



## Ph.D-értekezés tézisei

---

**HAMVAI CSABA**

**ÁLTALÁNOS ÉS KÖZÉPISKOLAI TANULÓK JÓLLÉTÉNEK  
POZITÍV PSZICHOLÓGIAI ASPEKTUSAI**

**Témavezető:**  
Dr. Pikó Bettina  
habilitált egyetemi docens

Szegedi Tudományegyetem  
Bölcsészettudományi Kar  
Neveléstudományi Doktori Iskola  
Egészségnevelés doktori program

2014

## Fontosabb rövidítések

SWL-Élettel való elégedettség  
LOT-optimizmus  
CDI-depresszió  
PSS-észlelt stressz

## Bevezetés és elméleti háttér

Empirikus munkámmal azoknak a tényezőknek a feltárását céloztam meg, amelyek a serdülőkori jóllét különböző aspektusait jelzik előre. Ennek a törekvésnek a döntő részeként az optimizmusnak és a megküzdési (coping) stratégiáknak a tanulók pszichés alkalmazkodásában betöltött szerepét tisztáztam.

A serdülőkor számos és gyors változással járó átmeneti periódus a gyermekkor és a felnőttkor között. A változások komplex élettani, kognitív és szociális fejlődési folyamatok eredői (Moksnes, 2011, Trejos-Castillo és Vazsonyi, 2011). Ezek az események normatív stresszorként halmozódnak fel a serdülők életében, amelyekkel adaptív módon kell megküzdniük. Éppen ezért fontos feltárni azokat a tényezőket, amelyek a fiatalokat segíthetik a hatékony megküzdésben, tompíthatják vagy megelőzhetik az egészségükre káros hatásokat, és hozzájárulhatnak testi és lelki jóllétükhöz. Az egészségmutatókkal és a jólléttel pozitív, és az egészségkockázati tényezőkkel negatív kapcsolatban álló protektív faktorok feltárása iskolai prevenció programok alapját is képezhetik.

A serdülők jóllétéhez, egészségéhez hozzájáruló tényezők feltárását érdemes a pozitív pszichológia elveinek figyelembevételével végezni. A pozitív pszichológia a második világháborút követően megjelenő és az ezredfordulón nyíltan deklarált pszichológiai irányzat. Egyrészt az optimális emberi működést kívánja feltárni, másrészt olyan vízióknak, tágabb elméleti keretnek tekinthető, amely a pszichológiai érdeklődés egyensúlyát kívánja elérni: a negatívumok, a patológiák, az anomáliák mellett, legalább olyan nagy hangsúllyal igyekszik vizsgálni a jóllétet, az egészséges emberi működést, a boldogságot és az ezeket megalapozó emberi erősségeket is (Seligman és Csikszentmihalyi, 2000; Linley, Joseph, Harrington és Wood, 2006). A pozitív pszichológia szemléletét később más tudományterületek is átvették, így például a pedagógia és a neveléstudomány (Seligman, Ernst, Gillham, Reivich és Linkins, 2009), valamint az az egészségtudomány (Seligman, 2008) is. Az egészségfejlesztésnek szintén sok közös pontja van a pozitív pszichológiával, így szintén profitálhat azokból az empirikus eredményekből, amelyek ezen a pszichológiai területen születnek (Kobau, Seligman, Peterson, Diener, Zack, Chapman és Thompson, 2011). A következőkben néhány olyan tényezőt tekintek át, amelyekre egy serdülők számára kifejlesztett pozitív egészségfejlesztő program irányulhat, és amelyek így az empirikus munkám részét is képezték.

A boldogság legalább három formáját különbözteti meg a pozitív pszichológia. A hedonista boldogság az örömök és a pozitív élmények fokozását és a negatív tapasztalatok minimalizálását jelenti. A boldogság másik fajtája az elkötelezett, aktív életvitelből fakadó örömet, a flow élményének megélését jelenti. A boldogság harmadik típusa pedig a jelentéssel bíró élet, amelyben az egyén valami nála nagyobb dolgot (eszmét, családot, szeretetet, Istent stb.) szolgál (Seligman, Parks és Steen, 2004). Empirikus kutatásom elsősorban a serdülők hedonista boldogságával kapcsolatos mutatókra irányult (például szubjektív jóllét, észlelt stressz), de a serdülőkori megküzdés vizsgálatával valójában érintettem a boldogság másik két formáját is. A serdülőkori szubjektív jóllétet elsősorban társadalmi és társas tényezők határozzák meg. Ezek közül is kiemelhető a fiatalok

szocioökonómiai státusza, például a társas hálózatok, közösségek minősége, a családi jóllét, anyagi háttér, stb. (*WHO/HBSC Forum* 2007,2008; *Cicognani, Albanesi és Zani*, 2008). Ezen kívül a serdülők három főbb szocializációs közegének társas kapcsolatai magyarázzák szignifikánsan a serdülőkori jóllétet. A megfelelő családi légkör, háttér (*Joronen*, 2005; *Vera, Thakral, Gonzales, Morgan, Conner, Caskey, Bauer, Mattera, Clark, Bena és Dick*, 2008), valamint a szülőkkel való jó kapcsolat serdülőkori is rendkívül fontos előrejelzője a pszichológiai jóllétnek (*Furnham és Cheng*, 2000; *Gutman, Brown, Akerman és Obolenskaya*, 2010), annak ellenére, hogy a fiatalok életében más szociális hatások, például a kortársak jelenléte is egyre fontosabbá válik. Az iskola mint másik fontos szocializációs közeg szintén előrejelzi a serdülők szubjektív jóllétét. Az osztálytársaktól és a tanároktól kapott támogatás (*Vedder, Boekaerts és Seegers*, 2005), az iskolával való általános elégedettség (*Joronen*, 2005; *Gilman, Ashby, Sverko, Florell és Varjas*, 2005) fontos magyarázó változói a serdülők általános jóllétének. Végül általában a kortársakkal és a barátokkal való jó kapcsolat is előrejelzi a serdülők mentális jóllétét (*Kef és Deković*, 2004; *Oberle, Schonert-Reichl és Zumbo*, 2011), azonban ez a kapcsolat nem mindig pozitív irányú.

A serdülők pszichológiai jóllétét alapvetően befolyásolja a stressz és az azzal való megküzdésük. A megküzdés *Lazarus*-féle (1993) tranzakcionista elmélete azt az alkalmazkodási folyamatot írja le, amikor az egyén egy erőforrásait pillanatnyilag meghaladó vagy akár fel is emésztő helyzettel, vagyis pszichológiai stresszel találkozik. Az elsődleges kiértékelés folyamán az egyén testi-lelki jólléte, saját célja szempontjából méri fel a helyzetet. Így a szituációt fenyegetőnek, de akár irrelevánsnak is értékelheti. A másodlagos kiértékelés folyamán az egyén számba veszi erőforrásait, a helyzet kontrollálhatóságát és azokat a megküzdési formákat, amelyekkel kezelheti a helyzetet. Az életkorral egyre inkább bővül a serdülők coping repertoárja, ebben helyet kaphatnak az egészségre ártalmas megküzdések is (*Field és Prinz*, 1997; *Williams és McGillicuddy-De Lisi*, 2000, *Pikó*, 2001). A nem is befolyásolja a megküzdési stílust. A lányok hajlamosabbak társas támaszkereséssel, passzív vagy elkerülő megküzdéssel kezelni a problémát. A fiúk ezzel szemben aktív, externalizációs megoldásokkal reagálnak a helyzetre (*Frydenberg*, 1997; *Pikó*, 2001). A pszichológiai alkalmazkodás és az egészség szempontjából általában a megközelítő, probléma-fókuszú, aktív megküzdések tekinthetők adaptívnak. Ezzel szemben a passzív, megoldást nem hozó, az egyént a stresszes szituációtól távolító coping stratégiák és bizonyos esetben az érzelem-fókuszú megküzdések legtöbbször maladaptívnak bizonyulnak (*Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen és Wadsworth*, 2001, *Frydenberg*, 2008). Vizsgálatok azt mutatják, hogy az adaptív coping formák elsősorban az egészségvédő magatartásokhoz (például fizikai aktivitás) kapcsolódnak (*Wijndaele, Matton, Duvigneaud, Lefevre, De Bourdeaudhuij, Duquet, Thomis és Philippaerts*, 2007; *Saklofske, Austin, Galloway és Davidson*, 2007). Ezzel szemben a maladaptív coping fajták inkább az egészségkárosító magatartásokhoz (például dohányzás) kötődnek (*Wagner, Myers és McInnich*, 1999; *Catanzaro és Laurent*, 2004; *Hasking, Lyvers és Carlopio*, 2011; *Siqueira, Diab, Bodian és Rolnitzky*, 2000). A serdülőkori kortárshatások mind az egészségvédő (*Salvy, de la Haye, Bowker és Hermans*, 2012), mind az egészségkárosító magatartásokat (*Tomé, Matos, Simões, Diniz és Camacho*, 2012; *Bot, Engel, Knibb és Meeus*, 2005) valószínűsíthetik.

A stresszes szituációval kapcsolatos automatikus gondolatok minősége, a probléma orientáció alapvetően határozza meg a kiértékelési folyamatot, a megküzdést és végső soron a pszichés jóllétet is. Azok a serdülők nagyobb eséllyel szenvedtek különféle pszichiátriai kórképekben, akiknél egy többféleképpen is értelmezhető, társas probléma főként negatív automatikus gondolatokat váltott ki (*Higa és Daleiden*, 2008; *Hogendoorn, Prins, Vervoort, Wolters, Nauta, Hartman, Moorlag, de Haan és Boer*, 2012). A serdülők pozitív automatikus gondolatai ellenben a pszichológiai jóllét különféle mutatóival korreláltak (*Wong*, 2012).

Szociális problémahelyzetekben az emberek problémaorientációjuk tekintetében is különböznek egymástól. A pozitív problémaorientáció számos dologból épül fel: olyan kiértékelésekből, amelyek a problémát „kihívásként” címkézik, olyan hiedelmekből, amelyek alapján a probléma kezelhető, illetve olyan meggyőződésekéből, amelyek szerint az egyénnek megvan a képessége a probléma megoldásához stb. A negatív problémaorientáció a problémára a jóllétet fenyegető tényezőként tekint, arra ösztönzi az embereket, hogy megkérdőjelezzék saját problémamegoldó képességüket stb. (Chang, D’Zurilla és Sanna, 2004). Az optimista beállítódás a pozitív problémaorientációhoz, a pesszimista beállítódás pedig a negatív problémaorientációhoz kötődik (Chang és D’Zurilla, 1996).

Az optimizmus a pozitív pszichológia egyik központi fogalma, fontos egészségprotektív tényező. Felfogható tartós személyiségjegyként, amely az egyént arra sarkallja, hogy általánosságban a dolgok kedvező, pozitív kimenetelét, eredményét várja el (Scheier és Carver, 1985; Carver, Scheier és Segerstrom, 2010). A másik megközelítés szerint az optimizmus speciális magyarázó stílus, amellyel például a személy a rossz eseményeket átmenetinek, specifikusnak, nem általánosnak fogja fel (Forgeard és Seligman, 2012). A diszpozicionális pesszimizmus a diszpozicionális optimizmus ellentéte, vagyis a jövőbeli események kimenetelére vonatkozó általános negatív elvárás. Bár úgy tűnik, hogy az optimizmus tartós személyiség vonás, alakulását környezeti, társas tényezők is előrejelzik. A serdülők szocioökonómiai státusza (Heinonen, Räikkönen, Matthews, Scheier, Raitakari, Pulkki és Keltikangas-Järvinen, 2006), a serdülő szüleivel való jó kapcsolata (Hjelle, Busch és Warren, 1996), a fiatalok iskolai teljesítménye (Ek, Remes és Sovio, 2004) és iskolával kapcsolatos pozitív tapasztalatai (Orejudo, Puyuelo, Fernández-Turado és Ramos, 2012) mind pozitív kapcsolatban vannak a diszpozicionális optimizmusuk szintjével. Serdülők esetében is kimutatták, hogy az optimizmus kisebb észlelt stresszel jár együtt, és változatos pszichológiai problémákkal (például szorongás, depresszió) is negatív kapcsolatban van (Huan, Yeo, Ang és Chong, 2006; Ho, Cheung és Cheung, 2010). A pszichológiai jóllét különféle mutatóival (például pozitív énkép, élettél való elégedettség) viszont pozitív kapcsolatban volt a serdülők optimizmus szintje (Extremera, Durán és Rey, 2007; Wong és Lim, 2009; Ho és mtsai, 2010). Az optimizmus azáltal is hozzájárulhat az egészség és a jóllét fenntartásához, hogy adaptívabb coping formákat aktivál. A diszpozicionális optimizmus magasabb szintje az aktív megküzdési stílust, míg az optimizmus alacsonyabb szintje az elkerülő megküzdési formákat jelzi előre (Scheier, Weintraub és Carver, 1986; Carver, Scheier és Weintraub, 1989; Chang és D’Zurilla, 1996; Iwanaga, Yokoyama és Seiwa, 2004; Solberg Nes és Segerstrom, 2006). Néhány vizsgálat alapján az is megállapítható, hogy a serdülők diszpozicionális optimizmusa pozitív kapcsolatban van az egészségvédő magatartásokkal (Yarcheski, Mahon és Yarcheski, 2004; Ayres, 2008; Ayres, Atkins és Mahat, 2010).

### **Az empirikus kutatás célkitűzései és hipotézisei**

A vizsgálat három főbb kérdés körül összpontosult, a hipotéziseket ezeknek megfelelően fogalmaztam meg:

1. A fent említett eredmények azt sugallják, hogy az optimizmus és a megküzdési stratégiák együttesen járulnak hozzá a jólléthez. Ezeknek az eredményeknek a legtöbbször felnőtt populációval végzett vizsgálatokból származik. Tudomásom szerint a serdülőkre vonatkozóan más vizsgálat még nem elemezte ezt a kérdéskört egy szintetizált modellen belül. Először az optimizmus, a coping stratégiák és a jóllét különböző mutatói közötti összefüggéseket teszteltem szisztematikusan. Ezt követően

ezeket az eredményeket egy útmodellbe integráltam, amelynél az optimizmus és a megküzdési stratégiák voltak a magyarázó változók és a pszichés jóllét pozitív és negatív mutatói a függő változók.

2. *Oláh* (2005) pszichológiai immunrendszer elmélete alapján az optimizmus az úgynevezett megközelítő-monitorozó alrendszer része. Ez stresszes helyzetben a fizikai és társas környezet feltárásához és kontrollálásához járul hozzá. Egybevetve ezt *Lazarus* (1993) tranzakcionista megküzdés elméletével, feltételeztem, hogy az optimizmusnak a megküzdés kiértékelési folyamataiban van fontos szerepe. Ezért megvizsgáltam a tanulók optimizmusa és egy problematikus helyzet kiértékelése közben megjelenő automatikus gondolatai közötti összefüggést.
3. Az optimizmuson és a megküzdésen kívül társas és szocioökonómiai tényezők is magyarázzák a serdülők jóllétét. A három szocializációs közeg azon mutatóit kerestem, amelyek a tanulók szubjektív jóllétének szignifikáns magyarázó változói.

Az alábbi hipotéziseket vizsgáltam:

*H<sub>1</sub>*: A serdülők optimizmusát csak kis mértékben magyarázzák a társas és szocioökonómiai tényezők.

*H<sub>2</sub>*: Az optimizmus az egészségvédő viselkedések (fizikai aktivitás, étkezési kontroll) gyakoribb megjelenésének, és a nagyobb mértékű pszichés jóllét (élettel való elégedettség, egészségi állapot önértékelése) esélyét jelzi előre.

*H<sub>3</sub>*: Az optimizmus az egészségkockázati viselkedések (nagyivás, dohányzás) ritkább megjelenésének esélyét és az alacsonyabb szintű depresszió esélyét jelzi előre.

*H<sub>4</sub>*: Azok a serdülők, akik valamilyen fizikai aktivitást végeznek, és egészséges étrendet követnek optimistábbak, mint azok, akik ilyen egészségvédő viselkedést ritkábban produkálnak.

*H<sub>5</sub>*: Azok a fiatalok, akik dohányoznak és alkoholt fogyasztanak szignifikánsan pesszimistábbak, mint azok, akikre nem jellemzőek ezek az egészségkockázati viselkedésformák.

*H<sub>6</sub>*: Serdülőkorban az aktív, megközelítő típusú megküzdési stratégiák az egészségvédő magatartásformákkal (fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) pozitív, az egészségkockázati viselkedésekkel (dohányzás, alkoholfogyasztás) negatív kapcsolatban vannak.

*H<sub>7</sub>*: Serdülőkorban a passzív, diszfunkcionális coping formák az egészségkárosító magatartásformákkal (dohányzás, alkoholfogyasztás) pozitív, az egészségvédő megnyilvánulásokkal (fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) negatív kapcsolatban vannak.

*H<sub>8</sub>*: Serdülőkorban a társas megküzdési módok mind az egészségvédő, mind az egészségkockázati magatartást szignifikánsan magyarázzák, és pozitív kapcsolatban vannak ezekkel a változókkal.

*H<sub>9</sub>*: A kora serdülők optimizmusa és megközelítő, illetve más adaptív coping stratégiái pozitívan korrelálnak egymással.

*H<sub>10</sub>*: A kora serdülők optimizmusa és passzív, diszfunkcionális coping stratégiái negatívan korrelálnak egymással.

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

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

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

$H_{14}$ : A tanulóknak egy többértelmű helyzetre adott automatikus gondolatait és érzelmi válaszait kvalitatív módszerrel elemeztem. Azt feltételeztem, hogy a pozitív automatikus gondolatok és átkeretezések szignifikánsan nagyobb arányban fordulnak elő a magasan optimista diákoknál az alacsonyán optimistákhoz viszonyítva. Ezen kívül azt vártam, hogy a negatív automatikus gondolatok szignifikánsan alacsonyabb arányban fordulnak elő a magasan optimista diákok esetében az alacsonyán optimistákhoz képest.

Végül a serdülők jóllétét előrejelző társas és szocioökonómiai magyarázó változókat tartam fel, de itt az elemzés leíró jellege miatt nem fogalmaztam meg hipotézist.

### **Az első és a második felmérés mintája és adatfelvételi eljárása**

Az első felmérés a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás részeként készült. A dolgozathoz felhasznált mérőeszközök ennek a komplex felmérésnek csupán egy részét jelentették (részletesen lásd: *Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünet együttes előfordulása serdülők körében c. fejezetet*). Az adatgyűjtés 2008. első félévében zajlott le, 881 fő (életkori terjedelem 14–20 év; életkori átlag =  $16,6 \pm 1,3$  év; a minta 44,6%-a lány) részvételével. Összesen öt, véletlenszerűen kiválasztott középiskola tanulói töltötték ki a kérdőívet. Az adatgyűjtés alapegységei a random módon kiválasztott osztályok voltak. Összesen 900 kérdőívet osztottunk ki, a válaszadási arány 97,90% volt. A kérdőívek kitöltése képzett mentálhigiénikusok segítségével történt az osztályfőnöki óra keretében. A válaszadás önkéntes és név nélküli volt.

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

Az adatokat minden esetben SPSS 15.0 for Windows Release és IBM SPSS Statistics 20.0 nevű szoftverrel elemeztem.

### **A felmérésekben felhasznált mérőeszközök**

1. A szubjektív jóllét mérésére az Élettel való elégedettség skálát (Satisfaction With Life (SWL), *Diener, Emmons, Larsen és Griffin, 1985*) használtam.

2. Szocioökonómiai státusz. Az apa és az anya iskolai végzettségének és a szocioökonómiai státusz szubjektív megítélése (lásd *Pikó és Fitzpatrick, 2007*) alapján mértem fel.
3. Szülői támogatás. Az anyai és apai támogatással való elégedettséget az Elégedettség a társas támogatással (*Measures of Perceived Social Support, Turner és Marino, 1994*) nevű skálával mértem. A problémák megosztását a szülőkkel a következő kérdéssel mértem: „Milyen gyakran beszéled meg a problémáidat szüleiddel?” Erre a kérdésre egy 5 fokozatú skálán kellett válaszolni.
4. Nevelési gyakorlat és kontroll. A nevelési gyakorlat felmérésére megkérdeztem: „Milyen gyakran vacsorázik együtt a család?” (lásd *Fitzpatrick, 1997; Kann, 2001; Pikó és Fitzpatrick, 2007*). A szülői kontroll funkcióját a következő két kérdéssel vizsgáltam: (1) „Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?” (2) „Milyen gyakran mondják meg a szüleid, hogy mikorra kell hazamenned?” A válaszokat gyakorisági skálán lehetett megadni. A szülők értékrendjének elfogadását az 5 állításból álló gyermeki kötelesség alskálával (*Unger, Ritt-Olson, Teran, Huang, Hoffman és Palmer, 2002*) mértem.
5. Iskolai elégedettség. „Hogyan érzed magad az iskolában?” A válaszokat négyfokú skálán lehetett megadni.
6. Tanári támogatás. „Milyen gyakran beszéled meg problémáidat tanáraiddal?” A válaszokat négyfokú gyakorisági skála segítségével lehetett megadni.
7. Iskolai teljesítmény. A tanulók egy hétfokú skálán adhatták meg, hogy általában milyen jegyet szoktak kapni.
8. Kortársak. A kortársakkal kapcsolatban két kérdést tettem fel (lásd *National Survey on Drug Use, 2002*). A tanulónak válaszként egy számot kellett írnia a pontozott vonalra. (1) „A családtagjaidon kívül hány olyan barátod van, akivel közös az érdeklődési vagy tevékenységi köröd?” (2) „A családtagjaidon kívül hány igazán jó barátod van, akit valóban kedvelsz, és aki törődik veled?”
9. Optimizmus. Mérésére az Életszemlélet teszt (*Life Orientation Test, LOT, Scheier és Carver, 1985*) nevű skála magyar verzióját alkalmaztam.
10. Egészségvédő és egészségkárosító magatartások. A fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás gyakoriságát (*Luszczynska, Gibbons, Piko és Tekozel, 2004* alapján), illetve a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a nagyivászat gyakoriságát (*Kann, 2001* alapján) az alábbi kérdésekkel vizsgáltam: (1) „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?” (2) „Az ELMÚLT HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?” (3) „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?” (4) „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?” (5) „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?” A válaszokat minden esetben 6 fokú gyakorisági skálán kellett megadni.
11. Egészségi állapot önértékelése. A fiatalok az alábbi kérdésre válaszoltak egy négyfokú skála segítségével: „Milyennek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?”
12. Depresszió. A 27 állításból álló rövidített Gyermek Depresszió Kérdőív (Children's Depression Inventory, CDI) használtam (*Kovacs, 1992*).
13. Észlelt stressz. A változót az Észlelt Stressz Skálával (*Perceived Stress Scale, PSS, Cohen, Kamarck és Mermelstein, 1985*) mértem.
14. Serdülőkori coping. Az egyes coping stratégiák használatának gyakoriságát az Adolescent Coping Scale (*Frydenberg és Lewis, 1993*) nevű skála segítségével

mértem. A 18 alszála 3 nagyobb csoportba sorolható, amelyek különböző coping stílusokat reprezentálnak (zárójelben a coping stratégiák):

- Problémamegoldó stílus (Társas támasz keresése, Probléma megoldására fókuszálás, Fizikai rekreáció, Relaxáció, Szoros barátságok fenntartása, Valakihez tartozás, Kemény munka és megvalósítás, Pozitívumokra való fókuszálás);
- Másokra támaszkodó stílus (Társas támasz keresése, Társas cselekvés, Spirituális segítség keresése, Segítség szakembertől);
- és Non-produktív stílus (Aggodalom, Valakihez tartozás, Vágyalom, Tehetetlenség, Feszültségcsökkentés, Probléma ignorálása, Probléma elhallgatása, Önvád).

A skála a validálási szakaszban van, ezért a vele kapcsolatos eredmények pilot studynak tekinthetők.

15. Pozitív gondolkodás. A feladat, amelyet a gyerekek automatikus gondolkodásának felmérésére használtam, eredetileg a Best of Coping elnevezésű intervenciós program (Frydenberg és Brandon 2002) egyik elemét képezi. A gyakorlat egy konfliktust jelenít meg: a mesélő barátjával megbeszélte egy közös filmnézést a moziban, de a barát nem érkezik meg a vetítésre. Sőt egy közös ismerős közli, hogy látta őt egy csapat másik gyerekkel együtt vidáman nevetgélve. A válaszadónak meg kell ítélnie, hogy ebben a szituációban mi lenne az első gondolata és érzése. Ezt követően három különböző magyarázatot kap arra, hogy valójában mi történt. Az első magyarázat szerint a barát azért mond le a mozizásról, mert inkább egy másik társasággal pizzázik. A második verzióban a barát elnézi a megbeszélte időpontot, és egy korábbi vetítésre megy el. A harmadik helyzetben a barát bátyja elmondja a narrátornak, hogy az édesanyjuk balesetet szenvedett, és a barát a kórházba ment vele.

### Főbb eredmények és megbeszélés

Első kérdésem az volt, hogy vajon a serdülők optimizmusára hatással lehetnek –e társas tényezők. Az optimizmus lehetséges társas prediktorait többváltozós lineáris regresszió elemzéssel vizsgáltam. Az apa iskolai végzettsége ( $\beta=0,14$ ;  $p<0,001$ ), a problémák megbeszélése a szülőkkel ( $\beta=0,17$ ;  $p<0,001$ ) és az iskolai elégedettség ( $\beta=0,09$ ;  $p<0,01$ ) magyarázta szignifikánsan az optimizmus varianciáját. A modell magyarázó ereje meglehetősen alacsony (15%) volt, ami konzisztens az előzetes hipotézissel ( $H_1$ ). Az eredmény azt sugallja, hogy az optimizmus fejleszthető bizonyos tényezőkkel, amelyek a serdülők szocializációs közegeihez kötődnek, de ez a hatás meglehetősen kicsi. (Természetesen a fordított kauzalitás (az optimizmus hat ezekre a faktorokra) szintén igaz lehet, de kevésbé plauzibilis).

Eredményeim többsége az optimizmus egészségvédő természetére utalt. A logisztikus regresszióból származó adatok szintén ezt tükrözték, és néhány előzetes feltevést is alátámasztottak ( $H_2-H_3$ ). Az egészségkockázati viselkedéseknél és a CDI pontnál az egynél kisebb esélyhányados (OR), az egészségvédő magatartásoknál, az SWL pontszámánál és az egészségi állapot önértékelésénél az egynél nagyobb OR jelenthet protektív hatást. A LOT pontszám alakulása szignifikánsan bejósolta a nagyívászatot (OR=0,971;  $p<0,05$ ); a fizikai aktivitást (OR=1,045;  $p<0,001$ ); az egészséges étrendet (OR=1,070;  $p<0,001$ ), a kisebb mértékű CDI-t (OR=0,851;  $p<0,001$ ) a nagyobb SWL-t (OR=1,351;  $p<0,001$ ), valamint az egészségi állapot jobb önértékelését (OR=1,179;  $p<0,001$ ). Ezek az eredmények tehát arra

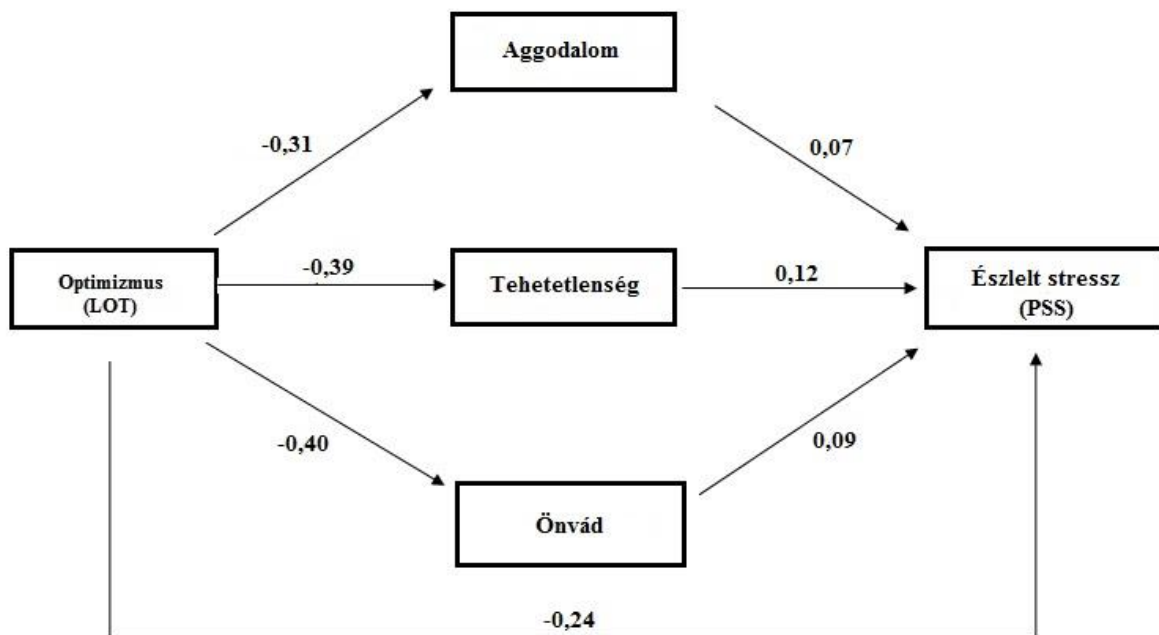


utalnak, hogy a diszpozicionális optimizmus pozitív kapcsolatban van az egészség mutatókkal, és negatív kapcsolatban az egészségkockázati mutatókkal. Ezen felül a kétszemponos (nem x egészségmagatartás elrendezésű) ANOVA, amelyet a LOT-ból képzett optimizmus és pesszimizmus pontszámokra futtattam le, a  $H_4$  és  $H_5$  hipotéziseket részben igazolta. A  $H_4$ -el összhangban azok a diákok, akik fizikai aktivitást végeztek, magasabb optimizmussal rendelkeztek, mint azok, akik egyáltalán nem mozogtak a vizsgált időszakban (fizikai aktivitás főhatás:  $F(1, 842)=9,3$ ;  $p<0,05$ ), és ez a fiúk esetében erősebb hatásnak bizonyult (fizikai aktivitás x nem interakció:  $F(1, 842)=5,0$ ;  $p<0,05$ ). Az egészséges étrendet követők optimizmusa nagyobb volt, mint az étkezésükre kevésbé ügyelőké (Egészséges étrend főhatás:  $(F(1, 840)=13,4$ ;  $p<0,001$ ), ami szintén  $H_4$ -et támogatja. Végül közvetetten és részben megerősítette a  $H_4$  hipotézist az, hogy a vizsgált periódusban alkoholt nem fogyasztó lányoknak szignifikánsan magasabb volt a diszpozicionális optimizmusa, mint az alkoholfogyasztó lányoknak. A  $H_4$ -el viszont ütközött a fiúknál tapasztalt ellentétes tendencia, amelynél az alkoholt fogyasztóknak volt szignifikánsan magasabb vonás optimizmusa az alkoholt nem fogyasztókéhoz képest, habár az átlagok különbsége csekély volt (Alkoholfogyasztás x Nem interakció:  $F(1, 840)=4,5$ ;  $p<0,01$ ). A  $H_5$ -el konzisztensen azok a tanulók, akik a felmérést megelőző három hónapban dohányoztak, szignifikánsan pesszimistábbak voltak, mint azok, akik nem gyújtottak rá ebben az időszakban (dohányzás főhatás:  $F(1, 828)=7,9$ ;  $p<0,01$ ).

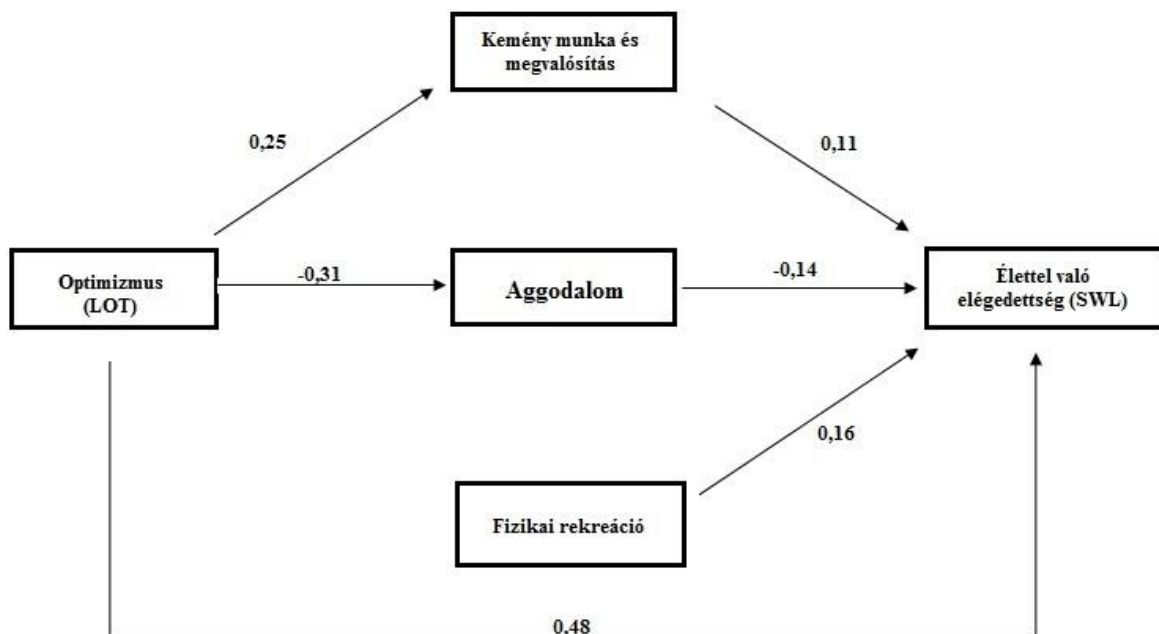
Az egészségmagatartások és a coping stratégiák viszonyával kapcsolatos hipotéziseket ( $H_4$ - $H_8$ ) többváltozós regresszió analízissel vizsgáltam. A magyarázó változók a coping stratégiák gyakorisága, a függő változók az egészségkockázati és egészségvédő magatartások voltak. A teljes mintán a Szoros barátságok fenntartása pozitív ( $\beta=0,24$ ;  $p<0,01$ ), a Kemény munka és megvalósítás negatív ( $\beta=-0,15$ ;  $p<0,05$ ); a fiúknál a Kemény munka és megvalósítás negatív ( $\beta=-0,23$ ;  $p<0,05$ ), a Szoros barátságok fenntartása pozitív ( $\beta=0,22$ ;  $p<0,05$ ); a lányoknál a Szoros barátságok fenntartása ( $\beta=0,25$ ;  $p<0,01$ ) és a Segítség szakembertől ( $\beta=0,17$ ;  $p<0,05$ ) pozitív prediktora volt a dohányzás gyakoriságnak. A teljes mintán a Szoros barátságok fenntartása pozitív ( $\beta=0,24$ ;  $p<0,001$ ); a fiúknál szintén a Szoros barátságok fenntartása pozitív ( $\beta=0,25$ ;  $p<0,01$ ); a lányoknál a Probléma elhallgatása ( $\beta=0,24$ ;  $p<0,01$ ) és az Aggodalom pozitív ( $\beta=0,18$ ;  $p<0,05$ ) magyarázó változója volt az alkoholfogyasztás gyakoriságának. A teljes mintánál a Fizikai rekreáció pozitívan ( $\beta=0,61$ ;  $p<0,001$ ), az Aggodalom negatívan ( $\beta=-0,11$ ;  $p<0,05$ ) a fiúknál a Fizikai rekreáció pozitívan ( $\beta=0,57$ ;  $p<0,01$ ), a Vágyálom ( $\beta=-0,16$ ;  $p<0,05$ ) negatívan, a lányoknál a Fizikai rekreáció ( $\beta=0,73$ ;  $p<0,01$ ) és a Szoros barátságok pozitívan ( $\beta=0,17$ ;  $p<0,05$ ) magyarázták a fizikai aktivitás gyakoriságát. Végül a teljes mintán a Fizikai rekreáció ( $\beta=0,22$ ;  $p<0,01$ ), a Problémamegoldásra fókuszálás ( $\beta=0,12$ ;  $p<0,05$ ), a Társas támogatás ( $\beta=0,15$ ;  $p<0,05$ ) pozitív, a Tehetetlenség ( $\beta=-0,15$ ;  $p<0,05$ ) negatív magyarázó változója volt az egészséges étrendnek. A fiúknál a Kemény munka és megvalósítás ( $\beta=0,29$ ;  $p<0,01$ ), valamint a Probléma megoldására fókuszálás ( $\beta=0,20$ ;  $p<0,05$ ) pozitív prediktora volt a táplálkozáskontrollnak. A lányoknál a Fizikai rekreáció ( $\beta=0,30$ ;  $p<0,01$ ) és a Spirituális segítség keresése ( $\beta=0,17$ ;  $p<0,05$ ) pozitív, a Tehetetlenség negatív ( $\beta=-0,24$ ;  $p<0,01$ ) magyarázó változója volt ennek a függő változónak. A fenti eredmények összességében igazolják, hogy a probléma-fókuszú, aktív megküzdések (pl. Kemény munka és megvalósítás) az egészségkockázati magatartásokhoz negatívan, az egészségvédő magatartásokhoz pozitívan kapcsolódnak. Az adatok azt is bizonyítják, hogy a passzív, diszfunkcionális coping stratégiáknak (például Aggodalom) az egészségvédő magatartásokkal negatív, míg az egészség kockázati magatartásokkal pozitív kapcsolata van. Végül a társas megküzdési formák (például baráti segítség keresése) egyaránt előre jelezhetnek gyakoribb egészségvédő és egészség kockázati viselkedést is. A vizsgálat fontos korlátja, hogy a modellek magyarázó

ereje meglehetősen csekély. Más, megküzdési stratégiákkal kapcsolatos eredmények azt bizonyították ( $H_9-H_{10}$ ), hogy a serdülők optimizmusa pozitív korrelációban áll a megközelítő (vagy más adaptív) coping stratégiákkal (pl. Kemény munka és megvalósítás, Probléma megoldásra fókuszálás stb.) és negatív korrelációban a diszfunkcionális coping stratégiákkal (pl. Aggodalom, Tehetetlenség stb.). Továbbá a diákok megközelítő coping stratégiája pozitívan korrelált SWL pontszámukkal és negatívan PSS pontszámukkal. Ennek ellenkezője volt igaz a diszfunkcionális coping stratégiákra: ezek pozitívan korreláltak a PSS és negatívan az SWL pontszámmal ( $H_{10}-H_{11}$ ).

Ezeket az eredményeket egy útmodell segítségével szintetizáltam, amelyben a pozitív (SWL) és negatív (PSS) pszichológiai jólléti mutatók voltak a függő változók. Az út-elemzés megerősítette azt a két modellt, amelyben a LOT az SWL-t és a PSS-t mind közvetett, mind közvetlen módon magyarázta. A mediátor analízis azt mutatta, hogy a LOT és a pszichológiai jólléti mutatók közötti kapcsolatot részben bizonyos coping stratégiák közvetítették. A LOT szignifikáns pozitív magyarázó változója volt a Kemény munka és megvalósítás és a Fizikai rekreáció megküzdési formáknak. Ezek a coping stratégiák pozitívan magyarázták az SWL-t. A LOT negatív prediktora volt az Aggodalomnak, amely az SWL-t negatívan magyarázta (lásd **1. ábra**). Csak a Kemény munka és megvalósítás, illetve az Aggodalom volt a LOT-SWL kapcsolat szignifikáns mediátora. Ez az eredmény arra utal, hogy az optimizmus a közvetlen hatása mellett úgy növeli az élettel való elégedettséget, hogy növeli az adaptív coping stratégiák gyakoriságát, és csökkenti a diszfunkcionális coping stratégiák valószínűségét. (Természetesen az ezzel ellentétes kauzalitás is plauzibilis). A másik modellben a LOT az Aggodalom, az Önvád és a Tehetetlenség szignifikáns negatív prediktora volt. Ezek a diszfunkcionális megküzdési stratégiák a PSS pozitív magyarázó változói voltak, és mindegyikük a LOT-PSS kapcsolat szignifikáns mediátorának bizonyult (lásd **2. ábra**). Ez a modell azt tükrözheti, hogy közvetlen hatásán túl az optimizmus úgy is csökkenti az észlelt stresszt, hogy azoknak a diszfunkcionális megküzdési stratégiáknak a gyakoriságát mérsékli, amelyek növelhetik az észlelt stressz szintjét. (Itt ismét elfogadható az ellentétes kauzalitás is.)



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



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

Tehát az útelemzés megmutatta, hogy az optimizmus részben közvetett módon, a coping stratégiák közvetítésével jelzi előre a pszichológiai jóllét mutatóit. Ez annak lehet köszönhető, hogy az optimizmus a megközelítő-monitorozó alrendszer részeként szorosan kötődik a kiértékelési folyamathoz. Ezt a feltevést ( $H_{14}$ ) egy kvalitatív elemzés segítségével kívántam tesztelni, amelynél a diákok legelső automatikus gondolataikat és érzelmeiket írták le egy többértelmű társas probléma helyzettel és annak három különböző magyarázatával kapcsolatban. A tanulók válaszait három főbb kategóriába lehetett sorolni. A negatív automatikus gondolatok haragot, agressziót vagy csalódottságot, netán a történetben szereplő barátok viselkedésének helytelenítését fejezték ki. A pozitív automatikus gondolatok és átkeretezések a szituáció más, kevésbé nyilvánvaló aspektusaira is reflektáltak, pl. utaltak a barátok jóhiszeműségére, támogatást, segítséget vagy a probléma konstruktív megoldását fejezték ki. A semleges válaszok a történet egyszerűsített parafrázisai voltak. A  $H_{14}$  hipotézis csak részben igazolódott. A  $\chi^2$  próbával csupán az egyik szituációban találtam szignifikáns kapcsolatot az optimizmus szintje és az automatikus gondolatok minősége között ( $\chi^2(4)=9,44$ ,  $p<0,05$ ). Itt tehát elmondható, hogy a legoptimistábbak szignifikánsan nagyobb arányban adtak pozitív átkeretezést, és szignifikánsan kisebb arányban negatív automatikus gondolatot, mint akár az alacsonyán optimisták, akár a közepesen optimisták. Ezen kívül a közepesen optimisták szignifikánsan nagyobb arányú pozitív átkeretezést írtak le, mint a legkevésbé optimisták, és szignifikánsan kisebb arányban reagáltak negatív automatikus gondolatokkal, mint az alacsonyán optimisták. Talán csak azért ennél a történet verziónál találtam szignifikáns kapcsolatot az optimizmus és a válaszok aránya között, mert itt a barát viselkedése szándékosnak tűnik (nem megy el a megbeszélte találkozóra, helyette pizzázik).

Végül többváltozós lineáris regresszió elemzéssel a serdülők jóllétének további magyarázó változóit teszteltem a teljes mintán, a lányok mintáján és a fiúk mintáján külön-külön. A modell független változói a szocioökonómiai változók, a szülőkhöz és családkhoz kötődő mutatók, az iskolai élettellel kapcsolatos változók, valamint a kortársakra vonatkozó mutatók voltak. A függő változó a serdülők SWL pontszáma volt. A teljes mintán a független változók 37%-ban magyarázták a serdülők SWL pontszámának varianciáját (konstans=-3,53;  $p<0,05$ ). A szülőkkel kapcsolatos mutatók közül mindegyik szignifikáns prediktor volt: az apai társas támogatás ( $\beta=0,11$ ;  $p<0,001$ ), az anyai társas támogatás ( $\beta=0,11$ ;  $p<0,01$ ), a vacsora a családdal ( $\beta=0,10$ ;  $p<0,01$ ), a problémák megbeszélése a szülőkkel ( $\beta=0,15$ ;  $p<0,001$ ), a szülők megmondják, mikorra kell hazamenni ( $\beta=-0,07$ ;  $p<0,05$ ), a szülők tudják, hogy gyermekük hol van ( $\beta=-0,08$ ;  $p<0,05$ ), a szülői értékrend elfogadása ( $\beta=0,10$ ;  $p<0,05$ ). A szocioökonómiai változók közül az apa iskolai végzettsége ( $\beta=0,09$ ;  $p<0,05$ ) és a társadalmi helyzet besorolása ( $\beta=0,22$ ;  $p<0,001$ ) bizonyult szignifikáns magyarázó változónak. Önmagukban már a fenti mutatók is a variancia 33%-át magyarázzák. A modell erejéhez nem sokat adott hozzá a két szignifikáns iskolai változó: a jó iskolai teljesítmény ( $\beta=0,09$ ;  $p<0,01$ ) és az iskolával való elégedettség ( $\beta=0,16$ ;  $p<0,001$ ), a kortársakkal kapcsolatos mutatók pedig nem bizonyultak szignifikánsnak. A fiúk esetében a modell ereje 39%-os volt (konstans=-3,63; n.sz.). Szignifikáns magyarázó változók voltak: az apai társas támogatás ( $\beta=0,11$ ;  $p<0,001$ ), az anyai társas támogatás ( $\beta=0,10$ ;  $p<0,05$ ), a vacsora a családdal ( $\beta=0,15$ ;  $p<0,01$ ), a problémák megbeszélése a szülőkkel ( $\beta=0,12$ ;  $p<0,05$ ), a társadalmi helyzet ( $\beta=0,21$ ;  $p<0,001$ ), az iskolai teljesítmény ( $\beta=0,12$ ;  $p<0,05$ ), az iskolával való elégedettség ( $\beta=0,16$ ;  $p<0,001$ ). A lányoknál a modell ereje 41%-os volt (konstans=-5,09;  $p<0,05$ ). Itt szignifikáns magyarázó változók voltak: problémák megbeszélése a szülőkkel ( $\beta=0,21$ ;  $p<0,001$ ), a szülők megmondják, mikorra kell hazamenni ( $\beta=-0,11$ ;  $p<0,05$ ), a szülők tudják, hogy gyermekük hol van ( $\beta=-0,15$ ;  $p<0,01$ ), a szülői értékrend elfogadása ( $\beta=0,15$ ;  $p<0,01$ ), az apa iskolai végzettsége ( $\beta=0,12$ ;  $p<0,05$ ), a társadalmi helyzet ( $\beta=0,26$ ;  $p<0,001$ ), a jó iskolai teljesítmény ( $\beta=0,10$ ;  $p<0,05$ ), az iskolával való elégedettség ( $\beta=0,15$ ;  $p<0,01$ ), a

barátok, akik törődnek vele ( $\beta=0,11$ ;  $p<0,05$ ). Az eredményekből kitűnik, hogy a szocioökonómiai státusz és elsősorban a társadalmi helyzet megítélése minden esetben lényeges volt. Ezen kívül a modellek erejét elsősorban a családdal és a szülőkkel kapcsolatos változók adták, ami arra utal, hogy a családi tényezők a társas kapcsolatok átrendeződése ellenére is fontosak maradnak a serdülők jólléte szempontjából. A fiúk esetében a támogató családi légkörre utaló változók voltak szignifikáns prediktorok. A lányok esetében viszont a szülői kontrollal kapcsolatos változók, de ezek fordított kapcsolatban voltak az étellel való elégedettséggel. A modellekben kevésbé játszottak szerepet az iskolával kapcsolatos mutatók, a támogató barátok száma pedig csak a lányoknál magyarázta szignifikánsan a függő változót.

## **Következtetések**

Az empirikus eredmények iskolai egészségfejlesztési programok számára nyújthatnak lehetséges irányelveket. Először is gyümölcsöző lehet az optimizmus fejlesztése, mivel az közvetlenül kapcsolódik a kedvező jólléti mutatókhoz. Néhány társas és szocioökonómiai tényező a serdülők optimizmusának szignifikáns prediktora volt, habár a modell magyarázó ereje viszonylag csekélynek bizonyult. Ezek a változók esetleg felhasználhatók az optimizmus növelésére, ha abból a kauzalitásból indulunk ki, hogy ezek vannak hatással az optimizmusra. Ebben a tekintetben talán a szülőktől jövő támogatás, a szülők nyitottsága a fiatalok felé lehet a legfontosabb, leginkább kontrollálható tényező.

Az optimizmus fejlesztése kognitív szinten is kivitelezhető. A kvalitatív vizsgálat eredményei részben ennek a törekvésnek adhatnak empirikus alapot. Egy bizonyos szituációban szignifikáns kapcsolatot találtam a tanulók optimizmusa és egy társas probléma helyzettel kapcsolatos automatikus gondolatai között. Ennél a szituációnál a legoptimistább fiatalok adtak a legnagyobb arányban pozitív átkeretezést és a legkisebb arányban negatív gondolatokat, míg a legkevésbé optimista diákok írták le a negatív automatikus gondolatok többségét és a legkevésbé pozitív automatikus gondolatot. Már léteznek olyan úttörő módszerek, amelyek az optimizmus és a gondolkozási minták összefüggését kiaknázva próbálják meg fokozni a tanulók optimizmusát. Például a *Penn Resiliency Program* (2014) egy serdülő tanulók számára készült speciális tanterv. Ez többek között számos olyan stratégiát tartalmaz, amellyel a tanulók megérthetik a gondolataik és érzéseik közötti kapcsolatot, felülbírállhatják negatív automatikus gondolataikat, és következtetésképpen egy optimista magyarázó stílust alakíthatnak ki. A pozitív, optimista gondolkodásmód fejlesztésének hazai bázisát adhatja *Kasik László* (2010) munkássága, aki különböző probléma orientációk és megoldások életkori eltéréseit is elemezte disszertációjában.

Az eredmények alapján egy serdülőket célzó egészségfejlesztési programnak érdemes magába foglalnia a passzív, elkerülő megküzdési stratégiák (elsősorban az Aggodalom, Tehetetlenség, Önvád) veszélyeinek ismertetését is. Ez két szempontból is lényeges lehet. Egyrészt az ilyen megküzdési stílus mérséklésével az egészségkárosító formák megjelenési valószínűsége is csökkenthető. Másrészt, ha a fiatal kevésbé hajlamos a probléma esetén hasztalan rágódni, tehetetlenül aggódni stb., jobb lesz a szubjektív jólléte, és hatékonyabban tudja kezelni a szituációból adódó stresszt is. Természetesen a diszfunkcionális megküzdési stratégiák helyett egy egészségfejlesztési programban feltétlenül szükséges alternatívákat is ajánlani. Nem elegendő a kockázatok kiiktatása, valamilyen megoldással ki is kell tölteni az ebből adódó vákuumot. Ilyen megoldást jelenthetnének a megközelítő, aktív coping stratégiák. Az eredmények alapján kiemelendő a Kemény munka és megvalósítás coping, amely sok esetben volt szignifikáns prediktor. Ez a megküzdési stratégia arra utal, hogy a tanuló kitartással, szorgalommal, „nagyobb sebességre kapcsolással” igyekszik megoldani a felmerülő problémákat. A Kemény munka és megvalósítás szervesen összefügg az elsajátítási

és a tanulási motivációval, amelynek pedagógiai felhasználási lehetőségeit hazánkban *Józsa Krisztián* (2002) vizsgálja. Lényeges, hogy a tanulási motiváció az életkorral csökken (*Józsa Krisztián*, 2000), holott feltevésem szerint az ilyenfajta motiváció fenntartása képes lenne egy adaptív, megközelítő coping stílust is megalapozni. Ez a probléma kezelésére ösztönözné a fiatalot, és sikeres problémamegoldás esetén indirekt módon járulna hozzá szubjektív jóllétéhez is.

Egy tinédzserek számára készült egészségfejlesztő programnak számolnia kellene a kortárs hatás ambivalens természetével is. A lányok élettellel való elégedettségét közvetlenül magyarázta a velük törődő barátok száma, igaz a hatás nem volt túl jelentős. Ezen kívül szintén a lányoknál a baráti segítség keresése mint coping előre jelezte a fizikai aktivitást. Azaz úgy tűnik, hogy a kortárs hatás a lányok esetében egészségügyi előnyökkel bír. A barátok támogatása mint megküzdési forma azonban sok esetben egészségkárosító viselkedések gyakoriságát is magyarázta. Úgy gondolom, hogy a kortársak bevonása jelentősen segíthetné a serdülők egészség prevencióját. A képzett kortársak előremozdíthatnák például az egészségkockázati magatartás elleni norma létrehozását az iskolai vagy osztályközösségen belül (*Oktatási Minisztérium*, 2004). Az egészségre kockázatos szokások kialakulását sokszor a csoportba tartozás igénye motiválja, ahol a csoportnorma megköveteli az ilyen jellegű ártalmas viselkedésformák kialakítását (*Meleg Csilla*, 2002). A folyamat talán megfordítható, ha a fiatalok közös élménye, normája éppen ezeknek az elutasítását alapozná meg.

Az optimizmuson és a megküzdésen kívül, a három szocializációs közeg bizonyos aspektusai szintén szoros összefüggést mutattak a serdülők jóllétével. Azok az eredmények, amelyek ezeket a magyarázó változókat feltárták a szociálpolitikai döntéshozók figyelmébe ajánlhatók. Mint láthattuk a serdülők élettellel való elégedettségének nagy részét a társadalmi pozíciójuk magyarázza. A fiatalok mentális jólléte szempontjából elengedhetetlen a társadalmi kohézió minél hatékonyabb megoldása, illetve a társadalmi esélyegyenlőség megteremtése. Az eredményekből az is kiderült, hogy a szülőkkel kapcsolatos különféle változók is kapcsolatban vannak a fiatalok szubjektív jóllétével. A megfelelő családi háttér (például a szülői támogatás), tehát akár kompenzálhatja is a társadalmi helyzetből adódó hátrányokat. Ennek az elemzésnek az egyik korlátja, hogy a családi és szocioökonómiai változók mellett viszonylag kevés iskolai változó került be a modellekbe. Mindamellet kirívó, hogy csupán az iskolával való általános elégedettség és az iskolai teljesítmény magyarázta szignifikánsan a fiatalok szubjektív jóllétét, a tanárok támogatása pedig nem bizonyult szignifikáns prediktornak. Úgy gondolom, hogy ez utóbbi kiaknázatlan szociális erőforrás, főként, ha figyelembe vesszük, hogy a gyerekek idejük nagy részét az iskolában töltik.

## Irodalom

- Ayres, C. G. (2008) Mediators of the relationship between social support and positive health practices in middle adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 22. 94-102.
- Ayres, C. G., Atkins, R. és Mahat, G. (2010): Factors related to performance o health practices among Asian adolescents in the United States. *Asian Nursing Research*, 4. 64-74.
- Bot, S. M., Engels, R. C., Knibbe, R. A. és Meeus, W. H. (2005): Friend's drinking behaviour and adolescent alcohol consumption: the moderating role of friendship characteristics. *Addictive Behaviors*, 30. 929-947.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. és Weintraub, J. K. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56. 267-283.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. és Segerstrom, S. C. (2010): *Optimism. Clinical psychology Review*. 30. 879-889.
- Catanzaro, S., J. és Laurent, J. (2004): Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors*, 29. 1779-1797.
- Chang, E. C. és D’Zurilla, T. J. (1996): Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: a construct validation study. *Behaviour Research and Therapy*, 34. 185-194.
- Chang, E. C., D’Zurilla, T. J. és Sanna, L. J. (2004): *Social problem solving. Theory, research, and training*. American Psychological Association. Whashington DC. 11-27.
- Cicognani, E., Albanesi, C. és Zani, B. (2008): The impact of residential context on adolescents' subjective well being. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18. 558-575.
- Cohen, S., Kamarck, T. és Mermelstein, R. (1985): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24. 385-396.
- Compas, B. E., Connor-Smith, K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. és Wadsworth, M. E. (2001): Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 127. 87-127.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. és Griffin, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49. 71-75.
- Ek, E., Remes, J. és Sovio, U. (2004): Social and developmental predictors of optimism from infancy to early adulthood. *Socai Indicators Research*, 69. 219-242.
- Extremera, N., Durán, A. és Rey, L. (2007): Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42. 1069-1079.
- Fields, L. és Prinz, R. J. (1997): Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17. 937-976.
- Fitzpatrick, K. M. (1997): Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38. 131-148.
- Forgeard, M. J. C. és Seligman, M. E. P. (2012): Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*. 18. 107-120.
- Frydenberg, E. és Lewis, R. (1993): *Manual: The adolescent coping scale*. Melbourne. Australian Council for Educational Research
- Frydenberg, E. (1997): *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Routledge, London and New York. 10–13., 28-40., 81-100.
- Frydenberg, E. és Brandon, C. (2002): *The best of coping: Developing skills for adolescents*. Oz Child: Children Australia, University of Melbourne.
- Frydenberg, E. (2008): *Adolescent coping*. Routledge, London and New York. 192-194.
- Furnham, A. és Cheng, H. (2000): Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35. 463-470.
- Gilman, R., Ashby, J. S., Sverko, D., Florell, D. és Varjas, K. (2005): The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual Differences*, 39. 155-166.

- Gutman, L. M., Brown, J., Akerman, R. és Obolenskaya, P. (2010): *Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience*. Centre for Research on the Wider Benefits of Learning Institute of Education, 20 Bedford Way, London
- Hasking, P., Lyvers, M. és Carlopio, C. (2011): The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36. 479-487.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Raitakari, O. T., Pulkki, L. és Keltikangas-Järvinen, L. (2006): Socioeconomic status in childhood and adulthood: Associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74. 1111-1126.
- Higa, C. K. és Daleiden, E. (2008): Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety Disorders*, 22. 441-452.
- Hjelle, L. A., Busch, E. A. és Warren, J. E. (1996): Explanatory style, dispositional optimism, and reported parental behaviour. *Journal of Genetic Psychology*, 157. 489- 500.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M. és Cheung, S. F. (2010): The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48. 658-663.
- Hogendoorn, S. M., Prins, P. J. M., Vervoort, L., Wolters, L. H., Nauta, M. H., Hartman, C. A., Moorlag, H., de Haan, E. és Boer, F. (2012): Positive thinking in anxiety disordered children reconsidered. *Journal of Anxiety Disorders*, 26. 71-78.
- Huan, V. S., Yeo, L. S., Ang, R. P. és Chong, W. H. (2006): The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41. 533-547.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H. és Seiwa, H. (2004): Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36. 11-22.
- Joronen, K. (2005): *Adolescent's subjective well-being in their social contexts*. Academic Dissertation. University of Tampere, Department of Nursing Science, Finland
- Józsa K. (2002): Az elsajátítási motiváció pedagógiai jelentősége. *Magyar Pedagógia*. 102.1.79-104.
- Józsa K. (2000): Az iskola és a család hatása a tanulási motivációra. *Iskolakultúra*, 8.69-82.
- Kann, L. (2001): The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25. 272-277.
- Kasik László (2010): A szociálisérdek-érvényesítő, az érzelmi és a szociálisproblémamegoldó képességek vizsgálata 4-18 évesek körében. Doktori Disszertáció. Szegedi Tudományegyetem. Bölcsészettudományi Kar. Neveléstudományi Doktori Iskola. Pedagógiai értékelés doktori program
- Kef, S. és Deković, M. (2004): The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescence*, 27. 453-466.
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E. Zack, M. M., Chapman, D. és Thompson, W. (2011): Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101. 1-9.
- Kovacs, M. (1992): Children's Depression Inventory (CDI). *Multi-Health Systems*, Toronto.



- Lazarus, R. S. (1993): Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55. 234-247.
- Linley, A., Joseph, S., Harrington, S. és Wood, A. M. (2006): Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1. 3-16.
- Luszczynska, A., Cao, D. S., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M. és Schwarzer, R. (2010): Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10. 265-278.
- Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102.1. 11-29.
- Moksnes, U. K (2011): *Stress and health in adolescents: The role of potential protective factors*. Thesis for the degree of Philosophiae Doctor. Trondheim. Norwegian University of Science and Technology.
- National Surveyon Drug Use (2002): <http://icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/06542.xml>
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A. és Zombo, B. D. (2011): Life satisfaction in early adolescence: personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of youth and adolescence*, 40. 889-901.
- Oktatási Minisztérium (2004): Segédlet. Az egészségfejlesztési, egészségnevelési program elkészítéséhez. Budapest.
- Oláh Attila (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest. 85–89.
- Orejudo, S., Puyuelo, M., Fernández-Turrado, T. és Ramos, T. (2012): Optimism in adolescence: A cross-sectional study of the influence of family and peer group variables on junior high school students. *Personality and Individual Differences*, 52. 812-817.
- Penn Resiliency Program Curriculum (2014): <http://www.ppc.sas.upenn.edu/prpsum.htm> letöltve 2014.06.11.
- Pikó Bettina (2001): Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51. 223-235.
- Piko, B. F. és Fitzpatrick, K. M. (2007): Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17. 353-360.
- Saklofske, D.,H., Austin, E., J., Galloway és J., Davidson, K. (2007): Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491-502.
- Salvy, S. J, de la Haye, K., Bowker, J. C. és Hermans, R. C. J. (2012): Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors. *Physiology & Behavior*. 106. 369-378.
- Scheier, M. F. és Carver, C. S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4. 219–247.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. és Carver, C. S. (1986) Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51. 1257-1264.
- Seligman, M. E. P. és Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55. 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2008): Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57. 3-18.

- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K. és Linkins, M. (2009): Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35. 293-311.
- Seligman, M. E. P., Parks, A.C. és Steen, T. (2004): A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 359. 1379-1381.
- Siqueira, L. Diab, M. Bodian, C. és Rolnitzky, L. (2000): Adolescents Becoming Smokers: The Roles of Stress and Coping Methods. *Journal of Adolescent Health*, 399-408.
- Solberg Nes, L. és Segerstrom, S. C. (2006): Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10. 235-251.
- Tomé, G., Matos, M., Simões, C., Diniz, J. A., és Camacho, I. (2012): How can peer group influence the behavior of adolescents: Explanatory model. *Global Journal of Health Science*, 4. 26-35.
- Trejos-Castillo, E. és Vazsonyi, A.T. (2011): Transitions into adolescence. *Encyclopedia of Adolescence*, 369-375.
- Turner, R. J. és Marino, F. (1994): Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35. 513-519.
- Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B. R. és Palmer, P. (2002): Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10. 257-279.
- Vedder, P., Boekaerts, M. és Seegers, G. (2005): Perceived social support and well being in school; the role of students' ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 34. 269-278.
- Vera, E., Thakral, C., Gonzales, R., Morgan, M., Conner, W., Caskey, E., Bauer, A., Mattered, L-A., Clark, S., Bena, K. és Dick, L. (2008): Subjective Well-Being in Urban Adolescents of Color. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14. 224-233.
- Wagner, E. F., Myers, G. és McInnich, J. L. (1999): Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24. 769-779.
- Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., Thomis, M. és Philippaerts, R. M. (2007): Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sports and Exercise*, 8. 425-440.
- Williams, K. és McGillicuddy-De Lisi, A. (2000): Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20. 537-549.
- WHO/HBSC Forum 2007 (2008): Summary of outcomes – WHO/HBSC Forum 2007. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, 3.
- Wong, S. S. (2012): Negative thinking versus positive thinking in a Singaporean student sample: Relationships with psychological well-being and psychological maladjustment. *Learning and Individual Differences*, 22. 76-82.
- Wong, S.S. és Lim, T. (2009): Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personal Individual Differences*, 46. 5. 648-652.
- Yarcheski, T. J., Mahon, N. E. és Yarcheski, A. (2004) Depression, optimism, and positive health practices in young adolescents. *Psychological Reports*, 95. 932-934.

## **A disszertáció témaköréhez kapcsolódó publikációk**

- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2009): Serdülők jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai szemle*, 4. 30-41.
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2011b): Optimista sportoló, pesszimista dohányzó? *Iskolakultúra*, 1. 62-40.
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2013a): Korai serdülőkori coping stílusok mint az egészségkockázati és egészségprotektív magatartás magyarázó változói. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14. 115-137.
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2013b): A szituációs megküzdés kognitív elemzése korai serdülők körében. *Iskolakultúra*. 5-6. 8-21.
- Hamvai, Cs. és Piko, B. F. (2011a): „Is optimism good for youth health?” Optimism in adolescent life and health. In Phyllis R. Brandt (Eds.): *Psychology of optimism*. Nova Science Publishers, Inc. New York, pp. 123-144.
- Pikó Bettina és Hamvai Csaba (2010b): Az optimizmus mint a serdülők szerfogyasztásának és pszichikai egészségének védőfaktora. In Pikó Bettina (szerk.): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan kiadó, Budapest, 71-86.
- Piko, B. és Hamvai, Cs. (2010a): Parent school and peer-related correlates of adolescents' life satisfaction. *Children and Youth Services Review*, 32. 1479-1482.