony	2,71 (0,71)	2,56 (0,72)	1,72	
Iskolai környezethez való viszony	2,81 (0,75)	2,52 (0,69)	3,29**	
Társakhoz való viszony	3,33 (0,65)	3,07 (0,72)	3,16**	
Tanárokhoz való viszony	3,12 (0,70)	2,99 (0,73)	1,48	
Szociális közeg tényezői				
Társas támogatás	4,33 (0,69)	4,13 (0,78)	2,20*	
Családi támogatás	3,81 (0,82)	3,51 (0,82)	2,92**	
Baráti támogatás	4,09 (1,01)	3,98 (1,08)	0,82	
Jelentős mások általi támogatás	4,50 (0,71)	4,49 (0,79)	0,11	
Mentális egészség tényezői (Mentális jóllét)				
Élettel való elégedettség	25,18 (6,97)	23,84 (6,95)	1,55	
Általános jóllét	8,81 (3,01)	7,45 (3,05)	3,63***	
Serdülőkor pszichológiai jóllét	3,91 (0,63)	3,76 (0,61)	1,86	

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

A kétmintás t-próba eredményei azt mutatják, hogy az iskolai kötődésben ($t(273)=2,868$ $p=0,004$), valamint az iskolai környezethez való viszonyban ($t(273)=3,292$ $p=0,001$) és a kortársakhoz való viszonyban ($t(273)=3,167$ $p=0,002$) szignifikáns eltérés mutatkozik a két korcsoport között. Minden esetben az idősebb korosztályban a kötődés alacsonyabb szintje jelenik meg. A társas támogatásban is szignifikáns eltérés mutatkozik a két csoport között ($t(274)=2,206$ $p=0,032$), ami az alskálákat nézve a családi támogatásban mutatkozik meg ($t(273)=2,925$ $p=0,004$). Mindkét esetben a fiatalabb korosztály mutat nagyobb értékeket, tehát ők érznek szignifikánsan magasabb támogatást családjuk részéről. A jóllét mutatók közül az általános jóllét esetében található szignifikáns eltérés a két korcsoport között ($t(263)=3,636$ $p<0,001$). Ebben az esetben az idősebb korcsoport rendelkezik alacsonyabb általános jóllét szinttel.

Ezt követően korrelációs együtthatókat számoltunk az alkalmazott skálák között a kétváltozós kapcsolatokra. A teljes mintára vonatkozóan a Pearson-féle korrelációs eredményeket a 8. táblázat mutatja be.

8. táblázat. A vizsgált változók kapcsolata korrelációs-elemzéssel

Változók	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Önkontroll	0,41**	0,61**	0,67**	0,30**	0,44**	0,47**	0,45**	0,43**	0,62**	0,35**	0,26**	0,48**	0,44**	0,67**
2. Önbecsülés	1	0,52**	0,46**	0,26**	0,22**	0,27**	0,37**	0,17**	0,48**	0,26**	0,16*	0,45**	0,48**	0,49**
3. Proaktív megküzdés		1	0,67**	0,27**	0,33**	0,34**	0,37**	0,31**	0,53**	0,25**	0,18**	0,44**	0,41**	0,61**
4. Reziliencia			1	0,28**	0,37**	0,47**	0,45**	0,39**	0,59**	0,31**	0,29**	0,48**	0,47**	0,70**
5. Iskolához vv.				1	0,59**	0,42**	0,37**	0,41**	0,40**	0,18**	0,17**	0,26**	0,40**	0,42**
6. Tanárgyakhoz vv.					1	0,46**	0,33**	0,57**	0,47**	0,22**	0,23**	0,39**	0,43**	0,48**
7. Iskolai környezethez vv.						1	0,63**	0,49**	0,49**	0,45**	0,34**	0,35**	0,44**	0,55**
8. Társakhoz vv.							1	0,48**	0,55**	0,53**	0,35**	0,38**	0,50**	0,54**
9. Tanárokhoz vv.								1	0,44**	0,22**	0,33**	0,35**	0,32**	0,53**
10. Családi támogatás									1	0,36**	0,30**	0,68**	0,66**	0,89**
11. Baráti támogatás										1	0,56**	0,27**	0,25**	0,45**
12. Jelentős mások támogatása											1	0,30**	0,19**	0,46**
13. Élettel való elégedettség												1	0,54**	0,69**
14. Általános jóllét													1	0,59**
15. Pszichológiai jóllét														1

Megjegyzés: Pearson-féle korreláció: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

A Pearson-féle korrelációk eredményeinek elemzése alapján elmondható, hogy az összes összefüggés szignifikáns. Azonban ki kell emelnünk néhány fontos és erős kapcsolatot. Az önkontroll erősen korrelált a rezilienciával ($r(259) = 0,67, p < 0,001$), a pszichológiai jólléttel ($r = 0,67; p < 0,01$) és a családból származó társas támogatással ($r(270) = 0,62, p < 0,001$). A családi támogatás szignifikánsan összefüggött a proaktív megküzdéssel ($r(257) = 0,53, p < 0,001$) és a rezilienciával ($r(263) = 0,59, p < 0,001$), valamint az élettél való elégedettséggel ($r(268) = 0,68, p < 0,001$), az általános jólléttel ($r(265) = 0,66, p < 0,001$) és a pszichológiai jólléttel ($r(275) = 0,89, p < 0,001$). Továbbá az előző kapcsolatokhoz hasonlóan az iskolai kötődés dimenziói minden esetben szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutatnak a jóllét szintjeivel ($p < 0,001$). A leggyengébb kapcsolat az iskolához való viszony és az élettél való elégedettség között található ($r(275) = 0,26, p < 0,001$), míg a legerősebb együttjárást a kortársakhoz való viszony és a pszichológiai jóllét között találhatjuk ($r(275) = 0,57, p < 0,001$).

7.2.1.1. A leíró statisztikai eredmények megbeszélése

Kutatásunk első lépéseként a vizsgálatba bevont pszichológiai változók leíró statisztikájának bemutatása történt meg. A vizsgálatba bevont változókat a könnyebb követhetőség kedvéért a szakirodalomra való tekintettel csoportosítottuk. Így beszélhetünk egyéni szintű tényezőkről, mint az önbecsülés, önkontroll, proaktív megküzdés és reziliencia, beszélhetünk a szocializációs közeg tényezőiről, mint az iskolai kötődés és a társas támogatás. Ezt követik a mentális egészséghez tartozó változók, mint az élettél való elégedettség, az általános jóllét és a serdülőkor pszichológiai jóllét. A változók eredményeit először nemi-, majd korcsoportonkénti bontásban mutattuk be. A nemi összehasonlítást az alapvető fejlődésléktani jellemzők indokolják, a mintában részt vevők széles életkori sávja pedig lehetővé tette, hogy megvizsgáljuk a korai serdülőkor (10-13 év) és a középső-késői serdülőkor (14-19 év) közötti különbségeket is.

Eredményeink alapján a teljes mintán elvégzett összehasonlításvizsgálatok különbségeket igazoltak a nemek és a korcsoportok között, amely eredmények fontos betekintést nyújthatnak a mind a nemek, mind pedig a serdülőkor pszichológiai és szociális tényezőinek alakulásába.

A nemek tekintetében számottevő eltérést találtunk a fiúk és a lányok között az élettél való elégedettség és az általános jóllét esetében, a fiúknál mindkét esetben magasabb értékeket kaptunk. Ez az eredmény összhangban van a feltárt szakirodalmi kutatások megállapításaival, miszerint a fiúk hajlamosabbak pozitívabb életelégedettséget kifejezni a serdülőkorban. A nemi különbséget mutató eredményünk szintén egy irányba mutat a korábbi kutatások

eredményeivel, miszerint a serdülő lányok érzelmi fejlődési sajátosságai miatt képesebbek az összetettebb érzelmeket, valamint az érzelmek nagyobb skáláját kifejezni, mint a serdülő fiúk ugyanebben a korban, ami így hatással van a lányok jólléttel, boldogsággal, illetve elégedettséggel kapcsolatos vélekedéseire (Ronen et al., 2016). Ez egyben nagyobb fokú érzékenységet és kritikát is jelent, valamint többféle érzelmi-hangulati probléma jelentkezését, például a szorongásos és depresszív tünetek magasabb gyakoriságát (AlAzzam et al., 2020).

Amint a korábbiakban láthattuk, mintánk sajátosságából kifolyólag lehetőségünk nyílt két korcsoport bontásban összehasonlítani a tanulókat. Eredményeink azt mutatják, hogy az idősebb korosztályban, tehát a középiskolai években a fiatalabb korosztályhoz képest az iskolai kötődés szintje alacsonyabb, és az iskolai kötődés dimenziói közül az iskolai környezethez való viszony, valamint a kortársakhoz való viszony is alacsonyabb szinten mutatkozik meg. Hasonló eredményt találtunk az általános jóllét mutató esetén is. Ezek az eredmények összhangban vannak a korábbi kutatások eredményeivel, miszerint az iskolai kötődés szintje csökken az életkor előrehaladtával, és a középiskola éveiben már nem olyan hangsúlyos, mint az általános iskolai évek során. A korábbi, a tanulói és az iskolai jóllétet vizsgáló kutatások eredményei szerint az iskolához való pozitív viszony az életkor előrehaladtával csökken (Bergin & Bergin, 2009). Továbbá az iskolával kapcsolatos affektív jóllétet vizsgáló tanulmányok azt találták, hogy az általános iskolás gyermekeknél a középiskolásokhoz képest, valamint a fiatalabb serdülőknél az idősebb serdülőkhez képest magasabb volt az iskolával kapcsolatos pozitív érzelmek szintje (Liu et al., 2016; Kleinkorres et al., 2023). Azonban az eredményeink alapján nem vonhatunk le általános következtést, hiszen a kutatásunkban mi keresztmetszeti összehasonlítást és nem longitudinális vizsgálatot végeztünk.

A társas támogatás és azon belül a családi támogatás tekintetében is szignifikáns különbség figyelhető meg a fiatalabb és idősebb serdülők között, ahol a fiatalabbak nagyobb mértékű támogatásról számolnak be. Ez az eredmény megerősíti a családi támogatás pszichológiai jóllétben játszott kulcsszerepét, valamint összhangban van a fejlődépszichológiai elméletekkel, amelyek szerint a serdülőkor előrehaladtával a családi kapcsolatok fontossága és a kapcsolatokban betöltött szerepe fokozatosan csökken, míg a kortárs kapcsolatok intenzitása és jelentősége folyamatosan nő (Hamvai & Pikó, 2009).

A korrelációs eredmények alapján megfigyelhető, hogy szignifikáns kapcsolat van minden egyes vizsgálatba bevont változó között, ezek a kapcsolatok egy irányba mutatnak. A korrelációs eredmények alátámasztják előzetes feltételezéseinket, miszerint az egyéni erőforrások és a szociális kapcsolatok típusai pozitív kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével (H_1 , H_2). Az eredmények alapján kiemelendő, hogy az önkontroll és a

reziliencia között erős kapcsolat figyelhető meg, ami alátámasztja az érzelmi szabályozás és a stresszel szembeni megküzdés, ellenállóképesség egymás erősítő szerepét (Szél & Szabó, 2023). Valamint kiemelendő, hogy az iskolai kötődés dimenziói szintén szoros kapcsolatot mutatnak a mentális egészség mutatóival, amit rávilágít az oktatási környezet pszichológiai jóllétre gyakorolt pozitív hatására (Jámbori et al., 2019; Juhász et al., 2023; Szabó et al., 2019).

7.2.2. Pszichológiai jóllét a specifikus tanulási zavar tükrében

Eredményeink bemutatást a specifikus tanulási zavarral küzdők csoportjának és a tipikusan fejlődő csoport tagjainak összehasonlító vizsgálatával folytatjuk. Először a vizsgált pszichés változók mentén tekintjük át a két csoport között fellelhető különbségeket, majd ezt követően megvizsgáljuk, hogy a vizsgálatba bevont pszichológiai változók közül, melyeknek van szignifikáns bejósoló ereje a serdülőkor pszichológiai jóllétre. Majd az adatokból kiindulva, mindkét csoport esetében útelemzés segítségével felépítjük a pszichológiai jóllét modelljét. Ezt követően klaszteranalízis segítségével tovább vizsgáljuk a csoportokat és összetételüket, ezáltal a csoportszintű jellemzők mellett feltárjuk az egyéni mintázatokat is.

7.2.2.1. A vizsgált változók különbségei és összefüggései a specifikus tanulási zavarral küzdők és a tipikusan fejlődők almintáján

7.2.2.1.1. A vizsgált változók különbségei a két csoportban

Elemzésünk első lépéseként összehasonlítottuk, hogy a két csoport, a tipikusan fejlődő csoport (N= 133) és a tanulási zavarral küzdő csoport között (N= 143) bármilyen eltérés tapasztalható-e a vizsgált változók mentén. A különbségek feltárására kétmintás t-próbát alkalmaztunk. Elemzésünk alapján elmondható, hogy szignifikáns különbség van a két csoport között az élettel való elégedettség területén ($t(266)=2,114$ $p=0,035$). A tanulási zavarral küzdők csoportjának alacsonyabb az élettel való elégedettsége ($M=23,72$ $SD=7,44$), mint a tipikusan fejlődőknek ($M=25,52$ $SD=7,44$), valamint szintén szignifikáns eredmény található a proaktív megküzdés esetében ($t(256)=2,347$ $p=0,020$). Ebben az esetben is a tanulási zavarral küzdők mutatnak alacsonyabb eredményt ($M=39,77$ $SD=7,05$), tehát ők kevésbé alkalmazzák a proaktív megküzdés eszközeit, mint tipikusan fejlődő társaik ($M=41,78$ $SD=6,67$). A többi vizsgált területen nem találtunk számottevő különbséget a két csoport között (minden $p > 0,058$). Az eredményeket a 9. táblázat mutatja be.

9. táblázat. A vizsgált változók eredményei a specifikus tanulási zavarral (SLD) küzdő csoportban és a tipikusan fejlődő csoportban

	Tipikusan fejlődő (n=133)	SLD (n=143)	
Változók	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t-érték
Egyéni szintű tényezők (Pszichológiai tényezők)			
Önbecsülés	28,32 (6,34)	27,41 (6,09)	1,18
Önkontroll	19,77 (4,45)	19,25 (4,88)	0,92
Proaktív megküzdés	41,78 (6,67)	39,77 (7,05)	2,34*
Reziliencia	27,61 (6,80)	26,51 (7,46)	1,25
Iskolai szintű tényezők			
Iskolai kötődés	2,81 (0,54)	2,90 (0,54)	-1,37
Iskolához való viszony	2,65 (0,66)	2,80 (0,68)	-1,90
Tantárgyakhoz való viszony	2,59 (0,75)	2,69 (0,69)	-1,10
Iskolai környezethez való viszony	2,66 (0,69)	2,70 (0,78)	-0,47
Társakhoz való viszony	3,23 (0,67)	3,20 (0,72)	0,36
Tanárokhoz való viszony	2,99 (0,74)	3,13 (0,68)	-1,54
Szociális közeg tényezői			
Társas támogatás	4,31 (0,68)	4,18 (0,78)	1,55
Családi támogatás	3,75 (0,78)	3,61 (0,87)	1,40
Baráti támogatás	4,10 (0,97)	3,99 (1,11)	0,88
Jelentős mások általi támogatás	4,55 (0,70)	4,44 (0,78)	1,25
Mentális egészség tényezői (Mentális jóllét)			
Élettel való elégedettség	25,51 (6,34)	23,72 (7,44)	2,11*
Általános jóllét	8,20 (2,93)	8,20 (3,25)	-0,01
Serdülőkor pszichológiai jóllét	3,90 (0,60)	3,79 (0,64)	1,44

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

7.2.2.1.2. A pszichológiai jóllét lineáris regressziós modellje a két csoportban

Elemzésünk következő lépéseként a pszichológiai jóllét alakulását vizsgáltuk meg mindkét csoport esetében. Többdimenziós lineáris regresszióelemzéssel tártuk fel, hogy mely tényezők jósolják be leginkább a serdülőkori pszichológiai jóllétet a két csoportban. A kapcsolatok feltárásához lineáris regresszióelemzést alkalmaztunk stepwise módszerrel. A kapott modellek reliabilitását, azaz a változók közötti kollinearitást VIF (Variance Inflation Factor) pontszámmal ellenőriztük, amelynek elfogadható értéke <2 (Johnston et al., 2018).

A teljes mintán lépésenkénti regresszióelemzéssel az élettel való elégedettség ($\beta=0,305$ $p<0,001$), az önkontroll ($\beta=0,207$ $p<0,001$), az iskolai kötődés ($\beta=0,305$ $p<0,198$), a jelentős mások társas támogatása ($\beta=0,206$ $p<0,001$), a proaktív megküzdés ($\beta=0,200$ $p<0,001$), valamint az általános jóllét ($\beta=0,093$ $p<0,05$) járult hozzá szignifikánsan a serdülőkor pszichológiai jóllét varianciájának magyarázatához ($F(6,236)=121,024$ $p<0,001$ $R^2=0,74$). Az eredményeket a 10. táblázat mutatja be.

A tanulási zavarral küzdők almintáján a lépésenkénti regresszióelemzéssel az iskolai kötődés ($\beta=0,261$ $p<0,001$), az étellel való elégedettség ($\beta=0,389$ $p<0,001$), a reziliencia ($\beta=0,301$ $p<0,001$) és a szignifikáns mások általi társas támogatás ($\beta=0,223$ $p<0,001$) járult hozzá szignifikánsan a serdülőkor pszichológiai jóllét varianciájának magyarázatához ($F(4,117)=93,581$ $p<0,001$ $R^2=0,75$). Az eredmények a 10. táblázatban tekinthetők meg.

A tipikusan fejlődők csoportjának almintáján a lépésenkénti regresszióelemzéssel az étellel való elégedettség ($\beta=0,314$ $p<0,001$), a proaktív megküzdés ($\beta=0,340$ $p<0,001$), az iskolai kötődés ($\beta=0,210$ $p<0,001$), a szignifikáns mások általi társas támogatás ($\beta=0,191$ $p<0,001$) és az általános jóllét ($\beta=0,150$ $p<0,001$) járult hozzá szignifikánsan a serdülőkor pszichológiai jóllét varianciájának magyarázatához ($F(5,112)=59,826$ $p<0,001$ $R^2=0,71$) (lásd 10. táblázat).

10. táblázat. A pszichológiai jóllét többváltozós lineáris regressziós elemzés eredménye

Független változók	Teljes minta (N=276) ^a		Tanulási zavar (N=143) ^b		Tipikusan fejlődő (N=133) ^c	
	β	p	β	p	β	p
Étellel való elégedettség	0,305	<0,001	0,389	<0,001	0,340	<0,001
Iskolai kötődés	0,305	<0,001	0,261	<0,001	0,210	<0,001
Társas támogatás (jelentős mások)	0,206	<0,001	0,223	<0,001	0,191	<0,001
Proaktív megküzdés	0,200	<0,001	-	-	0,340	<0,001
Általános jóllét	0,093	<0,05	-	-	0,150	<0,001
Önkontroll	0,207	<0,001	-	-	-	-
Reziliencia	-	-	0,301	<0,001	-	-
Teljes megmagyarázott variancia	74,8		75,4		71,5	

Megjegyzés: Stepwise ^aF=121,024, $p<0,001$; ^bF=93,581, $p<0,001$; ^cF=59,826, $p<0,001$

7.2.2.1.3. A két csoportban tapasztalt különbségek és összefüggések megvitatása

Az eredmények bemutatásának következő fázisában a tanulási zavarral küzdő és a tipikusan fejlődő serdülőkorú diákok pszichológiai jóllétének alakulására fókuszáltunk. Célunk az volt, hogy feltárjuk a különbséget a két csoport között a vizsgált pszichés változók mentén, valamint, hogy megkeressük azokat a tényezőket, amelyek leginkább előjelzik a jóllétet a két csoportban.

Eredményeink alapján elmondható, hogy a tipikusan fejlődő diákok csoportja szignifikánsan elégedettebb az életével, valamint inkább jellemzőek rájuk a proaktív megküzdési stratégiák. Ez az eredmény összhangban van a korábbi szakirodalommal és részben a feltételezéseinkkel is (H_3 , H_4 , H_5), mely szerint a tanulási zavarral küzdő személyek magukat elégedetlenebbnek és boldogtalanabbnak ítélik meg társaikhoz képest (Matteucci et al., 2019),

valamint gyakran használnak a megtapasztalt negatív életesemények és szorongás miatt maladaptív megküzdési stratégiákat (Bolla, 2014).

A lépésenkénti regresszióelemzés rávilágított, hogy a két vizsgált csoportban eltérés van a pszichológiai jóllét prediktorai között. Ebben az esetben, amit ki kell emelni az, hogy a tanulási zavar esetében a reziliencia szignifikáns bejósoló erővel bír a serdülők pszichológiai jóllétére. Ez az eredmény alátámasztja a korábban szakirodalomban megfogalmazottakat, mely szerint a tanulási zavarral való megküzdés reziliensebbé teheti az egyéneket, melynek következtében gyengeségük erősségükké válik és sikeresebbnek, boldogabbnak érzik magukat a mindennapi életükben (Borca et al., 2017). Továbbá fontos megjegyezni, hogy mindkét csoportban az iskolai kötődés szignifikáns bejósoló erővel bír a pszichológiai jóllétre, ez az eredmény a serdülők iskolához való viszonyának fontosságát hangsúlyozza, valamint azt, hogy a tanulmányi eredmények mellett magához az iskolához való viszony is jelentőséggel bír a diákok jóllétének megteremtésében, ezért fejlesztése és elősegítése kiemelten szükséges. Az iskolai kötődés erősíthető a környezettel, a támogató személyekkel, a diákok tanulmányaik iránti elkötelezettségének növelésével, valamint a saját jövőjükbe vetett hitük fontosságának megértésével. Az iskola intézménye stabilnak tekinthető szintér, amely a serdülők átmeneti időszakában állandóan jelen van, és amelyen belül a stratégiákon és az intervenciókon keresztül elősegítheti a serdülők kapcsolódásait mind társaik, mind tanáraik és mind iskolájuk felé, és ez következeképpen a jóllétük védelmét szolgálja (DeBiase et al., 2021).

Eredményeink és a szakirodalom alapján a jóllét és a mentális egészség fejlesztésének egyik legfontosabb célja, hogy adekvát megküzdés révén hozzásegítsék az egyént a sikeres társas és környezeti adaptációhoz az egyéni fejlődés, valamint egy jobb életminőség elérésének érdekében (Seligman et al., 2005). Ezért fontos azonosítani azokat a kulcsfontosságú védőfaktorokat, amelyek segítik a tanulók mentális egészségét és optimális tanulását, és így megalapozhatják az intervenciók sikeres működését. Továbbá kiemelt figyelmet kell fordítani a pszichológiai jóllét védelmében olyan potenciális védőfaktorokra, mint a társas támogatottság vagy a társas kapcsolatok minősége, valamint az egyén pszichés erőforrásainak optimális kihasználtsága.

7.2.2.2. Útelemzés a pszichológiai jóllét prediktorainak feltárására a tipikusan fejlődő és a tanulási zavarral küzdő tanulók körében

Az útelemzés (Path Analysis) egy speciális statisztikai módszer, amelyet az ok-okozati kapcsolatok feltárására és az elméleti modellek empirikus tesztelésére használnak. A strukturális egyenletmodellezés (SEM) egyik formája, amely lehetővé teszi a kutatók számára,

hogy egyszerre több változó közötti közvetlen és közvetett kapcsolatot vizsgáljanak egy meghatározott modell alapján (Kline, 2016). Az útelemzés különösen előnyös, amikor komplex, többdimenziós konstruktumokat szeretnénk értelmezni, mivel nemcsak az összefüggések irányát, hanem azok erősségét is kvantifikálja (Byrne, 2013).

Az útelemzés során a modell illeszkedését különböző fit-mutatókkal értékeljük, amelyek a modell validitását jelzik. A leggyakrabban alkalmazott mutatók közé tartozik a Chi-négyzet teszt (χ^2), amely azt méri, hogy a modell mennyire illeszkedik az adatokhoz; az 1-hez közeli Comparative Fit Index (CFI) értékek ($>0,95$) a jó illeszkedést jelzik; az alacsony Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA $<0,06$) értékek kedvezőek, és a 0,08 alatti Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) értékek elfogadható illeszkedésre utalnak (Hu & Bentler, 1999). Ezek a mutatók biztosítják, hogy a vizsgált modell megfelelően reprezentálja a valóságot és az eredmények megbízhatók.

A módszer alkalmazása széles körű a pszichológiai, szociológiai és oktatáskutatósi területeken. Különösen hatékony olyan kutatásokban, amelyek célja a személyes vagy környezeti tényezők hatásának vizsgálata egy meghatározott célváltozóra (Byrne, 2013). Az útelemzés segítségével a kutatók képesek azonosítani azokat a tényezőket, amelyek leginkább befolyásolják a vizsgált változókat, lehetővé téve a beavatkozási pontok meghatározását.

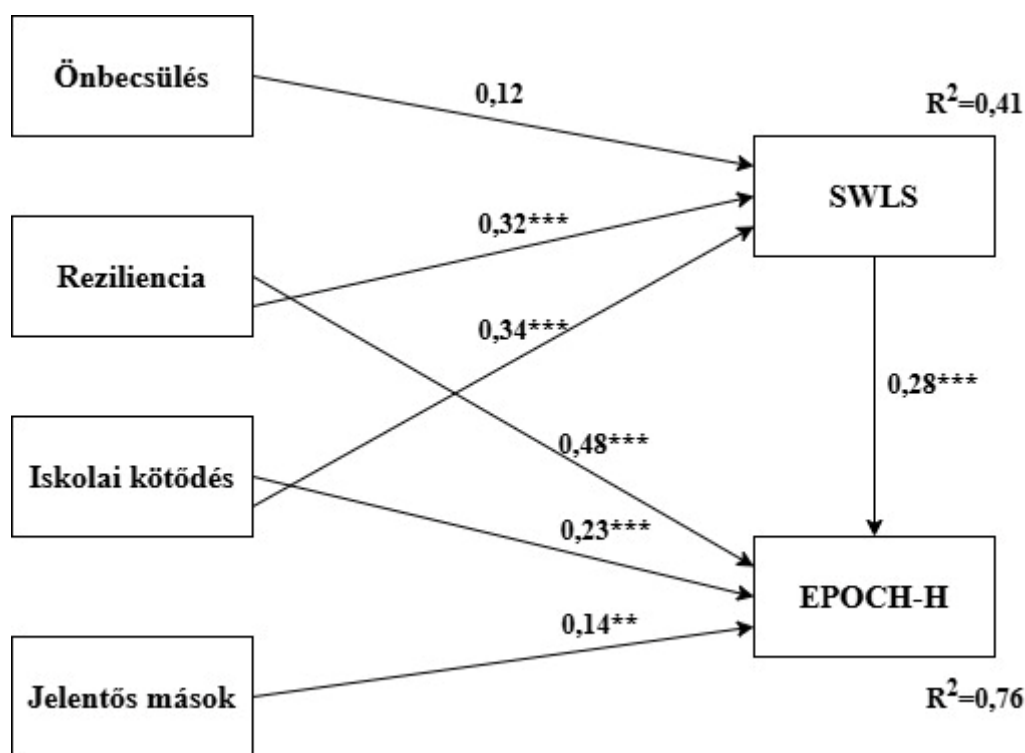
Kutatásunkban útelemzést alkalmaztunk mind a tipikusan fejlődő tanulók, mind a specifikus tanulási zavarral küzdő diákok csoportjában. A célváltozó a pszichológiai jóllét volt, amelyet olyan prediktorváltozók befolyásoltak, mint az élettel való elégedettség, a társas támogatás különböző dimenziói (barátok, család és jelentős mások), a reziliencia, az önbecsülés és az iskolai kötődés. Az útelemzés lehetővé tette, hogy azonosítsuk a különböző pszichológiai erőforrások és környezeti tényezők szerepét a pszichológiai jóllét alakulásában mindkét csoport esetében. A hierarchikus és K-közép klaszteranalízis mellett az útelemzés segített feltárni azokat a közvetlen és közvetett kapcsolatokat, amelyek az egyes prediktorok és a pszichológiai jóllét között fennállnak. Az útelemzés elvégzésére a Jamovi 2.3.28 statisztikai programcsomagot használtuk.

7.2.2.2.1. Az útelemzés eredménye a tipikusan fejlődő és a specifikus tanulási zavarral küzdők (SLD) mintáján

A disszertáció két útmodellje a serdülőkori pszichológiai jóllét (EPOCH-H) prediktorait vizsgálja a tipikusan fejlődő csoportban és a specifikus tanulási zavarral küzdők csoportjában. Az elemzés célja, hogy feltárja a különböző változók – az élettel való elégedettség, a társas

támogatás, az iskolai kötődés, a reziliencia és az önbecsülés – közvetlen és közvetett hatásait a pszichológiai jóllétre, valamint az eredmények közötti különbségeket és hasonlóságokat is.

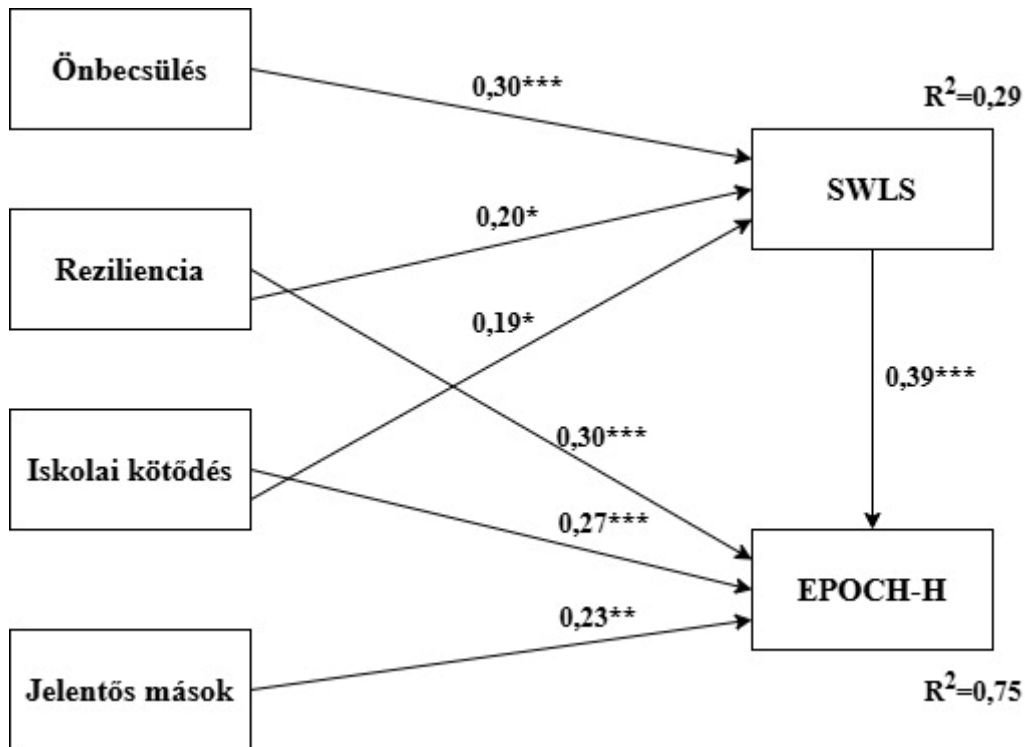
A tipikusan fejlődő csoportban a modell illeszkedése megfelelő, amit az illeszkedés (fit) mutatók is alátámasztanak ($\chi^2=4,61$ df=2 p=0,100; CFI = 0,988; TLI = 0,948). Az RMSEA értéke (0,106) kissé magasabb az optimális szintnél, de a modell komplexitását és a minta méretét figyelembe véve még elfogadhatónak tekinthető (MacCallum et al., 1996). Az SRMR értéke (0,015) megfelelő. A magyarázott variancia ($R^2 = 0,767$) azt jelzi, hogy a modell a pszichológiai jóllét varianciájának 76,7%-át magyarázza, ami erős predikciós jelenlétet mutat. A főbb prediktorok közé tartozik a reziliencia ($\beta=0,479$, $p<0,001$), amely a legerősebb közvetlen hatást mutatja, valamint az élettel való elégedettség ($\beta=0,283$, $p<0,001$) és az iskolai kötődés ($\beta=0,227$, $p<0,001$). A társas támogatás, jelentős mások hatása gyengébb ($\beta=0,143$, $p=0,002$), de még mindig szignifikáns. Az útelemzés modelljét az 4. ábra mutatja be.



4. ábra A tipikusan fejlődő mintán végzett serdülőkorai pszichológiai jóllét útelemzés modellje

A specifikus tanulási zavarral küzdő csoport modellje szintén jó illeszkedést mutat ($\chi^2=2,59$ df=2 p=0,274; CFI = 0,997; TLI = 0,988), és az RMSEA értéke (0,049) optimális tartományban van. Az R^2 érték itt is magas ($R^2=0,758$), jelezve, hogy a modell jelentős magyarázóerővel bír. A főbb prediktorok között az élettel való elégedettség ($\beta=0,388$, $p<0,001$) és az iskolai kötődés ($\beta=0,267$, $p<0,001$) emelkednek ki, míg a reziliencia ($\beta=0,297$, $p<0,001$) szintén jelentős, de

kisebbségi hatással bír, mint a tipikusan fejlődő csoportban. A társas támogatás, a jelentős mások hatása mérsékelt ($\beta=0,226$, $p<0,001$), de erősebb, mint a tipikusan fejlődő csoportban. Az útelemzés modelljét a 5. ábra mutatja be.



5. ábra A specifikus tanulási zavarral küzdők mintáján végzett serdülőkori pszichológiai jóllét útelemzés modellje

7.2.2.2.2. Az útelemzések eredményeinek megbeszélése

A két modell eredményei azt mutatják, hogy mind a tipikusan fejlődő, mind a specifikus tanulási zavarral küzdő csoportban a pszichológiai jóllét (EPOCH_H) erősen magyarázható a vizsgált változókkal, bár az egyes prediktorok hatása eltérő hangsúlyokat mutat a két csoport között. A tipikusan fejlődők csoportjában felépített modell azt sugallja, hogy a pszichológiai jóllétet elsősorban az egyéni erőforrások (például reziliencia) és az élettel való elégedettség határozzák meg, míg a társas támogatás kisebb szerepet játszik. Ez összhangban van azzal az eredménnyel, hogy a tipikusan fejlődő fiatalok jobban támaszkodnak saját belső erőforrásaikra jóllétük megőrzésében (Körössy, 2016). Az iskolai kötődés fontos közvetítő tényezőként jelenik meg, amely támogatja a pszichológiai jóllétet, és megerősíti a szociális környezet szerepét a fejlődésben (Eccles & Roeser, 2011). Az élettel való elégedettség szintén fontos prediktor, ami az általános jóllét és a boldogság szoros kapcsolatára utal (Diener et al., 2018). Az iskolai kötődés és a társas támogatás kisebb szerepe azt jelezheti, hogy a tipikusan fejlődő

fiataloknál ezek a tényezők kevésbé dominánsak, mivel az erősebb önállóság és a belső motiváció segíti őket a jóllét fenntartásában.

A tanulási zavarral küzdők csoportjában felállított modell eredményei azt mutatják, hogy a pszichológiai jóllét alakulásában a társas támogatás és az iskolai kötődés nagyobb szerepet játszanak, míg az egyéni erőforrások, például az önbecsülés, kevésbé dominánsak. Az eltérések lehetséges magyarázatai közé tartozik, hogy az SLD csoportban az alacsonyabb önbecsülés és az önálló megküzdési stratégiák gyengébb hatékonysága miatt a társas támogatás fontosabb védőfaktorra válik (Bandura, 1997; Gyarmathy, 2007; Heiman & Olenik-Shemesh, 2020). Az iskolai kötődés is kiemelkedőbb szerepet játszik az SLD csoportban, ami arra utal, hogy ezeknek a tanulóknak a jóllétük megőrzése érdekében nagyobb szükségük van támogató iskolai környezetre (Martin-Ruiz, 2023; Sarti et al., 2019), ami a szociális környezet és az iskolai integráció fontosságát hangsúlyozza. Az SLD csoportban az életteli való elégedettség a pszichológiai jóllét legerősebb prediktora, ami azt mutatja, hogy ezeknek a diákoknak különösen fontos életük különböző területein érzett elégedettség, valamint kritikus jelentőséggel bírnak a tanulók jóllétében a pozitív szubjektív tapasztalatok és a boldogságérzet. Az iskolai kötődés és a társas támogatás hangsúlyosabb szerepe rámutat arra, hogy ezek a tanulók a jóllét fenntartásában nagyobb mértékben függenek szociális környezetüktől (Cohen & Wills, 1985). Ez egybevágh azzal az eredménnyel is, hogy az SLD tanulók általában alacsonyabb énhatékonysággal és önbecsüléssel rendelkeznek, ami csökkentheti belső erőforrásaik hatékonyságát (Heiman & Olenik-Shemesh, 2020).

Összegzésként megállapítható, hogy az eredmények alapján mindkét csoport modellje erős magyarázóerőt mutat, de a pszichológiai jóllét előrejelzésében eltérő tényezők dominálnak. Ezek az eredmények alátámasztják a korábbi feltételezésienket a pszichológiai jóllét alakulásáról a két csoportban (H₆, H₇, H₈). A tipikusan fejlődő csoportban az egyéni erőforrások (pl. reziliencia) és az életteli való elégedettség hangsúlyosabbak, míg az SLD csoportban a társas támogatás és az iskolai kötődés szerepe a kiemelkedőbb. Az eltérések mögött a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók fokozott szociális igényei és gyengébb egyéni erőforrásai állhatnak, ami alátámasztja a differenciált intervenciók szükségességét. Az SLD csoport esetében a társas támogatás és az iskolai kötődés erősítése, míg a tipikusan fejlődő csoportban az egyéni erőforrások fejlesztése lehet kiemelt cél.

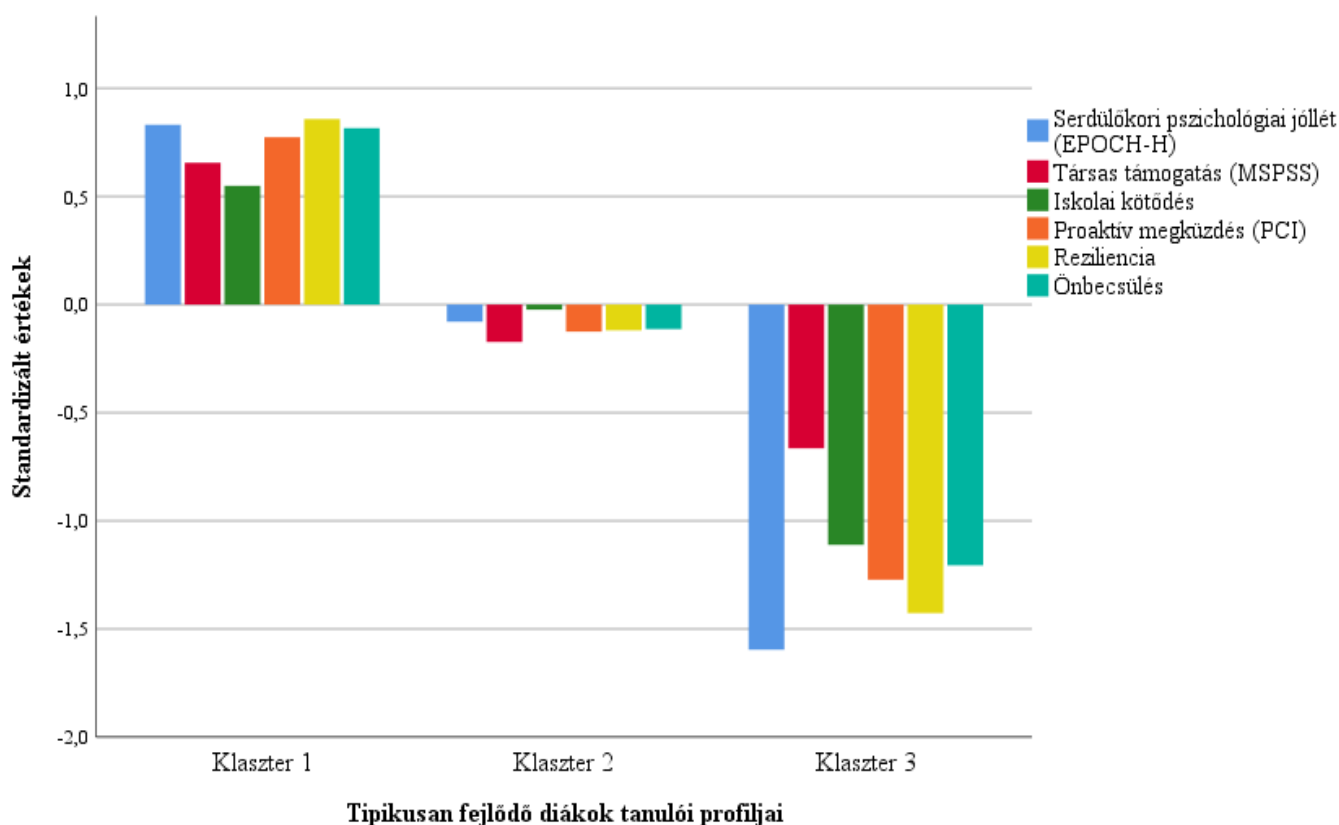
7.2.2.3. A K-közép klaszteranalízis alkalmazása a pszichológiai profilok azonosítására

Következő lépésben K-közép klaszteranalízist végeztünk, hogy a különböző pszichés változók mentén tanulói profilokat tudjunk létrehozni, mind a specifikus tanulási zavarral küzdők almintájában, mind pedig a tipikusan fejlődők csoportjában. A cél az volt, hogy a vizsgálatba bevont változók mentén a tanulókra jellemző profilok közötti különbségeket feltárjuk és megfigyeljük (Hair et al., 2010). A klaszteranalízisbe bevont változók a következők voltak: EPOCH-H Serdülőkori pszichológiai jóllét, Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás, Iskolai kötődés, Proaktív megküzdés, Reziliencia, Önbecsülés. A kiválasztott pszichés változók tükrözik leginkább azt, ahogyan a diákok a mindennapokban boldogulni tudnak és a viselkedésüket, a problémákhoz való hozzáállásukat, valamint az azzal való megküzdésüket ezen változók mentén lehet leginkább jellemezni.

A klaszteranalízis első lépéseként standardizáltuk a vizsgálatba bevont változókat, ezzel a standard skálák átlaga 0 és a szórása 1 lett. Így a változók egységes skálán helyezkednek el. A klaszterek számának meghatározására Hierarchikus klaszteranalízist végeztünk a Ward módszerével és a négyzetes euklidészi távolságok módszerével. Az elkészült klaszterek számának meghatározásához a kapott dendogramok voltak segítségünkre. Majd ezután elvégeztük a K-közép klaszteranalízist mindkét almintán. Az eljárás lehetővé tette, hogy a bevont pszichés változók mentén létrehozott profilokat jellemezni tudjuk erősségeik és gyengeségeik mentén, és általa célzottan megfigyelhetjük a személyes jellemzőket is. A hierarchikus és K-közép klaszteranalízis mellett Egyszempontos varianciaanalízissel ellenőriztük a klaszterek közötti különbségek szignifikanciáját.

7.2.2.3.1. Tipikusan fejlődők mintáján elvégzett K-közép klaszteranalízis eredménye és értelmezése

A K-közép klaszteranalízist az elvégzett hierarchikus klaszteranalízis során meghatározott három klaszter (dendogram alapján) validálása és részletes jellemzése érdekében végeztük el először a tipikusan fejlődő tanulók almintáján. Az elemzés célja az volt, hogy azonosítsuk a tipikusan fejlődő tanulók pszichés profiljait és megvizsgáljuk, miben különböznek ezek a kialakított csoportok a kiválasztott változók mentén. Az alábbiakban az egyes klasztereket jellemezzük, és bemutatjuk a főbb különbségeket. A 6. ábra a klaszterek jellemzőit mutatja be a standardizált értékek (Z-értékek) alapján. Az adatokból látható, hogy a klaszterek jól elkülönülnek egymástól a pszichológiai jóllét, a társas támogatás, az iskolai kötődés, a proaktív megküzdés, a reziliencia és az önbecsülés mentén.



6. ábra A tipikusan fejlődő diákok almintáján létrehozott klaszterek jellemzőinek alakulása

1. Klaszter: Magas pszichológiai és társas erőforrásokkal rendelkező tanulók

Az első klaszter tagjai minden vizsgált dimenzióban átlag feletti értékeket mutatnak. Kiemelkedően magas értékek figyelhetők meg a pszichológiai jóllét ($Z=0,83$), a reziliencia ($Z=0,86$) és a proaktív megküzdés ($Z=0,77$) dimenziókban. Az iskolai kötődés ($Z=0,55$) és a társas támogatás ($Z=0,66$) is jelentős pozitív eltérést mutatnak. Ez a csoport a tanulók 35,6%-át (42 fő) foglalja magában, és jól jellemzi őket az érzelmi stabilitás, a hatékony megküzdési stratégiák és az erős szociális háló. Ezen csoportba tartozó tanulók esetében a meglévő erőforrások fenntartása és további fejlesztése lehet javasolt a jövőben.

2. Klaszter: Átlagos alkalmazkodóképességű tanulók

A második klaszter tagjai kiegyensúlyozott jellemzőkkel bírnak, értékeik az átlag körül mozognak. A pszichológiai jóllét ($Z=-0,08$) és a proaktív megküzdés ($Z=-0,13$) enyhén negatív, és a többi dimenzió is az átlaghoz közeli értékeket mutat. Ez a klaszter képviseli a minta legnagyobb részét, a tanulók 46,6%-át (55 fő) foglalja magában. Az átlagos alkalmazkodóképességű tanulók kevésbé igényelnek speciális támogatást, azonban a reziliencia és az önbecsülés további erősítése hozzájárulhat érzelmi stabilitásuk növeléséhez.

3. *Klaszter: Alacsony pszichológiai és társas erőforrásokkal rendelkező tanulók*

A harmadik klaszter tagjai jelentősen alacsony értékeket mutatnak minden vizsgált dimenzióban. Különösen szembetűnő a pszichológiai jóllét ($Z=-1,60$), a reziliencia ($Z=-1,43$) és a proaktív megküzdés ($Z=-1,27$) hiánya. Az iskolai kötődés ($Z=-1,11$) és a társas támogatottság ($Z=-0,66$) is negatív eltérést mutatnak. Ez a klaszter a tanulók 17,8%-át (21 fő) foglalja magában, és jellemzően sérülékeny, támogatásra szoruló tanulókból áll.

Az ebbe a csoportba tartozó tanulók számára célzott mentálhigiénés és pedagógiai beavatkozások szükségesek. Javasolt területek lehetnek a szociális készségfejlesztés, a társas támogatás növelése, valamint a reziliencia- és az önbizalomfejlesztő tréningek. Ezek az intézkedések iskolai integrációjukat és érzelmi stabilitásukat segíthetik elő.

Az 11. táblázat számszerűen is bemutatja a klaszterek átlagait és szórásait a vizsgált dimenziók mentén. A táblázat tartalmazza a három klaszterhez tartozó pszichés mért változók standardizált értékeinek átlagát, a hozzá tartozó szórásokat, valamint bemutatja ezek egymáshoz való viszonyát. Az eredmények alapján a három klasztert tartalmazó pszichológiai jellemzők (pszichológiai jóllét, társas támogatás, iskolai kötődés, proaktív megküzdés, reziliencia, önbecsülés) mintázatai jól elkülönülnek egymástól. A vizsgált pszichés változók standardizált értékeinek átlaga mind a három klaszter esetében szignifikánsan eltér egymástól. A pszichológiai jóllét esetében található a legnagyobb eltérés a klaszterek között ($F=123,466$ $p<0,001$), míg a legkisebb mértékben a társas támogatás játszik közre a profilok típusainak alakulásában ($F=22,497$, $p<0,001$).

Egyszempontos varianciaanalízis segítségével vizsgáltuk a klaszterek közötti különbségeket a változók esetében. Az iskolai kötődés, a proaktív megküzdés és az önbecsülés esetén a varianciák homogének (Levene-statisztika értéke minden esetben $p>0,05$), így a Tukey-B-próbát alkalmaztuk az utóelemzéshez. A pszichológiai jóllét, a társas támogatás és a reziliencia esetében a Dunette-T3 próbát alkalmaztuk (Levene-statisztika értéke $p<0,01$) a post hoc tesztek elvégzésére.

11. táblázat. A tipikusan fejlődő tanulók klasztereinek pszichés jellemzői

Pszichés változók	1. klaszter (N=42)		2. klaszter (N=55)		3. klaszter (N=21)		F*	Szn. elkülönülő klaszterek**
	M	SD	M	SD	M	SD		
1. EPOCH-H	0,31	0,50	-0,79	0,56	-1,59	0,75	123,466	{3}<{2}<{1}
2. MSPSS	0,65	0,43	-1,72	0,86	-0,66	1,15	22,497	{3}<{1}<{2}
3. Iskolai kötődés	0,55	0,89	-0,23	0,71	-1,11	0,85	29,450	{3}<{2}<{1}
4. PCI	0,77	0,67	-1,25	0,79	-1,27	0,63	56,606	{3}<{2}<{1}
5. Reziliencia	0,85	0,50	-0,11	0,56	-1,42	0,75	109,342	{3}<{2}<{1}
6. Önbecsülés	0,82	0,61	-1,13	0,71	-1,20	0,86	58,950	{3}<{1}<{2}

Megjegyzés: * Minden F-érték $p < 0,001$ szinten szignifikáns. ** A szignifikánsan elkülönülő attitűdök és klaszterek esetén a „<” jel a szignifikáns különbség ($p < 0,05$) irányát jelöli. A klaszterek közötti összehasonlító oszlopban az EPOCH-H, MSPSS, Reziliencia esetén a Dunnette-T3-próba, míg a többi változónál a Tukey-B-próba alapján a szignifikánsan elkülönülő klasztereket mutatják.

7.2.2.3.2. Tipikusan fejlődők mintáján elvégzett K-közép klaszteranalízis eredményének összefoglalása

A tipikusan fejlődő tanulók körében végzett klaszterelemzés három jól elkülöníthető csoportot azonosított, amelyek jelentős eltéréseket mutatnak a pszichológiai jóllét, a társas támogatás, az iskolai kötődés, a proaktív megküzdés, a reziliencia és az önbecsülés dimenzióiban. Az eredmények azt sugallják, hogy ezek a csoportok eltérő érzelmi és társas erőforrásokkal rendelkeznek, amelyek meghatározzák alkalmazkodási képességeiket és iskolai integrációjukat.

Az első klaszter a tanulók körülbelül egyharmadát foglalja magában, és jellemző rájuk a magas pszichológiai jóllét, a reziliencia és a proaktív megküzdés. Ezek a tanulók stabil érzelmi erőforrásokkal rendelkeznek, képesek hatékonyan kezelni a stresszhelyzeteket, és szoros kapcsolatot ápolnak társaikkal és az iskolai környezettel. Ez a csoport bír a legerősebb társas támogatottsággal, ami valószínűleg hozzájárul ahhoz, hogy magabiztosan birkóznak meg a kihívásokkal. Az ő esetükben a meglévő erősségek továbbfejlesztése és fenntartása lehet a fő cél, például mentorprogramok és vezetői készségfejlesztő tréningek révén (Jámbori et al., 2019; Juhász et al., 2023; Széll et al., 2021).

A második klaszter a legnagyobb csoportot képviseli, amely kiegyensúlyozott, de átlagos pszichológiai és társas jellemzőkkel rendelkezik. Ezek a tanulók nem mutatnak kiugróan magas vagy alacsony értékeket, ami azt jelzi, hogy megfelelő szinten alkalmazkodnak az iskolai és társas elvárásokhoz. Bár különösebb támogatásra nem szorulnak, a reziliencia és önbecsülés enyhe fejlesztése tovább növelheti érzelmi stabilitásukat. Számukra általános

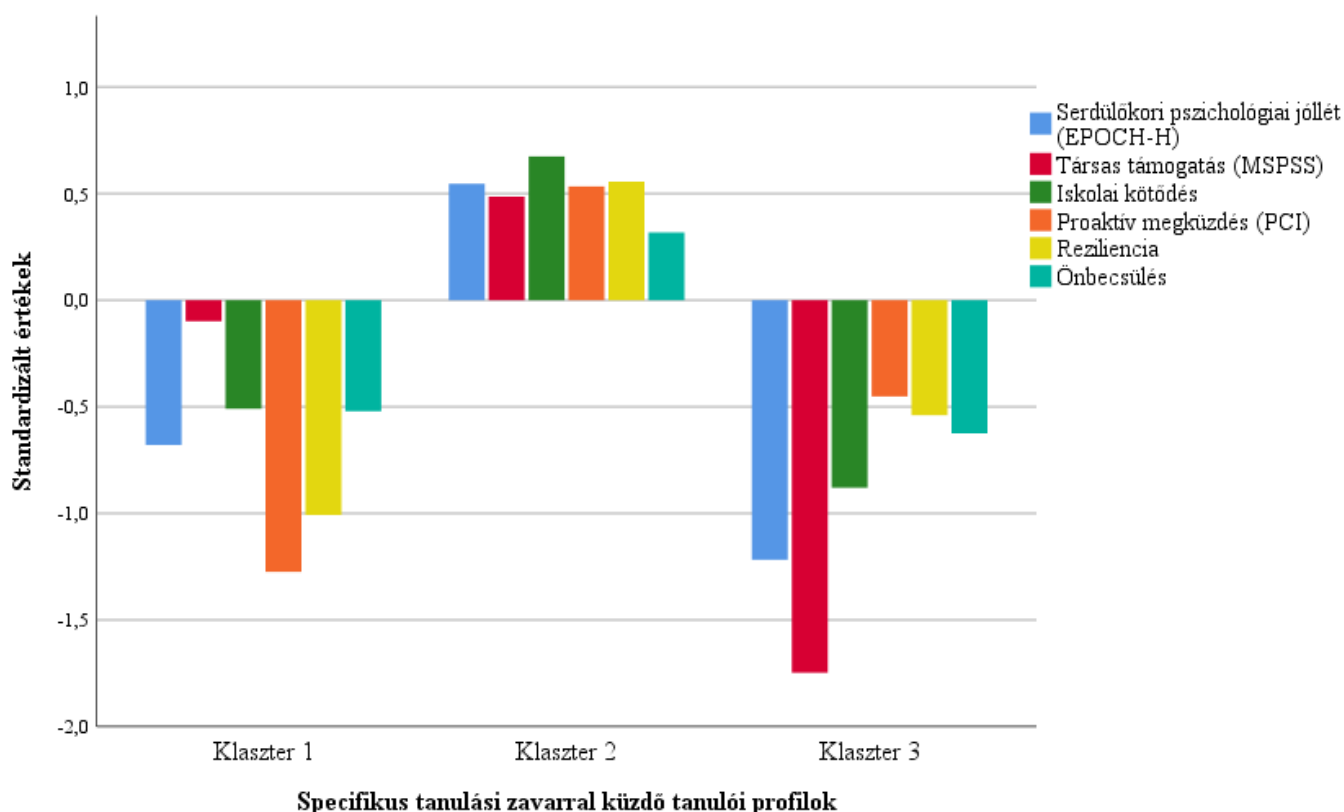
fejlesztő programok és közösségi tevékenységek biztosítása javasolt, amelyek segítenek erősíteni meglévő erőforrásait (Gál et al., 2019; Szabó et al., 2019).

A harmadik klaszter a legkisebb, a leginkább sérülékeny csoportot képviseli. Ezek a tanulók alacsony pszichológiai jólléttel, rezilienciával és proaktív megküzdési képességekkel rendelkeznek, ami megnehezíti számukra a mindennapi kihívásokkal való megbirkózást. Az alacsony társas támogatottság és önbecsülés szintén negatívan befolyásolja érzelmi állapotukat, és izolációhoz vezethet az iskolai közösségben. Az ő esetükben a célzott mentálhigiénés és pedagógiai beavatkozások elengedhetetlenek, mint például szociális készségfejlesztés, társas támogatás növelése és reziliencia-fejlesztő programok (Erdei, 2018).

A klaszterek közötti különbségeket az egyszempontos varianciaanalízis is megerősítette, amely minden vizsgált dimenzióban szignifikáns eltéréseket talált ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). A legnagyobb különbségeket a pszichológiai jóllét és a reziliencia mutatta, míg az önbecsülés kisebb szerepet játszott a csoportok elkülönítésében. A post hoc elemzések (Tukey és Dunnett-T3 próbák) rámutattak, hogy a harmadik klaszter tagjai minden dimenzióban jelentősen eltérnek az első klasztertől, ami tovább erősíti támogatási szükségleteik fontosságát.

7.2.2.3.3. A specifikus tanulási zavarral küzdők almintáján elvégzett K-közép klaszteranalízis eredménye

Következő lépésben a specifikus tanulási zavarral rendelkezők almintáján végeztük el a K-közép klaszteranalízist a hierarchikus klaszteranalízis során meghatározott három klaszter validálása és részletes jellemzése érdekében. Az elemzés célja az volt, hogy azonosítsuk a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók eltérő pszichológiai, társas és iskolai profiljait, valamint megvizsgáljuk, hogyan különböznek ezek a csoportok a kiválasztott változók mentén. Az alábbiakban az egyes klasztereket jellemezzük, és bemutatjuk a főbb különbségeket. A 7. ábra bemutatja a Specifikus tanulási zavarral küzdők almintáján kialakított 3 klaszter jellemzőit a standardizált értékek (Z-értékek) alapján. Az adatokból látható, hogy a klaszterek jól elkülönülnek egymástól a pszichológiai jóllét, a társas támogatás, az iskolai kötődés, a proaktív megküzdés, a reziliencia és az önbecsülés mentén.



7. ábra A Specifikus tanulási zavarral küzdők almintáján létrehozott klaszterek jellemzőinek alakulása

1. Klaszter: Alacsony reziliencia és megküzdés csoportja

Az első klaszter tagjaira alacsony reziliencia ($Z=-1,007$) és proaktív megküzdés ($Z=-1,275$) jellemző. Emellett az iskolai kötődés ($Z=-0,510$) és az önbecsülés ($Z=-0,521$) is átlag alatti értékeket mutat, míg a társas támogatottság ($Z=-0,099$) viszonylag kiegyensúlyozott marad. Ez a csoport olyan tanulókat foglal magában, akik kevesebb erőforrással rendelkeznek a stresszhelyzetekkel való megküzdésben, és érzelmileg kevésbé kötődnek az iskolai környezethez. Ez a csoport a minta 26,2%-át (33 főt) képviseli.

2. Klaszter: Erős társas kapcsolatokkal rendelkező tanulók

A második klaszter tagjai az összes vizsgált változó mentén átlag feletti értékeket mutatnak, különösen az iskolai kötődés ($Z=0,674$), a reziliencia ($Z=0,555$), és a társas támogatás ($Z=0,485$) dimenziókban. Ezek a tanulók magabiztosan kezelik a kihívásokat, erős szociális hálóval rendelkeznek és szoros iskolai kapcsolataik vannak. Ez a klaszter képviseli a minta többségét, a tanulók 53,2%-át (67 főt).

3. Klaszter: Alacsony társas támogatottságú csoport

A harmadik klaszter a legalacsonyabb társas támogatottságot ($Z=-1$,) mutatja, miközben a többi változó is átlag alatti értékeket mutat, különösen az iskolai kötődés ($Z=-0,880$) és az önbecsülés ($Z=-0,624$) esetében. Ez a csoport olyan tanulókat foglal magában, akik izoláltabbnak érzik magukat és kevésbé támaszkodnak társas kapcsolataikra. A klaszter a minta 20,6%-át (26 főt) fed le.

A 12. táblázat számszerűen is bemutatja a klaszterek átlagait és szórásait a vizsgált dimenziók mentén. Az eredmények azt mutatják, hogy a három klaszter pszichológiai jellemzői és társas kapcsolati mintázatai jól elkülönülnek egymástól. A 12. táblázat tehát a három klaszterhez tartozó pszichés változók standardizált értékeinek átlagát, a hozzá tartozó szórásokat, valamint az egymáshoz való viszonyukat mutatja be. A vizsgált pszichés változók standardizált értékeinek átlaga mind a három klaszter esetében szignifikánsan eltér egymástól. A társas támogatás esetében található a legnagyobb eltérés a klaszterek között ($F=105,20$ $p<0,001$). A legkisebb mértékben az önbecsülés játszik közre a profilok típusainak alakulásában ($F=16,526$, $p<0,001$).

Egyszempontos varianciaanalízis segítségével vizsgáltuk a klaszterek közötti különbségeket a pszichés változók esetében. A pszichológiai jóllét, az iskolai kötődés, a proaktív megküzdés, a reziliencia esetén a varianciák homogének (Levene-statisztika értéke minden esetben $p>0,05$), így a Tukey-B-próbát alkalmaztuk az utóelemzéshez. A társas támogatás és az önbecsülés esetében a Dunette-T3 próbát alkalmaztuk (Levene-statisztika értéke $p<0,01$) a post hoc tesztek elvégzésére.

12. táblázat. A specifikus tanulási zavarral rendelkező tanulók klasztereinek pszichés jellemzői

Pszichés változók	1. klaszter (N=33)		2. klaszter (N=67)		3. klaszter (N=26)		F*	Szn. elkülönülő klaszterek**
	M	SD	M	SD	M	SD		
1. EPOCH-H	-0,68	0,93	0,55	0,62	-1,22	0,72	65,970	3}<{1}<{2}
2. MSPSS	-0,10	0,62	0,48	0,55	-1,75	0,94	105,200	3}<{1}<{2}
3. Iskolai kötődés	-0,51	0,66	0,67	0,71	-0,88	0,82	55,724	3,1}<{2}
4. PCI	-1,27	0,72	0,53	0,68	-0,45	0,66	79,713	1}<{3}<{2}
5. Reziliencia	-1,00	0,95	0,55	0,72	-0,54	0,75	48,221	1}<{3}<{2}
6. Önbecsülés	-0,52	0,66	0,32	0,91	-0,62	0,94	16,526	3}<{1}<{2}

Megjegyzés: * Minden F-érték $p<0,001$ szinten szignifikáns. ** A szignifikánsan elkülönülő attitűdök és klaszterek esetén a „<” jel a szignifikáns különbség ($p<0,05$) irányát jelöli. A klaszterek közötti összehasonlító oszlopban az EPOCH-H, Iskolai kötődés, PCI, Reziliencia esetén a Tukey-B-próba, míg a többi változónál a Dunette-T3-próba alapján a szignifikánsan elkülönülő klasztereket mutatják.

7.2.2.3.4. A specifikus tanulási zavarral küzdők mintáján elvégzett K-közép klaszteranalízis eredményének összegzése

A hierarchikus és K-közép klaszteranalízis eredményei alapján három elkülöníthető tanulói profil rajzolódott ki, amelyek jelentős eltéréseket mutatnak a pszichológiai jóllét, a társas támogatás, a reziliencia, a proaktív megküzdés, az iskolai kötődés és az önbecsülés dimenzióiban. Ez az eredmény nem támasztja alá az előzetes feltételezéseinket a tanulási zavarral küzdő tanulók homogenitásáról (H₉).

Az első klaszter tagjai alacsony rezilienciával és megküzdési képességgel rendelkeznek, ami veszélyeztetheti tanulmányi előmenetelüket és szociális integrációjukat. A klaszter tagjai olyan tanulókat képviselnek, akik fokozott támogatásra szorulnak a mentális egészség és az érzelmi stabilitás fejlesztése terén. Az alacsony iskolai kötődés és önbecsülés további beavatkozási területek lehetnek ebben a csoportban. E tanulók számára olyan célzott beavatkozások lehetnek hasznosak, amelyek a reziliencia és az érzelmi jóllét fejlesztésére irányulnak, például mentálhigiénés programok vagy egyéni pszichológiai tanácsadás (Firth et al., 2010; Iaia et al., 2024).

A második klaszter tagjai, akik kiemelkedő társas támogatottsággal és rezilienciával bírnak, a minta legjobban alkalmazkodó csoportját alkotják. Ez a csoport mutatja a legerősebb iskolai kötődést és a magabiztos proaktív megküzdési képességeket. Az ő esetükben a meglévő pozitív erőforrások fenntartása és továbbfejlesztése lehet a fókusz. A meglévő erőforrások fenntartása és továbbfejlesztése érdekében hasznosak lehetnek a csoportos foglalkozások vagy a mentorprogramok, amelyek a közösségi kapcsolatok erősítésére és a tanulói vezetői készségek fejlesztésére fókuszálnak (Iaia et al., 2024; Hassani & Schwab, 2021).

A harmadik klaszter tagjai, akik alacsony társas támogatottságot és mérsékelt rezilienciát mutatnak, különösen érzékenyek lehetnek az izoláció és a társas kihívások hatásaira. Támogatásuk során fontos hangsúlyt kell helyezni a társas kapcsolatok fejlesztésére, valamint a tanulók iskolai közösségbe való mélyebb integrálására. Ezek a tanulók gyakran izoláltabbnak érzik magukat, ami negatívan befolyásolhatja pszichés jóllétüket. Olyan programok bevezetése javasolt, amelyek a társas kapcsolatok erősítésére és az önbizalom fejlesztésére irányulnak. Például szociális készségfejlesztő tréningek és kortárs támogató csoportok szervezése segíthet iskolai beilleszkedésük előmozdításában (Adi et al., 2024; Hassani & Schwab, 2021).

Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a tanulói csoportok heterogén jellemzőkkel rendelkeznek, amelyek differenciált pedagógiai és pszichológiai beavatkozásokat igényelnek.

Az első és a harmadik klaszter esetében célzott mentálhigiénés programok, például szociális készségfejlesztő tréningek és rezilienciafejlesztési programok bevezetése javasolt. A második klaszter tanulóinak meglévő erősségeire építve ösztönözhető a társas támogatás további erősítése, amely modellértékű lehet a többi csoport számára is.

7.2.2.3.5. Klaszterelemzés eredményeinek összefoglalása és jelentősége

A K-közép klaszterelemzés eredményei világosan rámutatnak arra, hogy mind a specifikus tanulási zavarral küzdők, mind a tipikusan fejlődő tanulók körében három jól elkülöníthető pszichológiai profil azonosítható. Ezek az eredmények nemcsak a csoportok érzelmi és társas erőforrásait tükrözik, hanem fontos iránymutatást nyújtanak a célzott pedagógiai és mentálhigiénés beavatkozások megtervezéséhez is.

A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók körében az alacsony reziliencia és társas támogatottság dominál, ami különösen sérülékennyé teszi őket az iskolai és társas kihívásokkal szemben. Ezzel szemben a tipikusan fejlődő tanulók körében egy kiegyensúlyozottabb eloszlás figyelhető meg, amely erősebb pszichológiai erőforrásokat mutat, különösen a magas rezilienciájú csoport esetében. Ez arra utal, hogy a tipikusan fejlődők nagyobb valószínűséggel képesek adaptálódni a különböző helyzetekhez, míg a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulóknál kiemelten fontos a célzott támogatás.

Mindkét csoporton belül azonosíthatók a magas pszichológiai és társas erőforrásokkal rendelkező tanulók, akik példaként szolgálhatnak társaik számára. Ugyanakkor az alacsony erőforrásokkal rendelkező klaszterek egyértelműen mutatják, hogy ezek a tanulók fokozott figyelmet igényelnek. Az érzelmi stabilitás, az önbecsülés és a társas támogatottság hiánya komoly kockázati tényező lehet mindkét csoportban, különösen a specifikus tanulási zavarral küzdőknél. Ezek az eredmények hangsúlyozzák, hogy szükségesek a különböző profilok alapján differenciált beavatkozási stratégiák, továbbá hangsúlyozzák a klaszterelemzés szerepét abban, hogy az iskolai közösségek hogyan közelíthetnek a tanulók egyéni szükségleteihez, ezáltal javítva a tanulók pszichológiai jóllétét és iskolai teljesítményét.

7.2.3. *Serdülőkori rizikómagatartások többszintű protektív tényezői*¹⁶

Ebben a kutatási fázisban célunk volt, hogy a teljes mintán megvizsgáljuk az egyén pszichés működését meghatározó konstruktumok bevonásával azt, hogy a különböző kockázati

¹⁶ A bemutatott eredmények a következő tanulmányban kerültek publikálásra: Dudok, R., & Piko, B. F. (2023). Multi-Level Protective Factors of Adolescent Smoking and Drinking. *European Journal Of Investigation In Health Psychology And Education*, 13(6), 932–947. <http://doi.org/10.3390/ejihpe13060071>

tényezőknek való kitettség hogyan kapcsolódik a serdülők mentális jóllétéhez. Első lépésben a szerhasználati gyakoriságot vizsgáltuk meg, ez a dohányzás életprevalenciát és 3 havi prevalenciát, valamint az alkoholfogyasztás életprevalenciát és 3 havi prevalenciát jelenti. Ezt követően a vizsgált pszichés változók eredményeit elemeztük a jelenlegi szerhasználat függvényében, majd logisztikus regressziós modellekben vázoltuk fel, hogy mely tényezők bizonyulnak a szerhasználatot tekintve protektív- vagy rizikófaktornak.

7.2.3.1. A szerfogyasztási gyakoriság és a pszichés tényezőkkel való kapcsolata

Eredményeink alapján az látható, hogy a résztvevők 22,3 %-a (43 fő) dohányzott már életében. Ez az arány a nemekre vetítve a fiúk 13,9%-át (21 fő), a lányok 17,6 %-át (22 fő) jelenti. A nemek között nincs különbség a Chi-négyzet próba alapján a kipróbálási arányt tekintve ($\chi^2=0,04$ $p>0,05$). Az alkoholfogyasztás esetében azt találtuk, hogy a vizsgálatban résztvevő iskolások 56,4 %-a (154 fő) ivott már életében alkoholt. Ez a nemek esetében a következőképpen alakul: fiúk 56,4 %-a, a lányok 56,5 %-a ivott már. A Chi-négyzet próba alapján az alkohol kipróbálási arányát tekintve ($\chi^2=0,01$ $p>0,05$) nincs különbség a nemek között.

A jelenlegi szerhasználatot tekintve (utolsó három hónapot érintő használat) azt találtuk a dohányzás esetében, hogy a kitöltők 15,6 %-a dohányzik (43 fő) és 50,7 %-a fogyasztott alkoholt (140 fő) az utóbbi három hónapot tekintve. Ez azt jelenti tehát, hogy ők arról nyilatkoztak, hogy az elmúlt három hónapban valamilyen gyakorisággal rendszeresen fogyasztottak ezekből a termékekből. A jelenlegi használatot alapul véve nem találtunk különbségeket a nemek között sem a dohányzást ($\chi^2=0,71$ $p>0,05$), sem pedig az alkoholfogyasztást ($\chi^2=0,39$ $p>0,05$) illetően. A szerfogyasztási gyakoriságot a 13. táblázat szemlélteti.

13. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakorisága a teljes mintában és nemenként (n = 276)

Változók	Gyakoriság n (%)	Fiú n (%)	Lány n (%)	Chi-négyzet próba
Nem				
Fiú	151 (54,7)			
Lány	125 (45,3)			
Dohányzás életprevalencia				
Nem	212 (77,7)	115 (77,2)	97 (78,2)	$\chi^2 = 0,04, p > 0,05$
Igen	61 (22,3)	34 (22,8)	27 (21,8)	
Dohányzás 3 hónap prevalencia				
Nem	233 (84,4)	130 (86,1)	103 (82,4)	$\chi^2 = 0,71, p > 0,05$
Igen	43 (15,6)	21 (13,9)	22 (17,6)	
Alkoholfogyasztás életprevalencia				
Nem	119 (43,6)	65 (43,6)	54 (43,5)	$\chi^2 = 0,01, p > 0,05$
Igen	154 (56,4)	84 (56,4)	70 (56,5)	
Alkoholfogyasztás 3 hónap prevalencia				
Nem	136 (49,3)	77 (51,0)	59 (47,2)	$\chi^2 = 0,39, p > 0,05$
Igen	140 (50,7)	74 (49,0)	66 (52,8)	

A 14. táblázat a vizsgált változók leíró statisztikai értékeit mutatja be a jelenlegi szerhasználói státusz szerint, a kétmintás t-próbák segítségével. A dohányzás esetében azt találtuk, hogy a két csoport (dohányosok vs. nem dohányzók) között a legtöbb változóban szignifikáns különbségek találhatók. A dohányosok alacsonyabb önbecsülésről ($t(258) = 3,43, p < 0,001$) és önkontrollról ($t(268) = 3,10, p < 0,01$), valamint alacsonyabb szintű családi támogatásról ($t(273) = 4,18, p < 0,001$) számoltak be. Az iskolával kapcsolatos védőfaktorok közül az iskolai környezethez való viszony ($t(272) = 2,19, p < 0,05$), a társakhoz való viszony ($t(273) = 2,36, p < 0,05$) és a tanárokhoz való viszony ($t(273) = 2,06, p < 0,05$) alacsonyabbnak bizonyult a dohányosoknál, mint a nemdohányzóknál. A mentális egészség minden dimenziója magasabb pontszámot mutatott a dohányosoknál, mint a nemdohányzóknál ($p < 0,001$).

Az alkoholfogyasztás tekintetében hasonló eredményeket találtunk a mentális egészségi mutatók tekintetében ($p < 0,001$). Az egyéni szintű tényezők közül az önbecsülés és az önkontroll mellett az alkoholt fogyasztók reziliencia képességre vonatkozó alacsonyabb pontszámokról is beszámoltak ($t(262) = 2,36, p < 0,05$), és kevesebb társas támogatást kaptak a jelentős másoktól ($t(274) = 2,22, p < 0,05$). Ezenkívül az iskolához való kötődés minden típusa alacsonyabb pontszámot mutatott azok körében, akik az elmúlt 3 hónapban alkoholt fogyasztottak.

14. táblázat. A pszichológiai tényezők leíró statisztikái a jelenlegi szerhasználói státusz szerint

Változók	Nem dohányzó Átlag (SD)	Dohányzó Átlag (SD)	t-érték	Nem fogyaszt alkoholt Átlag (SD)	Fogyaszt alkoholt Átlag (SD)	t-érték
Egyéni szintű tényezők (Pszichológiai tényezők)						
Önbecsülés	28,38 (6,20)	24,71(5,44)	3,43***	28,75 (5,90)	26,96 (6,41)	2,35*
Önkontroll	19,87 (4,56)	17,47 (4,85)	3,10**	20,41 (4,48)	18,64 (4,71)	3,15**
Proaktív megküzdés	40,93 (7,06)	39,71 (6,14)	1,01	40,82 (6,79)	40,67 (7,08)	0,17
Reziliencia	27,25 (7,13)	25,92 (7,28)	1,09	28,12 (7,13)	26,06 (7,05)	2,36*
Iskolai szintű tényezők (Iskolai kötődés)						
Iskolához való viszony	2,75 (0,68)	2,57 (0,67)	1,93	2,87 (0,66)	2,59 (0,68)	3,41***
Tantárgyakhoz való viszony	2,68 (0,74)	2,47 (0,57)	2,20	2,82 (0,69)	2,48 (0,72)	4,01***
Iskolai környezethez való viszony	2,72 (0,76)	2,45 (0,59)	2,19*	2,88 (0,70)	2,48 (0,72)	4,62***
Társakhoz való viszony	3,26 (0,70)	2,99 (0,63)	2,36**	3,33 (0,66)	3,11 (0,71)	2,62**
Tanárokhoz való viszony	3,10 (0,69)	2,86 (0,78)	2,06*	3,18 (0,65)	2,95 (0,75)	2,59**
Szociális közeg tényezői (Társas támogatás)						
Családi támogatás	3,76 (0,81)	3,20 (0,81)	4,18***	3,86 (0,79)	3,49 (0,83)	3,77***
Baráti támogatás	4,06 (1,0)	3,94 (1,10)	0,67	4,05 (1,00)	4,03 (1,0)	0,14
Jelentős mások általi támogatás	4,53 (0,69)	4,27 (0,98)	1,65	4,59 (0,57)	4,40 (0,87)	2,22*
Mentális egészség tényezői (Mentális jóllét)						
Élettel való elégedettség	25,19 (6,81)	21,24 (7,03)	3,40***	26,07 (6,82)	23,18 (6,86)	3,45***
Általános jóllét	8,49 (3,01)	6,61 (3,09)	3,66***	8,90 (2,89)	7,54 (3,15)	3,65***
Pszichológiai jóllét	3,90 (0,61)	3,51 (0,64)	3,79***	3,97 (0,58)	3,71 (0,64)	3,53***

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

7.2.3.2. A dohányzás és az alkoholfogyasztás bináris logisztikus regressziós elemzései

Annak céljából, hogy feltárjuk, mely változókra tekinthetünk protektív faktorként a kipróbálás, illetve a rendszeres szerhasználatot illetően, bináris logisztikus regressziós elemzéseket végeztünk. A dohányzás, az alkoholfogyasztás és a pszichológiai tényezők közötti kétoldali kapcsolatokat jellemző esélyhányadosok láthatók. Az elemzésben értékelésnél az 1-nél nagyobb esélyhányados (EH=Odds Ratio) esélynövelő (kockázatemelő), az 1-nél kisebb pedig esélycsökkentő (védő) hatással rendelkezik. A szignifikancia igazolásához a p érték mellett 95%-os konfidencia intervallumot (95% CI) is számítottunk.

A 15. és a 16. táblázat a bináris logisztikus regressziós elemzések eredményeit mutatja be a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra nézve, mind az életprevalencia és mind a háromhavi prevalencia tükrében.

15. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás életprevalenciájának bináris logisztikus regressziós elemzése (EH, esélyhányados)

Prediktor változók	Dohányzás EH (95% CI)	Alkoholfogyasztás EH (95% CI)
Szocio-demográfiai jellemzők		
Kor (évek)	1,92 (1,58-2,34)***	2,06 (1,66 – 2,55)***
Nem		
Fiú ^a	1,00	1,00
Lány	1,06 (0,60 – 1,88)	0,97 (0,60 – 1,56)
Egyéni szintű tényezők (Pszichológiai tényezők)		
Önbecsülés	0,85 (0,80 – 0,91)***	0,88 (0,83 – 0,93)***
Önkontroll	0,93 (0,88 – 0,97)**	0,94 (0,91 – 0,98)**
Proaktív megküzdés	0,97 (0,93 – 1,01)	0,98 (0,95 – 1,02)
Reziliencia	0,95 (0,91 – 0,99)**	0,93(0,89 – 0,96)***
Iskolai szintű tényezők (Iskolai kötődés)		
Iskolához való viszony	0,64 (0,42 – 0,97)*	0,51 (0,35 – 0,74)***
Tantárgyakhoz való viszony	0,55 (0,36 – 0,84)**	0,49 (0,34 – 0,69)***
Iskolai környezethez való viszony	0,58 (0,39 – 0,85)**	0,47 (0,33 – 0,67)***
Társakhoz való viszony	0,53 (0,35 – 0,78)***	0,70 (0,49 – 1,00)
Tanárokhoz való viszony	0,57 (0,38 – 0,84)**	0,61 (0,43 – 0,87)**
Szociális közeg tényezői (Társas támogatás)		
Családi támogatás	0,43 (0,30 – 0,62)***	0,53 (0,38 – 0,72)***
Baráti támogatás	0,82 (0,63 – 1,07)	0,91 (0,72 – 1,15)
Jelentős mások általi támogatás	0,58 (0,41 – 0,82)**	0,63 (0,44 – 0,90)**
Mentális egészség tényezői (Mentális jóllét)		
Élettel való elégedettség	0,92 (0,88 – 0,96)***	0,93 (0,89 – 0,96)***
Általános jóllét	0,80 (0,72 – 0,89)***	0,84 (0,77 – 0,92)***
Pszichológiai jóllét	0,40 (0,25 – 0,64)***	0,38 (0,25 – 0,59)***

Megjegyzés: Az egyes független változók és a függő változó kapcsolatát jellemző esélyhányadosok a külön-külön elvégzett logisztikus regresszióelemzésekből származnak.

^aReferencia kategória; ^bEH (Esélyhányados); ^cCI95%, (95%-os Konfidencia Intervallum); *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Az életkor növelte a dohányzással és az alkoholfogyasztással való kísérletezés kockázatát. A dohányzás (életprevalencia) esetében azt találtuk, hogy az önkontroll (EH=0,90; 95% CI=0,84 - 0,96, p<0,001), az önbecsülés (EH=0,91; 95% CI=0,86 - 0,96, p<0,01) és a reziliencia (EH=0,95; 95% CI=0,91 - 0,99, p<0,01) csökkentette a dohányzás kipróbálásának esélyét. Az iskolai kötődés esetében esélycsökkentő hatás volt megfigyelhető a változó valamennyi dimenziója esetében, beleértve az iskolához való viszonyt, az iskolai tantárgyakat, az iskolai környezetet, a kortársakat és a tanárokat is. Hasonló tendencia volt megfigyelhető a mentális egészségi tényezők tekintetében is. A társas támogatás esetében a családi támogatás

(EH=0,43; 95% CI=0,30 - 0,62, $p<0,001$) és a jelentős mások általi támogatás (EH=0,58; 95% CI=0,41 - 0,82, $p<0,01$) csökkentette a dohányzás esélyét.

Az alkohollal való kísérletezéssel kapcsolatban azt találtuk, hogy az olyan egyéni tényezők, mint az önkontroll (EH=0,88; 95% CI=0,83 - 0,93, $p<0,001$), az önbecsülés (EH=0,94; 95% CI=0,91- 0,98, $p<0,01$) és a reziliencia (EH=0,93; 95% CI=0,89 - 0,96, $p<0,001$) esélycsökkentő hatással bírnak. Az iskolai kötődés és a mentális egészségi tényezők tekintetében az eredmények hasonlóak voltak a dohányzáshoz, kivéve a társakhoz való viszonyt, amelynek EH értéke nem volt szignifikáns ($p > 0,05$). A társas támogatás tekintetében a dohányzáshoz hasonlóan a családi támogatás (EH=0,53; 95% CI=0,38 - 0,72, $p<0,001$) és a jelentős mások támogatása (EH=0,63; 95% CI=0,44 - 0,90, $p<0,01$) csökkentette az alkohol kipróbálásának esélyét.

Ezt követően feltártuk, hogy mely tényezőknek van esélynövelő vagy esélycsökkentő hatása a jelenlegi szerhasználatra (azaz a háromhavi prevalenciára) (lásd. 16. táblázat). A dohányzás életprevalenciájához hasonlóan itt is jelentős előrejelző tényezők voltak az életminőségi tényezők, a család és a jelentős személyek társas támogatása, az önkontroll és az önbecsülés. Az egyéni tényezők közül a reziliencia nem növelte a jelenlegi dohányzás esélyét. Az iskolával kapcsolatos tényezők közül csak az iskolai környezethez való viszony (EH=0,62; 95% CI=0,40 - 0,95, $p<0,001$) és a kortársak (EH=0,60; 95% CI=0,39 - 0,93, $p<0,05$) voltak jelentős prediktorok.

Az alkoholfogyasztás esetében szignifikáns esélycsökkentő hatás figyelhető meg az iskolai kötődés és a mentális egészségi tényezők valamennyi dimenziója esetében. Emellett hasonló eredményeket találtunk az alkoholfogyasztás életprevalencia eredményeihez mérve, beleértve az önbecsülést, az önkontrollt, a rezilienciát, a család és a jelentős mások társas támogatását is.

16. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás háromhavi prevalenciájának bináris logisztikus regresszióelemzése (EH, esélyhányados)

Prediktor változók	Dohányzás az elmúlt 3 hónapban EH (95% CI)	Alkoholfogyasztás az elmúlt 3 hónapban EH (95% CI) ^c
Szocio-demográfiai jellemzők		
Kor (évek)	1,64 (1,37 – 1,97) ^{***}	2,17 (1,74 – 2,70) ^{***}
Nem		
Fiú ^a	1,00	1,00
Lány	0,76 (0,39 – 1,45)	0,86 (0,53 – 1,38)
Egyéni szintű tényezők (Pszichológiai tényezők)		
Önbecsülés	0,90 (0,84 – 0,96) ^{**}	0,92 (0,87 – 0,97) ^{**}
Önkontroll	0,91 (0,86 – 0,96) ^{***}	0,95 (0,92 – 0,99) [*]
Proaktív megküzdés	0,97 (0,93 – 1,02)	1,00 (0,99 – 1,03)
Reziliencia	0,97 (0,93 – 1,02)	0,96 (0,93 – 0,99) [*]
Iskolai szintű tényezők (Iskolai kötődés)		
Iskolához való viszony	0,68 (0,42 – 1,09)	0,54 (0,37 – 0,78) ^{***}
Tantárgyakhoz való viszony	0,67 (0,42 – 1,07)	0,50 (0,35 – 0,72) ^{***}
Iskolai környezethez való viszony	0,62 (0,40 – 0,96) [*]	0,46 (0,32 – 0,65) ^{***}
Társakhoz való viszony	0,60 (0,39 – 0,93) [*]	0,63 (0,44 – 0,90) ^{**}
Tanárokhoz való viszony	0,64 (0,41 – 0,98)	0,64 (0,45 – 0,90) [*]
Szociális közeg tényezői (Társas támogatás)		
Családi támogatás	0,46 (0,31 – 0,68) ^{***}	0,57 (0,42 – 0,77) ^{***}
Baráti támogatás	0,90 (0,67 – 1,22)	0,98 (0,78 – 1,23)
Jelentős mások általi támogatás	0,67 (0,46 – 0,98) [*]	0,69 (0,49 – 0,96) [*]
Mentális egészség tényezői (Mentális jóllét)		
Élettel való elégedettség	0,92 (0,88 – 0,97) ^{***}	0,94 (0,91 – 0,97) ^{***}
Általános jóllét	0,81 (0,72 – 0,91) ^{***}	0,86 (0,79 – 0,94) ^{***}
Pszichológiai jóllét	0,40 (0,24 – 0,66) ^{***}	0,50 (0,33 – 0,74) ^{***}

Megjegyzés: Az egyes független változók és a függő változó kapcsolatát jellemző esélyhányadosok a külön-külön elvégzett logisztikus regresszióelemzésekből származnak.

^aReferencia kategória; ^bEH (Esélyhányados); ^cCI95%, (95%-os Konfidencia Intervallum); *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

7.2.3.3. A dohányzás és az alkoholfogyasztás többváltozós logisztikus regressziós elemzése

A szerhasználat protektív és rizikótényezőinek feltárása és mélyebb megértése érdekében többváltozós regressziós elemzéseket végeztünk, az eredmények a 17. táblázatban láthatók.

Az illeszkedés jósága mutató minden esetben szignifikáns volt. Az életkor (mint kockázati tényező) és az önkontroll (mint védőfaktor) mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás (életprevalencia és háromhavi prevalencia) szignifikáns előrejelzőinek bizonyultak. A dohányzás (életprevalencia) tekintetében a társas támogatással kapcsolatos változók szignifikáns védőfaktorok voltak: EH=0,29; 95% CI=0,09 - 0,97, p<0,05 (családi támogatás) és EH=0,34; 95% CI=0,16 - 0,73, p<0,01 (jelentős mások támogatása). Az

alkoholfogyasztás (életprevalencia) tekintetében az önkontroll mellett az iskolai környezethez való kötődés védő tényező volt (EH=0,49; 95% CI=0,24 - 0,96, $p<0,05$). A baráti támogatás azonban kockázati tényezőként hatott (EH=1,64; 95% CI=1,08 - 2,66, $p<0,001$). A jelenlegi dohányzás összefüggött az iskolai tárgyakhoz való viszonyal (EH=2,87; 95% CI=1,21 - 7,36, $p<0,05$). Az iskolai környezethez való viszony a jelenlegi alkoholfogyasztás előrejelzője volt (EH=0,44; 95% CI=0,23 - 0,85, $p<0,05$). Az alkoholfogyasztás kipróbálásához hasonlóan a baráti támogatás ebben az esetben is kockázati tényező volt (EH=1,85; 95% CI=1,15 - 2,97, $p<0,001$).

17. táblázat. Többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredménye a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében (EH, esélyhányados)

	Dohányzás valaha	Alkoholfogyasztás valaha	Dohányzás az elmúlt 3 hónap	Alkoholfogyasztás az elmúlt 3 hónap
Prediktorok	EH (95% CI)	EH (95% CI)	EH (95% CI)	EH (95% CI)
Kor (évek)	2,37 (1,78 – 3,17)***	2,42 (1,82 – 3,20)***	1,75 (1,37 – 2,23)***	2,21 (1,71 – 2,87)***
Önkontroll	0,75 (0,66 – 0,87)***	0,84 (0,75 – 0,95)**	0,83 (0,72 – 0,95)**	0,89 (0,80 – 0,99)*
Tantárgyakhoz való viszony	-	-	2,87 (1,21 – 7,36)*	-
Iskolához való viszony	-	0,49 (0,24 – 0,96)*	-	0,44 (0,23 – 0,85)*
Családi támogatás	0,29 (0,09 – 0,97)*	-	-	-
Baráti támogatás	-	1,64 (1,08 – 2,66)*	-	1,85 (1,15 – 2,97)*
Jelentős mások támogatása	0,34 (0,16 – 0,73)**	-	-	-
χ^2	95,57***	107,30***	61,81***	98,90***
df	16	16	16	16
Nagelkerke R^2	0,51	0,49	0,40	0,46

Megjegyzés: A független változó és a függő változó közötti kapcsolatot jellemző esélyhányadosok többváltozós logisztikus regressziós elemzésekből származnak (csak a szignifikáns változókat mutatjuk be). EH (esélyhányados); CI (konfidenciaintervallum). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

7.2.3.4. Serdülőkori rizikómagatartásokkal kapcsolatos eredmények megbeszélése

A kutatás ezen fázisának célja az volt, hogy megvizsgálja és több szinten feltárja a potenciális védőfaktorokat a serdülőkből álló mintán. Az európai és nemzetközi kutatások szerint a serdülők körében a hagyományos szerhasználat - mint például a dohányzás és az alkoholfogyasztás - csökkenő tendenciája ellenére, még aggodalomra okot adó szinten vannak, különösen a kelet-európai országokban, köztük Magyarországon (De Looze et al., 2019; ESPAD, 2020; Inchley et al., 2020). Ezek alapján a prevenció tényezőik azonosítása segíthet ezen egészségkockázati magatartások előfordulásának csökkentésében. A protektív faktorokat a tizenévesek mentális jólléte felől közelítettük meg, mivel a serdülők mentális egészsége a közegészségügyi prioritások közé tartozik (Walsh et al., 2020; Billore et al., 2023).

Eredményeink alátámasztották a szakirodalomban már megfigyelhető tendenciát, miszerint a serdülők szerhasználatában nem volt statisztikailag szignifikáns nemi különbség, a lányoknál azonban kissé magasabb arány mutatkozott a dohányzás és az alkoholfogyasztás három hónapos prevalenciája tekintetében (ESPAD, 2020). A pszichés változók esélyeit kiszámítva azt találtuk, hogy az önkontroll általános védő szerepet játszik a szerhasználattal szemben, míg az életkor általános kockázati tényező volt. Emellett más potenciális protektív tényezők (önbecsülés, reziliencia, család vagy a jelentős személyek társas támogatása, iskolai kötődés számos aspektusa és a mentális egészség) is hozzájárulhatnak a megelőzéshez, míg a baráti támogatás az alkoholfogyasztás rizikófaktoraként hat (Zheng et al., 2022).

Az eredmények bemutatásának első lépéseként a serdülők körében megmutattuk a szerhasználat előfordulását és a két nem közötti különbségeket. A dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos korábbi kutatások a kelet-európai régióban megerősítették, hogy mind az élethosszig tartó, mind a három hónapos prevalencia magasabb, mint a nyugat-európai régióban (De Looze et al., 2019; ESPAD, 2020; Inchley et al., 2020; Németh, 2024). A tizenévesek mintegy 50%-a már kipróbálta és használta az alkoholt az előző három hónap során. A korábbi tanulmányok eltérő nemi különbségeket mutattak ezen területen (ESPAD, 2020; Inchley et al., 2020; Wellman et al., 2016). A korábbi kutatásokhoz hasonlóan, és feltételezésünk alapján (H_{15}), mi sem mutattunk ki különbséget sem az életprevalenciában, sem pedig a három hónapos prevalenciában a fiúk és a lányok között. Ez a megállapítás megerősíti a korábbi kutatási eredményeket, amelyek szerint a nemek közötti különbségek csökkenek a szerhasználat tekintetében (De Looze et al., 2019; ESPAD, 2020; Inchley et al., 2020; Németh, 2024).

Összehasonlítottuk a lehetséges protektív tényezők szintjét, azaz a vizsgálatba bevont pszichés változókat a jelenlegi a dohányzás és az alkoholfogyasztás prevalenciája alapján. Találtunk különbségeket a szerhasználók és a nem használók között mindkét típusú szerhasználat esetében. A mintába került serdülők körében a jelenlegi fogyasztók alacsonyabb pontszámot értek el, különösen a következő skálákon: jóllét, önbecsülés, önkontroll és a családtól kapott társas támogatás. Ezek az eredmények alátámasztják a korábbi kutatási eredményeket, amelyek szerint szoros kapcsolat van a szerhasználat és az intra- és interperszonális jellemzők, például az önbecsülés és az önkontroll (Sukanti et al., 2019; Szinay et al., 2019; Wellman et al., 2016; Wills et al., 2022; Yang et al., 2019), a jóllét (Walsh et al., 2020; Zullig et al., 2001) és a családi társas támogatás (Borca et al., 2017) között. A szerhasználat könnyen kimerítheti a személyes erőforrásokat, vagy ezen belső, pszichés erőforrások alacsonyabb szintje az öngyógyító stratégián keresztül a szerhasználat kockázati

tényezője lehet. Az iskolai kötődés területein feltárt különbségek szintén rávilágítanak a tizenévesek szerhasználatában játszott jelentős szerepére, és megerősítik a korábbi kutatási eredményeket (Hemphill et al., 2014; Mihic et al., 2022; Varela et al., 2021; Telzer et al., 2018). Az alacsonyabb iskolai kötődéssel rendelkező fiatalok nagyobb mértékben veszélyeztetettek a szerhasználati tevékenységekre, míg azok a fiatalok, akik elzárkóznak a szerhasználattól, nagyobb fokú iskolai kötődésről számoltak be. Ez az eredmény az iskolai kötődés védő szerepére utalhat. Azok a serdülők, akik pozitívan viszonyulnak az iskolájukhoz, jobban kötődnek az iskolához, tanáraikhoz, társaikhoz és tanulmányaikhoz, azok nagyobb valószínűséggel vesznek részt egészséges viselkedésformákban. Eredményeink arra utalnak, hogy az iskolai kötődés különösen fontos az alkoholfogyasztás esetében.

Hasonló képet mutatnak a serdülők önkontrolljára és önbecsülésére, jóllétére, valamint a család és a jelentős személyek társas támogatására elvégzett bináris logisztikus regressziós elemzések eredményei is, melyek alátámasztják korábbi feltételezésünket is (H₁₇). Ezek az eredmények megerősítik azokat a korábbi megállapításokat, amelyek szerint az önbecsülés és az önkontroll kockázatsökkentő hatással lehet a szerhasználatra. Ezek a protektív tényezők más személyes erőforrásokkal együtt, mint például az énhatékonyság, az önértékelés és a hatékony önszabályzás, védelmet nyújthatnak a negatív egészségügyi kimenetekkel szemben (Dvorak et al., 2018; Perski et al., 2022). Ezenkívül a rezilienciát egyértelmű védőfaktorként azonosítottuk a szerhasználat mindkét típusának életprevalenciája esetében és az alkoholfogyasztás háromhavi prevalenciája tekintetében is. A nagyobb rezilienciával rendelkező serdülők nagyobb valószínűséggel mondanak nemet a szerhasználat kísértéseire, különösen a kezdeti szakaszban. Ez megerősíti azokat a korábbi eredményeket, amelyek szerint a reziliens serdülők jobban alkalmazkodnak a stresszhelyzetekhez, mivel rezilienciájuk megakadályozhatja őket a kísérletezésben és a rendszeres szerhasználatban való részvételben (Hemphill et al., 2014; Perreira et al., 2019).

Eredményeink alapján az látható, hogy a proaktív megküzdés nem szolgált védőfaktorként, ezért további kutatásokra van szükség a serdülőkorúak szerhasználatával szembeni hatékonyabb megküzdési stratégiák azonosításához. A személyes, pszichés erőforrások a jólléti változókkal együtt fontos védőfaktorok, ami arra utal, hogy egy jól alkalmazkodó és mentálisan kiegyensúlyozott kamasz képes ellenállni az egészségkockázatot jelentő viselkedésformáknak (Zheng et al., 2022; Zullig et al., 2001). Interperszonális szinten a család és a jelentős személyek társas támogatása, valamint az iskolai kötődés szintén védelmet nyújthat a serdülők számára (Hemphill et al., 2014; Mihic et al., 2022; Varela et al., 2021; Balázs et al., 2016 Borca et al., 2017). A szülők részéről érkező érzelmi támogatás, valamint a

szülők védelmező magatartása vagy a családként átélt közös programok mind a családi társas támogatás releváns aspektusai lehetnek (Balázs et al., 2016). Továbbá a serdülők iskolájuk iránti elkötelezettsége, valamint a tanárokkal való társas interakciók minősége és az elfogadó iskolai környezet szintén megakadályozhatja őket az egészségügyi kockázatokban és a problémaviselkedésben (Hemphill et al., 2014; Mihic et al., 2022; Varela et al., 2021). Nem meglepő módon az életkort minden esetben kockázati tényezőként azonosítottuk, azonban a nemnek nem volt befolyásoló szerepe.

A többváltozós elemzés alapján az önkontroll egyetemes védőfaktor a serdülőkorúak minden általunk vizsgált és az elemzésbe bevont szerhasználatával szemben. Az életkor univerzális kockázati tényező mindkét szerhasználati típusban (H_{16}), a baráti társas támogatás pedig növeli az alkoholfogyasztás kockázatát (Zheng et al., 2022; Zullig et al., 2001). A kortársnyomás erősen meghatározza az alkoholfogyasztást, mivel ez egy olyan társas tevékenység, amelyet általában a barátokkal osztanak meg. Érdekes módon a kortársakhoz való viszony és az iskolai kötődés nem volt kockázati tényező, míg a közeli barátok szerepe (azaz a legjobb barát hatás a szerhasználatban) eltérhet ettől a kapcsolattól (Chaput-Langlois et al., 2022). A családtól és a jelentős személyektől származó társas támogatás védelmet nyújt a dohányzás ellen, míg az iskolai kötődés fontosabb védőfaktornak tűnik az alkoholfogyasztással szemben.

7.2.4. A pszichológiai jóllét a képességek és nehézségek tükrében és a rizikómagatartásokkal való összefüggésében¹⁷

A kutatásnak ebben a fázisában a serdülők mentális egészsége, az externalizáló- és internalizáló problémáik, valamint ezen területek és a rizikómagatartások között kerestünk kapcsolatot. A serdülőkori pszichológiai jóllét összetevőit közelebbről is megvizsgáltuk, valamint azt is, hogy ez hogyan kapcsolódhat össze a serdülők érzelmi- és viselkedési problémáival, és ezek megléte vajon rizikótényezőként szolgálhat-e a szerhasználat esetében. A szerhasználati gyakoriságot először két korcsoportban vizsgáltuk meg, a korábban már említett (lásd. 6.2.1. fejezet) korai serdülőkor (10-13 év) és a középső-késői serdülőkor (14-19 év) figyelembevételével, hogy az eredmények értelmezésénél a korcsoportok közötti különbségeket is számításba tudjuk venni. Ezt követően megvizsgáltuk a serdülőkori pszichológiai jóllét (EPOCH-H) dimenzióit és a képességek és nehézségek (SDQ) dimenziót a

¹⁷ A bemutatott eredmények a következő tanulmányban kerültek publikálásra: Dudok, R., & Pikó, B. (2024). Serdülők rizikómagatartása a pszichológiai jóllét, valamint a képeségek és nehézségek tükrében. *Magyar Pedagógia*, 124(2), 89-110.

nemek, a korosztályok és a jelenlegi szerfogyasztás tekintetében. Majd végül megnéztük, hogy ennek a két konstruktumnak protektív-, illetve rizikóhatása van-e a szerfogyasztásra.

7.2.4.1. A szerfogyasztási gyakoriság a korosztályok tekintetében

Az 18. táblázat az egészség-rizikó magatartások gyakorisági eloszlását mutatja be mind az életprevalencia, mind pedig a három-havi prevalencia esetében. Az elemzést korcsoporti bontásban is elvégeztük. Az első korcsoportba a 11-13 évesek kerültek (n=154), a másodikba a 14-18 évesek (n=122). Az így elvégzett összehasonlítások alapján a dohányzás esetében látható, hogy a két csoportnál, mind a háromhavi ($\chi^2=28,57$ p<0,001), mind pedig az életprevalencia ($\chi^2=30,763$ p<0,05) alapján megfigyelhető a növekedés. Az alkoholfogyasztás esetében a második korcsoportban a tendencia megfordul és mind a három-havi prevalencia ($\chi^2=60,62$ p<0,001), mind pedig az életprevalencia ($\chi^2=57,06$ p<0,001) esetében a fogyasztás előfordulása lesz a magasabb.

18. táblázat. Az egészségmagatartás leíró statisztika eredménye a teljes mintán (n = 276)

Változók	Gyakoriság N (%)	Korcsoport -1 (N=154)	Korcsoport-2 (N=122)
Dohányzás valaha			
Nem	212 (77,7)	137 (90,1)	75 (62,0)*
Igen	61 (22,3)	15 (9,9)	46 (38,0)
Dohányzás az elmúlt három hónapban			
Nem	233 (84,4)	146 (94,8)	98 (71,3)*
Igen	43 (15,6)	8 (5,2)	35 (28,7)
Alkoholfogyasztás valaha			
Nem	119 (43,6)	97 (63,8)	22 (18,2)*
Igen	154 (56,4)	55 (36,2)	99 (81,8)
Alkoholfogyasztás az elmúlt három hónapban			
Nem	136 (49,3)	108(70,1)	28 (23,0)*
Igen	140 (50,7)	46 (29,9)	94 (77,0)

Megjegyzés: Khí négyzet próbával szignifikáns eltérés volt a korcsoportok alapján (* p<0,001). Korcsoport – 1 (11-13 év), Korcsoport – 2 (14-18 év)

7.2.4.2. A serdülőkori pszichológiai jóllét (EPOCH-H) és a képességek és nehézségek (SDQ) leíró statisztikái, valamint összehasonlító elemzései

A 19. táblázatban látható, hogyan alakult a mintában a pszichológiai jóllét (EPOCH-H), valamint öt összetevőjének átlaga a nemek és a korosztályok tekintetében. Azt láthatjuk, hogy a fiúk és a lányok között a boldogság alskálán lelhető fel szignifikáns különbség (t(274) = 1,973; p = 0,049), amely alapján elmondható, hogy a mintában részt vevő fiúk szignifikánsan boldogabbnak érzik magukat, mint a lányok. A korosztályi összehasonlításban azt látjuk, hogy

egyedül a boldogság alskálán található különbség a két korcsoport között ($t(274)=2,662$ $p=0,008$). Ez alapján elmondható, hogy a fiatalabb serdülőkorosztály érzi magát boldogabbnak.

Látható továbbá, hogy a Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) alapján hogyan alakultak a résztvevők pszichés és viselkedési problémái saját bevallásuk alapján, nemi és korosztályi összehasonlításban. Az adatokból kiderül, hogy a nemek között az érzelmi tünetek ($t(260) = -5,177$; $p < 0,001$) és a proszocialitás területén ($t(265) = -2,310$; $p = 0,022$) mutatható ki szignifikáns különbség. Ennek alapján elmondható, hogy a lányok több érzelmi problémával küzdenek, mint a fiúk. Valamint a mintában részt vevő lányokra magasabb szintű proszociális viselkedés jellemző, mint a mintában részt vevő fiúkra. A korosztályi összehasonlítást áttekintve nem található számottevő különbség a csoportok között (minden $p > 0,05$).

19. táblázat. A pszichológiai jóllétet, valamint a pszichés- és viselkedési problémákat mérő kérdőívek leíró statisztikai eredménye a nemek és a korosztályok tekintetében

	Fiúk (n=151)	Lányok (n=125)		Korcsoport1 (n=154; 11-13 év)	Korcsoport2 (n=122; 14-18 év)	
Változók	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t-érték	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t-érték
EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét						
Elmélyülés	3,90 (0,58)	3,77 (0,67)	1,78	3,90 (0,63)	3,76 (0,61)	1,86
Kitartás	3,67 (0,75)	3,53 (0,86)	1,44	3,69 (0,78)	3,51 (0,82)	1,90
Optimizmus	3,77 (0,80)	3,58 (0,90)	1,76	3,71 (0,88)	3,65 (0,82)	0,60
Kapcsolódás	4,29 (0,71)	4,30 (0,75)	- 0,11	4,32 (0,69)	4,25 (0,77)	0,74
Boldogság	4,04 (0,91)	3,81 (1,02)	1,97*	4,08 (0,93)	3,77 (0,99)	2,66**
SDQ Képességek és Nehézségek Kérdőív						
Érzelmi tünetek	3,17 (2,32)	4,75 (2,64)	-5,17***	3,80 (2,29)	4,00 (2,93)	-0,62
Viselkedési problémák	3,03 (1,94)	2,82 (1,76)	0,89	3,06 (1,97)	2,78 (1,70)	1,24
Hiperaktivitás	4,21 (2,14)	4,17 (2,31)	0,16	4,10 (2,34)	4,31 (2,15)	-0,75
Kortárskapcsolati problémák	2,96 (2,09)	2,71 (2,12)	0,96	2,86 (2,15)	2,82 (2,05)	0,17
Proszocialitás	7,18 (2,11)	7,76 (1,92)	-2,31*	7,49 (2,06)	7,39 (2,03)	0,38

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Az adatok elemzésének következő lépéseként a serdülőkor pszichológiai jóllét (EPOCH-H) és a képességek és nehézségek (SDQ) mentén hasonlítottuk össze azokat, akik az elmúlt három

hónapban folytattak különböző típusú szerhasználatot (20. táblázat). Először a dohányzásra vonatkozó eredményeket mutatjuk be. A kétmintás t-próba eredményei alapján elmondható, hogy a dohányzó és a nem dohányzó fiatalok között a pszichológiai jóllét területén több esetben is kimutatható szignifikáns különbség. Tehát a pszichológiai jóllét kitartás skáláján ($t(273) = 2,452$; $p=0,15$), az optimizmus skáláján ($t(274) = 2,348$; $p = 0,20$), a kapcsolódás skálán ($t(274) = 2,363$; $p=0,022$) és a boldogság ($t(274) = 5,400$; $p<0,001$) skáláján az eltérések számottevők. Az átlageredmények azt jelzik, hogy minden esetben azok mutatnak magasabb szintet a jóllét dimenzióiban, akik az elmúlt három hónapban nem dohányoztak (lásd 20. táblázat).

A Képességek és Nehézségek feltérképezése alapján az érzelmi és viselkedési problémák eltérően alakulnak a dohányzó és nem dohányzó fiatalok körében. A következő területeken mutathatók ki szignifikáns eltérések: érzelmi tünetek ($t(260) = -3,661$; $p<0,00$), viselkedési problémák ($t(265) = -4,669$; $p<0,001$) és a hiperaktivitás ($t(276) = -3,536$; $p<0,001$). Az átlageredmények alapján minden esetben azok, akik dohányoztak szignifikánsan több problémáról, tünetről számoltak be, mint azok, akik az elmúlt három hónapban nem dohányoztak (lásd 20. táblázat).

Az utóbbi három hónapban alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó fiatalokat szintén összehasonlítottuk a kétmintás t-próba segítségével a vizsgált pszichés változók mentén. Azt tapasztaltuk, hogy a pszichológiai jóllét összetevői közül az elmélyülés ($t(273) = 1,974$; $p=0,049$), a kitartás ($t(273) = 3,258$; $p=0,001$), az optimizmus ($t(274) = 2,322$; $p=0,021$) és a boldogság ($t(274) = 4,274$; $p<0,001$) dimenzióiban mutatható ki szignifikáns különbség. Az átlageredmények alapján minden esetben az tapasztalható, hogy azok, akik az elmúlt három hónapban nem fogyasztottak alkoholt, szignifikánsan magasabb jólléti szintről számoltak be, mint azok, akik fogyasztottak (20. táblázat).

Továbbá a Képességek és Nehézségek skála alapján, több területen igazolhatók számottevő különbségek a szerfogyasztó és nem fogyasztó csoportok között. Az adatok alapján a hiperaktivitás tekintetében ($t(267) = -3,085$; $p = 0,002$) és a proszocialitás skálán ($t(265) = 2,546$; $p = 0,011$) tapasztalható szignifikáns eltérések. Az átlageredmények azt mutatják, hogy azok, akik az elmúlt három hónapban fogyasztottak alkoholt, szignifikánsan több tünetet jeleztek a hiperaktivitás skálán, és inkább jellemzőbb rájuk a proszociális viselkedés, mint azokra, akik nem fogyasztottak (20. táblázat).

20. táblázat. A pszichológiai jóllét (EPOCH-H), valamint a pszichés- és viselkedési problémák területén (SDQ) mutatott különbségek az elmúlt három hónapi szerhasználat tekintetében

	Nem dohányzott	Dohányzott		Nem fogyasztott alkoholt	Fogyasztott alkoholt	
Változók	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t-érték	Átlag (SD)	Átlag (SD)	t-érték
EPOCH-H						
Serdülőkori	3,90 (0,61)	3,51 (0,64)	3,79***	3,97 (0,58)	3,71 (0,64)	3,53***
Pszichológiai Jóllét						
Elmélyülés	3,70 (0,78)	3,57 (0,83)	0,99	3,78 (0,76)	3,59 (0,80)	1,97*
Kitartás	3,66 (0,79)	3,33 (0,81)	2,45*	3,77 (0,78)	3,46(0,80)	3,25***
Optimizmus	3,73 (0,83)	3,40 (0,94)	2,34*	3,81 (0,77)	3,56 (0,92)	2,32*
Kapcsolódás	4,34 (0,68)	4,00 (0,92)	2,36**	4,35 (0,71)	4,23 (0,75)	1,3
Boldogság	4,07 (0,88)	3,24 (1,11)	5,40***	4,19 (0,82)	3,70 (1,00)	4,27***
SDQ Képességek és						
Nehézségek Kérdőív	14,55 (5,89)	19,72 (5,13)	-4,96***	14,7 (6,01)	15,83 (6,06)	-1,49
Érzelmi tünetek	3,66 (2,51)	5,28 (2,66)	-3,66***	3,82 (2,50)	3,97 (2,68)	-0,45
Viselkedési problémák	2,72 (1,80)	4,17 (1,73)	-4,66***	2,71 (1,86)	3,15 (1,83)	-1,92
Hiperaktivitás	4,00 (2,18)	5,33 (2,06)	-3,53***	3,78 (2,24)	4,60 (2,11)	-3,08**
Kortárskapcsolati problémák	2,57 (2,06)	3,40 (2,26)	-1,80	2,86 (2,12)	2,83 (2,09)	0,09
Proszocialitás	7,46 (2,02)	7,34 (2,18)	0,34	7,77 (2,00)	7,13 (2,04)	2,54*

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

7.2.4.3. Bináris logisztikus eredmények az EPOCH-H és az SDQ figyelembevételével

A bináris logisztikus regressziós eljárás segítségével teszteltük a jelenlegi dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatot, és ennek segítségével tártuk fel, hogy mely tényezőknek van esélynövelő (kockázati), illetve esélycsökkentő (protektív) hatása a szerfogyasztásra. Az elemzés során az értékelésnél az 1-nél nagyobb esélyhányados (EH=Odds Ratio) esélynövelő, az 1-nél kisebb pedig esélycsökkentő hatással rendelkezik. A szignifikancia igazolásához a p érték mellett 95%-os konfidencia intervallumot (95% CI) is számítottunk. Az eredményeket a 21. táblázat mutatja be.

A dohányzás estében az találtuk, hogy a pszichológiai jóllét összességben (EH=0,40; 95% CI=0,24-0,66; p<0,001), valamint a dimenziói közül a kitartás (EH=0,61; 95% CI=0,41-0,91; p<0,05), az optimizmus (EH=0,65; 95% CI=0,45-0,94; p<0,05), a kapcsolódás (EH=0,57; 95% CI=0,38-0,84; p<0,01) és a boldogság (EH=0,44; 95% CI=0,31-0,61; p<0,001) jelentősen csökkentik a dohányzás esélyét. Azonban az eredmények alapján az életkor (EH=1,64; 95% CI=1,37-1,97; p<0,001), valamint a mentális és a viselkedési problémák, úgymint az érzelmi tünetek (EH=1,27; 95% CI=1,11-1,46; p<0,01), a viselkedési tünetek (EH=1,50; 95% CI=1,24-1,80; p<0,001) és a hiperaktivitás (EH=1,32; 95% CI=1,12-1,60; p<0,01) szignifikáns

esélynövelő hatással vannak a dohányzás valószínűségére. Az életkor szerinti csoportok terén szintén igazolható az esélynövelő hatás a 15-18 éves korosztályban: EH=7,34; 95% CI=3,26-16,55; $p<0,001$ (21. táblázat).

Az alkoholfogyasztás esetében megfigyelhető, hogy a pszichológiai jóllét összességében (EH=0,50; 95% CI=0,33-0,74; $p<0,01$), valamint a dimenziói közül a kitartás (EH=0,61; 95% CI=0,44-0,82; $p<0,01$), az optimizmus (EH=0,72; 95% CI=0,54-0,95; $p<0,05$) és a boldogság (EH=0,58; 95% CI=0,44-0,75; $p<0,001$) szignifikánsan jelentős esélycsökkentő hatású. Továbbá szintén szignifikánsan esélycsökkentés figyelhető meg a proszocialitás esetében is (EH=0,86; 95% CI=0,76-0,96; $p<0,05$). Azonban az életkor (EH=2,17; 95% CI=1,74-2,70; $p<0,001$), valamint a hiperaktivitás tünetei (EH=1,19; 95% CI=1,06-1,33; $p<0,05$) szignifikáns esélynövelő hatással bírnak az alkoholfogyasztásra. Az életkor szerepét az esélyhányados korcsoportonkénti adatai is megerősítik: EH=7,88; 95% CI=4,57-13,59; $p<0,001$ (21. táblázat).

21. táblázat. Az aktuális szerhasználat alapján végzett bináris logisztikus elemzés (EH, esélyhányados)

Prediktor változók	Dohányzás az elmúlt 3 hónapban	Alkoholfogyasztás az elmúlt 3 hónapban
	EH ^b (95% CI) ^c	EH ^b (95% CI) ^c
Szociodemográfiai változók		
Kor (év)	1,64 (1,37 – 1,97)***	2,17 (1,74 – 2,70)***
Nem		
Fiú ^a	1,00	1,00
Lány	0,76 (0,39 – 1,45)	0,86 (0,53 – 1,38)
Korcsoport		
11-13 év ^a	1,00	1,00
14-18 év	7,34 (3,26 – 16,55)***	7,88 (4,57 – 13,59)***
EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét		
Elmélyülés	0,40 (0,24 – 0,66)***	0,50 (0,33 – 0,74)**
Kitartás	0,81 (0,54 – 1,22)	0,73 (0,64 – 1,00)
Optimizmus	0,61 (0,41 – 0,91)*	0,61 (0,44 – 0,82)**
Kapcsolódás	0,65 (0,45 – 0,94)*	0,72 (0,54 – 0,95)*
Kapcsolódás	0,57 (0,38 – 0,84)**	0,80 (0,57 – 1,11)
Boldogság	0,44 (0,31 – 0,61)***	0,58 (0,44 – 0,75)***
SDQ Képességek és Nehézségek		
Érzelmi tünetek	1,16 (1,09 – 1,24)***	1,03 (0,99 – 1,07)
Viselkedési tünetek	1,27 (1,11 – 1,46)**	1,02 (0,93 – 1,12)
Hiperaktivitás	1,50 (1,24 – 1,80)***	1,13 (0,99 – 1,29)
Kortárskapcsolódási problémák	1,32 (1,12 – 1,60)**	1,19 (1,06 – 1,33)**
Proszocialitás	1,15 (0,98 – 1,33)	0,99 (0,88 – 1,11)
	0,97 (0,82 – 1,14)	0,86 (0,76 – 0,96)*

Megjegyzés: Az egyes független változók és a függő változó kapcsolatát jellemző esélyhányadosok a külön-külön elvégzett logisztikus regresszióelemzésekben származnak.

^aReferencia kategória; ^bEH (Esélyhányados); ^cCI95%, (95%-os Konfidencia Intervallum); * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

7.2.4.4. A pszichológiai jóllét, valamint a képességek és nehézségekkel kapcsolatos eredmények megvitatása

A disszertáció ezen része a serdülők mentális egészsége, mentális egészségének problémái és a szerfogyasztás összefüggésével foglalkozott. Tehát a rizikómagatartásokkal szembeni protektív tényezők feltárását a mentális egészség és a pszichológiai jóllét szemszögéből közelítettük meg, mert a pszichológiai jóllét elősegítése a serdülőkorban közegészségügyi prioritás (Walsh et al., 2020; WHO, 2019). A mentális egészség szempontjából az EPOCH-H kérdőív és dimenzióinak eredményeit vettük alapul, ami 5 területen méri a serdülők jóllétét. A serdülők mentális nehézségeinek mérésére pedig a Képességek és Nehézségek (SDQ) kérdőívet vettük alapul, mely kérdőív alkalmas az internalizáló- és az externalizáló tünetek mellett a proszociális viselkedés feltárására is.

Első lépésként a résztvevő serdülők szerhasználati gyakoriságait állapítottuk meg a korosztályi különbségek tükrében. Elemzésünk során lehetőségünk volt két különálló korcsoportot kialakítani: az elsőbe a 11-13 évesek kerültek, míg a másodikba a 14-18 évesek. Ez a csoportosítás a serdülőkor két jelentős szakaszát jelképezi, amelyek között pszichológiai, biológiai és szociális szempontból is fontos különbségek mutatkoznak. Az első csoportban (11-13 évesek) a serdülők még jellemzően a korai pubertás fázisában vannak, amikor az érzelmi- és viselkedésbeli szabályozás kezd formálódni. Ebben az időszakban nagyobb szerepe lehet a viselkedés formálásában a szülői kontrollnak és a családi háttérnek, valamint a kockázati magatartások megjelenésének (Shulman et al., 2015). Ezzel szemben a 14-18 évesek már a kései serdülőkorba lépnek, ahol a kortárskapcsolatok befolyása jelentősebbé válik, az önállóság, valamint a kockázatvállalási hajlam fokozódik (Steinberg, 2007). Eredményeink azt mutatják, hogy az idősebb korosztálynál minden esetben magasabb a szerhasználati arány.

Második lépésként a kiválasztott pszichés tényezőket vizsgáltuk meg. Összehasonlítottuk a pszichológiai jóllét és a képességek és nehézségek területeit is a nemek és korosztályok tekintetében. Azt találtuk, hogy a pszichológiai jóllét esetében egyedül a boldogság alskálán van statisztikailag igazolt/szignifikáns különbség a nemek között: a lányok szignifikánsan alacsonyabb boldogságról számoltak be, mint a fiúk. Ez az eredmény megerősíti a korábbi kutatási eredményeket, valamint a lányok fokozott érzékenységet jelent ebben az életkorban, de a viselkedési és érzelmi problémák nagyobb kockázatát is eredményezheti (Liu et al., 2022; Ronen et al., 2016).

A Képességek és Nehézségek területein a nemek tekintetében megállapítható, hogy a lányok szignifikánsan több érzelmi problémáról számoltak be, azonban szignifikánsan

jellemzőbb rájuk a proszociális viselkedés, mint a fiúkra. Ez az eredmény szintén a serdülő lányok sajátos érzelmi fejlődésére utalhat, mivel az érzelmi skálák összetettebb kifejezésére képesek, így azonban érzékenyebbé válhatnak az érzelmi-hangulati problémákra is egyben (Liu et al., 2022; Ronen et al., 2016). A proszocialitás magas szintjét szintén a lányok szenzitivitásával lehet kapcsolatba hozni. Korábbi kutatások rávilágítottak, hogy az olyan proszociális viselkedések, mint a másokkal való együttérzés és a segítség, inkább jellemző a lányokra, mint a fiúkra (Brassai & Pikó, 2011).

A korosztályok tekintetében egyedül az EPOCH-H boldogság skálán találtunk számottevő különbséget, mely alapján a fiatalabbak boldogabbnak ítélik meg magukat, mint az idősebbek. Ez több szinten magyarázható, például az életkori sajátosságokkal, miszerint a fiatalabb serdülők általában kevesebb felelősséget és stresszt élnek át (pl. iskolai teljesítmény, társas nyomás), ami hozzájárulhat nagyobb boldogságérzetükhöz. Idősebb serdülők esetében már hangsúlyosabbak lehetnek a jövővel kapcsolatos aggodalmak (pl. továbbtanulás, pályaválasztás) (Kim & Kim, 2020). Illetve kulturális és környezeti szempontból is magyarázható, miszerint az oktatási rendszer, családi háttér, illetve társas kapcsolatok alakulása befolyásolhatja az életkori boldogságérzetet. Például, a fiatalabb serdülők környezetében erősebb a támogató családi jelenlét, amely elősegítheti a pozitív érzelmi állapotot (Hamvai & Pikó, 2009).

Ezt követően összehasonlítottuk a pszichológiai jóllét és a Képességek és Nehézségek területeit a három havi szerhasználat tekintetében. Eredményeink alapján látható, hogy az, aki dohányzott az elmúlt három hónapban, a pszichológiai jóllét elmélyülés, kitartás, optimizmus, kapcsolódás és boldogság alskáláján is szignifikánsan alacsonyabb eredményt mutatott. Az alkoholfogyasztás esetében is hasonló mintázat figyelhető meg. Az, aki az elmúlt három hónapban alkoholt fogyasztott, szignifikánsan alacsonyabb értékekről számolt be az elmélyülés, a kitartás, az optimizmus és a boldogság területén. Ezek az eredmények alátámasztják, hogy a mentális jóllét összefüggésbe hozható a szerhasználattal, az alacsony mentális jóllét hajlamosíthat a rizikómagatartásra, különösen a serdülők alkoholfogyasztására és dohányzására (Aucott et al., 2014; Schwartz et al., 2010).

Az SDQ területeit illetően az figyelhető meg, hogy a szerhasználók és nem használók között inkább csak a dohányzás az, ami a mentális élet nehézségeiben eltérést mutat a két csoport között. Tehát a dohányzás esetében azt találtuk, hogy azok, akik dohányoztak az elmúlt három hónapban, több érzelmi tünetet, több viselkedési problémát, valamint nagyobb mértékű hiperaktivitási tüneteket mutattak. Míg az alkoholfogyasztás esetében a két csoport között csak a hiperaktivitási tüneteknél volt kimutatható számottevő különbség. Az alkoholfogyasztást

illetően azok, akik nem fogyasztottak alkoholt az elmúlt három hónapban, szignifikánsan magasabb szintű proszociális viselkedésről számoltak be. Ezek az eredmények összhangban vannak a korábbi kutatások eredményeivel az externalizáló problémaviselkedés és a szerhasználat közötti kapcsolatáról (Fidalgo et al., 2016, Lee et al., 2021; Pearson et al., 2006). Azok az eredményeink azonban, amelyekben a dohányzók magasabb érzelmi tünetekről számolnak be, a serdülőkori dohányzás mögött meghúzódó motivációs okoknak tudható be, s így az internalizáló viselkedési nehézségek és a dohányzás közötti kapcsolatra utalhatnak. A serdülők ugyanis gyakran olyankor fordulnak a dohányzás lehetősége felé, amikor stresszel járó élményekkel találkoznak és nem tudnak megbirkózni az ebből fakadó problémákkal, vagy pedig az identitásválság feszültsége túl nagymértékű teher számukra (Cheng & Furham, 2019).

A bináris logisztikus regressziós elemzés segítségével megvizsgáltuk, hogy a pszichológiai jóllét területei, valamint az SDQ területei védő-, vagy rizikóhatással vannak a szerfogyasztásra. Ezt a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében is megtettük. Eredményeink azt mutatják, hogy a pszichológiai jóllét és a mentális élet nehézségei is összefüggésbe hozhatók a rizikómagatartás megjelenésével (H₁₈, H₁₉). A dohányzás megjelenésében a pszichológiai jóllét területei közül a kitartás, az optimizmus, a kapcsolódás és a boldogság faktorok igazoltak protektív, vagyis kockázatsökkentő hatást. Az SDQ területei közül az érzelmi tünetek, a viselkedési tünetek és a hiperaktivitás pedig minden esetben esélynövelő hatással volt a dohányzásra, tehát rizikófaktorok tekinthetők. Az alkoholfogyasztás esetében hasonló tendencia mutatkozik meg. Az adatok szerint a pszichológiai jóllét területei közül a kitartás, az optimizmus, valamint a boldogság területei minden esetben esélycsökkentő hatással voltak, így protektív tényezőként gondolhatunk rájuk. Az SDQ alapján a hiperaktivitás tünetei növelték az alkoholfogyasztás megjelenését, tehát rizikótényezőnek minősülnek. Továbbá azt találtuk, hogy az alkoholfogyasztás esetében a proszociális viselkedés esélycsökkentő hatással bír, azaz protektív faktorként tekinthetünk rá. Ezek az eredmények összhangban állnak a korábbi vizsgálatok eredményeivel, miszerint a mentális jóllét elősegítheti a szerhasználat csökkentését, azaz protektív tényezőnek bizonyul mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás esetében (Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2010). Eredményeink bizonyítékként szolgálnak arra is, hogy mind az externalizáló-, mind pedig az internalizáló problémák potenciális rizikót jelentenek a dohányzás meglétére serdülőkorban.

A proszociális viselkedés eredményei szintén összefüggésben vannak a korábbi kutatások adataival, miszerint az olyan proszociális viselkedésformák, mint a szociális aktivitás vagy a konstruktív magatartásformák megléte, illetve a másokkal való együttműködés együtt

jár a dohányzás és az alkoholfogyasztás elkerülésével (Brassai & Pikó, 2011; Hassan et al., 2020).

Összességében az adatok azt igazolják, hogy a serdülők pszichológiai jóllétének erősítése hatékony megközelítés lehet a kockázati magatartások csökkentésére. A jóllét dimenziói közül különösen a kapcsolódás és az optimizmus mutatott erősebb negatív összefüggést a dohányzás és alkoholfogyasztás prevalenciájával. Ellenben a viselkedési problémák, különösen az érzelmi tünetek és a hiperaktivitás szignifikánsan magasabb gyakoriságot mutattak a dohányzó és alkoholt fogyasztó serdülők körében. A mentális egészség problémái, valamint a kockázati magatartások között tehát szoros kapcsolat van, ami alátámasztja a komplex intervenciók szükségességét, amelyek egyaránt foglalkoznak a mentális egészség és a problémaviselkedés kihívásaival.

7.2.5. Képességek és nehézségek a specifikus tanulási zavar tekintetében¹⁸

A disszertáció eredményeit bemutató utolsó szakaszban az volt a célunk, hogy feltárjuk a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók érzelmi- és viselkedési nehézségeit, majd megvizsgáljuk, ezek hogyan kapcsolódónak össze mentális egészségükkel. A kapott eredmények tükrében összehasonlítottuk őket tipikusan fejlődő társaikkal. Annak érdekében, hogy képet kapjunk ezekről a változókról a Képességek és Nehézségek Kérdőívet (SDQ), az élettel való elégedettséget és a proaktív megküzdés tényezőket vontuk be az elemzésbe. Az elemzéshez továbbá olyan független változókat vontunk be, amelyeket a szakirodalom gyakran hoz gyakorisági összefüggésbe a specifikus tanulási zavar diagnózisával, ezek szociodemográfiai adatok, mint például a nem, életkor, szülők iskolai végzettsége, szocioökonómiai státusz (Ayar, et al., 2022; Okoli, et al., 2022).

7.2.5.1. A szociodemográfiai adatok elemzése és a bevont változók kapcsolata a specifikus tanulási zavarral

A gyermekek szociodemográfiai jellemzőit a teljes mintára tekintve a 22. táblázat mutatja be. Az iskolai végzettség dichotóm formában a következőképpen alakult: az apák 33%-ának és az anyák 31,9%-ának nincs érettségije, míg a többi szülő magasabb iskolai végzettséggel rendelkezett. A szocio-ökonómiai státuszt szintén dichotóm formában is értelmeztük, és ezt a későbbi elemzésben is ebben a formában használjuk (középosztály vagy az alatti: 56,2%; felső és felső-középosztály: 43,8%).

¹⁸ A bemutatott eredmények a következő tanulmányban kerültek publikálásra: Piko, B., & Dudok, R. (2023). Strengths and Difficulties among Adolescent with and without Specific Learning Disorders (SLD). *Children (Basel)*, 10(11). <http://doi.org/10.3390/children10111741>

22. táblázat. A szociodemográfiai adatok és a minta jellemzőinek leíró statisztikái (n = 276)

Változók	n (%)
Nem	
Fiúk	151 (54,7)
Lányok	125 (45,3)
Korcsoport	
11-14 év	154 (55,8)
15-18 év	122 (44,2)
SES önértékelés	
Középosztály vagy annál alacsonyabb	155 (56,2)
Felső és felső-középosztály	121 (43,8)
Apa iskolai végzettsége	
Érettségi nélkül	91 (33,0)
Érettségi vagy fölötte	185 (67,0)
Anya iskolai végzettsége	
Érettségi nélkül	88 (31,9)
Érettségi vagy fölötte	185 (68,1)
Specifikus tanlási zavar	
Nem	133 (48,2)
Igen	143 (51,8)

A 23. táblázat a vizsgált kérdőívek leíró statisztikáit mutatja SLD-státusz szerint. Azok, akiknek SLD diagnózisa volt, szignifikánsan több érzelmi ($t(260) = -3,01$, $p < 0,01$) és viselkedési problémáról ($t(264) = -3,37$, $p < 0,001$) számoltak be. Ezek a serdülők alacsonyabb pontszámot értek el az élettel való elégedettségén ($t(266) = 2,11$, $p < 0,05$) és kevésbé használtak proaktív megküzdési stratégiákat ($t(256) = 2,35$, $p < 0,05$).

23. táblázat. A vizsgált pszichés területek leíró statisztikái az SLD diagnózissal rendelkező és nem rendelkező csoportok szerint (n = 276).

Változók	Tipikusan fejlődők (n = 133) Átlag (SD)	SLD diagnózissal rendelkezők (n = 143) Átlag (SD)	t-érték
SDQ dimenziók			
Érzelmi problémák	3,40 (2,60)	4,35 (2,51)	-3,01**
Viselkedési problémák	2,75 (1,76)	3,12 (1,94)	-1,66
Hiperaktivitás	3,98 (2,11)	4,40 (2,30)	-1,51
Kortárskapcsolati problémák	2,41 (2,13)	3,26 (2,00)	-3,37***
Proszociális viselkedés	7,21 (2,03)	7,67 (2,05)	-1,83
Szubjektív jóllét			
Élettel való elégedettség	25,52 (6,35)	23,73 (7,44)	2,11*
Megküzdési képességek			
Proaktív megküzdés	41,78 (6,68)	39,77 (7,05)	2,35*

Megjegyzés: Kétmintás t-próba: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A 24. táblázat a Pearson-féle korrelációs együtthatókat mutatja be a vizsgált skálákhoz. Az érzelmi problémák változó pozitívan korrelált a magatartási problémákkal ($r(260) = 0,29$,

$p < 0,001$), a hiperaktivitással ($r(261) = 0,29$, $p < 0,001$), a kortárskapcsolati problémákkal ($r(260) = 0,34$, $p < 0,001$), és negatívan az élettél való elégedettséggel ($r(256) = -0,34$, $p < 0,001$) és a proaktív megküzdéssel ($r(250) = -0,22$, $p < 0,01$). Erős pozitív kapcsolat volt a viselkedési problémák és a hiperaktivitás között ($r(266) = 0,54$, $p < 0,001$). Míg a viselkedési problémák változó pozitív kapcsolatban állt a kortárskapcsolati problémákkal ($r(264) = 0,30$, $p < 0,001$), addig a kortárskapcsolati problémák és a hiperaktivitás között nem volt kapcsolat. Mind a viselkedési problémák, mind a hiperaktivitás negatívan korrelált a proszociális viselkedéssel, az élettél való elégedettséggel és a proaktív megküzdéssel. A proszociális viselkedés negatív összefüggést mutatott a kortárskapcsolati problémákkal ($r(263) = -0,15$, $p < 0,05$) és pozitív korrelációt az élettél való elégedettséggel ($r(262) = 0,31$, $p < 0,001$) és a proaktív megküzdéssel ($r(254) = 0,36$, $p < 0,001$). Végül az élettél való elégedettség pozitívan kapcsolódott a proaktív megküzdéshez ($r(252) = 0,44$, $p < 0,001$). Az életkor csak az élettél való elégedettséggel korrelált ($r(268) = -0,15$, $p < 0,05$).

24. táblázat. A vizsgált skálák korrelációs mátrixa

Változók	1	2	3	4	5	6	7.
1. Érzelmi problémák	1	-	-	-	-	-	
2. Viselkedési problémák	0,29***	1	-	-	-	-	
3. Hiperaktivitás	0,29***	0,54***	1	-	-	-	
4. Kortárskapcsolati prob.	0,34***	0,30***	0,12	1	-	-	
5. Proszociális viselkedés	0,07	-0,36***	-0,28***	-0,15*	1	-	
6. Élettél való elégedettség	-0,24***	-0,33***	-0,26***	-0,31***	0,31***	1	
7. Proaktív megküzdés	-0,22**	-0,18**	-0,30***	-0,22**	0,36***	0,44***	1
8. Életkor	0,08	-0,06	0,08	0,06	-0,01	-0,15*	0,01

Megjegyzés: Pearson korrelációs együtthatók: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

7.2.5.2. A specifikus tanulási zavarral (SLD) kapcsolatos bináris logisztikus regressziós elemzések

A 25. táblázat az egyszerű bináris logisztikus regressziós elemzések eredményeit mutatja be (esélyhányadosok és 95%-os konfidenciaintervallumok) az SLD diagnózisára vonatkozóan.

25. táblázat. Az SLD diagnózissal rendelkező serdülők bináris logisztikus regressziós elemzése

Prediktor változók	SLD diagnózis	
	EH (95% CI)	B (S.E.) Wald
Szociodemográfiai adatok		
Kor (Évek)	1,15 (1,01 – 1,31)*	0,14 (0,07) 4,08
Nem		
Fiú ^a	1,00	
Lány	0,67 (0,42 – 1,08)	0,40 (0,24) 2,67
SES önértékelés		
Középosztály vagy annál alacsonyabb ^a	1,00	
Felső és felső-középosztály	0,39 (0,24 – 0,64)***	-0,94 (0,25) 14,24
Apa iskolai végzettsége		
Érettségi nélkül	1,00	
Érettségi vagy fölötté	0,42 (0,25 – 0,71)***	-0,87 (0,27) 10,61
Anya iskolai végzettsége		
Érettségi nélkül	1,00	
Érettségi vagy fölötté	0,57 (0,34 – 0,95)*	-0,57 (0,26) 4,68
SDQ dimenziók		
Érzelmi problémák	1,16 (1,05 – 1,28)***	0,15 (0,05) 8,57
Viselkedési problémák	1,12 (0,98 – 1,27)	0,11 (0,07) 2,73
Hiperaktivitás	1,09 (0,97 – 1,21)	0,08 (0,06) 2,27
Kortárskapcsolati problémák	1,22 (1,08 – 1,38)***	0,20 (0,06) 10,54
Proszociális viselkedés	1,12 (0,99 – 1,26)	0,11 (0,06) 3,31
Szubjektív jóllét		
Élettel való elégedettség	0,96 (0,93 – 0,99)*	-0,04 (0,02) 4,37
Megküzdés		
Proaktív megküzdés	0,96 (0,92 – 0,99)*	-0,04 (0,02) 5,33

Megjegyzés: SLD: Specifikus tanulási zavar. SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív. ^areferencia kategória; EH: esélyhányados; CI: Konfidencia intervallum; B: regresziós együttható; S.E.: Standard hiba. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

A szociodemográfiai jellemzők közül az életkor (EH=1,15; 95% CI=1,01 - 1,31, p<0,05) növelte, míg az apa magasabb iskolai végzettsége (EH=0,42; 95% CI=0,25 - 0,71, p<0,001) és az anya magasabb iskolai végzettsége (EH=0,57; 95% CI=0,34 - 0,94, p<0,05) csökkentette annak valószínűségét, hogy specifikus tanulási zavar (SLD) diagnózissal rendelkezik valaki vagy sem. Hasonló összefüggés észlelhető a szocio-ökonómiai (SES) magasabb szintű önértékelése esetén (EH=0,39; 95% CI=0,24 - 0,64, p<0,001), csökkentette a specifikus tanulási zavarral való rendelkezésének kockázatát. Az SDQ alsókálák közül mind az érzelmi (EH=1,16; 95% CI=1,05 - 1,28, p<0,001), mind a kortárskapcsolati problémák (EH=1,22; 95% CI=1,08 - 1,38, p<0,001) szignifikánsan kapcsolódtak az SLD diagnózissal. Végül az élettel való elégedettség (EH=0,96; 95% CI=0,93 - 0,99, p<0,05) és a proaktív megküzdés (EH=0,96; 95% CI=0,92 - 0,99, p<0,05) alacsonyabb valószínűséget mutatott az SLD diagnózissal (25. táblázat).

A 26. táblázat a bináris logisztikus regressziós elemzések eredményeit mutatja be két korcsoportban: a 11-14 évesek és a 15-18 évesek esetében. Mindkét csoportban a teljes SDQ pontszám előre jelezte az SLD diagnózis meglétét. A fiatalabb korcsoportban azonban minden szociodemográfiai mutató szignifikáns előrejelző volt. Amíg a nehézségek között a viselkedési és a kortárskapcsolati problémák szolgáltattak az SLD kialakulásához hozzájáruló tényezőként a fiatalabb korosztályban, addig az idősebb serdülőknél az érzelmi problémák játszanak hasonló szerepet. Az erősségek közül a proaktív megküzdés csak a fiatalabb korcsoportban állt szignifikáns kapcsolatban az SLD-vel.

26. táblázat. A serdülők SLD-diagnózisának bináris logisztikus regressziós elemzése két korcsoportban

Prediktor változók	SLD diagnózis 11-14 éves korcsoport (n=57)		SLD Diagnózis 15-18 éves korcsoport (n=86)	
	EH (95% CI)	B (S.E.) Wald	EH (95% CI)	B (S.E.) Wald
Szociodemográfiai adatok				
Nem				
Fiú ^a	1,00		1,00	
Lány	0,59 (0,34 – 1,03)	-0,53 (0,28) 3,45	0,80 (0,29 – 2,22)	-0,23 (0,52) 0,19
SES önértékelés				
Középosztály vagy annál alacsonyabb ^a	1,00		1,00	
Felső és felső-középosztály	0,35 (0,20 – 0,61)***	-1,06 (0,29) 13,55	0,79 (0,27 – 2,31)	-0,23 (0,59) 0,19
Apa iskolai végzettsége				
Érettségi nélkül ^a	1,00		1,00	
Érettségi vagy fölötté	0,29 (0,16 – 0,54)***	-1,23 (0,31) 15,57	0,72 (0,25 – 2,07)	-0,32 (0,54) 0,37
Anya iskolai végzettsége				
Érettségi nélkül	1,00		1,00	
Érettségi vagy fölötté	0,51 (0,29 – 0,92)*	-0,67 (0,30) 5,02	0,65 (0,20 – 2,12)	-0,43 (0,60) 0,51
SDQ dimenziók				
Érzelmi problémák	1,12 (1,00 – 1,26)	0,11 (0,06) 3,80	1,26 (1,03 – 1,56)*	0,23 (0,11) 4,94
Viselkedési problémák	1,17 (1,07 – 1,35)*	0,15 (0,07) 4,24	0,96 (0,70 – 1,31)	-0,04 (0,16) 0,06
Hiperaktivitás	1,08 (0,96 – 1,22)	0,08 (0,06) 1,69	1,05 (0,80 – 1,37)	0,05 (0,14) 0,12
Kortárskapcsolati problémák	1,22 (1,07 – 1,40)**	0,20 (0,07) 8,00	1,21 (0,92 – 1,60)	0,19 (0,14) 1,90
Proszociális viselkedés	1,13 (0,99 – 1,30)	0,12 (0,07) 3,21	0,99 (0,73 – 1,53)	-0,01 (0,15) 0,01

SDQ nehézsége totál **1,08 (1,03 – 1,14)**** 0,08 (0,03) 9,54 **1,11 (1,01 – 1,22)*** 0,10 (0,03) 4,13

Szubjektív jóllét

Élettel való elégedettség 0,97 (0,93 – 1,01) -0,03 (0,02) 1,93 0,95 (0,88 – 1,03) -0,05 (0,04) 1,35

Megküzdés

Proaktív megküzdés **0,96 (0,92 – 0,99)*** -0,04 (0,02) 3,97 0,95 (0,88 – 1,03) -0,05 (0,04) 1,66

Megjegyzés: SLD: Specifikus tanulási zavar. SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív. ^areferencia kategória; EH: esélyhányados; CI: Konfidencia intervallum; B: regressziós együttható; S.E.: Standard hiba. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

7.2.5.3. A specifikus tanulási zavarral (SLD) kapcsolatos többváltozós logisztikus regressziós elemzések

Végül a 27. és a 28. táblázat a többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredményeit mutatja be. Az összes szociodemográfiai változó szignifikáns előrejelzőnek bizonyult, kivéve az anya iskolai végzettségét: életkor (EH=1,18; 95% CI=1,01 - 1,40, p<0,05), női nem (EH=0,40; 95% CI=0,18 - 0,71, p<0,01), felső/felső-középosztálybeli SES-háttér (EH=0,45; 95% CI=0,24 - 0,83, p<0,05), és legalább érettségivel rendelkező apa (EH=0,36; 95% CI=0,17 - 0,78, p<0,01).

Az SDQ skálák közül az *érzelmi problémák* továbbra is szignifikáns előrejelző maradt (EH=1,15; 95% CI=1,01 - 1,32, p<0,05). Emellett a többváltozós elemzésben a *proszociális viselkedés* is előrejelzőnek bizonyult (EH=1,31; 95% CI=1,10 - 1,56, p<0,01) (27. táblázat).

Míg a fiatalabb korcsoportban két erősség maradt szignifikáns (apa iskolai végzettsége: EH=0,23; 95% CI=0,09 - 0,58, p<0,01 és a *proszociális viselkedés*: EH=1,37; 95% CI=1,11 - 1,69, p<0,01), az idősebb serdülők körében a női nem (EH=0,16; 95% CI=0,05 - 0,54, p<0,01) védőfaktor volt, emellett az *érzelmi problémák* továbbra is szignifikáns nehézségek maradtak (EH=1,39; 95% CI=1,12 - 1,73, p<0,01). Az illeszkedés jószágmutató minden esetben szignifikáns (28. táblázat).

27. táblázat. Az SLD diagnózissal rendelkező serdülők többváltozós logisztikus regressziós elemzése

Prediktor változók	SLD diagnózis	
	EH (95% CI)	B (S.E.) Wald
Szociodemográfiai adatok		
Kor (Évek)	1,18 (1,01 – 1,40)*	0,17 (0,09) 3,83
Nem		
Fiú ^a	1,00	
Lány	0,40 (0,18 – 0,71)**	-1,02 (0,35) 8,57
SES önértékelés		
Középosztály vagy annál alacsonyabb ^a	1,00	
Felső és felső-középosztály	0,45 (0,24 – 0,83)*	-0,80 (0,32) 6,46
Apa iskolai végzettsége		
Érettségi nélkül	1,00	
Érettségi vagy fölötté	0,36 (0,17 – 0,78)**	-1,02 (0,40) 6,68
Anya iskolai végzettsége		
Érettségi nélkül	1,00	
Érettségi vagy fölötté	0,86 (0,40 – 1,87)	-0,15 (0,40) 0,14
SDQ dimenziók		
Érzelmi problémák	1,15 (1,01 – 1,32)*	0,14 (0,07) 3,90
Viselkedési problémák	1,08 (0,86 – 1,34)	0,07 (0,11) 0,44
Hiperaktivitás	0,99 (0,83 – 1,17)	-0,01 (0,09) 0,02
Kortárskapcsolati problémák	1,14 (0,97 – 1,95)	0,13 (0,08) 2,54
Proszociális viselkedés	1,31 (1,10 – 1,56)**	0,27 (0,09) 9,11
Szubjektív jóllét		
Élettel való elégedettség	0,98 (0,93 – 1,04)	-0,02 (0,03) 0,42
Megküzdés		
Proaktív megküzdés	0,95 (0,90 – 1,00)	-0,05 (0,03) 3,86
χ^2	63,29 ***	
df	12	
Nagelkerke R2	0,31	

Megjegyzés: SLD: Specifikus tanulási zavar. SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív. ^areferencia kategória; EH: esélyhányados; CI: Konfidencia intervallum; B: regressziós együttható; S.E.: Standard hiba. χ^2 : Chi-négyzet próba; df: szabadságfok. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

28. táblázat. Az SLD diagnózissal rendelkező serdülők többváltozós logisztikus regressziós elemzése két korcsoportban

Prediktor változók	SLD diagnózis 11-14 éves korcsoport		SLD Diagnózis 15-18 éves korcsoport	
	EH (95% CI)	B (S.E.) Wald	EH (95% CI)	B (S.E.) Wald
Szociodemográfiai adatok				
Nem				
Fiú ^a	1,00		1,00	
Lány	0,44 (0,20 – 0,96)	-0,82 (0,40) 4,28	0,16 (0,05 – 0,54)**	-1,80 (0,60) 8,95
SES önértékelés				
Középosztály vagy annál alacsonyabb ^a	1,00		1,00	
Felső és felső-középosztály	0,49 (0,24 – 1,00)	-0,72 (0,37) 3,74	0,60 (0,24 – 1,53)	-0,50 (0,47) 1,13
Apa iskolai végzettsége				
Érettségi nélkül ^a	1,00		1,00	
Érettségi vagy fölött	0,23 (0,09 – 0,58)**	-1,45 (0,46) 9,68	0,39 (0,12 – 1,30)	-0,94 (0,61) 2,32
Anyai iskolai végzettsége				
Érettségi nélkül	1,00		1,00	
Érettségi vagy fölött	1,24 (0,50 – 3,09)	0,22 (0,46) 0,23	1,15 (0,36 – 3,74)	0,15 (0,60) 0,06
SDQ dimenziók				
Érzelmi problémák	1,04 (0,88 – 1,23)	0,04 (0,08) 0,22	1,39 (1,12 – 1,73)**	0,33 (0,11) 8,64
Viselkedési problémák	1,12 (0,87 – 1,46)	0,12 (0,13) 0,78	0,92 (0,66 – 1,28)	-0,08 (0,17) 0,23
Hiperaktivitás	1,02 (0,84 – 1,23)	0,02 (0,10) 0,04	0,93 (0,70 – 1,22)	-0,07 (0,14) 0,27
Kortárskapcsolati problémák	1,19 (0,98 – 1,45)	0,17 (0,10) 2,99	1,15 (0,89 – 1,48)	0,14 (0,13) 1,21
Proszociális viselkedés	1,37 (1,11 – 1,69)**	0,31 (0,11) 8,50	1,10 (0,85 – 1,43)	0,10 (0,13) 0,56
Szubjektív jóllét				
Élettel való elégedettség	0,98 (0,91 – 1,05)	-0,02 (0,03) 0,26	0,96 (0,89 – 1,04)	-0,04 (0,04) 1,13
Megküzdés				
Proaktív megküzdés	0,95 (0,89 – 1,00)	-0,05 (0,03) 2,82	0,98 (0,91 – 1,06)	-0,02 (0,04) 0,31
χ^2	48,75 ***		26,27**	
df	11		11	
Nagelkerke R2	0,32		0,29	

Megjegyzés: SLD: Specifikus tanulási zavar. SDQ: Képességek és Nehézségek Kérdőív. ^areferencia kategória; EH: esélyhányados; CI: Konfidencia intervallum; B: regressziós együttható; S.E.: Standard hiba. χ^2 : Chi-négyzet próba; df: szabadságfok. * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

7.2.5.4. A Képességek és Nehézségek a specifikus tanulási zavar tekintetében végzett elemzések megbeszélése

A specifikus tanulási zavar (SLD) diagnózisa nagy jelentőséggel bír az oktatásban, emellett az is alapvető fontosságú, hogy az egyénre, a családokra és az egész társadalomra nézve az érzelmi, viselkedési és társas következményeit minimalizáljuk. Az erősségek keresése és megtalálása kulcsfontosságú lehet a protektív faktorok azonosítása érdekében. A pszichiátriai komorbid betegségek, például az ADHD, a depresszió vagy a szorongásos zavarok azonosítása mellett a szociális és megküzdési készségekre való összpontosítás segíthet megelőzni az SLD-vel rendelkező tanulók mentális jóllétének romlását. Ebben a részben az volt a célunk, hogy összehasonlítsuk az SLD-vel rendelkező és nem rendelkező tanulókat a képességek, erősségek és nehézségek mentén. Eredményeink alátámasztják a szakirodalomban feltárt megállapításokat, miszerint az SLD-vel rendelkező tanulóknak több érzelmi problémával kell szembenézniük (Boyes et al., 2016; Matteucci et al., 2019; Visser et al., 2020), különösen az idősebb korosztályban. Ezzel szemben a fiatalabb korcsoportban a kortárskapcsolati és a viselkedés problémák voltak a legjelentősebb nehézségek. Ezek az eredmények alátámasztják az előzetes hipotéziseinket is (H_{11} , H_{12}). Emellett az SLD-s gyermekek kevésbé voltak elégedettek az életükkel, és ritkábban alkalmaznak proaktív megküzdési stratégiákat, miközben több proszociális magatartást mutattak. Az erősségek közül a proszociális aktivitás jótékony szerepet játszott az SLD-vel élő gyermekek életében, különösen a fiatalabb korosztályban.

Tehát megállapítható, hogy az SLD-vel küzdő tanulóknak több nehézséggel kell szembenézniük a társas-, érzelmi- és viselkedési területeken, mint a tipikusan fejlődő társaiknak. Ez az eredmény összhangban van a korábbi tanulmányok megállapításaival és alátámasztja hipotézisünket is (H_{13}) (Boyes et al., 2016; Matteucci et al., 2019; Visser et al., 2020). A különböző korcsoportokban azonban különbségek vannak a problémák jellegében. Míg a fiatalabb serdülőknek viselkedési és társas nehézségekkel kell szembenézniük, addig az idősebb serdülőknél az érzelmi nehézségek jelentenek kihívást. Ez a különbség az életkori sajátosságokból eredhet, például a magatartási és viselkedési problémák általában 11 éves korban vagy azt megelőzően kezdődnek (Silberg et al., 2015). A késői serdülők viszont általában több érzelmi problémát mutatnak és hajlamosabbak a szerhasználatra (Kuther, 2023; Guyer et al., 2016).

Egy másik fontos terület és eredmény, amit találtunk, az a proszociális viselkedés szerepe volt. Bár a proszociális alszála átlagos pontszáma csak kismértékben volt magasabb az SLD-vel rendelkező tanulóknál, a többváltozós logisztikus regressziós elemzésben szignifikáns előrejelzőnek bizonyult, különösen a 11-14 évesek körében. A korábbi eredményekkel (Foltova

et al., 2013; Wagemakor et al., 2023) ellentétben a mintákban az SLD-vel küzdő tanulók magasabb szintű proszociális viselkedést mutattak tipikusan fejlődő társaikhoz képest. Egy nemrégiben végzett nemzetközi kutatás (Grasso et al., 2020) hasonló megállapításokra jutott, szintén magasabb szintű proszociális viselkedésről számolt be ezeknél a tanulóknál. Feltételezzük, hogy ezek a serdülők a magány és a társas problémák elkerülése érdekében igyekeznek támogató kapcsolatokat kiépíteni azáltal, hogy segítenek másoknak és pozitív hozzáállást tanúsítanak társaik iránt, különösen a bajban lévőkkel szemben. Ez alapján arra következtethetünk, hogy a negatív tapasztalatok segíthetnek a mások iránti szimpátia kialakulásában. Ez fontos erősség számukra, mivel a proszociális viselkedés pozitív korrelációt mutat az élettel való elégedettséggel és a proaktív megküzdéssel, és negatív összefüggést a viselkedéses és kortársproblémákkal, valamint a hiperaktivitással. Mivel a korábbi tanulmányok is felhívják a figyelmet a proszociális viselkedés pozitív pszichológiai következményeire, hasznos lenne további kutatásokat és intervenciókat végezni a proszociális viselkedés előmozdítására, beleértve az SLD-vel rendelkező és nem rendelkező tanulókat is.

A proszociális viselkedés mellett a proaktív megküzdés is hatékony erősségnek bizonyul a pszichoszociális fejlődésben, mivel aktív problémamegoldással csökkentheti a stressz szintjét (Backes & Bonnie, 2019). Ezzel összefüggésben azt találtuk, hogy a proaktív megküzdés negatívan korrelált az összes nehézséggel, nevezetesen az érzelmi, viselkedéses és társas problémákkal, valamint a hiperaktivitással, és pozitívan az élettel való elégedettséggel és a proszociális viselkedéssel. Korábbi tanulmányok az SLD-vel küzdő és más sajátos nevelési igényű gyermekek körében alacsonyabb színvonalról számoltak be a proaktív megküzdési stratégia alkalmazásának tekintetében (Deepthi et al., 2022; Zambianchi et al., 2014). Bár ez a változó nem szignifikáns előrejelző a többváltozós elemzésben, annak ellenére a proaktív megküzdési pontszámok szignifikánsan alacsonyabbak voltak az SLD-vel rendelkező serdülők körében, mint a tipikusan fejlődő társaiknál.

Végül meg kell említenünk a szociodemográfiai jellemzőket is. Az epidemiológiai vizsgálatokban több férfinál diagnosztizálnak diszlexiát, mint nőnél (Arnett et al., 2017), és ezt a mi vizsgálatunk is alátámasztja, hiszen a női nem csökkentheti az SLD kockázatát. Bár az érzelmi problémák szintje magasabb volt a lányok körében, ez nem volt igaz más nehézségekre. Az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státusz és a szülők - különösen az apa - alacsonyabb iskolai végzettsége szintén kockázati tényezőként hathat, hasonlóan korábbi tanulmányokban megállapítottakhoz képest (Okoli et al., 2022; Yotyopdying & Wild, 2016). Ez az eredmény a korábbi hipotézisünket is alátámasztja (H_{14}). Az is előfordulhat, hogy ezeknek a gyermekeknek

a szülei hasonló tanulási nehézségekkel küzdöttek, erről azonban nem rendelkezünk elegendő információval.

Összességében elmondható, hogy eredményeink alapján az SLD-vel küzdő tanulók nagyobb eséllyel élnek át és tapasztalnak emocionális és viselkedési problémákat. Ez különösen az iskolában játszhat fontos szerepet, így a pedagógusokra hárul nagy szerep a társas konfliktusok és a stigmák megelőzésének érdekében. A proszociális viselkedés szociális erőforrásként működhet, amely pozitívan járulhat hozzá a társakkal való társas kapcsolatokhoz, és bár a tipikusan fejlődő gyermekek általában több proszociális viselkedést alkalmaznak, minden tanulónak fejlesztenie kell a szociális készségeit és a proszocialitást, hogy támogató társas kapcsolatokat alakítsanak ki egymással.

8. KÖVETKEZTETÉSEK

8.1. Hipotézisek ellenőrzése

A kutatás összegzéseként az eredmények szintetizálásához a korábban felállított hipotéziseim mentén foglalom össze az eredményeket. A 29. táblázat összefoglalóan bemutatja hipotéziseimet, illetve kiemeli, hogy az igazolódott (I), nem igazolódott (N) vagy részben igazolódott (R).

29. táblázat Az empirikus kutatás hipotéziseinek összefoglalása

	Hipotézisek	
H ₁	Az egyéni erőforrások, mint a reziliencia, önbecsülés, megküzdés és önkontroll pozitív kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével.	I
H ₂	A társas erőforrások típusai, különösen az iskolai kötődés és a társas támogatás pozitívan kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével.	I
H ₃	A specifikus tanulási zavarral küzdők alacsonyabb szintű egyéni erőforrásokkal rendelkeznek (önbecsülés, önkontroll, megküzdés, reziliencia), mint tipikusan fejlődő társaik.	R
H ₄	A specifikus tanulási zavarral küzdők alacsonyabb szociális erőforrásokkal rendelkeznek (társas támogatás, iskolai kötődés), mint a tipikusan fejlődő társaik.	N
H ₅	A specifikus tanulási zavarral küzdők elégedetlenebbek az életükkel és alacsonyabbnak ítélik meg pszichológiai jóllétüket, mint tipikusan fejlődő társaik.	R
H ₆	A specifikus tanulási zavarral küzdők pszichológiai jóllétét nagyobb mértékben jósolja be a reziliencia megléte, mint tipikusan fejlődő társaikét.	I
H ₇	A társas támogatás szintje szignifikáns előrejelzője a pszichológiai jóllétnek mindkét csoportban, de a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulóknál erősebb hatás figyelhető meg.	R
H ₈	A specifikus tanulási zavarral küzdők pszichológiai jóllétében nagyobb szerepet játszik az iskolai kötődés, mint tipikusan fejlődő társaikéban.	I
H ₉	A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók homogén csoportot alkotnak az egyéni erőforrások és a szociális erőforrások mentén.	N
H ₁₀	A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók eltérő csoportokba sorolhatók a pszichológiai jóllétük alapján.	I
H ₁₁	A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók alacsonyabb mentális egészségi szintről számolnak be, mint a tipikusan fejlődő tanulók, azaz több internalizáló és externalizáló problémával küzdenek.	R

H₁₂	A specifikus tanulási zavarral küzdők több kortárskapcsolati nehézséggel küzdenek, mint tipikusan fejlődő társaik.	I
H₁₃	A specifikus tanulási zavar diagnózis összefüggést mutat az érzelmi problémák megjelenésével.	I
H₁₄	A specifikus tanulási zavar diagnózis összefüggést mutat az egyén szociodemográfiai hátterével.	R
H₁₅	A nemek között nem található különbség a szerhasználati gyakoriságban.	I
H₁₆	Az életkor összefügg a szerhasználati gyakorisággal.	I
H₁₇	Az egyéni és a társas erőforrások protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben.	R
H₁₈	A mentális egészség összetevői protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben.	I
H₁₉	A mentális egészség problémái, mint az internalizáló- és externalizáló problémák rizikófaktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben.	R

Megjegyzés: I= Igazolódott; N= Nem igazolódott; R= Részben igazolódott

Összességében megállapítható, hogy hipotéziseim fele beigazolódott, két hipotézisem nem nyert igazolást, és hét hipotézisem csak részben volt igazolható. Ezek az eredmények további, részletesebb vizsgálódásra adnak okot. Most részletesen bemutatom a hipotézisekre adott válaszaimat.

H₁ – Az egyéni erőforrások, mint a reziliencia, önbecsülés, megküzdés és önkontroll pozitív kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével. (I)

A feltételezéseink igazolódtak, mert a reziliencia, az önbecsülés, a proaktív megküzdés és az önkontroll faktorai is pozitív irányú, szignifikáns együttjárást mutattak a serdülőkori pszichológiai jólléttel. Ez az eredmény megerősíti a szakirodalomban foglaltakat az egyéni erőforrások pszichológiai jóllétben betöltött szerepéről (Hamvai & Pikó, 2009; Magyaródi & Oláh, 2020; Pikó & Hamvai, 2012; Orth & Robins, 2014).

H₂ – A társas erőforrások típusai, különösen az iskolai kötődés és a társas támogatás pozitívan kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jóllétével (I)

A hipotézis igazolt nyert, miszerint az iskolai kötődés és dimenziói, valamint a társas támogatás és típusai szignifikáns, pozitív együttjárást mutatnak a pszichológiai jólléttel. Ez az eredmény összhangban van a korábbi szakirodalmi megállapításokkal és megerősíti a szociális

erőforrások szerepét a pszichológiai jóllét alakulásában (Hamvai & Pikó, 2009; Jámbori et al., 2019; Juhász et al., 2023; Papp-Zipernovszky et al., 2017; Pikó & Hamvai, 2012; Szabó et al., 2019).

H₃ – A specifikus tanulási zavarral küzdők alacsonyabb szintű egyéni erőforrásokkal rendelkeznek (önbecsülés, önkontroll, megküzdés, reziliencia), mint tipikusan fejlődő társaik. (R)

Feltételezésünket, miszerint a specifikus tanulási zavarral küzdő diákok eltérést mutatnak az egyéni erőforrások mentén, részben sikerült igazolnunk. Ugyanis azt találtuk, hogy szignifikáns különbség mutatkozik a specifikus tanulási zavarral küzdők és a tipikusan fejlődő diákok között a proaktív megküzdés területén. Habár a többi területen is alacsonyabb eredményt mutatnak, ezek a különbségek statisztikailag nem számottevők. Ez az eredmény alátámasztja a korábbi szakirodalmi eredményeket, amely szerint a tanulási zavarral küzdő egyének több maladaptív megküzdési stratégiát használnak (Bolla, 2014).

H₄ – A specifikus tanulási zavarral küzdők alacsonyabb szociális erőforrásokkal rendelkeznek (társas támogatás, iskolai kötődés), mint a tipikusan fejlődő társaik. (N)

Hipotézisünk nem igazolódott. Sem az iskolai kötődés és dimenziói, sem pedig a társas támogatás és típusai mentén nem volt statisztikailag igazolható különbség a két csoport között. Ez az eredményünk szemben áll a korábbi szakirodalmi megállapításokkal, mely szerint a specifikus tanulási zavarral küzdő diákok kevésbé kötődnek iskolájukhoz és élnek át támogatást társaik, tanáraik és családjuk részéről (Gaspar et al., 2016; Lundqvist et al., 2019; Nalavany & Caravan, 2012).

H₅ – A specifikus tanulási zavarral küzdők elégedetlenebbek az életükkel és alacsonyabbnak ítélik meg pszichológiai jóllétüket, mint tipikusan fejlődő társaik. (R)

A hipotézist eredményeink csak részben igazolták, mert a tanulási zavarral küzdő diákok szignifikánsan alacsonyabb élettel való elégedettséget mutattak, mint társaik, azonban a pszichológiai jóllét tekintetében nem igazolható különbség a két csoport között. Az élettel való elégedettséggel kapcsolatos eredményeink alátámasztják a témában született korábbi szakirodalmi eredményeket (Hampton, 2004; Kalka & Lockiewicz, 2017; Smedema, 2014).

H₆ – A specifikus tanulási zavarral küzdők pszichológiai jóllétét nagyobb mértékben jósolja be a reziliencia megléte, mint tipikusan fejlődő társaikét. (I)

Hipotézisünk a regressziós modell alapján igazolást nyert: a tipikusan fejlődő csoportban a reziliencia nem bír szignifikáns bejósoló erővel, míg a specifikus tanulási zavarban küzdő csoportban igen. Ez az eredményünk felhívja a reziliencia fontosságára a figyelmet a tanulási zavarral élők esetében, valamint alátámasztja a korábbi szakirodalmi eredményeket, miszerint akik legyőzték hátrányaikat küzdelmeik és erőfeszítéseik során, sikerebben veszik az az iskolai akadályokat (Matteucci & Soncini, 2021).

H₇ – A társas támogatás szintje szignifikáns előrejelzője a pszichológiai jóllétnek mindkét csoportban, de a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulóknál erősebb hatás figyelhető meg. (R)

Hipotézisünket miszerint a társas támogatás prediktora a pszichológiai jóllétnek a specifikus tanulási zavarral küzdők esetében és a tipikusan fejlődő diákok esetében is igazoltuk, mindkét regressziós modellben szignifikáns prediktorként jelenik meg, és bejósoló ereje a specifikus tanulási zavarral küzdők esetében erősebb. Azonban az eredmény csak részben tekinthető igazoltnak, ugyanis a társas támogatás jelentős mások általi támogatás szintje jelenik meg a modellben. Ez az eredmény hangsúlyozza a pszichológiai jóllétben a társas erőforrások jelentős szerepét (Matteucci et al., 2019; Matteucci & Soncini, 2021).

H₈ – A specifikus tanulási zavarral küzdők pszichológiai jóllétében nagyobb szerepet játszik az iskolai kötődés, mint tipikusan fejlődő társaikéban. (I)

Feltételezésünket, amely szerint az iskolai kötődés szignifikáns bejósoló erővel bír a pszichológiai jóllét esetében, sikerült igazolnunk. Regressziós modelljeinkben mind a tanulási zavarral küzdők csoportjában, mind pedig a tipikusan fejlődők csoportjában az iskolai kötődés szignifikáns prediktorként jelenik meg, erőssége pedig a specifikus tanulási zavarral küzdők tekintetében erősebb. Ez az eredmény az iskolai kötődés relevanciáját támasztja alá a jóllét szempontjából, valamint megerősíti a korábbi szakirodalmi eredményeket (DeBiase et al., 2021).

H₉ – A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók homogén csoportot alkotnak az egyéni erőforrások és a szociális erőforrások mentén. (N)

Ez a hipotézisünk nem igazolódott. A klaszteranalízis eredményei alapján a specifikus tanulási zavarral küzdők több klaszterbe tartoznak, és ezekben a klaszterekben eltérő mintázat figyelhető meg mind az egyéni erőforrások, mind pedig a szociális erőforrások mentén. Ez az

eredmény azt hangsúlyozza, hogy a specifikus tanulási zavarral küzdők is heterogén csoportot alkotnak, így különböző pedagógiai és pszichológiai beavatkozásokat igényelnek.

H₁₀ – A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő tanulók eltérő csoportokba sorolhatók a pszichológiai jóllétük alapján. (I)

Feltételeztük, hogy pszichológiai jóllét alapján eltérő klaszterekbe sorolhatók a tanulók. A mindkét csoporton elvégzett klaszteranalízis eredményei azt mutatják, hogy az elkülönülő klaszterek különböznek a pszichológiai jóllét tekintetében. Mindkét csoport esetében találhatók magasabb és alacsonyabb pszichológiai jólléttel rendelkező egyének, ezáltal hipotézisünk igazoltnak tekinthető. Azonban eredményeink rávilágítanak arra is, hogy a specifikus tanulási zavar megléte magában egyedül nem tekinthető a pszichológiai jóllét befolyásoló tényezőjének, az más tényezőkkel együtt képes a jóllétre hatni, befolyásolni azt.

H₁₁ - A specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók alacsonyabb mentális egészségi szintről számolnak be, mint a tipikusan fejlődő tanulók, azaz több internalizáló és externalizáló problémával küzdenek. (R)

Hipotézisünket részben igazoltuk. Eredményeink alapján egyedül az érzelmi problémák szintjén volt kimutatható különbség a csoportok között, azaz a több internalizáló problémával küzdenek területet igazoltuk. Ez az eredmény igazolja a korábbi szakirodalmi megállapításokat, miszerint a specifikus tanulási zavarral küzdő diákoknak több érzelmi nehézséggel kell szembenézniük, mint tipikusan fejlődő társaiknak (Boyes et al., 2016; Boyes et al., 2019; Matteucci et al., 2019; Visser et al., 2020).

H₁₂ – A specifikus tanulási zavarral küzdők több kortárskapcsolati nehézséggel küzdenek, mint tipikusan fejlődő társaik. (I)

Hipotézisünket sikeresen igazoltuk. Eredményeink alapján a specifikus tanulási zavarral küzdők szignifikánsan több kortárskapcsolati problémát mutatnak, mint a tipikusan fejlődő társaik, vagyis ezt a hipotézisünket saját statisztikai eredményeink is alátámasztották. Az eredményünk összhangban van a korábbi szakirodalmi megállapításokkal (Ayar et al., 2024).

H₁₃ – A specifikus tanulási zavar diagnózis összefüggést mutat az érzelmi problémák megjelenésével. (I)

Hipotézisünket igazoltuk. A logisztikus regressziós elemzés eredményei azt mutatják, hogy az érzelmi problémák, az internalizáló problémák jelentős rizikótényezőként jelennek meg a specifikus tanulási zavar diagnosztizálásában. Ez azt jelenti, hogy az ilyen típusú érzelmi

problémák fokozzák annak valószínűségét, hogy egy személynél specifikus tanulási zavart diagnosztizálnak. Eredményeink alapján tehát egyértelmű kapcsolat van a tanulási zavarok és az érzelmi nehézségek között, ami kiemeli az érzelmi problémák szerepét a diagnózis meghatározásában. Ez az eredmény a diagnosztizálás folyamatának nehézségét is tovább erősíti.

H₁₄ – A specifikus tanulási zavar diagnózis összefüggést mutat az egyén szociodemográfiai hátterével. (R)

Ezt a hipotézisünket részben igazoltuk. Azt találtuk, hogy a nem nincs kapcsolatban a diagnózissal, azonban a jobb anyagi helyzet és a magasabb szülői iskolai végzettség protektív faktorként szolgálhat. Azonban ez csak a fiatalabb korosztály tekintetében figyelhető meg. Ez összhangban van a korábbi tanulmányok eredményeivel (Okoli et al., 2022; Yotyopdying & Wild, 2016).

H₁₅ – A nemek között nem található különbség a szerhasználati gyakoriságban. (I)

Hipotézisünk alapján a nemek között nem található különbség a szerhasználati gyakoriságban, ezt sikerült igazolnunk. Ugyanis sem az életprevalencia, sem pedig a három havi prevalencia esetében sem találtunk eltérést sem a dohányzási, sem az alkoholfogyasztási gyakoriságot illetően. Eredményünk alátámasztja és megerősíti a korábbi kutatási eredményeket, amelyek szerint a nemek közötti különbségek csökkenek a szerhasználat tekintetében (De Looze et al., 2019; ESPAD, 2020; Inchley et al., 2020; Németh, 2024).

H₁₆ – Az életkor összefügg a szerhasználati gyakorisággal. (I)

Hipotézisünket igazoltuk, mely alapján összefüggést feltételeztünk a szerhasználat és az életkor között. Logisztikus regressziós eredményeinkben a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében is mind az életprevalencia, mind pedig a három havi prevalencia esetében rizikófaktorként jelenik meg az életkor. Ez alátámasztja azt a szakirodalmi felvetést, hogy az életkor univerzális kockázati tényező a szerhasználat esetében (Zheng et al., 2022; Zullig et al., 2001).

H₁₇ – Az egyéni és társas erőforrások protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben. (R)

Feltételeztük, hogy az egyéni és a társas erőforrások protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben. Ezt a hipotézist részben sikerült igazolnunk. Eredményeink szerint az életprevalenciát tekintve az egyéni erőforrások közül az önbecsülés és az önkontroll, a reziliencia bizonyul védőfaktornak. A társas erőforrások közül pedig az iskolai kötődés, és a társas támogatás családi és jelentős mások területe. A három havi prevalenciát tekintve pedig

az egyéni erőforrások közül az önbecsülés és az önkontroll (az alkoholfogyasztás esetében a reziliencia is), a társas erőforrások közül pedig az iskolai kötődés és a társas támogatás családi és jelentős mások szintje bizonyul protektív faktornak. Ezek az eredmények megerősítik azokat a korábbi megállapításokat, amelyek szerint az egyéni és társas tényezők kockázatsökkentő hatással lehetnek a szerhasználatra (Dvorak et al., 2018; Hemphill et al., 2014; Perreira et al., 2019; Perski et al., 2022; Varela et al., 2021).

H₁₈ – A mentális egészség összetevői protektív faktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben. (I)

Hipotézisünket igazoltuk, melyben a mentális egészség összetevőire, mint az élettel való elégedettségre, az általános jóllétre, valamint a pszichológiai jóllétre protektív faktorra számítottunk a szerhasználat esetében. Logisztikus regressziós eredményeink a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében mind az életprevalencia, mind pedig a három havi prevalencia esetében protektív faktorként jelenik meg az élettel való elégedettség, az általános jóllét és a pszichológiai jóllét. Ez alátámasztja azt a szakirodalmi felvetést, hogy a mentális egészség védelmet nyújthat az rizikómagatartásokkal szemben (Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2010).

H₁₉ – A mentális egészség problémái, mint az internalizáló- és externalizáló problémák rizikófaktorként funkcionálnak a szerfogyasztással szemben. (R)

Hipotézisünket részben igazoltuk. A dohányzás három havi prevalencia esetében azt találtuk, hogy az érzelmi tünetek, a viselkedési tünetek, valamint a hiperaktivitás tünetei rizikófaktorként funkcionálnak, míg az alkoholfogyasztás esetében ez csak a hiperaktivitásról mondható el. Ezek az eredmények alátámasztják, hogy a szerhasználat, valamint az érzelmi és a viselkedési problémák összefügghetnek egymással (Aucott et al., 2014; Chen et al., 2008; Frobel et al., 2022; Vallata et al., 2021; Walsh et al., 2020).

8.2. Az eredmények összefoglalása és értelmezése

Disszertációm témája a serdülő korosztály mentális egészségének, egészség-rizikó magatartásának feltárása különös tekintettel a sajátos nevelési igényű, specifikus tanulási zavarral küzdő tanulókra. A tanulási zavarok nemcsak az iskolai teljesítményt befolyásolják, hanem jelentős érzelmi terhet is rónak a diákokra, szüleikre és pedagógusaikra. Többéves pszichológusi gyakorlatomban számos esetben találkoztam tanulási zavarral küzdő tanulókkal, akik, ha még olyan szerencsés helyzetben is voltak, hogy hozzájutottak a szükséges

gyógypedagógiai fejlesztéshez, annak ellenére sem tudtak boldogulni a mindennapi nehézségeikkel. Ezzel a problémával találkoztam egyéni szinten, általános- és középiskolai foglalkozások során, de még egyetemi tanulmányokat folytató hallgatók esetében is. Ez a több éves tapasztalat, a helyzettel szembeni tehetetlenség, ugyanakkor a változás iránti elköteleződés ösztönzött arra, hogy közelebbről is megvizsgáljam azokat a tényezőket, működésmechanizmusokat, élethelyzeteket, életutakat, amelyek hozzásegíthetnek bennünket az ilyen és hasonló diákok megértéséhez, támogatásához és megkönnyíthetik a velük való munkát. Továbbá azt is tapasztaltam, hogy a pedagógusok sok esetben nem kapnak megfelelő információt az SNI-diagnózisokról, és nem rendelkeznek elegendő tudással a differenciált oktatásról. Az iskolák gyakran csak adminisztratív kategóriaként tekintenek az SNI-re, de a diagnózis pszichés és tanulási következményeivel nem foglalkoznak mélyebben. A tanulók címkézése gyakran további pszichés terheket ró rájuk, a pedagógiai attitűd sok esetben nincs megfelelően adaptálva az ő igényeikhez. Ezek az észrevételek vezettek arra a meggyőződésre, hogy a megoldás egy rendszerszintű edukációban rejlik, amely nemcsak az iskolai gyakorlatokat, hanem a pedagógusképzés tartalmát is érinti. Ezért elsődleges célomnak és missziómnak jelöltem meg, hogy minden esetben, az oktatási színtereken érintett bármely fél (pedagógus, szülő, diák, segítő szakember) figyelmét felhívjam a tanulási zavarok emocionális hatásaira és azok következményeire. A kutatás során mindig is azt tartottam szem előtt, hogy megtaláljam azokat a tényezőket, védőfaktorokat és intervenciók lehetőségeket, amelyek elősegíthetik az iskoláskorú gyerekek lelki egészségének és pszichológiai jóllétének fejlesztését.

Kutatásunk illeszkedik a pozitív pszichológiai kutatások irányvonalába, újszerűsége abban áll, hogy a specifikus tanulási zavarok és az egészségkárosító magatartások vizsgálatát az iskolai közeg és a jóllét szempontjából közelíti meg. A dolgozatban bemutatott kutatás célja az volt, hogy átfogó képet nyújtson a serdülők pszichológiai jóllétét meghatározó tényezőkről, különös tekintettel a specifikus tanulási zavarral küzdő, sajátos nevelési igényű tanulókra. Az empirikus vizsgálat alapját az az igény képezte, hogy mélyebb megértést nyerjünk a serdülőkor mentális egészség dinamikájáról, tekintettel arra, hogy a serdülőkor kritikus időszak a pszichoszociális fejlődés szempontjából. Az egyéni és társas erőforrások, valamint a környezeti tényezők feltárása nemcsak az elméleti ismeretek bővítését szolgálta, hanem hozzájárul az iskolai és családi szinten megvalósítható intervenciók tervezéséhez is. A disszertációban bemutatott empirikus vizsgálat célja az volt tehát, hogy feltárja, milyen tényezők játszanak meghatározó szerepet a serdülők jóllétében, és milyen különbségek tapasztalhatók a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók és a tipikusan fejlődő társaik között. Az empirikus kutatás ezen

kívül arra is irányult, hogy az egészségkárosító magatartások összefüggéseit vizsgálja a pszichés és társas tényezőkkel, és rávilágítson azokra a védőfaktorokra, amelyek csökkenthetik a kockázatos magatartások kialakulásának valószínűségét.

A disszertáció egyik erőssége a komplex, multidimenzionális megközelítés, amely az egyéni, társas és környezeti tényezők átfogó vizsgálatára helyezi a hangsúlyt. A kutatás a pszichológiai jóllétet nemcsak egyéni szinten, hanem az iskolai kötődés és a társas támogatás tágabb kontextusában is vizsgálta, amely lehetővé tette a dinamikus összefüggések feltárását. A disszertáció rámutatott, hogy bár számos tanulmány foglalkozik a pszichológiai jóllét meghatározó tényezőivel, a specifikus tanulási zavarral küzdő, sajátos nevelési igényű tanulók helyzetének vizsgálata még mindig hiányos. Különösen kevés figyelem irányul ezen tanulók egészségkárosító magatartásainak és mentális egészségének hosszú távú összefüggéseire.

Az irodalmi áttekintés egyértelművé tette, hogy a serdülők pszichológiai jóllétét számos tényező befolyásolja, amelyek között az egyéni erőforrások (pl. önbecsülés, reziliencia) és a társas kapcsolatok minősége (pl. családi és iskolai támogatás) kiemelt szerepet játszanak. A sajátos nevelési igényű, kiváltképp a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók helyzetének vizsgálata különösen fontos, mivel ezen tanulók hajlamosabbak az alacsonyabb pszichológiai jóllétre, ami hosszú távon negatívan befolyásolhatja életminőségüket és társadalmi integrációjukat. Az egészséggrizikó-magatartások, mint például a dohányzás és az alkoholfogyasztás, szintén relevánsak, mivel ezek a magatartások a mentális jóllét csökkenésével és a társas támogatás hiányával állhatnak összefüggésben.

Az eredmények alapján a pszichológiai jóllét egy komplex, többdimenziós konstruktum, ami szoros kapcsolatban áll az egyéni erőforrásokkal és a társas támogatással. A reziliencia, az önkontroll és az önbecsülés a pszichológiai jóllét meghatározó elemei, amelyek adaptív megküzdési stratégiák révén támogatják a mentális egészséget. Az iskolai kötődés és a társas támogatás szintén kulcsszerepet játszanak, különösen a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók esetében, akiknek élettől való elégedettsége jelentősen alacsonyabb volt a tipikusan fejlődő társaikhoz képest.

A kutatás rámutatott arra, hogy az érzelmi stabilitás és a támogató társas kapcsolatok központi szerepet játszanak a serdülők pszichológiai jóllétében. Az SLD tanulók esetében azonban ezen tényezők hiányosságai jelentős hatást gyakorolnak a mentális egészségre, amely a megfelelő beavatkozások szükségességét hangsúlyozza.

Az egészséggrizikó-magatartások vizsgálata során kiderült, hogy az SLD tanulók körében a dohányzás és az alkoholfogyasztás alacsonyabb prevalenciát mutatott, mint a tipikusan fejlődő társaiknál. Ennek ellenére a dohányzás és az alkoholfogyasztás mindkét

csoportban aggasztó jelenség. Az egyéni erőforrások, mint például az önkontroll és az önbecsülés, valamint a társas támogatás jelentős védőfaktorokként funkcionálnak. Az iskolai kötődés különösen fontosnak bizonyult, mivel erős kapcsolatot mutatott az egészségkárosító magatartások csökkenésével.

Az idősebb serdülők körében mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás gyakoribb volt, ami megerősíti a korai prevenció szükségességét. Az iskolai közeg és a családi támogatás protektív hatása arra utal, hogy ezek a tényezők központi szerepet játszhatnak a serdülők egészségmagatartásának alakításában.

A kutatás egy másik fontos eredménye, hogy az egészségkárosító magatartások előfordulása nem csupán az életkorral vagy a nemmel magyarázható, hanem az iskolai kötődés és az egyéni erőforrások szintje is meghatározó tényezőnek bizonyult. Ez megerősíti, hogy a prevenció programoknak több szinten kell hatást gyakorolniuk.

A sajátos nevelési igényű, specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók és tipikusan fejlődő társaik összehasonlítása során jelentős eltéréseket találtunk a pszichológiai jóllét, az egyéni erőforrások és a társas támogatás szintjében. A tanulási zavarral küzdő tanulók alacsonyabb rezilienciáról, önkontrollról és önbecsülésről számoltak be, miközben kevesebb társas támogatást és gyengébb iskolai kötődést érzektek. Az inkluzív oktatás szerepe kiemelkedő jelentőséggel bír, mivel a sajátos nevelési igényű tanulók megfelelő támogatás mellett képesek lehetnek javítani pszichológiai jóllétüket és csökkenteni a mentális egészségügyi problémák kockázatát. Az eredmények arra utalnak, hogy az inkluzív programok tervezésében figyelembe kell venni az egyéni és a társas erőforrásokat egyaránt. A kutatás rávilágított arra is, hogy a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók csoportja rendkívül heterogén, ezért az intervenció programok kialakításakor az egyéni különbségeket is figyelembe kell venni. Ez különösen igaz az érzelmi és a társas készségek fejlesztésére irányuló programok esetében.

Összességében ezek az eredmények arra utalnak, hogy az iskolai kötődés és a fiatalok jólléte és egészségmagatartása szempontjából az iskolai tényezők kockázatcsökkentő hatása érvényesül, azaz megvalósul az iskolai kötődés protektív jellege, ami kulcsfontosságú a gyermekek fejlődése szempontjából. Eredményeink alapján kapcsolat van a tanulók mentális jólléte, iskolai kötődése és problémaviselkedése, szerrel való visszaélése között. A serdülők nagyobb valószínűséggel vesznek részt egészséges viselkedésformákban és lesznek sikeresebbek tanulmányi téren, ha úgy érzik, hogy az iskolájuk részei, részt vesznek a tanulásban és jó kapcsolatot ápolnak a tanáraikkal.

Az iskolai attitűdök megismerése kulcsfontosságú az eredményes tanuláshoz és a hatékony viselkedésszabályozáshoz (Czető, 2022). A vizsgálat rámutat, hogy az iskolai stratégiák, beavatkozások hatékonynak bizonyulhatnak a serdülők problémás viselkedésének megelőzésében, valamint elősegíthetik a pozitív attitűdök és kapcsolatok, továbbá a pozitív iskolai viszonyulás kialakítását. Az iskolai kötődés erősíthető a szociális környezet szintjén a támogató személyekkel, a diákok tanulmányaik iránti elkötelezettségének növelésével, valamint a diákok saját jövőjükbe vetett hitük fontosságának megértésével. Az iskola intézménye stabilnak tekinthető szintér, amely a serdülők átmeneti időszakaiban állandóan jelen van, és amelyen belül a stratégiákon és az intervenciókon keresztül elősegítheti a serdülők kapcsolódásait mind társaik, mind tanáraik és iskolájuk felé, és ez következésképpen a jóllétük védelmét szolgálja (DeBiase et al., 2021). Következtetésként elmondható, hogy az iskolai kötődés és a diákok jóllétének támogatása kulcsfontosságú az oktatási rendszer számára is, mivel ezek a tényezők hozzájárulnak a diákok egészséges fejlődéséhez és sikeres iskolai teljesítményéhez. Az iskolai közösségek és a pedagógusok szerepe kiemelkedő fontosságú az iskolai kötődés és a tanulók jóllétének támogatásában. Az oktatási rendszernek olyan stratégiákat kell alkalmaznia, amelyek segítik a diákokat abban, hogy pozitív, minőségi érzelmi kapcsolatot alakítsanak ki iskolájukkal, támogató kapcsolatokat építsenek az iskolai közösséggel, és segítsenek a diákoknak a stresszel és az érzelmi nehézségekkel való megbirkózásban. Így végső soron az iskolai kötődés és a jóllét támogatása elősegítheti az oktatási rendszer hatékonyságát és eredményességét.

A tanulási zavarral küzdő tanulók eredményeit tekintve ki tudtunk emelni néhány releváns új megállapítást a tanulási zavarral kapcsolatban kevésbé vizsgált erősségek szerepéről, mint például a proszociális viselkedés vagy a proaktív megküzdés. Külön hangsúlyt fektettünk a családok szociális hátterére is. Itt kell megemlíteni azt is, hogy a tanulási zavarral küzdő gyermekekkel kapcsolatos vizsgálatok Magyarországon kevésbé vizsgált kutatási terület, ezért ezek az eredmények hozzájárulhatnak a problémáikkal kapcsolatos ismereteinkhez.

Az eredmények alapján megfogalmazhatjuk, több változó mentén is különbségek fedezhetők fel a specifikus tanulási zavarral küzdő és a tipikusan fejlődő serdülők között: az érzelmi, magatartási és társas problémák, a proszociális viselkedés, a proaktív megküzdés és az étellel való életelégedettség. Amellett, hogy a szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, szocio-ökonómiai státusz, önértékelés és szülői iskolai végzettség) a tanulási zavar legmeghatározóbb előrejelzői a genetikai meghatározottság mellett, a különböző nehézségek és erősségek is szerepet játszhatnak a tanulási zavar diagnózissal rendelkező gyermekek életében. Összességében eredményeink azt igazolják, hogy a korai serdülőkorban a magatartási és

kortársproblémák, késői serdülőkorban az érzelmi problémák voltak a legrelevánsabb nehézségek, amelyek jellemzik a tanulási zavarral küzdőket. A gyermekek proszociális viselkedése kompenzálhatja a nehézségeket, különösen a fiatalabb tanulónál, továbbá az alacsonyabb SES-háztartásokból származó és az alacsonyabb iskolai végzettségű szülőkkel rendelkező tanulónál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a specifikus tanulási zavar diagnózisát kapják. Ezen eredmények fontos üzenete, hogy az SLD-vel rendelkező gyermekek nagyobb eséllyel tapasztalhatnak érzelmi, magatartásbeli és társas problémákat az osztályteremben, ezért a pedagógusoknak kiemelt figyelmet kell biztosítaniuk a szociális konfliktusok és a társadalmi megbélyegzés megelőzése érdekében. A proszociális viselkedés szociális eszközként működhet, amely hozzájárulhat a társakkal való pozitív kapcsolatokhoz. Bár a tipikusan fejlődő diákok általában több proszociális viselkedést alkalmaznak, minden diák esetében szükséges és javasolt a szociális készségek és a proszocialitás fejlesztése, az egymással való támogató társas kapcsolatokat kiépítése céljából. Végül, az alacsonyabb társadalmi osztályokból származóknak és az alacsonyabb iskolai végzettségű szülőkkel rendelkezőknek különös figyelemre és több segítségre van szükségük az olvasási és írási készségek fejlesztéséhez.

8.3. Korlátok és további kutatási irányok

Bár a kutatás jelentős eredményeket hozott, számos korlátot és limitációt is meg kell említeni. Az egyik legfontosabb limitáció a keresztmetszeti kutatási elrendezés, amely nem teszi lehetővé az ok-okozati kapcsolatok egyértelmű feltárását. A hosszú távú hatások vizsgálatához longitudinális kutatásokra lenne szükség, amelyek pontosabban feltárhatják az egyéni pszichés és társas tényezők változásait.

A minta földrajzi korlátozottsága szintén befolyásolja az eredmények általánosíthatóságát. A kutatás csak egy adott régióra koncentrált, amelynek demográfiai és kulturális sajátosságai befolyásolhatják az eredményeket. Egy szélesebb és diverzifikáltabb minta vizsgálata lehetővé tenné az eredmények szélesebb körű alkalmazhatóságát.

További limitáció, hogy a vizsgálatban alkalmazott önbeszámoló kérdőíves módszer potenciálisan torzíthatja az eredményeket. A résztvevők hajlamosak lehetnek a szociálisan kíváncsi válaszok megadására, ami csökkentheti az adatok érvényességét. Egy több módszert magában foglaló kutatási megközelítés, például fókuszcsoportos interjúk vagy megfigyelés, pontosabb képet nyújthatna a serdülőket leginkább érintő nehézségekről.

Végül, a specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók heterogenitása további elemzést igényel. A különböző tanulási zavarokkal küzdő tanulók eltérő tapasztalatokat élhetnek meg,

amelyeket a jelen kutatás nem különített el. Az SNI-s tanulók alaposabb csoportosítása és az egyedi szükségletek vizsgálata hozzájárulhatna a célzottabb intervenciós stratégiák kialakításához.

A kutatás egyik jelentős korlátja, hogy a minta kizárólag diagnosztizált specifikus tanulási zavarral rendelkező tanulókat tartalmazott. Ami fontos, de korlátozott betekintést nyújt a specifikus tanulási zavarral küzdő populáció egészére. Ez a megközelítés figyelmen kívül hagyja azon tanulók csoportját, akik bár hasonló nehézségekkel küzdenek, mégsem részesültek hivatalos diagnózisban. Az SNI csoportban kizárólag azok kaptak helyet, akik már diagnosztikai folyamaton estek át. A diagnózishoz jutás folyamata ugyanis számos akadályba ütközhet, beleértve a szülők és a pedagógusok alacsony szintű tájékozottságát, a diagnosztikai eszközök és szakemberek hiányát, valamint a társadalmi és kulturális tényezőket. Emellett a diagnosztikai kritériumok és módszerek eltérései is hozzájárulnak a folyamat bonyolultságához. Például a tanulási zavarok meghatározása és azonosítása során különböző kritériumok és definíciók alkalmazása nehezítheti a pontos diagnózist. Mindezek mellett a diagnózis hiánya késleltetheti a szükséges pedagógiai és pszichológiai beavatkozásokat, ami negatívan befolyásolhatja a tanulók iskolai teljesítményét és pszichológiai jóllétét. A diagnosztikai folyamat nehézségei és a diagnózis hiányának következményei aláhúzzák a korai felismerés és intervenció fontosságát a specifikus tanulási zavarok esetében.

Ezek a tényezők arra utalnak, hogy a jelen kutatás eredményei nem általánosíthatók minden tanulási nehézséggel küzdő serdülőre, különösen azokra nem, akik még nem kaptak hivatalos diagnózist. A jövőbeni kutatásoknak érdemes lenne kiterjeszteniük a vizsgálatot a diagnózis nélküli tanulókra is, hogy átfogóbb képet kapjunk a tanulási zavarok előfordulásáról és hatásairól a serdülők pszichológiai jóllétére.

Végül a gyakorlati implikációkat tekintve kutatásunk eredményei további adalékokkal szolgálhatnak a preventív programokhoz és beavatkozásokhoz a serdülők körében, különös tekintettel a mentális jóllét előmozdítására. A preventív programok célja, hogy csökkentsék a serdülők rizikómagatartásait, például a dohányzást, alkoholfogyasztást és más egészségkárosító viselkedéseket. Az olyan beavatkozások, amelyek a mentális egészség és a pszichológiai jóllét fejlesztésére összpontosítanak, jelentős hatással lehetnek a szerhasználat megelőzésére. Eredményeink támogatják, hogy a pozitív érzelmek és a mentális rugalmasság fejlesztése, valamint a proszociális viselkedés előmozdítása kulcsfontosságú eszközei lehetnek a rizikómagatartások csökkentésének. A magas szintű pszichológiai jóllét így védőfaktorként funkcionálhat, és jelentősen csökkentheti a serdülők körében a kockázati viselkedések előfordulását. A preventív programoknak olyan elemeket is tartalmazniuk kell, amelyek a

depressziós tünetek csökkentésére, a stresszkezelési technikák fejlesztésére, a reziliencia növelésére irányulnak, valamint a proszociális készségek fejlesztését is hangsúlyozzák, és lehetőséget biztosítanak a serdülők számára, hogy aktívan részt vegyenek ilyen tevékenységekben.

Több szinten igazoltunk releváns protektív tényezőket, amelyek célpontjai lehetnek egy iskola egészségnevelési programjának és iskolai tantervének. A disszertáció eredményei rávilágítanak azokra a védőfaktorokra, amelyek a serdülőkorúak szerhasználatával szemben értékesnek bizonyulnak a tanárok, az iskolapszichológusok, a szociális- és az egészségügyi szakemberek és mindenki számára, aki tizenévesekkel él vagy dolgozik. Úgy véljük, hogy a jóllét és a kapcsolódó területek integrálása a rendszerszintű megelőzésbe, különösen az iskolai környezetben, alapvető fontosságú. Szükség van továbbá a családokat is bevonó beavatkozások kidolgozására. Valóban úgy gondoljuk, hogy egy komplex prevenciós program lehet a leghatékonyabb a kockázati magatartások csökkentésében, a megelőző egészségmagatartás előmozdításában és végső soron a serdülők mentális jóllétének megerősítésében. Eredményeink alapján úgy véljük, hogy az ilyen fókuszú intervencióknak leginkább a fiatalok önkontrolljának javításán, az iskolai kötődés kialakításának segítésén, számukra példák nyújtásán arra vonatkozóan, hogyan szocializálódjanak a kortársakkal szerhasználat nélkül, az iskola és a családok közötti társas kapcsolódás kiépítésén kell alapulniuk.

A gyakorlati beavatkozások kidolgozása előtt azonban szilárd elméleti keretet kell kialakítani. A pozitív pszichológia alkalmasnak tűnik a serdülők jóllétét elősegítő kurrikulum kidolgozására, mivel a patológiára és a problémás viselkedésre való összpontosítás helyett az erősségek vizsgálatát és fejlesztését helyezi előtérbe (Dawood, 2014). A pozitív pszichológiai keretrendszer illeszkedik az iskolai környezethez, erős alapot nyújt a pozitív gondolkodásmód elfogadásához mind a tanárok, mind a gyermekek számára (Donaldson et al., 2022). A konkrét pszichológiai tréningek mellett azonban a pozitív nevelés eszközei is kedvezőek lennének, pl. az iskolai közösségek erősítése, barátságos iskolai környezet kialakítása, tanár-diák kapcsolatok demokratizálása.

A kutatás eredményei fontos hozzájárulást jelentenek a serdülők pszichológiai jóllétének megértéséhez, különös tekintettel az SNI tanulók speciális igényeire. Az egyéni és társas tényezők szerepének feltárása alapvető jelentőségű az iskolai és közösségi intervenciók tervezésében. A kutatás rámutatott a korai prevenció és az inkluzív támogatás fontosságára, amelyek nélkülözhetetlenek a serdülők mentális egészségének és életminőségének javításában, továbbá a serdülők pszichológiai jóllétének és egészségmagatartásainak összetett, többszintű meghatározottságára. A sajátos nevelési igényű, specifikus tanulási zavarral küzdő tanulók

különösen sérülékeny csoportot képviselnek, akiknek támogatásához átfogó, multidiszciplináris megközelítés szükséges. Az eredmények gyakorlati alkalmazása az oktatás területén hozzájárulhat a mentális egészség javításához és az esélyegyenlőség előmozdításához.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőmnek, Dr. Pikó Bettinának, hogy doktori tanulmányaim megkezdése óta inspirált és hitt bennem a képzés alatt. Köszönöm szakmai segítségét, folyamatos támogatását, útmutatásait, melyek nagy mértékben hozzájárultak a sikeres munkához. Köszönöm, hogy időt és energiát nem sajnálva segítette munkámat, és elkészülhetett doktori értekezésem.

Köszönöm dr. Csapó Benőnek, a Neveléstudományi Doktori Iskola egykori vezetőjének és dr. Molnár Gyöngyvérnek, hogy támogattak és bizalmat szavaztak nekem doktori tanulmányaim kezdetén. Szeretném megköszönni a Neveléstudományi Doktori Iskola összes oktatójának, hogy hozzájárultak tudományos fejlődésemhez, meglátásaik, javaslataik és építő jellegű kritikáik révén ismerhettem meg azokat a nézőpontokat, amelyek segítették kutatómunkámat.

Szeretném megköszönni dr. Szabó Évának, hogy egyetemi tanulmányaim elején elültette bennem a kutatás iránti szeretet magvait, és olyan biztos alapokat nyújtott nekem, melyekre a mai napig támaszkodhatok.

Köszönet illeti volt és jelenlegi szakszolgálati munkatársaimat, sok olyan dolgot tanultam tőlük, melyek szakmai fejlődésemet nagymértékben elősegítették. Külön köszönet illeti Gárdai Zsófiát, akitől a legtöbbet tanultam a sajátos nevelési igényű gyerekekről.

Köszönöm a kutatásomban részt vett iskoláknak és külön köszönettel tartozom két gyógypedagógus kollégámnak, Füle-Lugosi Anitának és Lassú Zsuzsannának, akiknek segítségével az adatfelvétel nem valósulhatott volna meg.

Szeretném megköszönni valamennyi hallgatótársamnak a folyamatos támogatást és hogy olyan környezetet teremtettek, melyben öröm volt együtt dolgozni. Köszönöm barátaimnak, hogy az úton végig mellettem álltak.

És nem utolsó sorban hálával tartozom családomnak, anyukámnak és apukámnak, akik végig segítettek és támogattak. Segítségük, bátorításuk és felbecsülhetetlen idejük nélkül nem tudtam volna megküzdeni a kutatómunkával járó kihívásokkal. Hálás vagyok testvéremnek, dr. Dudok Fanninak, akinek szakmai segítése, útmutatása, tanácsai és biztatása nélkül ez a dolgozat nem készülhetett volna el. Köszönöm, hogy végig fogtad a kezem és vezettél. Köszönöm dr. Szilágyi Tamásnak, hogy szakmai támogatása és segítése végigkísért a doktori folyamatban. Köszönöm férjemnek, Sztehlík Balázsnak, hogy nem hagyta feladni az álmom és a disszertációig vezető rögzös úton végig mellettem állt és nem sosem engedte, hogy feladjam.

A disszertációm kislányomnak, Dézinek ajánlom. Köszönöm, hogy mellettem állsz és támogatsz. Kívánom, hogy merj nagyot álmodni és te is teljesítsd be álmaidat.

IRODALOM

- 15/2013. (II.26). EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálatok, intézmények működéséről
Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm> (2021. 03. 20.)
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról. (1997).
Magyarország Kormánya. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.TV>
2011. évi CXCV. törvény A nemzeti köznevelésről.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (2021. 03. 20.)
2013. évi XXVII. törvény egyes köznevelési tárgyú törvények módosításáról. (2013).
Magyarország Kormánya. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300027.TV>
- 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet. A pedagógiai szakszolgálatok működéséről. Magyarország
Kormánya.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200032.EMM×hift=20170831&txtreferrer=A>
- A lelki egészség és a jól-lét európai paktuma (2008): Letöltés:
https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_hu.pdf (2021.
04. 10.)
- Adi, N. S., Othman, A., Kuay, H. S., & Mustafa, Q. M. (2024). A study on the psychological
functioning of children with specific learning difficulties and typically developing
children. *BMC Psychology*, 12, 725. doi: [10.1186/s40359-024-02151-4](https://doi.org/10.1186/s40359-024-02151-4)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human
Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- AlAzzam, M. M., AL-Sagarat, A. Y., Abdel Razeq, N. M., & Alsaraireh, F. A. (2020).
Depression and anxiety among school adolescent females: A national study from
Jordan. *School Psychology International*, 42(5), 520-538. doi:
[10.1177/0143034321101718](https://doi.org/10.1177/0143034321101718)
- Aliyev, B., Rustamov, E., Satıcı, S. A., & Zalova Nuriyeva, U. (2024). Azerbaijani adaptation
of the WHO-5 wellbeing index: Investigating its relationship with psychological
distress, resilience, and life satisfaction. *BMC Psychology*, 12(1), 100. doi:
[10.1186/s40359-024-01593-0](https://doi.org/10.1186/s40359-024-01593-0)
- Allen, J. P., Loeb, E. L., Narr, E. K., & Costello, M. A. (2021). Different factors predict
adolescent substance use versus adult substance abuse: Lessons from a social-
developmental approach. *Development and Psychopathology*, 33(3), 792-802. doi:
[10.1017/S095457942000005X](https://doi.org/10.1017/S095457942000005X)
- Almássy, Zs., Pék, Gy., Papp, G., & Greenglass, E. R. (2014). The Psychometric Properties of
the Hungarian Version of the Proactive Coping Inventory: Reliability, Construct
Validity and Factor Structure. *International Journal of Psychology and Psychological
Therapy*, 14(1). 115–124.
- Al-Yagon, M. (2015). Fathers and mothers of children with learning disabilities: Links between
emotional and coping resources. *Learning Disability Quarterly*, 38(2), 112–128. doi:
[10.1177/0731948713520556](https://doi.org/10.1177/0731948713520556)
- Archambault, I., Janosz, M., Morizot, J., & Pagani, L. (2009). Adolescent behavioral, affective,
and cognitive engagement in school: Relationship to dropout. *Journal of School Health*,
79, 408–415. doi: [10.1111/j.1746-1561.2009.00428.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00428.x)

- Arisztotelész. (1971). *Nikomakhoszi etika*. Magyar Helikon.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. doi: [10.1037/0003-066X.55.5.469](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469)
- Aro, T., Eklund, K., Eloranta, A-K., Närhi, V., Korhonen, E., & Ahonen, T. (2019). Associations between childhood learning disabilities and adult-age mental health problems, lack of education, and unemployment. *Journal of Learning Disabilities*, 52(1), 71–83. doi: [10.1177/0022219418775118](https://doi.org/10.1177/0022219418775118)
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417–436. doi: [10.1037/0033-2909.121.3.417](https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417)
- Atadokht, A., Norozi, H., & Ghaffari, O. (2014). The effect of social problem-solving training on psychological well-being and resiliency of students with learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 3(2), 125–131.
- Aucott, L., Poobalan, A., McCallum, M., & Smith, W. C. S. (2014). Mental well-being related to lifestyle and risky behaviours in 18-25 year olds: Evidence from North-East Scotland. *International Journal of Public Health Research*, 4(1), 431–440. <https://spaj.ukm.my/ijphr/index.php/ijphr/article/view/207>
- Ayar, G., Yalçın, S. S., Tandır Artan, Ö., Güneş, H. T., & Çöp, E. (2022). Strengths and difficulties in children with specific learning disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 48(1), 55–67. doi: [10.1111/cch.12903](https://doi.org/10.1111/cch.12903)
- Bachra, J. (1985). *Learning Barriers in Education*. Berlin: Academic Press.
- Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (2019). *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*; National Academic Press.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. doi: [10.1093/clipsy.bpg015](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015)
- Bagnato, K. (2017). Coping strategies of primary school students with specific learning disabilities. *International Journal of Digital Literacy and Digital Competence*. doi: [10.4018/IJDLDC.2017100104](https://doi.org/10.4018/IJDLDC.2017100104)
- Balázs, J., Miklósi, M., Törő, K. T. & Nagy-Varga, D. (2016). Reading disability and quality of life based on both self- and parent-reports: Importance of gender differences. *Frontiers in Psychology*, 7. doi: [10.3389/fpsyg.2016.01942](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01942)
- Balogh, L. (2005). Tanulási nehézségek – segítő pedagógiai tevékenység. In L. Balogh & L. Tóth (Eds.), *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből* (I.). Neumann Kht.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. doi: [10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Barnes, M. & Harrison, E. K. (2017). *The wellbeing of secondary school pupils with special educational needs*. UK: Department for Education.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20–46.

- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic Press.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Douglas, L., Young, A. & Adlaf, E. (2001). Substance use disorders in young adults with and without LD: Predictive and concurrent relationships. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 317–332. doi: [10.1177/002221940103400403](https://doi.org/10.1177/002221940103400403)
- Bender, W. (2008). *Learning disabilities: Characteristics, identification, and teaching strategies*. Toronto, Canada: Pearson Education.
- Bergin, C. & Bergin, D. (2009). Attachment in classroom. *Educational Psychological Review*, 21, 141-170. doi: [10.1007/s10648-009-9104-0](https://doi.org/10.1007/s10648-009-9104-0)
- Billore, S., Anisimova, T. & Vrontis, D. (2023). Self-regulation and goal-directed behavior: A systematic literature review, public policy recommendations, and research agenda. *Journal of Business Research*, 156, 113435. doi: [10.1016/j.jbusres.2022.113435](https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.113435)
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I. & Gervai, J. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 23(5), 358–365.
- Bíró, E. (Ed.) (2020). *Szakmai ajánlás a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel (BTMN) küzdő gyermekeket, tanulókat az óvodai és iskolai nevelésük-oktatásuk során megillető különleges bánásmóddhoz; a fejlesztő pedagógiai ellátás gyógypedagógiai tartalmaira; a pedagógiai segítség céljaira, feladataira és módszereire; valamint a BTMN tanulói jogokhoz kapcsolódó joghasználatra*. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Blakemore, S. J. & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 187–207. doi: [10.1146/annurev-psych-010213-115202](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202)
- Blair, C., & Scott, K. G. (2002). Proportion of LD Placements Associated with Low Socioeconomic Status: Evidence for a Gradient? *The Journal of Special Education*, 36(1), 14-22. doi: [10.1177/00224669020360010201](https://doi.org/10.1177/00224669020360010201)
- BNO-10. (1995). *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió)*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Bolla, V. (2014). A tanulási zavarral diagnosztizált gyermekek megküzdési stratégiái. *Magyar Pszichológia Szemle*, 69(1), 163–179. doi: [10.1556/MPSzle.69.2014.1.9](https://doi.org/10.1556/MPSzle.69.2014.1.9)
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28. doi: [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20)
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G. & Patton, G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 9–18. doi: [10.1016/j.jadohealth.2006.10.013](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.10.013)
- Borca, G., Rabaglietti, E., Roggero, A., Keller, P., Haak, E. & Begotti, T. (2017). Personal values as a mediator of relations between perceived parental support and control and youth substance use. *Substance Use & Misuse*, 52(12), 1589-1601. doi: [10.1080/10826084.2017.1293103](https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293103).
- Borowsky, I. W. & Resnick, M. D. (1998). Environmental stressors and emotional status of adolescents who have been in special education classes. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 152(4), 377–382. doi: [10.1001/archpedi.152.4.377](https://doi.org/10.1001/archpedi.152.4.377)

- Bouchard, K. L. & Berg, H. B. (2017). Students' school belonging: Juxtaposing the perspectives of teachers and students in the late elementary school years (Grades 4–8). *School Community Journal*, 27(1), 107–136.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Boyes, M. E., Leitao, S., Claessen, M., Badcock, N. A., & Nayton, M. (2016). Why are reading difficulties associated with mental health problems? *Dyslexia*, 22(3), 263–266. doi: [10.1002/dys.1531](https://doi.org/10.1002/dys.1531)
- Boyes, M. E., Nayton, M., Leitão, S., Claessen, M. & Badcock, N. A. (2019). Correlates of externalising and internalising problems in children with dyslexia: An analysis of data from clinical casefiles. *Australian Psychologist*, 55, 62–72. doi: [10.1111/ap.12409](https://doi.org/10.1111/ap.12409)
- Brassai, L. & Pikó, B. (2008). Egyéni és családi pszichológiai tényezők szerepe a serdülők testmozgásának rendszerességében. *Alkalmazott Pszichológia*, 10, 3–4, 5–20.
- Brassai, L. & Pikó, B. (2011). Searching for meaning in life and prosocial behavior as protective factors against adolescent substance use. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(1), 17–34. doi: [10.1556/Mental.12.2011.1.2](https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.1.2)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brumback, T., Thompson, W., Cummins, K., Brown, S. & Tapert, S. (2021). Psychosocial predictors of substance use in adolescents and young adults: Longitudinal risk and protective factors. *Addictive Behaviors*, 121, 106985. doi: [10.1016/j.addbeh.2021.106985](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106985)
- Buchanan, R. L., & Bowen, G. L. (2008). In the context of adult support: The influence of peer support on the psychological well-being of middle-school students. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(5), 397–407. doi: [10.1007/s10560-008-0143-z](https://doi.org/10.1007/s10560-008-0143-z)
- Buerger, S., Holzer, J., Yanagida, T., Schober, B. & Spiel, C. (2023). Measuring Adolescents' Well-Being in Schools: The Adaptation and Translation of the EPOCH Measure of Adolescent Well-Being—A Validation Study. *School Mental Health*. doi:[10.1007/s12310-023-09574-1](https://doi.org/10.1007/s12310-023-09574-1)
- Bugbee, B. A., Beck, K. H., Fryer, C. S. & Arria, A. M. (2019). Substance use, academic performance and academic engagement among high schools seniors. *Journal of School Health*, 89, 145–156. doi: [10.1111/josh.12723](https://doi.org/10.1111/josh.12723)
- Byrne, B. M. (2013). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge. doi: [10.4324/9781410600219](https://doi.org/10.4324/9781410600219)
- Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM – Population Health*, 13, 100742. doi: [10.1016/j.ssmph.2021.100742](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742)
- Carlo, G., Crockett, L. J., Wilkinson, J. L. & Beal, S. J. (2011). The longitudinal relationships between rural adolescents' prosocial behaviors and young adult substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(9), 1192–1202. doi: [10.1007/s10964-010-9588-4](https://doi.org/10.1007/s10964-010-9588-4)
- Carroll, A., Houghton, S., & Bourgeois, A. (2014). Self-reported substance use among high school students with and without learning difficulties. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 19(1), 47–59. doi: [10.1080/19404158.2014.909861](https://doi.org/10.1080/19404158.2014.909861)

- Casey, B. J., Jones, R. M. & Hare, T. A. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126. doi: [10.1196/annals.1440.010](https://doi.org/10.1196/annals.1440.010)
- Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Oesterle, S., Fleming, C. B. & Hawkins, J. D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: Findings from the Social Development Research Group. *Journal of School Health*, 74(7), 252–261. doi: [10.1111/j.1746-1561.2004.tb08281.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2004.tb08281.x)
- Ceglédi, E. & Máth, J. (2013). Az iskolai teljesítményt befolyásoló tényezők vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia*, 13(4), 23–46.
- Chaput-Langlois, S., Parent, S., Castellanos Ryan, N., Vitaro, F., Séguin, J. R. (2022). Friends, attachment and substance use in adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 83, 101457. doi: [10.1016/j.appdev.2022.101457](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2022.101457)
- Chau, K., Kabuth, B., Causin-Brice, O., Delacour, Y., Richoux-Picard, C., Verdin, M., Armand, I. & Chau, N. (2016). Associations between school difficulties and health-related problems and risky behaviours in early adolescence: A cross-sectional study in middle-school adolescents in France. *Psychiatry Research*, 244, 1–9. doi: [10.1016/j.psychres.2016.07.008](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.008)
- Chen, C.-Y., Storr, C. L., Tang, G.-M., Huang, S.-L., Hsiao, C. K. & Chen, W. J. (2008). Early alcohol experiences and adolescent mental health: A population-based study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 209–218. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2008.01.018](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.018)
- Cheng, H. & Furnham, A. (2019). Teenage locus of control, psychological distress, educational qualifications and occupational prestige as well as gender as independent predictors of adult binge drinking. *Alcohol*, 76, 103-109. doi: [10.1016/j.alcohol.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.08.008)
- Christenson, S. L. & Thurlow, M. L. (2004). School dropouts: Prevention considerations, interventions, and challenges. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 36–39. doi: [10.1111/j.0963-7214.2004.01301010.x](https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.01301010.x)
- Çıkrıkçı, Ö. & Erzen, E. (2020). Academic procrastination, school attachment, and life satisfaction: A Mediation Model. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38, 225–242. doi: [10.1007/s10942-020-00336-5](https://doi.org/10.1007/s10942-020-00336-5)
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. doi: [10.1037/0033-2909.98.2.310](https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310)
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 18(2), 76-82. doi: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113). PMID: 12964174.
- Cox, W. M., Fadardi, J. S. & Pothos, E. M. (2006). The addiction-Stroop test: Theoretical considerations and procedural recommendations. *Psychological Bulletin*, 132(3), 443–476. doi: [10.1037/0033-2909.132.3.443](https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.443)
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. doi: [10.1007/BF02310555](https://doi.org/10.1007/BF02310555)
- Czető, K. (2019). Az iskolához való viszony fogalmi értelmezéseinek összehasonlító vizsgálata: iskolai attitűd, jóllét és elköteleződés. *Iskolakultúra*, 29(10), 17-34. doi: [10.14232/ISKKULT.2019.10.17](https://doi.org/10.14232/ISKKULT.2019.10.17)
- Czető, K. (2022). Mit gondolnak a tanulók és tanárok az iskoláról? Egy iskolaiattitűd-kutatás eredményei. *Iskolakultúra*, 22(8-9), 30-52. doi: [10.14232/iskkult.2022.8-9.3](https://doi.org/10.14232/iskkult.2022.8-9.3)

- Csányi, Y. (2003). Létszám- és részleges profilváltás a hallássérülteket ellátó intézményekben. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2, 81–87.
- Csépe, V. (2009). Jól olvassuk-e a gének üzenetét a rosszul olvasók génjeiből? *Pszichológia*, 29(1), 63–76.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (2013). *Flow: The psychology of happiness*. Random House.
- D. Nagy, K. (2020). Az iskolai jóllét értelmezésének és modellezésének lehetőségei. *Magyar Pedagógia*, 120(2), 123–148. doi: [10.17670/MPed.2020.2.123](https://doi.org/10.17670/MPed.2020.2.123)
- Das, J. K., Sala, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmodd, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A. (2023). Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), S49–S60. doi: [10.1016/j.jadohealth.2016.06.020](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020)
- Dawood, R. (2014). Positive psychology and child mental health; a premature application in school-based psychological intervention? *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 113, 44–53. doi: [10.1016/j.sbspro.2014.01.009](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.009)
- De Looze, M., van Dorsselaer, S., Stevens, G., Boniel-Nisse, M., Vieno, A. & Van den Eijnden, R. J. J. M. (2019). The decline in adolescent substance use across Europe and North America in the early twenty-first century: A result of the digital revolution? *International Journal of Public Health*, 64, 229–240. doi: [10.1007/s00038-018-1182-7](https://doi.org/10.1007/s00038-018-1182-7)
- DeBiase, E., Bray, M., Levine, M., Graves, M. & Lon, M. (2021). Improving well-being and behavior in adolescents utilizing a school-based positive psychology intervention, *International Journal of School & Educational Psychology*, doi: [10.1080/21683603.2021.1881000](https://doi.org/10.1080/21683603.2021.1881000) 80/10826084.2016.1197938
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. doi: [10.1207/S15327965PLI1104_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Deepthi, D. P., Jeyavel, S., Subhasree, G., & Jojo, C. E. (2022). Proactive coping and social-emotional adjustment among students with and without learning disabilities in Kerala, India. *Frontiers in Psychology*, 13, 949708. doi: [10.3389/fpsyg.2022.949708](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949708)
- Demaray, M. K., & Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39(3), 305–316. doi: [10.1002/pits.10018](https://doi.org/10.1002/pits.10018)
- Dennis, C.-L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321–332. doi: [10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5)
- de Ridder, D. T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control: a meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76–99. doi: [10.1177/1088868311418749](https://doi.org/10.1177/1088868311418749)
- Deutsch, Sz., Fejtes, E., Kun, Á. & Medvés, D. (2015). A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2), 49–71. doi: [10.17627/ALKPSZICH.2015.2.49](https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.49)

- De Wals, S., & Meszaros, K. (2011). *Handbook on Psychology of Self-Esteem*. Nova Science Publisher.
- Diener, E. & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3(1), 1-43. doi: [10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x)
- Diener, E., & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: [10.1207/s15327752jpa4901_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour* 2, 253-260 doi: [10.1038/s41562-018-0307-6](https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6)
- Dimitrellou, E. & Hurry, J. (2019). School belonging among young adolescents with SEMH and MLD: The link with their social relations and school inclusivity. *European Journal of Special Needs Education*, 34(3), 312-326. doi: [10.1080/08856257.2018.1501965](https://doi.org/10.1080/08856257.2018.1501965)
- Dimitriadis, D. G., Mamplekou, E., Dimitriadis, P. G., Dimitriadis G. D., & Papageorgiou C. (2016). The association between smoking and psychopathology adjusted for body mass index and gender. *Australian Psychiatry*, 24(5), 441-444. doi: [10.1177/1039856216646228](https://doi.org/10.1177/1039856216646228)
- Donaldson, S. I., van Zyl, L. E., & Donaldson, S. I. (2022). PERMA+4: A framework for work-related wellbeing, performance and positive organizational psychology 2.0. *Frontiers in Psychology*, 12, 817244. doi: [10.3389/fpsyg.2021.817244](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.817244)
- DSM-V. (2014). *Referenciakönyv a DSM-V diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai.
- Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez: Az integrált oktatásban részt vevő gyerekek egyéni szintű jellemzőinek áttekintése a nemzetközi és hazai szakirodalom alapján. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1-2). <https://upszonline.hu/index.php?article=730102009>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. doi: [10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x)
- Dvorak, R. D., Stevenson, B. L., Kilwein, T. M., Sargent, E. M., Dunn, M. E., Leary, A. V., & Kramer, M. P. (2018). Tension reduction and affect regulation: An examination of mood indices on drinking and non-drinking days among university student drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 26, 377-390. doi: [10.1037/pha0000210](https://doi.org/10.1037/pha0000210)
- Eccles, J. S., & Roeser, R. W. (2011). Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 225-241. doi: [10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x)
- Elekes, Zs., Arnold, P. & Bencsik, N. (2020). *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Budapest Corvinus Egyetem.

- Elmqvist, D. L., Morgan, D. P. & Bolds, P. K. (1992). Alcohol and other drug use among adolescents with disabilities. *International Journal of the Addictions*, 27(12), 1475–1483. doi: [10.3109/10826089209047364](https://doi.org/10.3109/10826089209047364)
- Englbrecht, A., & Weigert, A. (1996). *Categorization of Learning Limitations*. Heidelberg: Springer.
- Erdei, R. (2018). A nehézségekkel való megküzdés segítése és lehetőségei. *Sárospataki Pedagógiai Füzetek*, 99-114.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W.W. Norton.
- ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union. doi: [10.2810/877033](https://doi.org/10.2810/877033)
- Európai Unió Tanácsa. (2019). *A Foglalkoztatási, Szociálpolitikai, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Tanács 2019. december 9-i ülésének előkészítése* (14303/19). Elérhető: <https://www.consilium.europa.eu/media/41865/st14303-en19.pdf>
- Európai Unió Tanácsa. (2022). *Council recommendation on pathways to school success and replacing the Council recommendation of 28 June 2011 on policies to reduce early school leaving* (Document 14981/22). <https://www.consilium.europa.eu/media/60390/st14981-en22.pdf>
- Facoetti, A., Paganoni, P., Turatto, M., Marzola, V. & Mascetti, G. G. (2000). Visual-spatial attention in developmental dyslexia. *Cortex*, 36(1), 109–123. doi: [10.1016/S0010-9452\(08\)70840-2](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70840-2)
- Fakier, N. & Wild, L. G. (2011). Associations among sleep problems, learning difficulties and substance use in adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(4), 717–726. doi: [10.1016/j.adolescence.2010.09.010](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.09.010)
- Feeney, B. C. & Collins, N. L. (2014). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113–147. doi: [10.1177/1088868314544222](https://doi.org/10.1177/1088868314544222)
- Fejes, J. B. & Szenczi, B. (2010). Tanulási korlátok a magyar és az amerikai szakirodalomban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38(4), 273–287.
- Fejes, J. B. & Szűcs, N. (2017). Hol tart ma az oktatási integráció ügye? *Új Pedagógiai Szemle*, 67, 100–116.
- Ferguson, L. J., & Gunnell, K. E. (2016). Eudaimonic well-being: A gendered perspective (pp. 427–436). In J. Vittersø (Ed.), *Handbook of Eudaimonic Well-Being*. Springer.
- Fidalgo, T. M., Sanchez, Z. M., Caetano, S. C., Maia, L. O., Carlini, E. A. & Martins, S. S. (2016). The association of psychiatric symptomatology with patterns of alcohol, tobacco, and marijuana use among Brazilian high school students: Psychiatric symptoms, alcohol, tobacco, and marijuana use. *The American Journal on Addictions*, 25(5), 416–425. doi: [10.1111/ajad.12407](https://doi.org/10.1111/ajad.12407)
- Firth, N., Greaves, D., & Frydenberg, E. (2010). Coping Styles and Strategies: A Comparison of Adolescent Students With and Without Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 43(1), 77-85. doi: [10.1177/0022219409345010](https://doi.org/10.1177/0022219409345010)
- Fitzgerald, A., Maguire, J. & Dooley, B. (2016). Substance misuse and behavioral adjustment problems in Irish adolescence: Examining contextual risk and social proximal factors. *Substance Use & Misuse*, 51(13), 1790-1809. doi: [10.1080/10826084.2016.1197938](https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1197938)

- Fletcher, J. M. (2012). Classification and identification of learning disabilities. In B. Wong & D. L. Butler (Eds.), *Learning about learning disabilities* (pp. 1–25). Elsevier Academic Press. doi: [10.1016/B978-0-12-388409-1.00001-1](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-388409-1.00001-1)
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. doi: [10.1027/1016-9040/a000124](https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124)
- Foltova, L., Portešová, Š., & Kukla, L. (2013). Behavioral, emotional and social difficulties of dyslexic children during school age (7–15 years) - Longitudinal research. *Czechoslovak Psychology*, 57, 505–553.
- Fónai, M., Barnucz, N. & Hüse, L. (2021). The possible contexts of inclusion and special educational needs in the light of an international research. *Acta Medicinae et Sociologica*, 12(32), 109–129.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. doi: [10.1037/0003-066X.56.3.218](https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218).
- Fredrickson, B. L. & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamic of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678–686. doi: [10.1037/0003-066X.60.7.678](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.678)
- Friedman, H. S. & Kern, M. L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology*, 65, 719–742. doi: [10.1146/annurev-psych-010213-115123](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115123)
- Frobel, W., Grafe, N., Meigen, C., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W. & Poulain, T. (2022). Substance use in childhood and adolescence and its associations with quality of life and behavioral strengths and difficulties. *BMC Public Health*, 22(1), 275. doi: [10.1186/s12889-022-12586-2](https://doi.org/10.1186/s12889-022-12586-2)
- Furlong, M. J., & Christenson, S. L. (2008). Engaging students at school and with learning: A relevant construct for all students. *Psychology in the Schools*, 45, 365–368. doi: [10.1002/pits.20302](https://doi.org/10.1002/pits.20302)
- Gaál, É. (2000). A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában. In S. Illyés (Ed.), *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Gál, Z., Jámboři, Sz., Kasik, L., & Fejes, J. B. (2019). Az észlelt tanulmányi sikeresség és az iskolai jóllét pszichológiai erőforrásainak összefüggései középiskolás diákok körében. *Magyar Pedagógia*, 119(4), 265–286. doi: [10.17670/MPed.2019.4.265](https://doi.org/10.17670/MPed.2019.4.265)
- Garcia-Reid, P. (2007). Examining social capital as a mechanism for improving school engagement among low-income Hispanic girls. *Youth & Society*, 39(2), 164–181. doi: [10.1177/0044118X07303263](https://doi.org/10.1177/0044118X07303263)
- Gardner, A. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2023). Coping skills. *Encyclopedia of Child and Adolescent Health*, 2, 257–267. doi: [10.1016/B978-0-12-818872-9.00029-7](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818872-9.00029-7)
- Gardynik, U. M., & McDonald, L. (2005). Implications of risk and resilience in the life of the individual who is gifted and learning disabled. *Roeper Review*, 27(4), 206–214. doi: [10.1080/02783190509554320](https://doi.org/10.1080/02783190509554320)
- Gaspar, T., Bilimória, H., Albergaria, F. & Gaspar Matos, M. (2016). Children with special education needs and subjective well-being: Social and personal influence. *International Journal of Disability, Development and Education*, 63(5), 500–513. doi: [10.1080/1034912X.2016.1144873](https://doi.org/10.1080/1034912X.2016.1144873)

- Ginieri-Coccossis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V., & Kokkevi, A. (2013). Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SpLD) and differences from typically developing children: A study of child and parent reports. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 581–591. doi: [10.1111/j.1365-2214.2012.01369.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01369.x)
- Gochman, D. S. (1982). Labels, systems, and motives: Some perspectives for future research and programs. *Health Education Quarterly*, 9(2–3), 167–174. doi: [10.1177/109019818200900213](https://doi.org/10.1177/109019818200900213)
- Gómez-Baya, D., Lucia-Casademunt, A.M. & Salinas-Pérez, J.A. (2018). Gender differences in psychological well-being and health problems among European health professionals: Analysis of psychological basic needs and job satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15, 1474. doi: [10.3390/ijerph15071474.99-2](https://doi.org/10.3390/ijerph15071474.99-2).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. doi: [10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x)
- Gordon, M., Russel, B. S., & Finan, L. J. (2019). The influence of parental support and community belonging on socioeconomic status and adolescent substance use over time. *Substance Use & Misuse*. doi: [10.1080/10826084.2019.1654513](https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1654513)
- Gordosné Szabó, A. (2003). Ranschburg Pál hatása a gyógypedagógiára - eddig ismeretlen adatok tükrében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 33(3), 220–230.
- Gottfredson, D. C. (2001). Schools and delinquency. Cambridge University Press.
- Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32(4), 768–776. doi: [10.1037/0012-1649.32.4.768](https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.768)
- Grasso, M., Lazzaro, G., Demaria, F., Menghini, D., & Vicari, S. (2022). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a valuable screening tool for identifying core symptoms and behavioural and emotional problems in children with neuropsychiatric disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 7731. doi: [10.3390/ijerph19137731](https://doi.org/10.3390/ijerph19137731)
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*, 14(1), 29–39. doi: [10.1027/1016-9040.14.1.29](https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.29)
- Greenglass, E. R., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between proactive coping, well-being, and job stressors in nurses. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 416–432. doi: [10.1037/1072-5245.13.4.416](https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.4.416)
- Greenglass, E. R., Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999). The proactive coping inventory (PCI): A multidimensional research instrument. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 487–498. doi: [10.1111/j.1464-0597.2007.00333.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00333.x)
- Gresham, F. M., Sugai, G. & Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 120–124. doi: [10.1177/001440290106700303](https://doi.org/10.1177/001440290106700303)
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi: [10.1037/0022-3514.85.2.348](https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348)

- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi: [10.1080/1047840X.2014.940781](https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781)
- Groß, D. (2021). In the self-control and self-regulation maze: Integration and importance. *Personality and Individual Differences*, 175, 110728. doi: [10.1016/j.paid.2021.110728](https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110728)
- Gyarmathy, É. (2000). Tanulási zavarok, átlagon felüli intelligencia és a MAWI-GY. *Pszichológia*, 20(3), 243–270.
- Gyarmathy, É. (2001). *Tanítani és tanulni tanulási zavarokkal*. Magyar Diszlexia Központ. <https://www.diszlexia.hu/Cikkek/tanzavtanitani.pdf>
- Gyarmathy, É. (2007). *Diszlexia. Specifikus tanítási zavar*. Lélekben Otthon Kiadó
- Gyarmathy, É. (2010): Atipikus agy és a tehetség 2. Az átütő tehetség és a tehetségvizsgálatok. *Pszichológia*. 30. 1. sz., 31–41.
- Guyer, A. E., Silk, J. S., & Nelson, E. E. (2016). The neurobiology of the emotional adolescent: From the inside out. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 74–85. doi: [10.1016/j.neubiorev.2016.07.037](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.037)
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis. 7th Edition*. Pearson.
- Hampton, N. Z. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: The role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48. 31–37. doi: [10.1177/00343552040480010401](https://doi.org/10.1177/00343552040480010401)
- Hamvai Cs., & Pikó B. (2008). Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: A pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia*, 108(1), 71-92.
- Hamvai Cs., & Pikó, B. (2009). Serdülők szubjektív jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 59(4), 30–42.
- Harmatiné, K. J., Tóth, E. & Varga, L. (2014). *Kétszeresen kivételes gyermekek támogatása*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hart, S. R., Stewart, K., & Jimerson, S. R. (2011). The Student Engagement in Schools Questionnaire (SESQ) and Teacher Engagement Report Form-New (TERF-N): Examining the preliminary evidence. *Contemporary School Psychology*, 15, 67-79. Doi: [10.1007/BF03340964](https://doi.org/10.1007/BF03340964)
- Hascher, T. (2008). Quantitative and qualitative research approaches to assess student wellbeing. *International Journal of Educational Research*, 47(2), 84-96. Doi: [10.1016/j.ijer.2007.11.016](https://doi.org/10.1016/j.ijer.2007.11.016)
- Hassan, N. M., Aziz, A. Husain, R., Daud, N., & Juhari, S. N. (2020). Association of prosocial behavior with ever smoking and alcohol drinking among school-going adolescents. *Heliyon*, 6(7), e04530. doi: [10.1016/j.heliyon.2020.e04530](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04530)
- Hassani, S., & Schwab, S. (2021). Social-Emotional Learning Interventions for Students With Special Educational Needs: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Education*, 6, 808566. doi: [10.3389/educ.2021.808566](https://doi.org/10.3389/educ.2021.808566)
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G. & Abbott, R. D. (2008). Effects of social development intervention in childhood 15 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(12), 1133-1141. doi: [10.1001/archpedi.162.12.1133](https://doi.org/10.1001/archpedi.162.12.1133)
- Hegedűs, R. (2024). *Tanulási zavarok és iskolai teljesítmény*. Belvedere Meridionale.

- Heiman, T., & Olenik-Shemesh, D. (2020). Social-Emotional Profile of Children with and without Learning Disabilities: The Relationships with Perceived Loneliness, Self-Efficacy and Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7358. doi: [10.3390/ijerph17207358](https://doi.org/10.3390/ijerph17207358)
- Heiman, T. & Precel, K. (2003). *Students with learning disabilities in higher education: Academic strategies, emotional, and social experiences. Learning Disabilities Research & Practice*, 18(4), 227-236. doi: [10.1111/1540-5826.00077](https://doi.org/10.1111/1540-5826.00077)
- Heizomi, H., Allahverdipour, H., Jafarabadi, M.A. & Safaian, A. (2015). Happiness and its relation to psychological well-being of adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 16, 55-60. doi: [10.1016/j.ajp.2015.05.037](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.05.037)
- Held, B. S. (2002). The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965-991. doi: [10.1002/jclp.10093](https://doi.org/10.1002/jclp.10093)
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Scholes-Balog, K. R., Herrenkohl, T. I., Toumbourou, J. W., & Catalano Jr., R. F. (2014). Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection: A longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Journal of School Health*, 84(11), 706–715. doi: [10.1111/josh.12201](https://doi.org/10.1111/josh.12201)
- Hill, L. G. & Werner, N. E. (2006). Affiliative motivation, school attachment, and aggression in school. *Psychology in the Schools*, 43(2), 231–246. doi: [10.1002/pits.20140](https://doi.org/10.1002/pits.20140)
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley, University of California Press
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324. doi: [10.1037/1089-2680.6.4.307](https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307)
- Hoffmann, J. P., & Jones, M. S. (2022). Cumulative stressors and adolescent substance use: A review of 21st-century literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 891–905. doi: [10.1177/1524838020979674](https://doi.org/10.1177/1524838020979674)
- Hofmann, W., Luhmann, M., Fisher, R. R., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2014). Yes, but are they happy? Effects of trait self-control on affective well-being and life satisfaction. *Journal of Personality*, 82, 265–277. doi: [10.1111/jopy.12050](https://doi.org/10.1111/jopy.12050)
- Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2012). Social relationships and mortality. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(1), 41–53. doi: [10.1111/j.1751-9004.2011.00406.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00406.x)
- Howard, T., Dresser, S. G., & Dunklee, D. R. (2009). *Poverty is not a learning disability. Equalizing opportunities for low SES students*. Thousand Oaks: Corwin.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. doi: [10.1080/10705519909540118](https://doi.org/10.1080/10705519909540118)
- Iaia, M., Vizzi, F., Carlino, M. D., Turi, M., Marinelli, C. V., & Angelelli, P. (2024). Specific learning disabilities and associated emotional-motivational profiles: a study in Italian university students. *Frontiers in Psychology*, 15, 1365980. doi: [10.3389/fpsyg.2024.1365980](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1365980)
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., & Cosma, A. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Ivtzan, I., Young, T., Martman, J., Jeffrey, A., Lomas, T., Hart, R., & Eiroa-Orosa, F. J. (2016). Integrating Mindfulness into Positive Psychology: a Randomised Controlled Trial of an Online Positive Mindfulness Program. *Mindfulness*, 7, 1396–1407. doi: [10.1007/s12671-016-0581-1](https://doi.org/10.1007/s12671-016-0581-1)
- Jackman, P. C. & Sisson, K. (2022). Promoting psychological well-being in doctoral students: A qualitative study adopting a positive psychology perspective. *Studies in Graduate and Postdoctoral Education*, 13(1), 19–35. doi: [10.1108/SGPE-11-2020-0073](https://doi.org/10.1108/SGPE-11-2020-0073)
- Jámbori, Sz., Kőrössy, J. & Szabó, É. (2019). A reziliencia, az énhatékonyság és az iskolai kötődés szerepe a szándékos önszabályozás folyamatában. *Magyar Pedagógia*, 119(1), 75–94. doi: [10.17670/MPed.2019.1.75](https://doi.org/10.17670/MPed.2019.1.75)
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. Harvard University Press.
- Járai, R., Hargitai, R., Nagy, L. Csókasi, K., & Kiss, E. Cs. (2015). A Connor Davidson Reziliencia kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 129-136. doi: [10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129](https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129)
- Jászberényi, M. & Marton, K. (2009). Az írott nyelv terén zavart mutató fiatalok klinikai vizsgálata és a bizonyítékon alapuló gyakorlat alkalmazása. In K. Marton (Ed.), *Neurokognitív fejlődési vizsgálatok és terápiája* (pp. 43–61). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.
- Jenkins, P. H. (1997). School delinquency and the school social bond. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34(3), 337–367. doi: [10.1177/0022427897034003003](https://doi.org/10.1177/0022427897034003003)
- Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79(1), 491–525. doi: [10.3102/0034654308325693](https://doi.org/10.3102/0034654308325693)
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48(2), 117–126. doi: [10.1037/0003-066X.48.2.117](https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.117)
- Jianhua, I. Huebner, E.S. & Tian, L. (2021). Co-developmental trajectories of psychological need satisfactions at school: Relations to mental health and academic functioning in Chinese elementary school students. *Learning and Instruction*, 74. doi: [10.1016/j.learninstruc.2021.101465](https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2021.101465)
- Johnston, R., Jones, K., & Manley, D. (2018). Confounding and collinearity in regression analysis: a cautionary tale and an alternative procedure, illustrated by studies of British voting behaviour. *Quality and Quantity*, 52(4), 1957-1976. doi: [10.1007/s11135-017-0584-6](https://doi.org/10.1007/s11135-017-0584-6)
- Józsa, K. & Fejes, J. B. (2012). A tanulás affektív tényezői. In B. Csapó (Ed.), *Mérlegen a magyar iskola* (pp. 367–406). Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Juhász, Á., Arдай, B., Nagy, L., Balázs, N., & Szigeti, R. (2023). Az iskolai stressz, az adaptív és a maladaptív megküzdés, valamint az iskolai kötődés összefüggései serdülő mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(1), 43-60. doi: [10.1556/0016.2022.00042](https://doi.org/10.1556/0016.2022.00042)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kalka, D. & Lockiewicz, M. (2017). Happiness, life satisfaction, resiliency, and social support in students with dyslexia. *International Journal of Disability, Development and Education*, 65(5), 493–508. doi: [10.1080/1034912X.2017.1411582](https://doi.org/10.1080/1034912X.2017.1411582)

- Kállai, G. & Mile, A. (2020). Sajátos nevelési igények és befogadó nevelés Európában. *Educatio*, 29(3), 363–378.
- Kanter, R. (1976). *Disabilities and Learning Challenges*. Cambridge: Harvard University Press.
- Karacostas, D. D. & Fisher, G. L. (1993). Chemical dependency in students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 26(7), 491–495. doi: [10.1177/002221949302600708](https://doi.org/10.1177/002221949302600708)
- Karatas, Z., Tagay, O. & Savi-Cakar, F. (2016). School attachment and peer bullying as the predictors of early adolescents' resilience. *Global Journal of Guidance and Counseling in Schools: Current Perspectives*, 6(1), 2–10. doi: [10.18844/gjgc.v6i1.579](https://doi.org/10.18844/gjgc.v6i1.579)
- Kashdan, T. B., & Biswas-Diener, R. (2014). *The Upside of Your Dark Side: Why Being Your Whole Self--Not Just Your "Good" Self--Drives Success and Fulfillment*. Avery.
- Kasik, L., & Gál, Z. (2014). Óvodások szociálisprobléma-megoldó gondolkodása szüleik és pedagógusaik véleménye alapján. *Magyar Pedagógia*, 114(3), 189–213. <https://www.magyarpedagogia.hu/index.php/magyarpedagogia/article/view/69>
- Kasl, S. V. & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: II. Sick-Role Behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(4), 531–541. doi: [10.1080/00039896.1966.10664421](https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664421)
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner*. Singapore: Springer.
- Kern, M. L., Benson, L., Steinberg, E. A., & Steinberg, L. (2016). The EPOCH measure of adolescent well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 586–597. doi: [10.1037/pas0000201](https://doi.org/10.1037/pas0000201)
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207–222. <https://midus.wisc.edu/findings/pdfs/56.pdf>
- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: Keyes, C. (Ed.), *Mental Well-Being*. Springer, Dordrecht. doi: [10.1007/978-94-007-5195-8_1](https://doi.org/10.1007/978-94-007-5195-8_1)
- Kim, T., & Kim, J. (2020). Linking adolescent future expectations to health in adulthood: Evidence and mechanisms. *Social Science & Medicine*, 263, 113282. doi: [10.1016/j.socscimed.2020.113282](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113282)
- Kirk, S. A., & Bateman, B. (1962). Diagnosis and remediation of learning disabilities. *Exceptional Children*, 29(2), 73–78.
- Klassen, R. M. & Lynch, S. L. (2007). Self-efficacy from the perspective of adolescents with LD and their specialist teachers. *Journal of Learning Disabilities*, 40(6), 494–507. doi: [10.1177/0022219407040006020](https://doi.org/10.1177/0022219407040006020)
- Kleinkorres, R., Stang-Rabrig, J., & McElvany, N. (2023). The longitudinal development of students' well-being in adolescence: The role of perceived teacher autonomy support. *Journal of Research on Adolescence*, 00, 1–18. doi: [10.1111/jora.12821](https://doi.org/10.1111/jora.12821)
- Klem, A. M. & Connell, P. J. (2004). Relationships matters: Linking teacher support to student engagement and achievement. *Journal of School Health*, 74(7), 262–273. doi: [10.1111/j.1746-1561.2004.tb08283.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2004.tb08283.x)

- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed.)*. Guilford Press.
- Konta, I. & Zsolnai, A. (2002). A szociális készségek játékos fejlesztése az iskolában. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Korhonen, J., Linnanmäki, K., & Aunio, P. (2014). Learning difficulties, academic well-being, and educational dropout: A person-centred approach. *Learning and Individual Differences*, 31, 1–10. doi: [10.1016/j.lindif.2013.12.011](https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.12.011)
- Körössy, J. (2016). A pozitív fiatalkori fejlődés elmélete és modelljei. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(2), 9-18.
- KSH. (2020). *Oktatási adatok, 2019/2020*. Online kiadvány. Letöltés <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1920/index.html> (2022. 09. 02.)
- KSH (2024). 23.1.1.6. Sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók száma fogyatékoság-típus szerint. https://www.ksh.hu/stadat_files/okt/hu/okt0006.html
- Kumar, S. K., Mandal., S. P., & Bharti, D. A. (2020). Perceives stress and psychological wellbeing: The modarating role of proactive coping. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 46(2), 200-209. <https://jiaap.in/wp-content/uploads/2024/07/5-Das-Ambika-Bharti.pdf>
- Kuther, T. L. (2023). *Chapter 12: Socioemotional Development in Adolescence*. In *Lifespan Development: Lives in Context*; Sage Publications: Thousand Oaks, CA, USA. Elérhető online: https://edge.sagepub.com/sites/default/files/12_KUTHER.pdf
- Lackaye, T., Margalit, M., Ziv, O. & Ziman, T. (2006). Comparisons of self-efficacy, mood, effort, and hope between students with learning disabilities and their non-LD-matched peers. *Learning Disabilities Research and Practice*, 21(2), 111–121. doi: [10.1111/j.1540-5826.2006.00211.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-5826.2006.00211.x)
- Laki, T. (2010). Az együttnevelés műhelye. A RAMPA integrációs programsorozatának tapasztalatai. *Új Pedagógiai Szemle*, 60, 1–2, 73–93.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93–109. doi: [10.1207/S15327965PLI1402_02](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1402_02)
- Láng, A. (2019). A serdülőkorai pszichológiai jóllét multidimenzionális mérőeszköze: Az EPOCH kérdőív magyar változatának (EPOCH-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 20(1), 12-34. doi: [10.1556/0406.20.2019.002](https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.002)
- Lányiné, E. A. (2006). A (gyógy)pedagógiai vizsgálat fő elvei, gyakorlati kérdései és illeszkedése a komplex diagnosztikus folyamatba. In M. Zsoldos (Ed.), *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás: Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, a szakértői bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz* (pp. 1–21). Oktatási Minisztérium – Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Alapítvány.
- Lányiné, E. Á. (2014). Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika. *Neveléstudomány: Oktatás – Kutatás – Innováció*, 2(3), 33–52.
- Lee, H. & Henry, K. L. (2022). Adolescent substance use prevention: Long-term benefits os school engagement. *Journal of School Health*, 92, 337-344. doi: [10.1111/josh.13133](https://doi.org/10.1111/josh.13133)
- Lee, Y.-T., Huang, Y.-H., Tsai, F.-J., Liu, H.-C., Sun, F.-J., Tsai, Y.-J. & Liu, S.-I. (2021). Prevalence and psychosocial risk factors associated with current cigarette smoking and

- hazardous alcohol drinking among adolescents in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(1), 265–274. doi: [10.1016/j.jfma.2020.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.05.003)
- Leist-Balogh, B., & Jámboři, Sz. (2016). A kaputnyitási pánik vizsgálata a megküzdési módok és a szorongás függvényében. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(2), 69-90.
- Lerner, R. M., Dowling, E. M. & Anderson, P. M. (2003). Positive youth development: Thriving as a basis of personhood and civil society. *Applied Developmental Science*, 7, 172-180. doi: [10.1207/S1532480XADS0703_8](https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_8)
- Levitt, M. J., Levitt, J., Bustos, G. L., Crooks, N. A., Santos, J. D., Telan, P., et al. (2005). Patterns of social support in the middle childhood to early adolescent transition: Implication for adjustment. *Social Development*, 14(3), 398–420. doi: [10.1111/j.1467-9507.2005.00308.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2005.00308.x)
- Li, R., Kao, C. & Wu, Y. (2015). Gender differences in psychological well-being: Tests of factorial invariance. *Quality of Life Research*, 24, 2577–2581. doi: [10.1007/s11136-015-09](https://doi.org/10.1007/s11136-015-09)
- Li, Y. & Lerner, R. M. (2011). Trajectories of school engagement during adolescence: Implications for grades, depression, delinquency, and substance use. *Developmental Psychology*, 47(1), 233-247. doi: [10.1037/a0021307](https://doi.org/10.1037/a0021307)
- Li, Y., Zhang, W., Liu, J., Arbeit, M. R., Schwartz, S. J., Bowers, E. P. & Lerner, R. M. (2011). The role of school engagement in preventing adolescent delinquency and substance use: A survival analysis. *Journal of Adolescence*, 34, 1181-1192. doi: [10.1016/j.adolescence.2011.07.003](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.003)
- Liang, Q., Leung, M.-Y., & Ahmed, K. (2021). How adoption of coping behaviors determines construction workers' safety: A quantitative and qualitative investigation. *Safety Science*, 133, 105035. doi: [10.1016/j.ssci.2020.105035](https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105035)
- Libbey, H. P. (2004). Measuring student relationships to school: Attachment, bonding, connectedness, and engagement. *Journal of School Health*, 74(7), 274–283.
- Liljeberg, J. F., Eklund, J. M., Fritz, M. V. & af Klinteberg, B. (2011). Poor school bonding and delinquency over time: Bidirectional effects and sex differences. *Journal of Adolescence*, 34, 1-9. doi: [10.1016/j.adolescence.2010.03.008](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.008)
- Lithari, E. (2019). Fractured academic identities: Dyslexia, secondary education, self-esteem, and school experiences. *International Journal of Inclusive Education*, 23(3), 280–296. doi: [10.1080/13603116.2018.1433242](https://doi.org/10.1080/13603116.2018.1433242)
- Liu, B., Tian, L., Yang, S., Wang, X. & Luo, J. (2022). Effects of multidimensional self-esteem on Health Promotion Behaviors in Adolescents. *Frontiers in Public Health*, 10, 847740. doi: [10.3389/fpubh.2022.847740](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847740)
- Liu, W., Mei, J., Tian, L. & Huebner, E. S. (2016). Age and gender differences in the relation between school-related social support and subjective well-being in school among students. *Social Indicators Research*, 125(3), 1065–1083. doi: [10.1007/s11205-015-0873-1](https://doi.org/10.1007/s11205-015-0873-1)
- Livingstone, E. M., Siegel, L. S., & Ribary, U. (2018). Developmental dyslexia: Emotional impact and consequences. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 23(2), 107–135. doi: [10.1080/19404158.2018.1479975](https://doi.org/10.1080/19404158.2018.1479975)
- Lombardi, E., Traficante, D., Bettoni, R., Offredi, I., Giorgetti, M. & Vernice, M. (2019). The impact of school climate on well-being experience and school engagement: A study with

- high-school students. *Frontiers in Psychology*, 10, 2482. doi: [10.3389/fpsyg.2019.02482](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02482)
- Lombardi, E., Traficante, D., Bettoni, R., Offredi, I., Vernice, M., & Sarti, D. (2021). Comparison on well-being, engagement, and perceived school climate in secondary school students with learning difficulties and specific learning disorders: An exploratory study. *Behavioral Sciences*, 11(7). doi: [10.3390/bs11070103](https://doi.org/10.3390/bs11070103)
- Lopez, S. J. & Snyder, C. R. (2011). *The Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Lowthian, E., Page, N., Melendez-Torres, G. J., Murphy, S., Hewitt, G. & Moore, G. (2021). Using latent class analysis to explore complex associations between socioeconomic status and adolescent health and well-being. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 774–781. doi: [10.1016/j.jadohealth.2021.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.013)
- Lundqvist, J., Westling Allodi, M. és Siljehag, E. (2019). Values and needs of children with and without special educational needs in early school years: A study of young children's views on what matters to them. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 63(6), 951–967. doi: [10.1080/00313831.2018.1466360](https://doi.org/10.1080/00313831.2018.1466360)
- Luszczynska, A., Diehl, M., Gutiérrez-Dona, B., Kuusinen, P., és Schwarzer, R. (2004). Measuring one component of dispositional self-regulation. Attention control in goal pursuit. *Personality and Individual Differences*, 37, 555-566. doi: [10.1016/j.paid.2003.09.026](https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.09.026)
- Luthans, F., Youssef, C. M. & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines of future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi: [10.1111/1467-8624.00164](https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164)
- Lyon, G. R., Fletcher, J. M., Shaywitz, S. E., Torgesen, J. K., Wood, F. B., & Olson, R. K. (2001). Rethinking learning disabilities. In C. E. Finn, Jr., A. J. Rotherham, & C. R. Hokanson, Jr. (Eds.), *Rethinking special education for a new century* (pp. 259-287). Washington, DC: Thomas B. Fordham Foundation and the Progressive Policy Institute.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131. doi: [10.1037/1089-2680.9.2.111](https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111)
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130–149. doi: [10.1037/1082-989X.1.2.130](https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130)
- Maehler, C., & Schuchardt, K. (2009). Working memory functioning in children with learning disabilities: Does intelligence make a difference? *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(1), 3–10. doi: [10.1111/j.1365-2788.2008.01105.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01105.x)
- Magyaródi, T. & Oláh, A. (2020). A társas helyzetben tapasztalt flow-élmény kapcsolata az élettel való elégedettséggel és a pszichológiai jóléttel, fiatal felnőtteknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(1), 37–55. doi: [10.1556/0406.21.2020.003](https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.003)
- Mansell P.C., & Turner, M. J. (2023). The mediating role of proactive coping in the relationships between stress mindset, challenge appraisal tendencies, and psychological wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 14, 1140790. doi: [10.3389/fpsyg.2023.1140790](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1140790)

- Marchante, M., Coelho, V. A. & Romão, A. M. (2022). The influence of school climate in bullying and victimization behaviors during middle school transition. *Contemporary Educational Psychology*, 71, 102111. doi: [10.1016/j.cedpsych.2022.102111](https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2022.102111)
- Martinez, R. (2006). Social support in inclusive middle schools: Perceptions of youth with learning disabilities. *Psychology in the Schools*, 43(2), 197–209. doi: <https://doi.org/10.1002/pits.20142>
- Martín-Ruiz, I., González-Valenzuela, M.-J., Infante-Cañete, L. (2023). Emotional Adjustment among Adolescent Students with and without Specific Learning Disabilities. *Children*, 10, 1911. doi: [10.3390/children10121911](https://doi.org/10.3390/children10121911)
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T. & Itzész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. doi: [10.1556/Mental.15.2014.3.9](https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9)
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). Van Nostrand.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. doi: [10.1037/0003-066X.56.3.227](https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227)
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. doi: [10.1111/cdev.12205](https://doi.org/10.1111/cdev.12205)
- Mattar, J., Hamaidi, D. & Al Anati, J. (2020). Emotion regulation and its relationship to academic difficulties among Jordanian first grade students. *Early Child Development and Care*, 190(8), 1313–1322. doi: [10.1080/03004430.2018.1534842](https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1534842)
- Matteucci, M. C. & Soncini, A. (2021). Self-efficacy and psychological well-being in a sample of Italian university students with and without Specific Learning Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 110, doi: 103858. [10.1016/j.ridd.2021.103858](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103858)
- Matteucci, M. C., Scalone, L., Tomasetto, C., Cavrini, G. & Selleri, P. (2019). Health-related quality of life and psychological well-being of children with Specific Learning Disorders and their mothers. *Research in Developmental Disabilities*, 87, 43–53. doi: [10.1016/j.ridd.2019.02.003](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.02.003)
- Matud M.P., López-Curbelo, M. & Fortes, D. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3531. doi: [10.3390/ijerph16193531](https://doi.org/10.3390/ijerph16193531)
- McCallum, F., & Price, D. (2016). *Nurturing Wellbeing Development in Education, From little things, big things grow*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- McCrystal, P., Percy, A. & Higgins, K. (2007). Substance use behaviors of young people with moderate learning disabilities: A longitudinal study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(1), 155–161. doi: [10.1080/00952990601091103](https://doi.org/10.1080/00952990601091103)
- McKee, K., Russel, M., Mennis, J., Mason, M., & Neale, M. (2020). Emotion regulation dynamics predict substance use in high-risk adolescents. *Addictive Behaviors*, 106, 106374. doi: [10.1016/j.addbeh.2020.106374](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106374)
- McNamara, J., Vervaeke, S.-L., & Willoughby, T. (2008). Learning Disabilities and Risk-Taking Behavior in Adolescents: A Comparison of Those With and Without Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 41(6), 561- doi: [10.1177/0022219408326096](https://doi.org/10.1177/0022219408326096)
- Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. doi: [10.1037/h0095032](https://doi.org/10.1037/h0095032)

- Mesterházi, Z., & Szekeres, Á. (2019). *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Mihić, J., Skinner, M., Novak, M., Ferić, M., & Kranželić, V. (2022). The importance of family and school protective factors in preventing the risk behaviors of youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1630. doi: [10.3390/ijerph19031630](https://doi.org/10.3390/ijerph19031630)
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7), 2693–2698. doi: [10.1073/pnas.1010076108](https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108)
- Mohai, K., & Kalózi-Szabó, Cs. (2016). Tanulási zavarok a gyógypedagógiai pszichológia szemszögéből. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle*, 21(2). 60–63.
- Mohai, K., & Perlusz, A. (2020). *Útmutató az integrált és inkluzív oktatáshoz a többségi pedagógus számára*. Oktatás 2030 Tanulástudományi Kutatócsoport, EKE. EFOP-3.2.15-VEKOP-17-2017-00001 projekt. <https://www.oktatas2030.hu/wp-content/uploads/2020/10/utmutato-az-integralt-es-inkluziv-oktatashoz.pdf>
- Molina, B. S. G., & Pelham, W. E. (2001). Substance use, substance abuse, and LD among adolescents with a childhood history of ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 34(4), 333–342. doi: [10.1177/002221940103400405](https://doi.org/10.1177/002221940103400405)
- Moody, J. & Bearman, P. S. (1998). Shaping school climate: School context, adolescent social networks, and attachment to school. *Unpublished manuscript*.
- Mousena, E. & Raptis, N. (2021). Beyond teaching: School climate and communication in the educational context. In S. Waller, L. Waller, V. Mpofu, & M. Kurebwa (Eds.), *Education at the intersection of globalization and technology*. London: IntechOpen. doi: [10.5772/intechopen.93575](https://doi.org/10.5772/intechopen.93575)
- Murray, C. & Greenberg, M. T. (2001). Relationships with teachers and bonds with school: Social emotional adjustment correlates for children with and without disabilities. *Psychology in the Schools*, 38(1), 25–41. doi: [10.1002/1520-6807\(200101\)38:1<25::AID-PITS4>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1520-6807(200101)38:1<25::AID-PITS4>3.0.CO;2-C)
- Myers, D. G. (1992). *The pursuit of happiness*. New York: William Morrow.
- Nagy, J. (2002). *XXI. század és nevelés*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Nagy, K. & Zsolnai, A. (2016). Az iskolai kötődés vizsgálata a társas viszonyok aspektusából. In P. Tóth & I. Holik (Eds.), *Új kutatások a neveléstudományokban 2015: Pedagógusok, tanulók, iskolák – Az értékformálás, az értékközzvetítés és az értékkeremtés világa* (pp. 53–61). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Nagy, L. & Barabás, K. (2011). Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In B. Csapó & A. Zsolnai (Eds.), *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában* (pp. 173–224). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2011). The concept of flow. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Nalavany, B. A. & Carawan, L. W. (2012). Perceived family support and self-esteem: The mediational role of emotional experience in adults with dyslexia. *Dyslexia*, 18(1), 58–74. doi: [10.1002/dys.1433](https://doi.org/10.1002/dys.1433)
- Nalavany, B. A., Carawan, L. W., & Sauber, S. (2013). Adults with dyslexia, an invisible disability: The mediational role of concealment on perceived family support and self-esteem. *The British Journal of Social Work*, 45(2), 568–586. doi: [10.1093/bjsw/bct152](https://doi.org/10.1093/bjsw/bct152)
- Nelson, R. B., Asamsama, O. H., Jimerson, S. R. & Lam, S. (2020). The association between student wellness and student engagement in school. *Journal of Educational Research and Innovation*, 8(1), Article 5. <https://digscholarship.unco.edu/jeri/vol8/iss1/5>
- Németh, Á. (2024). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása – 2022*. ELTE PPK, L'Harmattan Kiadó.
- Németh, Á., Horváth, Zs. & Várnai, D. (2019). Egységmagatartás serdülőkorban – Mi történt az ezredforduló után? *Educatio*, 28(3), 472-494. doi: [10.1556/2063.28.2019.3.3](https://doi.org/10.1556/2063.28.2019.3.3)
- Nepi, L. D., Facondini, R., Nucci, F., & Peru, F. (2013). Evidence from full-inclusion model: The social position and sense of belonging of students with special educational needs and their peers in Italian primary school. *European Journal of Special Needs Education*, 28(3), 319–332. doi: [10.1080/08856257.2013.777530](https://doi.org/10.1080/08856257.2013.777530)
- Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (1990). Automaticity: A new framework for dyslexia research? *Cognition*, 35(2), 159–182. doi: [10.1016/0010-0277\(90\)90013-a](https://doi.org/10.1016/0010-0277(90)90013-a)
- Niemiec, R. M. (2014). *VIA character strengths: Research and practice (The first 10 years)*. VIA Institute on Character.
- Norrish, J. M., Williams, P., O'Connor, M., & Robinson, J. (2013). An applied framework for positive education. *International Journal of Wellbeing*, 3(2), 147-161. doi:[10.5502/ijw.v3i2.2](https://doi.org/10.5502/ijw.v3i2.2)
- Norwich, B. & Kelly, N. (2004). Pupils' views on inclusion: Moderate learning difficulties and bullying in mainstream and special schools. *British Educational Research Journal*, 30(1), 43–65. doi: [10.1080/01411920310001629965](https://doi.org/10.1080/01411920310001629965)
- Novita, S., Uyun, Q., Witruk, E., & Siregar, J. R. (2019). Children with dyslexia in different cultures: Investigation of anxiety and coping strategies of children with dyslexia in Indonesia and Germany. *Annals of Dyslexia*, 69, 204–218. doi: [10.1007/s11881-019-00179-5](https://doi.org/10.1007/s11881-019-00179-5)
- O'Brien, M., & Blue, L. (2018). Towards a positive pedagogy: Designing pedagogical practices that facilitate positivity within the classroom. *Educational Action Research*, 26(3), 365–384. doi: [10.1080/09650792.2017.1339620](https://doi.org/10.1080/09650792.2017.1339620)
- OECD (2012). *Education at a Glance 2012: OECD Indicators*. OECD Publishing. doi: [10.1787/eag-2012-en](https://doi.org/10.1787/eag-2012-en)
- OECD/CERI (2005): *Students with Disabilities, Difficulties, Disadvantages – Statistics and Indicators for Curriculum Access and Equity (Special Educational Needs)*. Washington DC.
- Okoli, M.L., Ogbu, C.E., Enyi, C.O. et al. (2022). Sociodemographic and socioeconomic correlates of learning disability in preterm children in the United States. *BMC Public Health* 22, 212. doi: [10.1186/s12889-022-12592-4](https://doi.org/10.1186/s12889-022-12592-4)
- Oláh, A., & Kapitány-Fövény, M. (2012). A pozitív pszichológia tíz éve. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1). 19-45. doi: [10.1556/MPSzle.67.2012.1.3](https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.1.3)

- Oldfield, J., Humphrey, N. & Hebron, J. (2016). The role of parental and peer attachment relationships and school connectedness in predicting adolescent mental health outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(1), 21-29. doi: [10.1111/camh.12108](https://doi.org/10.1111/camh.12108)
- Orth, Z., Moosajee, F. & Van Wyk, B. (2022). Measuring mental wellness of adolescents: A systematic review of instruments. *Frontiers in Psychology*, 13, 835601. doi: [10.3389/fpsyg.2022.835601](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835601)
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. doi: [10.1177/0963721414547414](https://doi.org/10.1177/0963721414547414)
- Orth, U., Robins, R. W., & Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695-708. doi: [10.1037/0022-3514.95.3.695](https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695)
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2012). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288. doi: [10.1037/a0025558](https://doi.org/10.1037/a0025558)
- Osland, S., Hirsch, L., & Pringsheim, T. (2017). Smoking, alcohol and drug use in youth and adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Open*, 3(3), 141–146. doi: [10.1192/bjpo.bp.116.004317](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004317)
- Özdemir, Y. & Koruklu, N. (2013). Parental attachment, school attachment and life satisfaction in early adolescence. *Elementary Education Online*, 12(3), 836-848. <https://www.ilkogretim-online.org/fulltext/218-1597070642.pdf?1668959110>
- Pálhegyi, F. (2006). *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tanulmánygyűjtemény*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Papp, G., Perlusz, A., Schiffer, Cs., Szekeres, Á. & Takács, I. (2012). Két út van előttem...? Speciális és többségi intézmények közötti kooperáció és konkurencia a sajátos nevelési igényű tanulók oktatásában. *Gyógypedagógiai Szemle*, 40(2), 170–187.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., & Jámboři, Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230-262. doi: [10.1556/0406.18.2017.011](https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011)
- Park, N. & Huebner, E. S. (2005). A cross-cultural study of the levels and correlates of life satisfaction among adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(4), 444–456. doi: [10.1177/0022022105275961](https://doi.org/10.1177/0022022105275961)
- Park, N. & Peterson, C. (2003). Early intervention from the perspective of positive psychology. *Prevention & Treatment*, 6(1), Article 35c. doi: [10.1037/1522-3736.6.1.635c](https://doi.org/10.1037/1522-3736.6.1.635c)
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of Character and Well-Being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619. doi: [10.1521/jscp.23.5.603.50748](https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748)
- Pawelski, J. O. (2003). William James, Positive Psychology, and Healthy-Mindedness. *The Journal of Speculative Philosophy*, 17(1), 53–67. doi: [10.1353/jsp.2003.0025](https://doi.org/10.1353/jsp.2003.0025)
- Pearson, M., Sweeting, H., West, P., Young, R., Gordon, J. & Turner, K. (2006). Adolescent substance use in different social and peer contexts: A social network analysis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(6), 519–536. doi: [10.1080/09687630600828912](https://doi.org/10.1080/09687630600828912)
- Perreira, K. M., Marchante, A. N., Schwartz, S. J., Isasi, C. R., Carnethon, M. T., Corliss, H. L., Kaplan, R. C., Santisteban, D. A., Vidot, D. C., Van Horn, L. (2019). Stress and resilience: Key correlates of mental health and substance use in the Hispanic

- Community Health Study of Latino Youth. *Journal of Immigrant Minority Health*, 21, 4–13. doi: [10.1007/s10903-018-0724-7](https://doi.org/10.1007/s10903-018-0724-7)
- Perlusz, A., Csányi, Y. & Bodorné Németh, T. (2007). Kiket és hol tanítunk? Tendenciák a hallássérültek pedagógiájában a változó populációra tekintettel. *Gyógypedagógiai Szemle*, 3, 161–166.
- Perski, O., Theodoraki, M., Cox, S., Kock, L., Shahab, L., & Brown, J. (2022). Associations between smoking to relieve stress, motivation to stop and quit attempts across the social spectrum: A population survey in England. *PLOS One*, 17(5), e0268447. doi: [10.1371/journal.pone.0268447](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268447)
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. Oxford University Press.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Peterson, R. L., McGrath, L. M., Willcutt, E. G., Keenan, J. M., Olson, R. K., & Pennington, B. F. (2021). How specific are learning disabilities? *Journal of Learning Disabilities*, 54(6), 466–483. doi: [10.1177/0022219420982981](https://doi.org/10.1177/0022219420982981)
- Pikó, B. & Hamvai, Cs. (2012). Stressz, coping és reziliencia korai serdülőkorban. *Iskolakultúra*, 12(9), 24–33.
- Pikó, B. (2002a). Társas kapcsolatok és a társas támogatás egészségpszichológiája. In B. Pikó (Ed.), *Egészségpszichológia* (pp. 94–114). Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. (2002b). *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Osiris, Budapest.
- Pikó, B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai, Budapest.
- Pikó, B., & Kiss, H. (2019). Az okostelefon- és közösségimédia-használat néhány sajátossága egy fiatalok körében végzett online felmérés alapján. *Információs Társadalom: Társadalomtudományi Folyóirat*, 19 (1), 108–122. doi: [10.22503/infars.XIX.2019.1.5](https://doi.org/10.22503/infars.XIX.2019.1.5)
- Piko, B., Kiss, H. & Wills, T. A. (2023). Smoking or smartphone addiction? The role of smoking-related motivations as mediators in youth clusters. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 215–223. doi: [10.1007/s11469-021-00588-x](https://doi.org/10.1007/s11469-021-00588-x)
- Pikó, B., Kiss-Handra, J., Tarkóné, S. A., & Sinyiné N. É. (2024). Békés Vármegyei Ifjúságkutatás 2004-2014-2024: Egészségkockázati magatartás és pszichikai egészség. *Egészségfejlesztés*, 65(2), 2-14. doi: [10.24365/ef.17010](https://doi.org/10.24365/ef.17010)
- Pinczésné, K. A. (2004). *Részképességzavarok és pedagógiai beavatkozások*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Pinczésné, P. I. (2007). *Tanulási zavarok, fejlesztő gyakorlatok*. Pedellus Tankönyvkiadó.
- Pinho-Gomes, A. C, Peters, S. A. E., & Woodward, M. (2023) Gender equality related to gender differences in life expectancy across the globe gender equality and life expectancy. *PLOS Glob Public Health* 3(3), e0001214. doi: [10.1371/journal.pgph.0001214](https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001214)
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. doi: [10.1037/0021-9010.88.5.879](https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879)

- Poudel, A., Gurung, B. & Khanal, G.P. (2020) Perceived social support and psychological wellbeing among Nepalese adolescents: the mediating role of self-esteem. *BMC Psychology*, 8, 43. doi: [10.1186/s40359-020-00409-1](https://doi.org/10.1186/s40359-020-00409-1)
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. doi: [10.1037//0022-006x.51.3.390](https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390)
- Pukánszky, B. & Németh, A. (1996). *Neveléstörténet*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Pukánszky, B. (2014). *Paradigmák a magyar pedagógusképzés történetében*. Letöltés: <http://www.pukanszky.hu/Paradigmak.pdf> (2022. 12. 20.)
- Raemen, L., Claes, R., Palmeroni, N., Buelens, T., Vankerckhoven, L., & Luyckx, K. (2022). Identity formation and psychopathological symptoms in adolescence: Examining developmental trajectories and co-development: *Journal of Applied Developmental Psychology*, 83, 101473. doi: [10.1016/j.appdev.2022.101473](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2022.101473)
- Reivich, K. & Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. Broadway Books.
- Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. doi: [10.3109/09638237.2011.583947](https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947)
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10), 823-832. doi: [10.1001/jama.1997.03550100049038](https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550100049038)
- Róbert, P., Szabó, L. & Széll, K. (2020). A gyermekjólét aspektusai: Nemzetközi összehasonlítás egy iskolai kutatás alapján. In T. Kolosi, I. Szelényi, & I. Gy. Tóth (Eds.), *Társadalmi Riport 2020* (pp. 281–306). Budapest.
- Robertson, D. (2019). *How to think like a Roman emperor: The Stoic philosophy of Marcus Aurelius*. St. Martin's Press.
- Roeser, R. W., Eccles, J. S. & Freedman-Doan, C. (1999). Academic functioning and mental health in adolescence: Patterns, progressions, and routes from childhood. *Journal of Adolescent Research*, 14(2), 135–174. doi: [10.1177/0743558499142002](https://doi.org/10.1177/0743558499142002)
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 263-276. doi: [10.1002/dev.20442](https://doi.org/10.1002/dev.20442)
- Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M., & Mishely-Yarlap, A. (2016). Subjective well-being in adolescence: the Role of self-control, social support, age, gender and familial crisis. *Journal of Happiness Studies*, 17, 81-104. doi: [10.1007/s10902-014-9585-5](https://doi.org/10.1007/s10902-014-9585-5)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. doi: [10.1177/109019817400200403](https://doi.org/10.1177/109019817400200403)

- Rózsa, S. & Kö, N. (2015). *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) pedagógiai diagnosztikai eszköz hazai adaptációja és szakemberek felkészítése a teszt használatára*. Kutatási Jelentés. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Ruberu, T. L. M., Kenyon, E. A., Hudson, K. A., Filbey, F., Ewing, S. W. F., Biswas, S. & Choudhary, P. K. (2022). Joint risk prediction for hazardous use of alcohol, cannabis, and tobacco among adolescents: A preliminary study using statistical and machine learning. *Preventive Medicine Reports*, 25, 101674. doi: [10.1016/j.pmedr.2021.101674](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101674)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.141](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141)
- Ryff, C. D és Keyes, C. L. M (1995): The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi: [10.1037//0022-3514.69.4.719](https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719)
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28. doi: [10.1207/s15327965pli0901_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it: Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. doi: [10.1037/0022-3514.57.6.1069](https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069)
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. doi: [10.1159/000353263](https://doi.org/10.1159/000353263)
- Şahin, S., Kara, Ö. K., Köse, B., & Kara, K. (2020). Investigation on participation, supports and barriers of children with specific learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 101, 103369. doi: [10.1016/j.ridd.2020.103639](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103639)
- Sahu, A., Patil, V., Sagar, R. & Bhargava, R. (2019). Psychiatric comorbidities in children with specific learning disorder-mixed type: A cross-sectional study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 10(4), 617–622. doi: [10.1055/s-0039-1697879](https://doi.org/10.1055/s-0039-1697879)
- Sainio, P., Eklund, K., Hirvonen, R., Ahonen, T. & Kiuru, K. (2020). Adolescents' academic emotions and academic achievement across the transition to lower secondary school: The role of learning difficulties. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 65(3). doi: [10.1080/00313831.2019.1705900](https://doi.org/10.1080/00313831.2019.1705900)
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittész, A. (2014) A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 259-275. doi: [10.1556/Mental.15.2014.3.7](https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.7)
- Salopek, A. H., & Eastin, M. S. (2024). Toxic positivity intentions: an image management approach to upward social comparison and false self-presentation. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 29(3). doi: [10.1093/jcmc/zmae003](https://doi.org/10.1093/jcmc/zmae003)
- Santibáñez, R., Solabarrieta, J. & Riuz-Narezo, M. (2020). School-well-being and drug use in adolescence. *Frontiers in Psychology*. 11, 1668. doi: [10.3389/fpsyg.2020.01668](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01668)
- Sarkady, K. & Zsoldos, M. (1992/93). Koncepcionális kérdések a tanulási zavar fogalom körül. *Magyar Pszichológia Szemle*, 48–49, 259–270.
- Sarti, D., Bettoni, R., Offredi, I., Tironi, M., Lombardi, E., Traficante, D., & Lorusso, M. L. (2019). Tell Me a Story: Socio-Emotional Functioning, Well-Being and Problematic

- Smartphone Use in Adolescents With Specific Learning Disabilities. *Frontiers in Psychology*, 10, 2369. doi: [10.3389/fpsyg.2019.02369](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02369)
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Scalas, L. F., Lodi, E., Magnano, P. & Marsh, H. W. (2023). Towards a multidimensional measure of well-being: Cross-cultural support through the Italian validation of the well-being profile. *BMC Psychology*, 11(1), 441. doi: [10.1186/s40359-023-01485-9](https://doi.org/10.1186/s40359-023-01485-9)
- Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Ravert, R. D., Luyckx, K. & Zamboanga, B. L. (2013). Identity development, personality, and well-being in adolescence and emerging adulthood: Theory, research, and recent advances. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, J. Mistry, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Developmental psychology* (2nd ed., pp. 339–364). John Wiley & Sons, Inc.
- Schwartz, S. J., Waterman, A. S., Vazsonyi, A. T., Zamboanga, B. L., Whitbourne, A. K., Weiskirch, R. S., Vernon, M., Caraway, S. J., Kim, S. Y., Forthum, L. F., Donnellan, M. B., & Ham, L. S. (2010). The association of well-being with health risk behaviors on college-attending young adults. *Applied Developmental Science*, 15(1), 20–36. doi: [10.1080/10888691.2011.538617](https://doi.org/10.1080/10888691.2011.538617)
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 393–409). American Psychological Association. doi: [10.1037/10612-025](https://doi.org/10.1037/10612-025)
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges* (pp. 19–35). Oxford University Press. doi: [10.1093/med:psych/9780198508144.003.0002](https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198508144.003.0002)
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., & Trent, D. N. (2010). Substance use among late adolescent urban youths: Mental health and gender influences. *Addictive Behaviors*, 35, 30-34. doi: [10.1016/j.addbeh.2009.08.005](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.08.005)
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54(8), 559–562.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2008). *Autentikus életöröm. A teljes élet titka*. Laurus Kiadó.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333–335. doi: [10.1080/17439760.2018.1437466](https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466)
- Seligman, M. E. P., & Adler, A. (2018). Positive education. In J. F. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.), *Global happiness policy report 2018* (pp. 53–74). New York: Sustainable Development Solutions Network. <https://www.happinesscouncil.org/report/2018/global-happiness-policy-report>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: [10.1037/0003-066X.55.1.5](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5)

- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293–311. doi: [10.1080/03054980902934563](https://doi.org/10.1080/03054980902934563)
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, Ch. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi: [10.1037/0003-066X.60.5.410](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410)
- Shalaby, R. A. H. & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer support in mental health: Literature review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e15572. doi: [10.2196/15572](https://doi.org/10.2196/15572)
- Shankland, R., & Rosset, E. (2017). Review of brief school-based positive psychological interventions: A taster for teachers and educators. *Educational Psychology Review*, 29(2), 363–392. doi: [10.1007/s10648-016-9357-3](https://doi.org/10.1007/s10648-016-9357-3)
- Shaw, M. (2008). *Learning Delays and Interventions*. New York: Palgrave Macmillan.
- Shelton, A., & Gezer, T. (2023). Investigating the educational experiences of students with disabilities during the COVID-19 school disruption: an international perspective. *Large-scale Assessments in Education*, 11, 34. doi: [10.1186/s40536-023-00183-7](https://doi.org/10.1186/s40536-023-00183-7)
- Shulman, E.P., Harden, K.P., Chein, J. M. & Steinberg L. (2015). Sex differences in the developmental trajectories of impulse control and sensation-seeking from early adolescence to early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 1-17. doi: [10.1007/s10964-014-0116-9](https://doi.org/10.1007/s10964-014-0116-9)
- Silberg, J., Moore, A.A. and Rutter, M. (2015), Age of onset and the subclassification of conduct/dissocial disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 826-833. doi: [10.1111/jcpp.12353](https://doi.org/10.1111/jcpp.12353)
- Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487. doi: [10.1002/jclp.20593](https://doi.org/10.1002/jclp.20593)
- Singhal, S., & Prakash, N. (2021). Relationship between self-esteem and psychological well-being among Indian college students. *Journal of Interdisciplinary Cycle Research*, 12(8), 748-756. <http://naac.du.ac.in/ssr/pdf-new/3.4.4/3.4.4%20Psychology.pdf>
- Smedema, S. M. (2014). Core self-evaluations and well-being in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(4), 407–414. doi: [10.1037/rep0000013](https://doi.org/10.1037/rep0000013)
- Snowling, M. J. & Hulme, C. (2012). Interventions for children’s language and literacy difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 27–34. doi: [10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x](https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00081.x)
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.). (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. doi: [10.1037/a0028931](https://doi.org/10.1037/a0028931)
- Stacy, A. W. (1997). Memory activation and expectancy as prospective predictors of alcohol and marijuana use. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 61–73. doi: [10.1037//0021-843x.106.1.61](https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.1.61)
- Steinberg, L. (2007). *Adolescence (8th ed.)*. New York: McGraw-Hill.

- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 83-110. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.83](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83)
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28, 78–106. doi: [10.1016/j.dr.2007.08.002](https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002)
- Stewart-Brown, S. & Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh mental well-being scale. User guide. Version 1.* <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/user-guide.pdf> (2021. 09. 10.)
- Sukamti, N., Keliat, B. A. & Wardani, Y. (2019). The influence of coping skills training and family health education on self-esteem among adolescents in substance abuse prevention. *Enfermería Clínica*, 29(S2), 532–534. doi: [10.1016/j.enfcli.2019.04.081](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.081)
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A. & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255. doi: [10.1556/Mentál.7.2006.3.8](https://doi.org/10.1556/Mentál.7.2006.3.8)
- Svetaz, M. V., Ireland, M., & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 340-348. doi: [10.1016/s1054-139x\(00\)00170-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00170-1)
- Sweeting, H. & Hunt, K. (2015). Adolescent socioeconomic and school-based social status, smoking, and drinking. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 37–45. doi: [10.1016/j.jadohealth.2015.03.020](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.020)
- Szabó, D. (2015). Utazó gyógypedagógiai szolgáltatás a résztvevők oldaláról. *Iskolakultúra*, 25(5-6), 74-92. doi: [10.17543/ISKKULT.2015.5-6.74](https://doi.org/10.17543/ISKKULT.2015.5-6.74)
- Szabó, É. & Virányi, B. (2011). Az iskolai kötődés jelentősége és vizsgálata. *Magyar Pedagógia*, 111(2), 111–125.
- Szabó, É., Zsadányi, Zs. & Szabó Hangya, L. (2015). Ki szeret iskolába járni? Az iskolai kötődés, a motiváció, az énhatékonyság és a tanulmányifelelősség-vállalás vizsgálata. *Iskolakultúra*, 25(10), 5–20. doi: [10.17543/iskkult.2015.10.5](https://doi.org/10.17543/iskkult.2015.10.5)
- Szabó-Hangya, L., Jámbori, Sz., Gál, Z., Kasik, L., & Fejes, J. B. (2019). Serdülők és fiatal felnőttek identitása az önértékelés és a társas támogatás függvényében. *Iskolakultúra*, 29(6), 36-48. doi: [10.14232/ISKKULT.2019.6.36](https://doi.org/10.14232/ISKKULT.2019.6.36)
- Szabó, K. (2021). *Személyes és környezeti tényezők hatása a tanári pályán maradásra és elköteleződésre: Egy longitudinális vizsgálat eredményei (Doktori értekezés).* Szegedi Tudományegyetem. https://doktori.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/10870/1/Disszertacio_SzaboKatalin.pdf
- Szabó, L. (2018). Az iskolai kötődés és a lemorzsolódás összefüggései. *Educatio*, 27(4), 692-699. doi: [10.1556/2063.27.2018.4.11](https://doi.org/10.1556/2063.27.2018.4.11)
- Szabó, R. K., Máth, J., & Sztancsik, V. (2019). A reziliencia és a protektív megküzdés összefüggéseinek vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia*, 19(4), 73-99. doi: [10.17627/ALKPSZICH.2019.4.73](https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2019.4.73)
- Szekeres, Á. (2012). Integráltan tanuló, enyhén értelmi fogyatékos gyermekek szociális helyzetének felmérése szociometria segítségével. *Iskolakultúra*, 22(11), 3–23.
- Szél, E., & Szabó, É. (2023). A mentalizáció, a reziliencia és a problémaviselkedés kapcsolati beágyazottsága serdülőkorban: vizsálatok a Reflektív Funkció Kérdőív (RFQ-H)

- magyar változatával. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(1), 1-22. doi: : 10.1556/0016.2022.00040
- Széll, K. Róbert, P., & D. Nagy, K. (2021). Az iskolai jóllét meghatározó tényezői. *Új kutatások a neveléstudományokban 2021: a neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira*, 14, 117-131.
- Széll, K., Szabó, L., & Fehérvári, A. (2020). Iskolai kötődés, iskolai klíma diák és pedagógus szemmel. *Iskolakultúra*, 30(8), 21–40. doi: 10.14232//ISKKULT.2020.8.21
- Szinay, D., Tombor, I., Garnett, C., Boyt, N. & West, R. (2019). Associations between self-esteem and smoking and excessive alcohol consumption in the UK: A cross-sectional study using the BBC UK Lab Database. *Addictive Behaviors Reports*, 10, 100229. doi: [10.1016/j.abrep.2019.100229](https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100229)
- Tabassam, W. & Grainger, J. (2002). Self-concept, attributional style, and self-efficacy beliefs of students with learning disabilities with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Disability Quarterly*, 25, 141–151. doi: [10.2307/1511280](https://doi.org/10.2307/1511280)
- Tajfel, H. (2010). Social stereotypes and social groups. In T. Postmes & N. R. Branscombe (Eds.), *Rediscovering social identity* (pp. 191–206). Psychology Press.
- Takács, Á., Kóbor, A. & Csépe, V. (2010). A végrehajtó funkciók neuro-pszichometriai perspektívából. *Pszichológia*, 9(1), 233–252.
- Tárnok, Zs. & Gulyás, B. (2002). A diszlexia jelensége és lehetséges magyarázatai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(3), 485–497.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. doi: [10.1002/jts.2490090305](https://doi.org/10.1002/jts.2490090305)
- Telzer, E. H., van Hoorn, J., Rogers, C. R. & Do, K. T. (2018). Social influence on positive youth development: A developmental neuroscience perspective. *Advances in Child Development and Behavior*, 54, 215–258. doi: [10.1016/bs.acdb.2017.10.003](https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2017.10.003)
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147–168. doi: [10.1037/0033-295X.97.2.147](https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.2.147)
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176. doi: [10.1159/000376585](https://doi.org/10.1159/000376585)
- Tóth-Szerecz, Á. (2015). Sajátos nevelési igényű gyermekek az iskolarendszerben, inkluzív nevelés. *Iskolakultúra*, 25(11), 115–120. <https://www.iskolakultura.hu/index.php/iskolakultura/article/view/21729>
- Törő, T. K., Miklósi, M., Horanyi, E., Kovács, P. G. & Balázs, J. (2018). Reading disability spectrum: Early and late recognition, subthreshold, and full comorbidity. *Journal of Learning Disabilities*, 51(2), 158–167. doi: [10.1177/0022219417704169](https://doi.org/10.1177/0022219417704169)
- Undheim, A. M. (2003). Dyslexia and psychosocial factors. A follow-up study of young Norwegian adults with a history of dyslexia in childhood. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3), 221–226. doi: [10.1080/08039480310001391](https://doi.org/10.1080/08039480310001391)
- UNESCO (2020). *Inclusion and education: All means all*. Global Education Monitoring Report. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>

- Vallata, A., O'Loughlin, J., Cengelli, S. & Alla, F. (2021). Predictors of cigarette smoking cessation in adolescents: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 68(4), 649–657. doi: [10.1016/j.jadohealth.2020.09.025](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.025)
- Varela, J. J., Zimmerman, M. A., Ryan, A. M., Stoddard, S. A. & Heinze, J. E. (2021). School attachment and violent attitudes preventing future violent behavior among youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5407–NP5426. doi: [10.1177/0886260518800314](https://doi.org/10.1177/0886260518800314)
- Varga, A. (2016). A hazai oktatási integráció – tapasztalatok és lehetőségek. *Neveléstudomány: Oktatás – Kutatás – Innováció*, 4(1), 71–91.
- Varga, B. A., Oláh, A., & Vargha, A. (2022). A magyar nyelvű PERMA Jóllét Profil kérdőív megbízhatóságának és érvényességének vizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 23(1), 33-64. doi: [10.1556/0406.23.2022.001](https://doi.org/10.1556/0406.23.2022.001)
- Varga, Sz. & Pikó, B. (2015). Társas és egyéni pszichológiai tényezők szerepe a serdülők rizikómagatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(1), 35-54. doi: [10.1556/Mental.15.2014.003](https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.003)
- Verdejo Garcia, A., & Albein-Urios, N. (2021). Impulsivity traits and neurocognitive mechanisms conferring vulnerability to substance use disorders. *Neuropharmacology*, 183, 108402. doi: [10.1016/j.neuropharm.2020.108402](https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108402)
- Vida, G. (2016). A sajátos nevelési igény megjelenése a hazai pedagógiai rendszerekben. In J. Mrázik (Ed.), *A tanulás új útjai* (pp. 214–231). HERA évkönyvek. Magyar Nevelés- és Oktatókutatók Egyesülete. ISBN:978-615-5657-01-6
- Vida, G. (2017). Befogadás vagy kirekesztés - Intézményválasztási és változtatási stratégiák a sajátos nevelési igény tükrében. *Autonómia és Felelősség*, 3(1–4), 81–102.
- Vida, G. (2018). *Az SNI gyermekek integrált oktatásának kihívásai és lehetőségei Magyarországon* (PhD értekezés). Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/18762/vida-gergo-phd-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vida, G. (2019). Reziliencia és SNI – Tanulási zavarral küzdő középiskolások lemorzsolódásának háttérváltozói. *Új Pedagógiai Szemle*, 69(9-10), 52-72.
- Vida, G. (2021): A tanulási zavar elmélete és diagnosztikája – tanulási zavarral küzdő tanulók kompenzálásának segítése. *Képzés és Gyakorlat*. 19. 3–4. sz., 110-119.
- Vida, G. (2022). *Róluk, de nélkülük: Kategóriák fogságában: A tanulási zavarral küzdő gyermekek kategorizálásának diagnosztikus nehézségei*. Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar, Sopron.
- Vida, I., Gál, A., & Hódi, Á. (2021). A mozgáskorlátozott gyermekek integrált nevelésének, oktatásának reprezentációja a hazai pedagógiai folyóiratokban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 49(1), 1–23.
- Viner, R., & Macfarlane, A. (2005). ABC of adolescence health promotion. *BMJ*, 330(7490), 527–529. doi: [10.1136/bmj.330.7490.527](https://doi.org/10.1136/bmj.330.7490.527)
- Virág, K., Dudok, R., & Szabó, É. (2019). Tanulási korláttal küzdő tanulók egyes pszichológiai erőforrásainak vizsgálata: Az énhatékonyság, a felelősség és proaktív attitűd jellemzői. *Iskolakultúra*, 29(9), 38-50. doi: [0000-0001-7804-5549](https://doi.org/0000-0001-7804-5549)
- Visani, D., Albieri, E., Offidani, E., Ottolini, F., Tomba, E., & Ruini, C. (2011). Gender differences in psychological well-being and distress during adolescence. In I. Brdar

- (Ed.), *The human pursuit of well-being* (pp. 65–70). Springer. doi: 10.1007/978-94-007-1375-8_6
- Visser, L., Kalmar, J., Linkersdörfer, J., Görgen, R., Rothe, J., Hasselhorn, M. & Schulte-Körne, G. (2020). Comorbidities between specific learning disorders and psychopathology in elementary school children in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 292. doi: [10.3389/fpsy.2020.00292](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00292)
- Wagemaker, E., Hofmann, V., & Müller, C. M. (2023). Prosocial behavior in students with intellectual disabilities: Individual level predictors and the role of the classroom peer context. *PLOS ONE*, 18, e0281598. doi: [10.1371/journal.pone.0281598](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281598)
- Walsh, S. D., Sela, T., De Looze, M., Craig, W., Cosma, A., Harel-Fisch, Y., Boniel-Nissim, M., Malinowska-Cieślik, M., Vieno, A., Molcho, M., Ng, K. & Pickett, W. (2020). Clusters of contemporary risk and their relationship to mental well-being among 15-year-old adolescents across 37 countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S40–S49. doi: [10.1016/j.jadohealth.2020.02.012](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.012)
- Walters, K. & Bowen, G. L. (1997). Peer group acceptance and academic performance among adolescents participating in a dropout prevention program. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14(6), 413–426. doi: [10.1023/A:1024566930164](https://doi.org/10.1023/A:1024566930164)
- Watanabe, K., Kawakami, N., Shiotani, T., Adachi, H., Matsumoto, K., Imamura, K., Matsumoto, K., Yamagami, F., Fusejima, A., Muraoka, T., Kagami, T., Shimazu, A. and Kern, M.L. (2018). The Japanese Workplace PERMA-Profiler: A validation study among Japanese workers. *Journal of Occupational Health*, 60, 383-393. doi: [10.1539/joh.2018-0050-OA](https://doi.org/10.1539/joh.2018-0050-OA)
- Waters, L. (2011). A review of school-based positive psychology interventions. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28(2), 75–90. doi: [10.1375/aedp.28.2.75](https://doi.org/10.1375/aedp.28.2.75)
- Webster, R. & Blatchford, P. (2013). The educational experiences of pupils with a statement for special educational needs in mainstream primary schools: Results from a systematic observation study. *European Journal of Special Needs Education*, 28(4), 463–479. doi: [10.1080/08856257.2013.820459](https://doi.org/10.1080/08856257.2013.820459)
- Wellman, R. J., Dugas, E. N., Dutczak, H., O'Loughlin, E. K., Datta, G. D., Lauzon, B. & O'Loughlin, J. (2016). Predictors of the onset of cigarette smoking: A systematic review of longitudinal population-based studies in youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 767–778. doi: [10.1016/j.amepre.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.003)
- Wentzel, K. R. & McNamara, C. C. (1999). Interpersonal relationships, emotional distress, and prosocial behavior in middle school. *The Journal of Early Adolescence*, 19(1), 114–125. doi: [10.1177/0272431699019001006](https://doi.org/10.1177/0272431699019001006)
- Wentzel, K. R., Barry, C. M. & Caldwell, K. A. (2004). Friendships in middle school: Influences on motivation and school adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 96(2), 195–203. doi: [10.1037/0022-0663.96.2.195](https://doi.org/10.1037/0022-0663.96.2.195)
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int>
- WHO (1986). *Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta: Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986. november 17–21. In Az egészségfejlesztés alapelvei: Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai* (pp. 9–14). Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva.

- WHO (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018). *Adolescent mental health in the European Region: Factsheet for World Mental Health Day 2018*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO (2019). *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO (2021). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- WHO (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Wilcockson, T. D. W., Pothos, E. M. & Fawcett, A. J. (2016). Dyslexia and substance use in an university undergraduate population. *Substance Use & Misuse*, 51(1), 15–22. doi: [10.3109/10826084.2015.1073322](https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1073322)
- Wills, T. A. & Stoolmiller, M. (2022). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 986–997. doi: [10.1037/0022-006x.70.4.986](https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.4.986)
- Woodcock, S., Hitches, E., & Jones, G. (2019). It's not you, it's me: Teachers' self-efficacy and attributional beliefs towards students with specific learning difficulties. *International Journal of Educational Research*, 97, 107–118. doi: [10.1016/j.ijer.2019.07.007](https://doi.org/10.1016/j.ijer.2019.07.007)
- Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M. & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: Resilience and self-esteem as mediators. *Front Psychiatry* 10, 388. doi: [10.3389/fpsyt.2019.00388](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00388)
- Yates, R. (2013). Bad mouthing, bad habits and bad, bad, boys: An exploration of the relationship between dyslexia and drug dependence. *Mental Health and Substance Use*, 6(3), 184–202. doi: [10.1080/17523281.2012.699460](https://doi.org/10.1080/17523281.2012.699460)
- Yotyodying, S., & Wild, E. (2016). Predictors of the quantity and different qualities of home-based parental involvement: Evidence from parents of children with learning disabilities. *Learning of Individual Differences*, 49, 74–84. doi: [10.1016/j.lindif.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.05.003)
- Zach, S., Yazdi-Ugav, O. & Zeev, A. (2016). Academic achievements, behavioral problems, and loneliness as predictors of social skills among students with and without learning disorders. *School Psychology International*, 37(4), 378–396. doi: [10.1177/0143034316649231](https://doi.org/10.1177/0143034316649231)
- Zafiriadis, K., Livaditis, M., Xenitidis, K., Diamanti, M., Tsatalmpasidou, E., Sigalas, I., & Polemikos, N. (2005). Social and psychological characteristics of Greek secondary school students with learning difficulties. *Journal of Adolescence*, 28(6), 741–752. doi: [10.1016/j.adolescence.2005.02.009](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.02.009)
- Zambianchi, M., & Ricci Bitti, P. E. (2014). The Role of Proactive Coping Strategies, Time Perspective, Perceived Efficacy on Affect Regulation, Divergent Thinking and Family Communication in Promoting Social Well-Being in Emerging Adulthood. *Social Indicators Research*, 116, 493–507. doi: [10.1007/s11205-013-0307-x](https://doi.org/10.1007/s11205-013-0307-x)
- Zheng, B., Fletcher, J., Zheng, F., & Lu, Q. (2022). Gene-by-peer-environment interaction effects on cigarette, alcohol, and marijuana use among US high school students of

European Ancestry. *Social Science & Medicine*, 309, 115249. doi: [10.1016/j.socscimed.2022.115249](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115249)

Zhou, J., Huebner, E. S., & Tian, L. (2021). Co-developmental trajectories of psychological need satisfactions at school: Relations to mental health and academic functioning in Chinese elementary school students. *Learning and Instruction*, 74. (101465). doi: [10.1016/j.learninstruc.2021.101465](https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2021.101465)

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi: [10.1207/s15327752jpa5201_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

Zullig, K. J., Valois, F., Huebner, S. E., Oeltmann, J. E., & Drane, W. J. (2021). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279–288. doi: [10.1016/s1054-139x\(01\)00269-5](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(01)00269-5)

DISSZERTÁCIÓHOZ KAPCSOLÓDÓ SAJÁT PUBLIKÁCIÓK

- Dudok, R., & Pikó, B. (2024b). Serdülők rizikómagatartása a pszichológiai jóllét, valamint a képességek és nehézségek tükrében. *Magyar Pedagógia*, 124(2), 89-110.
- Dudok, R., & Pikó, B. (2024a). Adolescents' mental health and well-being in light of their substance use and the presence of special education needs. *European Psychiatry*, 67(S1), S345–S346. doi: [10.1192/j.eurpsy.2024.714](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.714)
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023g). A pszichológiai jóllétet meghatározó tényezők speciális tanulási zavarral küzdő serdülők esetében. *Elkötelezettség és rugalmasság: a neveléstudomány útjai az átalakuló világban: XXIII. Országos Neveléstudományi Konferencia* (p. 275).
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023f). A mentális jóllét és a preventív egészségmagatartás vizsgálata serdülőkorban. *Népegészségügy*, 100(2), 91.
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023e). Az iskolai kötődés kapcsolata a serdülők jóllétével és rizikómagatartásával. *Iskolakultúra*, 33(4), 3–17. doi: [10.14232/iskkult.2023.4.3](https://doi.org/10.14232/iskkult.2023.4.3)
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023d). A kockázati magatartás és a mentális jóllét összefüggéseinek vizsgálata felső tagozatos iskolások körében. *Egészségfejlesztés*, 64(1), 14–29. doi: [10.24365/ef.8341](https://doi.org/10.24365/ef.8341)
- Dudok, R., & Piko, B. F. (2023c). Multi-Level Protective Factors of Adolescent Smoking and Drinking. *European Journal Of Investigation In Health Psychology And Education*, 13(6), 932–947. <http://doi.org/10.3390/ejihpe13060071>
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023b). Az iskolai kötődés szerepe és jelentősége a serdülők mentális egészségének alakulásában. In: *XIX. Pedagógiai Értékelési Konferencia = 19th Conference on Educational Assessment: PÉK 2023 = CEA 2023* (pp. 98–98).
- Dudok, R. (2023). Elméleti szempontok a sajátos nevelési igényű diákok pszichológiai jóllétének elemzéséhez. *Új Pedagógiai Szemle*, 73(1–2), 49–70.
- Piko, B., & Dudok, R. (2023a). Strengths and Difficulties among Adolescent with and without Specific Learning Disorders (SLD). *Children (Basel)*, 10(11). doi: [10.3390/children10111741](https://doi.org/10.3390/children10111741)
- Dudok, R., & Pikó, B. (2022e). Mentális jóllét és problémaviselkedés tanulási zavarral küzdő és tipikusan fejlődő serdülők körében. In: *21. századi képességek, írásbeliség, esélyegyenlőség: XXII. Országos Neveléstudományi Konferencia*. (p. 329).
- Dudok, R., & Pikó, B. (2022d). Az egyéni és társas pszichés erőforrások protektív szerepe a serdülők dohányzásában és alkoholfogyasztásában. *Népegészségügy*, 99(2), 217–218.
- Dudok, R., & Pikó, B. (2022c). Központban a védőfaktorok: Kockázati magatartás és a mentális jóllét összefüggéseinek vizsgálata felső tagozatos iskolások körében. In: *XVIII. Pedagógiai Értékelési Konferencia = 18th Conference on Educational Assessment* (p. 98).
- Dudok, R., & Pikó, B. (2022b). Substance use among middle school students: How does is related to psychological and social well-being? In: *36th Annual Conference of the European Health Psychology Society* (pp. 64–64).
- Dudok, R., & Pikó, B. (2022a). Psychological well-being in Hungarian students with specific learning disorders (SpLD). *European Psychiatry*, 65(Special Issue S1: Abstracts of the 30th European Congress of Psychiatry), S231. doi: [10.1192/j.eurpsy.2022.599](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.599)

- Dudok, R. & Pikó, B. (2021c). A tanulási zavarral küzdő diákok pszichológiai jóllétének vizsgálata. In R. Horák, C. Kovács, Zs. Námesztovszki, & M. Takács. & Tóth, L. (Eds.), *A Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar Tudományos Konferenciájának Tanulmánygyűjteménye* (pp. 323-336). Újvidéki Egyetem Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar Kiadó.
- Dudok, R., & Pikó, B. (2021b). Examining the psychological well-being of students with learning disabilities. In: *Sustainable cultural heritage [Електронски извор]* (p. 34).
- Dudok, R., & Pikó, B. (2021a). Specifikus tanulási zavarral küzdő diákok lelki egészségi tényezőinek vizsgálata. In: *A neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira. XXI. Országos Neveléstudományi Konferencia. Program, előadás-összefoglalók* (p. 459).

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra A PERMA modell es az EPOCH modell összehasonlítása (Forrás: saját szerkesztés)	22
2. ábra Kiemelt figyelmet igénylő gyermekek csoportosítása a 2011. évi CXC törvény alapján	43
3. ábra A tanulási akadályok és nehézségek kategorizálása	46
4. ábra A tipikusan fejlődő mintán végzett serdülőkori pszichológiai jóllét útelemzés modellje	114
5. ábra A specifikus tanulási zavarral küzdők mintáján végzett serdülőkori pszichológiai jóllét útelemzés modellje	115
6. ábra A tipikusan fejlődő diákok almintáján létrehozott klaszterek jellemzőinek alakulása	118
7. ábra A Specifikus tanulási zavarral küzdők almintáján létrehozott klaszterek jellemzőinek alakulása	122

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat A felhasznált kérdőívekhez tartozó belső konzisztencia mutatók (Cronbach alpha)	92
2. táblázat. A pszichológiai változók leíró statisztikája.....	95
3. táblázat A minta szociodemográfiai és SNI szerinti jellemzői és az egészségkockázati magatartás leíró statisztikája	97
4. táblázat. Az egészségmagatartás nemeként és SNI szerint	98
5. táblázat. Az egészségmagatartási változók bináris logisztikus regresszióelemzése (EH, esélyhányados).....	99
6. táblázat. A skálák leíró statisztikai és a nemek közötti eltérések.....	104
7. táblázat. A skálák korosztályban mutatott eltérései a teljes mintán.....	105
8. táblázat. A vizsgált változók kapcsolata korrelációs-elemzéssel.....	106
9. táblázat. A vizsgált változók eredményei a specifikus tanulási zavarral (SLD) küzdő csoportban és a tipikusan fejlődő csoportban.....	110
10. táblázat. A pszichológiai jóllét többváltozós lineáris regressziós elemzés eredménye	111
11. táblázat. A tipikusan fejlődő tanulók klasztereinek pszichés jellemzői.....	120
12. táblázat. A specifikus tanulási zavarral rendelkező tanulók klasztereinek pszichés jellemzői.....	123
13. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakorisága a teljes mintában és nemeként (n = 276).....	127
14. táblázat. A pszichológiai tényezők leíró statisztikai a jelenlegi szerhasználói státusz szerint	128
15. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás életprevalenciájának bináris logisztikus regressziós elemzése (EH, esélyhányados)	129
16. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás háromhavi prevalenciájának bináris logisztikus regresszióelemzése (EH, esélyhányados).....	131
17. táblázat. Többváltozós logisztikus regressziós elemzés eredménye a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében (EH, esélyhányados)	132
18. táblázat. Az egészségmagatartás leíró statisztika eredménye a teljes mintán (n = 276)	136
19. táblázat. A pszichológiai jóllétet, valamint a pszichés- és viselkedési problémákat mérő kérdőívek leíró statisztikai eredménye a nemek és a korosztályok tekintetében.....	137
20. táblázat. A pszichológiai jóllét (EPOCH-H), valamint a pszichés- és viselkedési problémák területén (SDQ) mutatott különbségek az elmúlt három hónapi szerhasználat tekintetében	139
21. táblázat. Az aktuális szerhasználat alapján végzett bináris logisztikus elemzés (EH, esélyhányados)	140
22. táblázat. A szociodemográfiai adatok és a minta jellemzőinek leíró statisztikai (n = 276)	145
23. táblázat. A vizsgált pszichés területek leíró statisztikai az SLD diagnózissal rendelkező és nem rendelkező csoportok szerint (n = 276).	145
24. táblázat. A vizsgált skálák korrelációs mátrixa.....	146

25. táblázat. Az SLD diagnózissal rendelkező serdülők bináris logisztikus regressziós elemzése	147
26. táblázat. A serdülők SLD-diagnózisának bináris logisztikus regressziós elemzése két korcsoportban	148
27. táblázat. Az SLD diagnózissal rendelkező serdülők többváltozós logisztikus regressziós elemzése	150
28. táblázat. Az SLD diagnózissal rendelkező serdülők többváltozós logisztikus regressziós elemzése két korcsoportban	151
29. táblázat Az empirikus kutatás hipotéziseinek összefoglalása	155

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet: A mérőeszköz bemutatása a pilot és a teljes mintás mérés során

Kérdőív magyar elnevezése	Kérdőív neve eredeti nyelven	Szerzők	Példamondat	Skálák (ha van)	Itemek/kérdések száma
Szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdések	-	saját kérdések	Van-e valamilyen tanulási problémád?	-	11
WHO Jólét Kérdőív 5 tételes változata	Well-Being Index, WBI-5	Topp et al., 2015	Az elmúlt két hét során érezted-e magad vidámnak és jókedvűnek	4-fokú Likert-skála	5
Élettel Való Elégedettség Skála	Satisfaction with Life Scale, SWLS	Diener et al., 1985	Elégedett vagyok az életemmel	7-fokú Likert skála	5
EPOCH-H – Serdülőkori Pszichológiai Jólét Kérdőív	EPOCH Measure of Adolescent Well-Being	Kern et al., 2016	Optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban	5-fokú Likert-skála	20
Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív	Multidimensional Perceived Social Support Scale, MSPSS	Zimet et al., 1988	A családomra mindig számíthatok	5-fokú Likert-skála	10
Iskolai Kötődés Kérdőív	-	Szabó & Virányi, 2011	Fontos nekem, hogy mit gondolnak rólam a tanárain	4-fokú Likert-skála	20
Proaktív Megküzdés Kérdőív (PCI)	Proactive Coping Inventory (PCI)	Greenglass et al., 1999	Számos akadály ellenére is, általában elérem, amit akarok	4-fokú Likert-skála	14
Képességek és Nehézségek Kérdőív	Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ	Goodman, 1997	Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak	3 fokozatú	25
10-itemes Reziliencia Kérdőív	Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC	Connor & Davidson, 2003	Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz	5-fokú Likert-skála	10
Rosenberg Önértékelés Skála	Rosenberg Self-esteem Scale, RSES	Rosenberg, 1965	Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni	4-fokú Likert-skála	10
Önkontroll Kérdőív	Self-regulation Scale, SRS	Luszczynska et al., 2004	Ha egy tevékenység problémaközpontú hozzáállást követel meg, kontrollálni tudom érzelmeimet	4-fokú Likert-skála	7
Egészség rizikó-magatartásra vonatkozó kérdések	-	saját kérdések	Fogyasztottál-e már valaha alkoholt?	-	6

2. sz. melléklet: A felvett kérdőív word formátumú képe

KEDVES KITÖLTŐ!

Kód: _____
(feltevő tölti ki)

Dudok Réka vagyok, a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori iskolájának hallgatója. Kutatásom témája az iskolás diákok lelki egészségének vizsgálata. Az alábbi kérdőív kitöltése kutatási munkám adatgyűjtési fázisához szükséges. A válaszadás önkéntes és név nélküli, a kérdőívek semmi olyan információt nem tartalmaznak, amellyel azonosítani lehetne a kitöltőket. Kérlek, hiánytalanul töltsd ki a kérdőívet. A kérdésekre őszintén válaszolj, nincsenek rossz válaszok. Amennyiben bármilyen kérdésed merülne fel a kérdőívvel vagy a témával kapcsolatban, keress bátran az alábbi e-mail címen: dudok.reka@gmail.com

Nagyon köszönöm a kitöltést!

1

Nemed:

- 1 _____ Fiú
2 _____ Lány

2

Hány éves vagy?

3

Hányadik osztályos vagy?

4

Az iskolában ÁLTALÁBAN milyen jegyeket kapsz?

- 1 _____ 5-öst
2 _____ 4-est, 5-öst
3 _____ 4-est
4 _____ 3-ast, 4-est
5 _____ 3-ast
6 _____ 2-est, 3-ast
7 _____ 1-est, 2-est

5

Milyen típusú iskolába jársz?

- 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakközépiskola
3 _____ Szakiskola
4 _____ Szakgimnázium
5 _____ Gimnázium
6 _____ Egyéb: _____

6

Milyen típusú településen laksz?

- 1 _____ Falu, község
2 _____ Város
3 _____ Megyeszékhely
4 _____ Főváros

7

Jársz-e az iskolában fejlesztésre?

- 1 _____ Igen
2 _____ Nem

8

Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

- 1 _____ Alsó osztály
2 _____ Alsó-közép osztály
3 _____ Közép osztály
4 _____ Felső-közép osztály
5 _____ Felső osztály

Lapozz!

1

- 9 Kivel élsz együtt?
- 1 _____ Mindkét szülővel
- 2 _____ Egyik szülővel és nevelőszülővel
- 3 _____ Csak édesanyjával
- 4 _____ Csak édesapával
- 5 _____ Egyéb, és pedig: _____

- 10 Szüleid legmagasabb iskolai végzettsége:
- APA: ANYA:
- 1 _____ Általános iskola 1 _____ Általános iskola
- 2 _____ Szakmunkásképző 2 _____ Szakmunkásképző
- 3 _____ Szakközépiskola 3 _____ Szakközépiskola
- 4 _____ Gimnázium 4 _____ Gimnázium
- 5 _____ Felsőfokú képesítés 5 _____ Felsőfokú képesítés
- 6 _____ Főiskola/egyetem 6 _____ Főiskola/egyetem

- 11 Szüleid munkaformája:
- APA: ANYA:
- 1 _____ Diplomás/vezető 1 _____ Diplomás/vezető
- 2 _____ Egyéb szellemi 2 _____ Egyéb szellemi
- 3 _____ Önálló vállalkozó 3 _____ Önálló vállalkozó
- 4 _____ Szakmunkás 4 _____ Szakmunkás
- 5 _____ Segédmunkás 5 _____ Segédmunkás
- 6 _____ Munkanélküli 6 _____ Munkanélküli
- 7 _____ Egyéb: _____ 7 _____ Egyéb: _____

- 12 Kérlek, karikázd be azt a válaszlehetőséget, mely legjobban leírja, *hogyan érezted magad az elmúlt 2 hét során*.

<i>Az elmúlt két hét során érezted-e magad</i>	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1.... vidámnak és jókedvűnek?	0	1	2	3
2.... nyugodtnak és ellazultnak?	0	1	2	3
3.... aktívnak és ébernek?	0	1	2	3
4.... ébredéskor frissnek és élénknek?	0	1	2	3
5. A napjaid tele voltak számodra érdekes dolgokkal?	0	1	2	3

- 13 Az alábbiakban 5 állítást találsz. Egy hét fokozatú skála segítségével jelöld be, *hogyan* mennyire értesz egyet ezekkel az állításokkal. Az 1-es fokozat azt jelöli, ha egyáltalán nem, míg a 7-es, ha teljes mértékben egyetértesz egy állítással.

1 = Egyáltalán nem értek egyet 7 = Teljesen értek egyet

	1	2	3	4	5	6	7
1. Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzelthez.	1	2	3	4	5	6	7
2. Az életkörülményeim kiválóak.	1	2	3	4	5	6	7
3. Elégedett vagyok az életemmel	1	2	3	4	5	6	7
4. Eddig megkaptam az életem a fontos dolgokat, amiket akartam	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha még egyszer újra élhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék.	1	2	3	4	5	6	7

Lapozz!



Kérlek, olvasd el az alábbi állításokat! Karikázd be azt az EGY számot az állítás mellett lévő körből, amelyik legjobban illik Rád. Légy őszinte – nincsenek helyes vagy helytelen válaszok!

1 = Szinte sohasem igaz; 2 = Ritkán igaz; 3 = Néha igaz; 4 = Általában igaz; 5 = Szinte mindig igaz

	Szinte sohasem igaz	Ritkán igaz	Néha igaz	Általában igaz	Szinte mindig igaz
1. Ha valami jó dolog történik velem, vannak olyan emberek, akikkel szívesen megosztom a jó hírt.	1	2	3	4	5
2. Ha valamibe belekezek, be is fejezem.	1	2	3	4	5
3. Optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban.	1	2	3	4	5
4. Boldognak érzem magam.	1	2	3	4	5
5. Ha valamit csinálok, annyira élvezem, hogy nem is veszem észre, mennyi idő telt el.	1	2	3	4	5
6. Sok vidámságban van részem.	1	2	3	4	5
7. Teljesen elmerülök abban, mit csinálok.	1	2	3	4	5
8. Szeretem az életet.	1	2	3	4	5
9. Addig dolgozom az iskolai feladataimon, amíg el nem készülök azokkal.	1	2	3	4	5
10. Ha valamilyen problémám van, mindig áll mellettem valaki.	1	2	3	4	5
11. Annyira belemerülök abba, amit csinálok, hogy minden másról megfeledkezem.	1	2	3	4	5
12. Amikor valami új dolgot tanulok, elfeledkezem arról, mennyi idő is telik el közben.	1	2	3	4	5
13. Bizonytalan időkben a legjobbat remélem.	1	2	3	4	5
14. Vannak olyan emberek az életemben, akik tényleg törődnek velem.	1	2	3	4	5
15. Úgy gondolom, hogy jó dolgok fognak történni velem.	1	2	3	4	5
16. Vannak olyan barátaim, akik igazán fontosak nekem.	1	2	3	4	5
17. Ha tervet készítek arra, hogy hogyan csináljak valamit, akkor ragaszkodom is hozzá.	1	2	3	4	5
18. Hiszek abban, hogy a dolgok megoldódnak, bármennyire bonyolultnak is látszanak.	1	2	3	4	5
19. Keményen dolgozom.	1	2	3	4	5
20. Vidám ember vagyok.	1	2	3	4	5

Lapozz!



15

Kérlek, jelöld meg minden állításnál, hogy milyen mértékben volt jellemző Rád az adott kijelentés az elmúlt hónapban.

0 - Egyáltalán nem igaz; 1 - Ritkán igaz; 2 - Néha igaz; 3 - Gyakran igaz; 4 - Szinte mindig igaz

	Egyáltalán nem igaz	Ritkán igaz	Néha igaz	Gyakran igaz	Szinte mindig igaz
1. Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz.	0	1	2	3	4
2. A stresszel való megküzdés megerősít.	0	1	2	3	4
3. Mindig a legnagyobb erőbedobással cselekszem, mindegy, hogy miről van szó.	0	1	2	3	4
4. Amikor a dolgok reménytelennek tűnnek, akkor sem adom fel.	0	1	2	3	4
5. Tisztán gondolkodom és koncentrálok, amikor nyomas alatt vagyok.	0	1	2	3	4
6. Erős emberként gondolkodom magamra.	0	1	2	3	4
7. A megérzéseim alapján kell cselekednem.	0	1	2	3	4
8. Nagyon céltudatos vagyok.	0	1	2	3	4
9. Úgy érzem, én irányítom az életemet.	0	1	2	3	4
10. Dolgozom azért, hogy elérjem a céljaimat.	0	1	2	3	4

16

Kérlek, az alábbi számok bekarikázásával jelöld be, hogy mennyire igazak Rád az alábbi állítások!

	Egyáltalán nem	Inkább nem	Is- is	Inkább igen	Teljes mértékben
1. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akire számíthatok, ha szükségem van rá.	1	2	3	4	5
2. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akivel meg tudom osztani az örömet és a bánatomat.	1	2	3	4	5
3. A családomra mindig számíthatok.	1	2	3	4	5
4. Megkapom a családomtól azt az érzelmi segítséget és támogatást, amelyre szükségem van.	1	2	3	4	5
5. Barátaimra mindig számíthatok.	1	2	3	4	5
6. Tudok a problémáimról beszélni a családommal.	1	2	3	4	5
7. Vannak barátaim, akikkel megoszthatom az örömet és a bánatomat.	1	2	3	4	5
8. Van legalább egy olyan fontos személy az életemben, aki törődik az érzéseimmel.	1	2	3	4	5
9. A családom szívesen segít a döntéseim meghozatalában.	1	2	3	4	5
10. Meg tudom beszélni a problémáimat a barátaimmal.	1	2	3	4	5

Lapozz!

4

A továbbiakban az iskolával kapcsolatos állításokat találod. Kérlek, dönts el, hogy a következő állítások mennyire jellemzőek rád. Minden állítás után karikázd be a véleményedet leginkább kifejező számot.

1-egyáltalán nem jellemző rám, 2-többnyire nem jellemző rám,
3-nagyrészt jellemző rám, 4-teljesen jellemző rám

1.	Több olyan nap van, amikor szívesen jövök iskolába, mint amikor nem.	1	2	3	4
2.	Sok barátom van az iskolában.	1	2	3	4
3.	Szeretem az osztálykirándulásokat, azokon mindig jól érzem magam.	1	2	3	4
4.	Általában otthonosan érzem magam az osztályteremben.	1	2	3	4
5.	Fontos nekem, hogy mit gondolnak rólam a tanárain.	1	2	3	4
6.	A legtöbb tantárgyat érdekesnek tartom.	1	2	3	4
7.	Szeretek iskolába járni.	1	2	3	4
8.	Több olyan tanárom van, akit kedvelek, mint akit nem.	1	2	3	4
9.	Szoktam arra gondolni, hogy bárcsak soha többet ne kéne iskolába jönni.	1	2	3	4
10.	Ugy gondolom az iskolába járás időpocsékolás.	1	2	3	4
11.	Vannak olyan gyerekek az iskolában, akikkel szívesen találkoznék az iskola elvégzése után is.	1	2	3	4
12.	Több olyan tantárgy van, amit szeretek, mint amit nem.	1	2	3	4
13.	Inkább otthon maradok betegem, mint, hogy iskolába kelljen menni.	1	2	3	4
14.	Szívesebben jövök iskolába, ha olyan tanárral lesz órám, akit kedvelek.	1	2	3	4
15.	Kevés érdekes tantárgyat tanulunk.	1	2	3	4
16.	Rossz lenne, ha nem járhatnék iskolába.	1	2	3	4
17.	Szeretem az iskolám udvarát, van hely játékokra és pihenésre is.	1	2	3	4
18.	Szerintem az iskola unalmas.	1	2	3	4
19.	Tetszenek a folyosón látható dekorációk. Jó hangulatot tesz tőlük.	1	2	3	4
20.	Jól érzem magam az osztálytársaim között.	1	2	3	4

Kérlek, jelöld be, hogy mennyire érvényesek Rád az alábbi állítások általánosságban!

1 = egyáltalán nem jellemző rám, 2 = kismértékben jellemző rám,
3 = eléggé jellemző rám, 4 = teljes mértékben jellemző rám

1.	Ha szükséges, képes vagyok hosszú ideig egy tevékenységre összpontosítani.	1	2	3	4
2.	Ha figyelmem elterelődik, nem okoz nehézséget, hogy gyorsan visszatérjek a témához.	1	2	3	4
3.	Ha egy tevékenység túlságosan felfokozza érzelmeimet, le tudom nyugtatni magamat, és hamarosan folytatni tudom a tevékenységet.	1	2	3	4
4.	Ha egy tevékenység problémaközpontú hozzáállást követel meg, kontrollálni tudom érzelmeimet.	1	2	3	4
5.	Kontrollálni tudom a feladattól elkalandozó gondolataimat.	1	2	3	4
6.	Megszakítás után nem esik nehezemre, hogy visszatérjek a koncentrált munkavégzéshez.	1	2	3	4
7.	Munkámat összpontosítva végzem, és semmi sem terelheti el figyelmemet tevékenységi tervemről.	1	2	3	4

Lapozz!

Mindegyik állítás esetében arra kérek, hogy jelöld meg, mennyire igaz Rád. Három lehetőség van: „Nem igaz”, „Valamennyire igaz” vagy „Határozottan igaz”. A lehető legpontosabban válaszolj, akkor is, ha nem vagy teljesen biztos a válaszban. Kérek, hogy a kérdőívet az elmúlt 6 hónap tapasztalata alapján töltsd ki.

		Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
1.	Próbálok kedves lenni másokkal. Törődöm az érzéseikkel.	0	1	2
2.	Nyughatatlan vagyok, nem tudok sokáig nyugton maradni.	0	1	2
3.	Sokszor fáj a fejem, hasam vagy hányingerem van.	0	1	2
4.	Általában megosztom másokkal (ételen, játékon, tollakon, stb.)	0	1	2
5.	Nagyon mézres tudok lenni és gyakran dühbe gurulok.	0	1	2
6.	Többnyire egyedül vagyok. Általában elvonulok, egyedül játszom.	0	1	2
7.	Rendszerint azt teszem, amit mondanak.	0	1	2
8.	Sokat aggódom.	0	1	2
9.	Segítek, ha valakit bántottak/szomorú/feldúlt vagy beteg.	0	1	2
10.	Állandóan izgek-mozgok, feszkelődöm.	0	1	2
11.	Van egy vagy több jó barátom.	0	1	2
12.	Sokszor verekszem. Másokra tudom kényszeríteni az akaratomat.	0	1	2
13.	Gyakran boldogtalan, lehangolt vagyok vagy sírok.	0	1	2
14.	Kortársaim általában kedvelnek.	0	1	2
15.	Könnyen elterelődik a figyelmem, nehezemre esik koncentrálni.	0	1	2
16.	Új helyzetekben feszült vagyok, könnyen bizonytalanná válok.	0	1	2
17.	Kisebb gyerekekhez kedves vagyok.	0	1	2
18.	Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak.	0	1	2
19.	A többi gyerek vagy fiatal gyakran fenyeget, belém köt.	0	1	2
20.	Sokszor segítek önként is (szülőknek, tanároknak, gyerekeknek).	0	1	2
21.	Végiggondolom a dolgokat mielőtt cselekedni kezdek.	0	1	2
22.	Elveszem mások holmiját otthon, az iskolában vagy máshol.	0	1	2
23.	Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.	0	1	2
24.	Sok mindentől félek, könnyen megijedek.	0	1	2
25.	Befejezem a munkát, amit csinálok. Kitartó a figyelmem.	0	1	2

Lapozz!



20

Az alábbiakban olyan állításokat talál, melyek az egyes élethelyzetekre adott válaszainkat, reakcióinkat jellemzik. Jelöld meg, hogy mennyire igazak Rád az adott állítások, attól függően, hogy Te hogyan éled meg az adott szituációt, hogyan érzel az adott szituációval kapcsolatban.

1 = egyáltalán nem igaz, 2 = alig igaz, 3 = valamennyire igaz, 4 = teljesen igaz

1.	Olyan ember vagyok, aki a kezébe veszi a dolgok irányítását.	1	2	3	4
2.	Próbálom hagyni, hogy a dolgok maguktól haladjanak.	1	2	3	4
3.	Miután elértem egy célt, keresek egy másikat, ami nagyobb kihívást jelent számomra.	1	2	3	4
4.	Szeretem a kihívásokat, és legyőzni a lehetetlent.	1	2	3	4
5.	Látom magam előtt az álmaimat, és megpróbálom elérni azokat.	1	2	3	4
6.	Számos akadály ellenére is, általában elérem, amit akarok.	1	2	3	4
7.	Igyekszem pontosan meghatározni, hogy mire van szükségem a sikerhez.	1	2	3	4
8.	Mindig megtalálom a módját az akadályok legyőzésének, igazán semmi nem állhat az utamba.	1	2	3	4
9.	Gyakran sikertelennek látom magam, ezért nem remélek túl sokat.	1	2	3	4
10.	Ha megpályázok egy állást, elképzelem magam, ahogy betöltöm azt.	1	2	3	4
11.	A nehézségeket is tudom pozitív élményként értelmezni.	1	2	3	4
12.	Ha valaki azt mondja, hogy nem vagyok képes valamire, akkor én azt feltétlenül megcsinálom.	1	2	3	4
13.	Ha problémával szembesülök, megteszem a megoldására irányuló első lépéseket.	1	2	3	4
14.	Amikor problémám van, gyakran úgy érzem, hogy csak vesztésként jöhetnek ki a helyzetből/ csak vesztés lehetek ebben a helyzetben.	1	2	3	4

21

Milyen mértékben értesz egyet a következő állításokkal? Válaszolj az alábbiak szerint:

1 = egyáltalán nem értek egyet, 2 = nem értek egyet, 3 = egyetértek, 4 = teljesen egyetértek

1.	Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalább annyira, mint mások.	1	2	3	4
2.	Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.	1	2	3	4
3.	Mindent egybevetve hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam.	1	2	3	4
4.	Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.	1	2	3	4
5.	Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.	1	2	3	4
6.	Jó véleménnyel vagyok magamról.	1	2	3	4
7.	Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal.	1	2	3	4
8.	Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni.	1	2	3	4
9.	Időnként értéktelennek érzem magam.	1	2	3	4
10.	Néha azt gondolom, hogy semmiben sem vagyok jó.	1	2	3	4

Lapozz!

- 22 Dohányoztál-e már valaha? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?
1 _____ Egyáltalán nem
2 _____ Csak néha egyet-egyet
3 _____ 1-5 szálát naponta
4 _____ 6-10 szálát naponta
5 _____ 11-20 szálát naponta
6 _____ 20-nál többet naponta
- 23 Fogasztottál-e már valaha alkoholt? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
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
- 24 Kipróbáltál-e valaha valamilyen drogot? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor használtad?
1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
- 25 Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?
1 _____ Soha
2 _____ Párszor
3 _____ Havonta kétszer-háromszor
4 _____ Heti egy-két alkalommal
5 _____ Heti három vagy több alkalommal
- 26 Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?
1 _____ Egyáltalán nem
2 _____ Egy kissé
3 _____ Időnként
4 _____ Legtöbbször
5 _____ Mindig
- 27 Van-e rendszeres délutáni elfoglaltságod? (Többet is megjelölhetsz)
1 _____ Nincs
2 _____ Korrepetálás
3 _____ Fejlesztő óra
4 _____ Szakkör
5 _____ Különóra
6 _____ Sportolással kapcsolatos tevékenység
7 _____ Zenéléssel/énekléssel kapcsolatos tevékenység
8 _____ Egyéb művészeti tevékenység
9 _____ Egyéb:

Köszönöm a kitöltést!

8

Nyilatkozat

Alulírott, Dudok Réka a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskolájának fokozatszerzőjeként nyilatkozom, hogy A tipikusan fejlődő és a sajátos nevelési igényű serdülők pszichológiai egészségének, egészségmagatartásának és jóllétének vizsgálata című doktori értekezés a saját, önálló munkám.

Szeged, 2025.04.04.

Dudok Réka