

dc_310_11

AKADÉMIAI DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében

Dr. PIKÓ BETTINA

Szeged, 2012

I. A DOLGOZAT TÉMÁJÁNAK BEMUTATÁSA, PROBLÉMAFELVETÉS

”Azt hiszem, ha meg akarjuk előzni a fiatalok drogfogyasztását... a hatékony prevenció abból áll, hogy azonosítjuk és megerősítjük azokat az erőnyereket, amelyekkel már egyébként is rendelkeznek. Az a fiatal, aki jövőorientált, aki rendelkezik a megfelelő szociális készségekkel, aki energiát merít a sportból, nincs kitéve a drogfogyasztás kockázatának”
(Martin Seligman, 2002)

A serdülőkor olyan átmeneti életszakasz, amely számos nehézséggel, testi-lelki változással, interperszonális kihívással jár. Nem véletlen, hogy éppen a modern társadalomban vált kitüntetett életszakasszá az ifjúkori átmenet meghosszabbodása révén. A serdülőkorban átrendeződnek a társas háló elemei, és legnagyobb kihívást az egyéni autonómia, valamint a társas identitás összehangolása jelenti (Ybrandt, 2008). Ahhoz, hogy segíteni tudjuk a fiatalok hatékony alkalmazkodását a mai, kockázatokkal teli társadalomban, szükség van a legfontosabb rizikóhatások feltérképezésére és – amennyiben lehetséges – módosítására, valamint a védőfaktorok azonosítására és erősítésére. A korai vizsgálatokhoz képest az ún. rizikó- és protektív kutatási modellben alkalmazott rizikóközpontú megközelítés fokozatosan egyre inkább eltolódott a védelem irányába, különösen azért, mert ezek alkalmazása a mai, fogyasztói társadalomban, számos nehézségbe ütközik. Ismernünk kell azt a társadalmat, azt a kultúrát, amiben élünk, és amiben az egyén magatartási döntéseit meghozza.

A disszertációban az utóbbi mintegy tizenkét évben végzett *magatartás-epidemiológiai* és *pozitív egészségpszichológiai* kutatásaim tapasztalatait, valamint az empirikus eredmények elméleti háttérét megalapozó könyveim legfontosabb megállapításait összegeztem. Az elméleti alapokat ennek megfelelően a társadalomlélektani megközelítés, az ún. rizikó- és protektív elmélet, valamint a pozitív pszichológiai szemlélet képezték, amelyek lehetővé tették a statisztikai adatok értelmezését a mai korban élő magyar serdülők magatartására vonatkozóan.

A disszertáció bázisát tehát az említett elméleti alapok jelentik, amelyeket korábbi könyveimben és elméleti tanulmányaimban foglaltam össze, ezeket egészítik ki a hét kutatási projekt keretében elkészített tanulmányok. A Szegedi Tudományegyetemen 1991 óta foglalkozom ifjúságkutatással, jelenleg a Magatartástudományi Intézetben a vezetésem alatt álló Ifjúságkutatási munkacsoportban. A kutatásaim célja a fiatal korosztályok lelki egészségének és problémaviselkedésének megismerése, valamint a befolyásoló tényezők feltérképezése, különös tekintettel a potenciális védőfaktorokra. Ennek megfelelően vizsgáltuk a serdülőkori depressziós tünetegyüttes, a szerfogyasztás (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) előfordulását és befolyásoló tényezőit; az egészség önértékelését és a serdülők szubjektív jóllétét, a kortársak és a szülők szerepét, a vallásosság/spiritualitás jelentőségét, az értékekkel való összefüggést, a társas készségeket és motivációkat, a társadalmi egyenlőtlenségek megjelenési módjait és pszichikai hatásait.

II. ELMÉLETI HÁTÉR

II. 1. A társadalomlélektani elméleti keret

A *társadalomlélektan* az egyének pszichikai állapotának és viselkedésének megértését társadalmi mátrixba helyezi. Azt vizsgálja, hogy a társadalmi valóság és az egyént körülvevő szociokulturális tér mennyiben és hogyan szabja meg az egyén viselkedését (Moscovici, 2002). Itt a társadalmi folyamatok mélyebb törvényszerűségeinek hatásmechanizmusáról van szó. A társadalomlélektani szempontok az egyén és a társadalom szoros kapcsolatát tételezik fel, amelyben a társadalom működése során alakítja az egyén viselkedését, azonban az

egyének is visszahatnak a társadalomra, hiszen a társadalmi valóság éppen az őt alkotó egyének karaktere alapján formálódik a történelem távlatában. A társadalomlélektan a szociálpszichológia sajátos aspektusa, ahol nem a társas, hanem a társadalmi – ha úgy tetszik, sokkal absztraktabb – viselkedés kollektív reprezentációja kerül a vizsgálatok fókuszába (Pikó, 2003). Különleges szerepe lehet a társadalomlélektannak Közép-Kelet-Európa átmeneti társadalmainak életében. A demokrácia ugyanis nem csupán a demokratikus politikai intézményrendszer kiépülése, valamint a piacgazdaság szabályainak érvényesülése, hanem kognitív struktúra is, újfajta társadalmi valóság, amihez megváltozott szociális reprezentációk szükségesek (Buda, 1999). Mindez alátámasztja annak létjogosultságát, hogy a társadalomlélektannak adott történelemhez, kollektív emlékezeti struktúrához és régióbeli, sőt, gyakran nemzeti sajátosságokhoz is kötődnie kell a szociálpszichológiai elméletek általános kritériumain túlmenően (Hunyady, 2006).

Alkalmazott társadalomlélektanról akkor beszélhetünk, ha valamilyen sajátos pszichikai folyamat társadalomlélektani háttérét igyekszünk megragadni. Ebben az értelemben kapcsolódhat például az egészségpszichológiához, amely elsősorban a lelki egészség, illetve ennek felbomlásához vezető pszichikai jelenségek magyarázataként a társadalom és az egyén kapcsolatát elemzi. Ez az alkalmazott társadalom-lélektani háttér jelenik meg akkor, amikor a depresszió vagy a szorongás szociális reprezentációját vizsgáljuk, s megpróbáljuk megtalálni az egyén viselkedésének szociokulturális magyarázatát (Beck, Matschinger és Angermeyer, 2003). Fejlődépszichológiai szempontból pedig a modern társadalom egyik sajátos jelensége, az ún. ifjúsági moratórium (Erikson, 1968:156) megértése nélkülözhetetlen a serdülőkori problémaviselkedés elemzéséhez, amennyiben a kitolódott serdülőkori átmenet megnöveli a problémaviselkedés előfordulását, az adaptációs zavarokat.

Ezzel összefüggésben társadalomlélektani magyarázat szükséges a serdülőkori társadalmi egyenlőtlenségek pszichológiájának, vagy az értékpreferenciák pszichikai egészségükben betöltött szerepének megértéséhez is. A kutatások ugyanis arra hívják fel a figyelmet, hogy a társadalmi helyzet és a serdülők egészségi állapota közötti összefüggések kevésbé grádiensszerűek (azaz lépcsőzetesek). Nem is mindig igazolhatók, s ha igen, akkor előfordulnak *inkonzisztens*, sőt, *inverz* kapcsolatok is, mint például a magasabb státuszúakra jellemzőbb alkohol- és drogfogyasztás (Hanson és Chen, 2007; Rittnerman és mtsai, 2009; Salonna és mtsai, 2008; Tuinstra és mtsai, 1998). Társadalomlélektani sajátosság, hogy nem is az objektív társadalmi helyzet-mutatóktól függ a fiatalok jólléte, hanem a szubjektív, azaz relatív társadalmi helyzettől. Minél inkább elégedetlen valaki saját társadalmi helyzetével, annál hajlamosabb depressziós és pszichoszomatikus tünetképzésre. Korunk fogyasztói társadalma egy bizonyos értékrendet vetít elénk, amelyben a teljesítményorientáltság, az anyagi javak megszerzése kiemelt szerepet játszik (Kasser és Sheldon, 2000). Ugyanakkor a kutatások azt igazolják, hogy a túlzott anyagiasság beállítódás sok stresszel és szorongással jár (Kasser és Ahuvia, 2002).

II. 2. A rizikó- és protektív elméleti keret

A *fiatalkori problémaviselkedés* szindróma olyan tünetegyüttes, amely magában foglal agresszív, antiszociális viselkedést, iskolai beilleszkedési és tanulási nehézségeket, dohányzást, alkohol- és drogfogyasztást, korai és kockázatos szexuális aktivitást, valamint pszichés zavarokat (Jessor, 1993). Elsősorban az egyes elemek közötti igen gyakori összefüggések hívták fel a figyelmet a halmozódásra, azaz arra, hogy ezek a viselkedési elemek tünetegyüttest alkotnak. A tünetegyüttes megjelenéséért közös oki háttértényezők rendszere felelős (Deković, 1999). Ennek háttérében a pszichoszociális faktorok fokozott

jelenléte mellett genetikai-biológiai sérülékenységek is állhatnak, ugyanakkor a közös gyökerű pszichoszociális, szociokulturális alapokat is ki kell emelnünk, amelyekről éppen az előző fejezetben esett szó, azaz a serdülőkor modernkori változásait és sajátos megjelenéseit.

A problémaviselkedésnek két jól elkülöníthető megnyilvánulási formáját különböztetjük meg: *externalizáló* (például életvezetési problémák, antiszociális, normasértő vagy agresszív-erőszakos kitörések), illetve *internalizáló* (szorongás, visszahúzódás, alacsony önértékelés, depressziós tünetegyüttes megjelenése) formákat (Formoso, Gonzales és Aiken, 2000). A két irány jellegzetes nem különbségeket is mutat: míg a lányok hajlamosabbak internalizálni a problémákat, a fiúkra inkább az externalizálás jellemző (Bongers és mtsai, 2003).

A rizikó- és protektív elmélet megfelelő keretet nyújt az empirikus kutatásokhoz, és ahhoz, hogy a kutatási eredményeket a gyakorlatban is hasznosítani tudjuk (Jessor, 1993; Fitzpatrick, 1997). Előnye, hogy egyaránt magában foglal egyéni (pl. önbizalom) és kontextuális (iskolai, családi, környezeti) tényezőket (Fitzpatrick, 1997). A serdülőkori magatartásformák kialakulásában szerepet játszó társas hatások – éppen a serdülők kapcsolati struktúrájának átszerveződése következtében – jelentőségükben kiemelt figyelmet érdemelnek (Ary és mtsai, 1999). A kutatások azt igazolták, hogy mindent egybevetve a szülői kapcsolat átalakulása ellenére a szülők továbbra is fontos fejlődéstani szerepet töltenek be a serdülők számára az ún. *biztonságos kötődés* talaján, amely ugyanakkor sokkal ellentmondásosabb, olykor látensebb, mint a gyermekkorban, de mégis jelentős védőfaktor (Hair és mtsai, 2008). A szülői bánásmódok közül a mértékadó stílus védőhatását igazolták a legtöbb kutatásban (Jackson, Henriksen és Foshee, 1998). Ezt a nevelési stílust egyaránt jellemzi a szülők azon törekvése, hogy gyermekük viselkedését racionális szempontok alapján formálják (például, hogy tudatában legyenek, gyermekük hol tartózkodik, megfelelő-e a napirendje) és igyekezzenek teljesíthető szabályokat felállítani a számára; emellett azonban jelen van a szeretetteljes szülő-gyermek kapcsolat is, a gyermek problémáinak meghallgatása, azokra való reflektálás, a bizalom (Pellerin, 2005).

II. 3. A pozitív pszichológiai elméleti keret

A pozitív pszichológia célja azoknak a tényezőknek a felkutatása és erősítése, amelyek az egyének és közösségek virágzását, jóllétét segítik elő (Seligman és Csikszentmihályi, 2000). Sheldon és King (2001) megfogalmazásában a pozitív pszichológia az emberi erények és erősségek tudományos vizsgálata. Az *adaptáció* sikeres megoldásainak képességét elemzi. Az emberi boldogság és harmónia kulcsát kutatja tudományos módszerekkel. Bár a pozitív pszichológiai szemlélet korántsem új keletű, Seligman (2002, 7) is visszaul a humanisztikus pszichológiára (többek között Maslow vagy Allport munkásságára), kétségtelenül újat hozott az empirikus kutatás terén, méghozzá a tudományos megközelítés módszerével, az elméletalkotással, a kutatási eredményeknek a gyakorlat nyelvére történő lefordításával.

Az *eriksoni* fejlődéslélektani megközelítésben a serdülőkor az egyéni azonosságformálódásnak és az egyediség felvállalásának korszaka. Minden életkornak megvannak a maga sajátos kihívásai, törekvései, és elképzelései arról, hogy mi számít boldogságnak, sikernek, fejlődésnek. Ryff (1989) éppen arra hívja fel a figyelmet, hogy az életkorral változnak az egyén szubjektív jóllétről alkotott koncepciói. A társas kapcsolatok például kiemelt helyen szerepelnek a lelki egészséget meghatározó tényezők között valamennyi életkorban, de változik az arról alkotott nézet, hogy milyen szerepet töltenek be ezek a kapcsolatok. A fiatalok számára a kompetencia, önmaguk megismerése, elfogadása és elfogadtatása a legfontosabb, a kapcsolatokban is gyakran az újdonságot, a tapasztalatszerzést részesítik előnyben.

Ehhez a folyamathoz igen fontos a kortársakkal kialakított kapcsolat, amely a következő stádium intimitásigényét alapozza meg. Ugyanakkor a kortárshatás a legfontosabb univerzálisnak rizikófaktorának mutatkozik (Pikó, 2002a,b). Vajon miért válik ez az identitás szempontjából nélkülözhetetlen jelenség veszélyeztetővé, hogyan formálódik a „kortárscsapda”? A fiatalok problémaviselkedésének befolyásolási motívumait egy három elemből álló rendszerben értékelhetjük. A társas hatások mellett a környezet és a személyiségjegyek kölcsönhatása alakítja ki a konformizmus mértékét. Egyes személyiségjegyek, így például az alacsony önbizalom vagy az énhatékony viselkedés képességének hiánya fokozottan érzékennyé teszi a fiatalokat a kortárshatásra. Számukra a személyes és szociális identitás megerősítésének stratégiája a problémaviselkedési normák átvétele a csoportban (Ungar, 2000). Az egészséges önbizalommal rendelkező fiataloknak ilyenfajta megerősítésre nincs szükségük, ezért könnyebben tudnak nemet mondani az elutasítás okozta kényszerű érzelmi megrázkódtatás nélkül.

II. 4. A vallás/spiritualitás mint védőfaktor komplex megközelítése a társadalomlélektan és pozitív pszichológia tükrében

A pozitív pszichológia a vallást/spiritualitást a *védőfaktorok* között tartja számon. Azonban kérdés, hogy e sokszínűvé vált jelenség képes-e manapság is védelmet nyújtani a fiatalok számára? Nem véletlen, hogy napjainkban megjelent az a kifejezés, amit „nem vallásos spiritualitásnak” hívunk, azaz a vallástól független spiritualitás (Good és Willoughby, 2006). Annak ellenére, hogy nagyon sok vallásos egyén egyben spirituálisnak is tartja magát, és nem különíti el a két fogalmat a gyakorlatban (MacDonald, 2000). A vallást azonban ma is leginkább az intézményesített jelleggel hozzák összefüggésbe: társadalmi-alapú hitrendszerek és tevékenységek (rítusok) összessége, amelyek egy felsőbb hatalom létezéséhez kötődnek, és amelyeket leggyakrabban szervezett közösség keretein belül gyakorolnak (Peterman és mtsai, 2002). A spiritualitás ezzel szemben olyan érzésekre és tapasztalatokra utal, amelyek az élet értelmével és az élet céljaival, azaz egyfajta emberi útkereséssel állnak összefüggésben (Brinkerhoff és Jacob, 1987).

A serdülőkor pozitív pszichológiája több ponton is szorosan kapcsolódik a vallásosság pszichológiájához; mindenekelőtt a vallásosságot és a spiritualitást egyfajta humán erősségként határozza meg, amely fejlődéstanilag *reziliencia*-erősítő szerepet is betölt, az egészséggel, boldogsággal és jólléttel kapcsolatban pedig hatékony védőfaktor (Pargament és Mahoney, 2002). Ez a kor sok serdülő számára azért is jelentős a spirituális fejlődésben, mert vannak, akik ekkor kerülnek igazán elmélyült kapcsolatba a transzcendenssel, sokan éppen ekkor térnek meg, illetve köteleződnek el a vallásosság/spirituális lét irányába (Good és Willoughby, 2008). S bár az aktív vallásgyakorlás nem igazán magas a körükben, ez korántsem jelent vallástalanságot, vagy a spirituális beállítódás teljes hiányát (Kovács és Pikó, 2009). Elősegíti az élethez való pozitív viszonyulást, ami segít megóvni a serdülőt például a deviáns kortárscsoportoktól, növeli a felelősségérzet kialakulását, a tanulás, az iskolai környezet elfogadását (Crawford, Wright és Masten, 2006). A serdülőkori vallásosságnak a szerfogyasztás terén kifejtett protektív hatása ezeken túlmenően a coping folyamatokon, illetve az önkontroll erősítésén keresztül is érvényesül (Walker és mtsai, 2007). Mindez szerepet játszik a káros szenvedélyt okozó szerek fogyasztásának megelőzésében (Rew és Wong, 2006). Különösen az aktív vallásgyakorlás és a vallás/spiritualitás mindennapi életben megélt fontossága az, ami valamennyi szer (cigaretta, alkohol, drog) fogyasztásának valószínűségét csökkenti (Miller, Davies és Greenwald, 2000). A depresszió tekintetében a spiritualitás, főként az egzisztenciális értékeket és az élet értelmét is magába foglaló hit lehet pozitív hatással (Wachholtz és Sambamoorthi, 2011).

III. AZ EMPIRIKUS KUTATÁSOK BEMUTATÁSA

III. 1. SZEGEDI-BIRMINGHAMI (USA) IFJÚSÁGKUTATÁS 2000

Célkitűzések: a serdülők depressziós tüneteinek és externalizáló (normaszegő) magatartásának felmérése a rizikó- és protektív tényezők bevonásával. A két minta lehetővé tette, hogy két egymástól teljesen eltérő kulturális közegben vizsgálhassunk bizonyos problémaviselkedési formák előfordulását, valamint a gyakoriságot befolyásoló rizikó- és protektív hatások rendszerét. Külön hangsúlyt fektettünk a nem szerepére a rizikó- és protektív struktúra elemzése során.

Minta: Elemzésünkhöz a szegedi általános és középiskolás diákok (n = 1240) körében 2000. év első felében önkitöltéses kérdőívvel végzett vizsgálatunk, az ún. 'Kockázati Magatartás' Projekt eredményeit használtuk fel. A minta létrehozása véletlenszerűen kiválasztott osztályok segítségével történt; összesen hat iskolakörzet iskolái vettek részt a kiválasztásban. Az 1500 (a teljes kiválasztott populáció kb. 13%-a) kiosztott kérdőívből 1240 volt értékelhető, így a válaszadási arány 83% lett. Az életkori terjedelem 11-19 év volt (átlag = 15,6 év; szórás = 2,1 év), az általános iskola 6. osztályától a középiskola 5. osztályáig. A minta 30,5%-a járt általános iskolába, 69,5%-uk pedig középiskolába, túlnyomó többségük (34,9%) szakközépiskolába. A tanulók közül 658 (53%) fiú és 582 (47%) lány volt. A részvétel önkéntes és anonim volt, az adatgyűjtés képzett mentálhigiénikusok és szociológushallgatók segítségével történt. Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőíves módszerrel történt. A magyar adatgyűjtéssel egyidejűleg sor került egy másikra is, Alabama állam Birmingham városához tartozó Bessemer nevű városrészben. Ez a minta 1538, főként afro-amerikai (60%) felső tagozatos általános és középiskolás fiatalból állt. A kiválasztott iskolai körzetben 2028 fiatal járt, a válaszadási ráta 76% volt. Az életkori megoszlás a magyar mintához hasonló volt (11-20 év, átlag: 14,0; szórás: 2,3, medián: 14 év), a fiúk aránya 49, a lányoké 51% volt.

Módszerek:

- Szociodemográfiai változók (életkor, nem, családi struktúra, szülők iskolai végzettsége és a társadalmi helyzet önbesorolás)
- Egészségmagatartás, szerfogyasztás (Fitzpatrick, 1997)
- A serdülők depressziós tünetegyüttese (*Children's Depression Inventory*, CDI) (Kovács, 1992; Rózsa és mta, 1999)
- Rizikófaktorok (alacsony iskolai teljesítmény, szülői bántalmazás, bandtagság, öngyilkossági gondolatok, normaszegő problémaviselkedés (Ary és mtsai, 1999; Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997; Jessor, 1993))
- Protektív tényezők (szülői kontroll és a problémák megbeszélése, iskolai elégedettség, tanárokkal való kapcsolat, részvétel az iskolai életben) (Ary és msai, 1999; Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997; Jessor, 1993), önbizalom (Rosenberg, 1979).

Eredmények összegzése:

1) Adataink megerősítik, hogy serdülőkorban a depressziós tünetegyüttes jelentősen megnő, és megjelennek, majd erősödnek a nemek szerinti eltérések is (Cichetti és Toth, 1998; Nolen-Hoeksema és Girgus, 1994; Wichstrom, 1999). A befolyásoló tényezők vizsgálatához a rizikó- és protektív elméleti modellt alkalmaztuk, nemenként és két külön életkori csoportban elvégezve az elemzéseket. Összességében azt mondhatjuk, hogy a kései serdülőkorban a) gyakoribb a depresszió; b) nagyobb a rizikóhatás; de c) nagyobb a védelem is és d) szintén nagyobbak a nemek szerinti különbségek a rizikó- és protektív struktúrában.

2) Korábbi tanulmányok szerint míg a fiúk több antiszociális megnyilvánulást, normaszegést és magatartási zavarokat mutatnak, addig a lányok a depresszió nagyobb gyakoriságáról számolnak be (Leadbeater és mtsai, 1999). Eredményeink mindkét vizsgált kulturális csoportban megerősítették a korábbiakat. Az elemzések jórészt kultúrától független (univerzális) hatásokat igazoltak. A szerfogyasztás, a bandatagság, a szülői bántalmazás, vagy a rossz iskolai teljesítmény a problémaviselkedés univerzális rizikófaktorának számítanak, amelyek kulturális hovatartozástól függetlenül hatnak. Az önbizalomnak azonban az externalizáló problémaviselkedés védőstruktúrájában sajátos szerepe lehet: az alacsony önbizalmú fiatalok gyakran antiszociális, agresszív viselkedéssel igyekeznek önbizalmukat növelni (Rosenberg, Schooler és Schoenbach, 1989). Az univerzális rizikófaktorok mellett vannak univerzális védőfaktorok is; a szülői kontroll például ilyennek minősül (Deković, 1999; Formoso, Gonzales és Aiken, 2000; Li, Stanton és Feigelman, 2000). Azonban az iskolai védőfaktorok az amerikai mintában erőteljesebben mutatkoztak meg, ami az amerikai iskolák nagyobb szintű nevelésorientáltságában gyökerezhet.

III. 2. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001

Célkitűzések: megismerni a középiskolás fiatalok értékorientációit, valamint az értékek összefüggését egészségmagatartásukkal. Célul tűztük ki továbbá azt is, hogy megvizsgáljuk az értékorientációk szociodemográfiai karakterisztikáját, azaz bizonyos változók (például kor, nem, társadalmi helyzet, szülők iskolai végzettsége, zsebpénz, valamint bizonyos attitűdök, mint a vallásosság és a jövőorientáltság) szerepét az értékpreferenciák alakulásában. Szintén ebben a kutatásban elemeztük a serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációit a serdülők szerfogyasztási státuszával és a nemmel összefüggésben.

Minta: A kutatásban szegedi középiskolások (N = 601) vettek részt (életkoruk átlaga: 16 év, szórás: 1,3 év; 52,8%-uk fiú, 47,2%-uk lány), akik három középiskola véletlenszerűen kiválasztott osztályaiból kerültek ki. Az adatgyűjtéshez önkitöltéses kérdőívet alkalmaztunk, amelynek kitöltése kb. 30-40 percet vett igénybe. A kérdőív a következő témakörökre terjedt ki: szociodemográfiai adatok, egészségmagatartás, értékek, attitűdök (jövőorientáltság és vallásosság). A kitöltésre osztályfőnöki óra keretében került sor, az anonimitás érdekében a zárt borítékba helyezett kérdőívet külön dobozba gyűjtöttük össze. A mintára jellemző, hogy közel azonos százalékban fordultak elő tanulók a három középiskola típusából (32,9% gimnazista, 30,2% szakközépiskolás és 36,9% szakmunkásképzős).

Módszerek:

- Egységmagatartási változók közül a következők kerültek be a kérdőívbe: dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, fizikai aktivitás és étkezéskontroll (Gerrard és mtsai, 1996).
- Értékorientációk (Rokeach, 1973)
- Egység értéke skáláját (*Value of Health Scale*, Costa, Jessor és Donovan, 1989)
- Jövőorientáltság (*Consideration of Future Consequences Scale*, Strathman és mtsai, 1994)
- Motivációs attitűdök (*Substance Use Coping Inventory*, Wills és Cleary, 1995; Wills és mtsai, 1999)
- Szociodemográfiai változók.

Eredmények összegzése:

1) A középiskolások által preferált értékek fontossági sorrendjét elemezve megállapíthatjuk, hogy a legfontosabbnak ún. belső értékek bizonyultak: első helyen az egészség, második és harmadik helyen a barátság, illetve a család állt. Más kutatásban szintén azt találtuk, hogy a

fiatalok értékrendjében fontos szerepet kapnak a belső értékek, ám ahogy nő az életkor, úgy kerülnek előtérbe a külső értékek (Bardi és Schwartz, 2003). Ez utóbbi összefüggést mostani eredményeink is megerősítik. Az értékorientációk csak kis mértékben függnak össze a szociodemográfiai mutatókkal. A szülők közül az anya iskolai végzettsége a belső értékorientációval függ össze, ennél sokkal meghatározóbb azonban a fiatalok családjának társadalmi helyzete, valamint a zsebpénz mértéke, ami a külső értékek preferálása irányába hat. A vallásosság korábbi kutatásokban is a belső értékorientációra hajlamosított (Wallace és Forman, 1998), amit saját kutatásunk is megerősít. A jövőorientáltság – ami a jövőre irányuló, felelősségteljes gondolkodást foglalja magában – szintén segíti a fiatalokat abban, hogy a belső értékek fontosságát és hosszú távú „nyereségét”, személyiségfejlesztő hatását figyelembe vegyék. A külső értékorientáció pozitívan, a belső értékorientáció viszont negatívan függ össze a dohányzással, az alkohol- és drogfogyasztással, hasonlóan korábbi kutatásokhoz (Williams és mtsai, 2000).

2) Wills és Cleary (1995) motivációs struktúráját alkalmazva megállapítható, hogy a társas motivációk domináns attitűdöt képviselnek mindkét nem és szer esetében. A társas hatások mellett az unaloműzés is jelentős mindkét nem esetében, amit korábbi vizsgálatok is megerősítenek (Caldwell és mtsai, 1999). A lányok esetében a coping/érzelmi reguláció is igazolást nyert, ami a fiúkra nem jellemző.

III. 3. KULTÚRAKÖZI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001

Célkitűzések: A kutatási projekt keretében kiemelt szerepet kapott az egészségtudatosság és kockázatszlelés, az egyéni és a társas hatások elemzése, a család és a kortársak befolyása. Az A projekt egy nemzetközi (magyar–amerikai–lengyel–török) kultúraközi összehasonlítás részét képezte, amely az én kezdeményezésemre 2000-ben megalakult nemzetközi kutatócsoport (*Adolescents Across Cultures*) kutatómunkája.

Minta: A magyarországi adatgyűjtés szegedi és Szegeden tanuló középiskolás fiatalok körében történt, véletlenszerűen kiválasztott iskolák és osztályok segítségével (n=560). Összesen négy középiskola került így kiválasztásra. Az eredetileg 600 főre tervezett vizsgálatban a válaszadási arány 93,3%-os volt. A mintában gimnazisták, szakközépiskolások és szakmunkásképzősök kb. azonos arányban vettek részt, azonban a nemzetközi összehasonlítás szempontjából az iskolatípus nem szerepelt a szociodemográfiai változók között. A mintában szereplő diákok életkorának átlaga 16,7 év (szórás: 1,4; a medián értéke 17 volt). A nemek aránya a következő volt: 57% fiú és 43% lány. A nemzetközi kutatásban összesen 2387 középiskolás fiatal vett részt a vizsgálatban, ahol az egyes alminták kiválasztása a magyar mintához hasonlóan történt (életkori terjedelem: 13-20 év, átlag: 16,7 év, szórás: 1,1 év).

Módszerek:

- Kockázati magatartásformák (Gerrard és mtsai, 1996): dohányzás, alkoholfogyasztás, figyelmetlen közlekedés, biztonsági öv használatának hiánya, szexuális viselkedés
- A kockázatszlelést két kérdéssel mértük (Teközel és mtsai, 2002). Egyrészt megkérdeztük, hogyan ítélik meg a fiatalok saját jövőbeli veszélyeztetettségüket. A következő kérdés pedig arra vonatkozott, hogy ugyanezt mennyire becsülik saját kortársaikhoz képest,
- Énhatékonyság (*General Perceived Self-Efficacy Scale*, Schwarzer és Jerusalem, 1995)
- Jövőorientáltság (*Consideration of Future Consequences Scale*, Strathman és mtsai., 1994)
- Az élettel való elégedettség (*The Life Satisfaction Scale*, Diener és mtsai, 1985)

- A társas összehasonlításra való hajlamot mérő skála (*The Scale of Social Comparison Orientation*, Gibbons és Buunk, 1999).

Eredmények összegzése:

1) A magatartás és a kockázatesztelés közötti összefüggést vizsgálva, saját adataink is megerősítik azt a korábbi eredményt, amely szerint a tapasztalat (például bizonyos szer kipróbálása) növeli a kockázatbecslés mértékét (Halpern-Felsher és mtsai, 2001; Ronis, 1992). A pszichológiai jelenségek szerepét a többváltozós elemzések is alátámasztják. Az ellenségesség növeli a kockázatbecslés mértékét mindhárom esetben, a szociális összehasonlítás és az énhatékonyság viszont csak a balesetek kockázatesztelésénél növelő hatású. Az ellenségesség ugyanakkor a kockázati magatartás nagyobb gyakoriságával is együtt jár (Whiteman és mtsai, 1997). Az énhatékonyság pedig a problémaorientáltságával nagyobb fókuszot biztosíthat a kockázatnak, aminek viszont prevenció jelentősége is lehet, amennyiben a prevenció, az aktív tennivágyás iránti fogékonyságot növeli.

2) A serdülőkorúak dohányzásával kapcsolatban sokféle tényező befolyását igazolták korábbi kutatások (Tyas és Pederson, 1998). Leginkább a kortárshatást találták meghatározónak (vö. Pikó, 2000; Milam és mtsai, 2000; Simons-Morton és mtsai, 2001). Jelen eredményeink is megerősítik, hogy a barátok (becsült) dohányzása kultúrától függetlenül összefügg a serdülők dohányzásával. Bár meg kell jegyezni, hogy az amerikai diákok körében mutatkozott meg leginkább ez a hatás. Ami a társas összehasonlítást illeti, a vártnál kisebb mértékben, bár szignifikánsan függ össze a dohányzással. Korábbi tanulmányok leginkább a dohányzástól való tartózkodásban látták ennek szerepét, azaz a nemdohányzás motivációjának erősítésében (Hussong, 2002). Ráadásul eredményeink nem erősítik meg a társas összehasonlítás és a barátok dohányzása közötti összefüggést. Mindez utalhat az ún. túlbecslés jelenségére is, ami gyakori ebben az életkorban (Tyas és Pederson, 1998). Az iskolai teljesítmény egyértelműen erős kapcsolatot mutatott a serdülőkori dohányzással: a jól tanuló fiatalok kevésbé hajlamosak dohányzásra, kultúrától függetlenül. Az élettél elégedett és jövőorientált fiatalok kevésbé fordulnak a dohányzás felé. Bár a kultúra hatása kevésbé jelent meg az elemzés során, pár eltérés előfordult, pl. az iskolai teljesítmény szerepének erősségében.

III. 4. DÉL-ALFÖLDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2004

Célkitűzések: A kutatásban kiemelten koncentráltunk a társadalmi egyenlőtlenségek serdülőkori megjelenésére, az egyes indikátorok jelentőségének megismerésére, kiemelve a szubjektív réteghelyzet szerepét az objektív változókon túlmenően. Hangsúlyt fektettünk továbbá a serdülők értékrendjének megismerésére, kifejezetten a materialista, anyagi helyzetet hangsúlyozó beállítódást, valamint az *extrinsic* (külső) és *intrinsic* (belső) értékek jelentőségét életmódjukhoz viszonyítva.

Minta: Bács-Kiskun (n=365, 32,8%), Békés (n=400, 35,9%) és Csongrád (n=349, 31,3%) megyékben a rétegzett mintavétel során kiválasztottuk a városokat és az iskolákat, ezt követően pedig a véletlenszerű kiválasztás alapegységei az osztályok voltak. Az adatgyűjtés a megyei ÁNTSZ-ek segítségével történt. A vizsgálatban részt vevő 1114 diák közül 444 fiú (39,9%) és 670 (60,1%) lány volt. A tanulók életkorának átlaga 16,5 (szórás: 1,3), a minimum 14, a maximum pedig 21 év. Az 1200 kiosztott kérdőívből 1114 érkezett vissza, a válaszadási arány 92,8% volt. Az adatgyűjtésre 2004 első félévében került sor. Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőíves vizsgálat segítségével történt, amely a szociodemográfiai változókon (kor, nem, szülők iskolázottsága és társadalmi helyzete) túl kiterjedt a fiatalok egészségi állapotának, egészségmagatartásának, élettél való elégedettségének, materialisztikus beállítódásának, a jövőre vonatkozó értékperspektíváik és életmódjának vizsgálatára.

Módszerek:

- Társadalmihelyzet-mutatók (szülők alkalmazási státusza és iskolai végzettsége, a társadalmi helyzet önértékelése (Pikó és Fitzpatrick, 2001)
- Családi struktúra (Fitzpatrick, 1997)
- Az egészségi állapot önminősítése
- Pszichoszomatikus tüneti skála (Pikó, 2005)
- A serdülők depressziós tünetegyüttese (*Children's Depression Inventory*, CDI) (Kovács, 1992; Rózsa és mta, 1999)
- Szerfogyasztás (Kann, 2001), fizikai aktivitás (Gerrard és mtsai, 1996)
- Az élettel való elégedettség (*The Life Satisfaction Scale*, Diener és mtsai, 1985)
- Materializmus skála (*Materialism Scale*, Richins és Dawson, 1992)
- Aspirációs index (Kasser és Ryan, 1993).

Eredmények összegzése:

1) A szubjektív rétegbesorolás a legjelentősebb mutató, amely a serdülők pszichikai egészségét és egészségmagatartását befolyásolja. A családi struktúra (amennyiben a fiatal nem kétszülős családban él) szintén kihat a fiatalok egészségének pszichikai dimenziójára. A szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége korlátozott mértékben hat; ráadásul az összefüggés nem lineáris és nem konzisztens, sok esetben inverz (főként a szerfogyasztással kapcsolatban). Úgy tűnik, hogy a „klasszikus”, objektív társadalmihelyzet-mutatók (így az iskolázottság és az alkalmazási minőség) nem egyértelműen járul hozzá az egészségi-állapotbeli egyenlőtlenségekhez. Ezzel szemben a szubjektív rétegbesorolás összefüggése konzisztens és jelentős, hasonlóan más kutatásokhoz (Singh-Manoux, Marmot és Adler, 2005). Az önmagukat alsó és alsó-középosztályba soroló fiatalok gyakoribb tünetképzésről számolnak be és egészségüket is rosszabbnak ítélik meg, ami korábbi vizsgálatokkal szinkronban van (Erginoz és mtsai, 2004). Kevésbé jellemző rájuk a fizikai aktivitás is, ugyanakkor szintén kevésbé fogyasztanak alkoholt és marihuánát (Tuinstra és mtsai, 1998). Ezzel szemben a szülők iskolai végzettsége inverz módon függ össze a fiatalok alkoholfogyasztásával, ami a magasabb társadalmi rétegűek gyakoribb szerfogyasztásával szinkron eredmény (Tuinstra és mtsai, 1998). Ez részben a jobb anyagi háttérrel, a több zsebpénzzel, részben a liberálisabb neveléssel magyarázható. A szülők alkalmazási minőségét tekintve ki kell emelni a munkaerőpiaci státuszt. Úgy tűnik, meghatározó a szülők inaktív státusza, azaz munkanélkülisége vagy nyugdíjas helyzete, amely gyakoribb tünetképzéssel és az egészség rosszabb érékelésével, ugyanakkor ritkább szerfogyasztással jár együtt. A felnőttek munkanélkülisége és rosszabb egészségi állapota közötti kapcsolat régóta igazolt, úgy tűnik, mindez kihat gyermekeik pszichikai egészségére is. Az anya háztartásbeli helyzete kevésbé hat ilyen módon.

2) A nem intakt családi struktúra egyértelműen rizikófaktorként jelentkezik: az ilyen családban nevelkedő fiatalok hajlamosabbak nemcsak pszichoszomatikus és depressziós tünetképzésre, hanem szerfogyasztásra is (Fitzpatrick, 1997; Harland és mtsai, 2001), és saját egészségüket is rosszabbnak ítélik.

3) Az anyagi beállítódás szintén összefügg az élettel való elégedettséggel: negatív kapcsolat igazolható az anyagi elégedetlenség és az élettel való elégedettség között, ami korábbi eredményeknek felel meg (Kasser és Ahuvia, 2002); másrészt viszont az anyagi sikerek fontossága nagyobb fokú élettel való elégedettséggel járt együtt. Míg az utóbbi beállítódás azt jelzi, hogy valakinek mennyire fontosak az anyagiak, az előbbi a tényleges helyzetből fakadó

elégedetlenségre utal. Nem meglepő, hogy a szubjektív rétegbesorolással az anyagi elégedetlenség csökken, viszont az anyagiakat a magasabb társadalmi rétegbe sorolók fontosabbnak tartják. Eredményeink azt sugallják, hogy főként az anyagi elégedetlenség függ össze rosszabb pszichikai státusszal, azaz depressziós és pszichoszomatikus tünetekkel, nem pedig önmagában az, hogy valaki az anyagi sikereket fontosnak tartja. Viszont az anyagi beállítódás önmagában is kedvezőtlenebb egészségmagatartással, azaz gyakoribb szerfogyasztással jár együtt.

4) A középiskolás fiatalok a belső értékekre nagyobb jövőbeli hangsúlyt fektetnek, mint a külső értékekre. Főként az önmegvalósítás és a társas kapcsolatok értékorientációi mindennél fontosabbak. Ahogy korábbi kutatások is igazolták, az értékek és a magatartás között tehát jelentős kapcsolat van (Bardi és Schwartz, 2003). Megállapítottuk, hogy a rendszeresen sportoló fiatalok jövőbeli életük szempontjából kevesebb jelentőséget tulajdonítanak a külső értékeknek (mint az anyagi siker, jó megjelenés és hírnév), szemben a fizikailag kevésbé aktív fiatalokkal, akik számára ezek az értékek kiemelkedő szerepet töltenek be.

III. 5. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2008

Célkitűzések: megvizsgálni a serdülők egészségének és egészségmagatartásának társas, illetve társadalmi-gazdasági szempontjait. Egyrészt célunk volt a fiatalok társas környezeti jellemzőinek (szülők, iskolai környezet) összefüggését elemezni egészségmagatartásukkal és pszichikai egészségükkel. Másrészt célunk volt a középiskolások pszichikai egészségének felmérése a szüleik által meghatározott társadalmi státusz tükrében.

Minta: A vizsgálatot Szegeden végeztük középiskolás diákok körében (N=881). A kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A kérdőív kitöltése az előzetes tesztelésre alapozva 20-30 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt borítékba helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 97,9%-os válaszadási arányt állapítottunk meg. A mintába random mintavétellel öt középiskola diákjai kerültek, iskolatípus szerinti megoszlás: 41,2% gimnázium, 38,4% szakközépiskola és 20,4% szakiskola. Életkor szerint 14 és 20 év közöttiek, átlagéletkor 16,6 év volt (szerepeltek a mintában 5-6. évfolyamon tanuló diákok is). A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 44,6% lány, 55,4% fiú.

Módszerek:

- Társadalmihelyzet-mutatók (szülők alkalmazási státusza és iskolai végzettsége, a társadalmi helyzet önértékelése (Pikó és Fitzpatrick, 2001)
- A serdülők depressziós tünetegyüttese (*Children's Depression Inventory*, CDI) (Kovács, 1992; Rózsa és mta, 1999)
- Az egészségi állapot önminősítése
- Szerfogyasztás (Kann, 2001)
- Az élettel való elégedettség (*The Life Satisfaction Scale*, Diener és mtsai, 1985)
- Optimizmust mérő skála (*Life Orientation Test*, Scheier és Carver, 1985)
- Szülői társas támogatás (*Measures of Perceived Social Support*, MPSS, Turner és Marino, 1994)
- Szülői és iskolai védőfaktorok (Fitzpatrick, 1997)
- Gyermeki tisztelet (*Filial Piety Subscale*, Unger és mtsai, 2002).

Eredmények összegzése:

1) A korábbi kutatások megerősítik, hogy a szülők szerepe serdülőkorban továbbra is meghatározó a gyermekek életében és magatartási döntéseiben (pl. Deković, 1999; Hair és mtsai, 2008). Eredményeink szinkronban vannak azokkal a vizsgálatokkal, amelyek bizonyos szülői változókat védőfaktorként tartanak nyilván; mindenekelőtt a szülői kontrollt, amely csökkenti többek között a kockázatos helyzetek számát (Harland és mtsai, 2002; Li, Stanton és Feigelman, 2000). A szülői kontrollhoz képest a társas támogatás alig játszik szerepet, ami alól csak az apai támogatás és a családdal elköltött közös vacsorák gyakorisága jelent kivételt. Ki kell még emelni a szülői tiszteletet, a szülők értékrendjének elfogadását, amely az alkoholfogyasztás esetében volt meghatározó. Az iskolai védelem szintén szerepet játszhat; míg a dohányzásban és alkoholfogyasztásban a jó iskolai teljesítmény, az iskolai sikerek, addig a drogfogyasztás megelőzésében az, ha a fiatal jól érzi magát az iskolában, és van lehetősége megbeszélni problémáját tanáraival.

2) A kutatások azt mutatják, hogy a szerfogyasztással ellentétben, ahol a szülői monitoring a legfontosabb védőfaktor, a depresszió esetében a szülői kapcsolat minősége, a biztonságos kötődés, az együtt töltött idő, a problémák megbeszélése a mérvadó (Scharf, Mayseless és Kivenson-Baron, 2004). Saját eredményeink is megerősítik ezt a jelenséget. Emellett arra is felhívják a figyelmet, hogy jelentős nembeli eltérések is lehetnek a protektív struktúrában. Így például a problémák nyílt megbeszélése a fiúk számára kevésbé jelent védelmet, ehelyett a közös vacsora a családdal bizonyult védőfaktornak, ami szintén lehetőséget nyújthat beszélgetésre vagy akár (rejtett) szülői kontrollra. Ugyanakkor a lányok számára fontos a kommunikáció, a problémák megbeszélése a szülőkkel és a tanárokkal (Fitzpatrick, 1997).

3) A középiskolások számára a szülők társadalmi státusza meghatározó pszichikai állapotuk és lelki egészségük alakulása szempontjából. Az objektív mutatókkal összehasonlítva a szubjektív társadalmi helyzet még erőteljesebben függ össze valamennyi vizsgált, a pszichikai állapotot jellemző indikátorral. Adataink szerint ugyanakkor a társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak a serdülők depressziós tüneteinek gyakoriságában. A hatásmechanizmusban a szülői társas támogatás kiemelt szerepet játszik, amely az optimizmuson keresztül fejti ki hatását a serdülők pszichikai egészségére.

III. 6. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2010

Célkitűzések: Célunk a szakirodalomban felbukkanó vallási sokszínűség megismerése, a vallásgyakorlás, a valláshoz való viszonyulás feltérképezése a szegedi középiskolás ifjúság körében, beleértve a vallási hovatartozást, a vallási aktivitást, a spirituális és vallási hittartalmak elfogadását, a vallás fontosságát életükben, valamint a spirituális jóllétet. Célul tűztük ki továbbá egy másik jelentős védőfaktor, a belső/külső kontroll és a fiatalok szerfogyasztása közötti kapcsolat meghatározását, mind az életptrevalencia, mind pedig az aktuális szerfogyasztás bevonásával. Végül, megkíséreltük a fiatalok csoportkategóriáinak leírását a valláshoz való viszonyulásuk, az egészségmagatartásuk, lelki egészségük és egyéb szociodemográfiai jellemzők alapján.

Minta: A kérdőíves adatfelvételre 2010 őszi félévében került sor Szegeden középiskolás diákok körében (N=656). Az önkitöltéses kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 93,7%-os válaszadási arányt állapítottunk meg (700 kérdőívből). A mintába véletlenszerű mintavétellel négy középiskola diákjai kerültek, be a következő iskolatípus szerinti megoszlással: 20,6% gimnázium, 63,4% szakközépiskola és 16,0% szakiskola. Életkor szerint 14 és 21 év közöttiek, átlagéletkor 16,5

év (szórás = 1,5) volt (szerepeltek a mintában 5-6. évfolyamon tanuló diákok is). A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 49,1% lány, 50,8% fiú.

Módszerek:

- Vallási hovatartozás, vallási közösségbe tartozás, vallásos aktivitás/magatartás (Pikó és Fitzpatrick, 2004).
- A vallásosság szintje (Kovács és Pikó, 2009).
- A vallás fontossága skála (Barry és Nelson, 2005).
- Spirituális jóllét (*Spiritual Well-Being Scale*, Buford, Paloutzian és Ellison, 1991)
- Spirituális hitrendszer elemei (*European Values Study*, 2006)
- Egészségmagatartás és szerfogyasztás (Kann, 2001)
- A serdülők depressziós tünetegyüttese (*Children's Depression Inventory*, CDI) (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999)
- Az egészségi állapot önminősítése
- Az élettel való elégedettség (*The Life Satisfaction Scale*, Diener és mtsai, 1985)
- Optimizmust mérő skála (*Life Orientation Test*, Scheier és Carver, 1985)
- Agresszió (*The Aggression Questionnaire*, Buss és Perry, 1992)
- Belső/külső kontroll (*The Locus of Control*, Rotter 1966).

Eredmények összegzése:

1) Az alkoholfogyasztás esetében igazolást nyert, hogy a belső kontroll védőhatást jelent, míg a külső kontroll rizikónövelő. A marihuána-használat esetében – a dohányzáshoz hasonlóan – az életprevalencia és az aktuális szerfogyasztás eltérően függ össze a külső/belső kontrollal, viszont éppen ellenkező módon. Az életprevalencia esetében egyáltalán nem jelentős a külső/belső kontroll hatása; az tehát, hogy valaki kipróbálja-e a marihuánát, nem a külső és belső kontroll függvénye.

2) Alkoholfogyasztásra kevésbé hajlamosak azok a fiatalok, akiknek a vallás fontos szerepet tölt be a mindennapi életükben, akik biztosak a hitükben, és akik gyakorolják is a vallásukat (pl. imádkozással, vallási közösségbe járással), ami pozitívan hat a spirituális jóllétükre. Korábbi kutatások is megerősítik az alkoholfogyasztás és a vallásosság/spirituális közötti negatív irányú összefüggést (Brown és mtsai, 2001; Miller, Davies és Greenwald, 2000; Rew és Wong, 2006). Eredményeink a lányok körében erősebb összefüggéseket találtak; különösen a vallási közösségbe járás esetében, ami a fiúknál nem jelentkezett védőfaktorként. A lányok számára emellett az egzisztenciális jóllét, az élet értelmességének hite is meghatározó, főként a nagyívászat megelőzésében). A fiúk számára ezzel szemben a vallásos hittételek elfogadása, valamint a vallási jóllét nyújt védelmet; bár kevésbé tűnnek vallásosnak az adatok alapján, mégis azok, akik a tradicionális vallást elfogadják, könnyebben állnak ellen az alkoholfogyasztás csábításainak. A *New age* hitelemek elfogadása ugyanakkor mindkét nem esetében rizikófaktoraként jelentkezett, azaz nagyobb esélyhányadossal járt együtt.

3) Klaszteranalízissel a középiskolásokat a valláshoz való viszonyulásuk alapján összesen négy csoportba soroltuk, amelyek a teljes minta 65%-át fedik le: a) vallásos/spirituális csoport („hívők”, akik aktívan gyakorolják a vallásukat intézményes keretek között is; b) a vallásra/spiritualitásra nyitottnak (akik nem olyan aktívak, mint az előző csoport, de időnként gyakorolják is a vallásukat); c) a vallást elutasító, egyértelműen nem hívők aránya és d) misztika/vallás híján (azaz a „maguk módján”) boldogulók. Kiemelném, hogy az önmagukat

alsó társadalmi osztályba sorolók között vannak a legtöbben a hívők, de a vallást teljesen elutasítók is viszonylag magas százalékban vannak jelen; a felső társadalmi osztályba tartozók között viszont nemcsak a nem hívők vannak a legtöbben, hanem a misztika/vallás híján boldogulók is. A hívő csoportba tartozó fiataloknak volt a legjobb a tanulmányi eredményük, emellett lelki egészségük is kitűnő, jellemző rájuk az alacsony depresszió-pontszám, az étellel való nagyfokú elégedettség, optimizmus, belső kontroll, valamint a dohányzás és alkoholfogyasztás alacsony gyakorisága. A vallásosság/spiritualitás tehát védőfaktorként funkcionál e fiatalok számára. Másrészt megmutatkozott a vallást elutasítók védettségének hiánya, amennyiben ebben a csoportban volt a legmagasabb az alkohol- és drogfogyasztás, leggyakoribb a depresszió, és életükkel is a legkevésbé elégedettek. Ezzel szemben a misztika/vallás híján boldogulók a legelégedettebbek az életükkel, lelki egészségük is kiváló, bár a dohányzás és alkoholfogyasztás viszonylag magas aránya miatt kissé hedonistának tűnnek.

III.7. MAKÓI IFJÚSÁGKUTATÁS 2010

Célkitűzések: A kutatás célja az ún. mértékadó (*authoritative*) szülői bánásmód, a negatív és pozitív szülői kapcsolat, valamint a serdülők dohányzása, alkoholfogyasztása és depressziós tünetegyüttese közötti összefüggések elemzése volt.

Minta: A felmérést Makó és a környező kistérség összes alap- és középfokú oktatási intézményében végeztük 2010 tavaszán. A falusi iskolák közül értelemszerűen azokat az intézményeket vontuk be, ahol még fennmaradt a felső tagozat, azaz az 5-8. osztály. Így a mintánk reprezentálja az egész várost, hiszen az ott működő összes oktatási intézmény bevonásával végeztük kutatásunkat, azonban ezen felül tükrözi egy kistérség falusi serdülőkorú populációját is, mivel a térség összes általános iskoláját is bevontuk programunkba. A minta tervezett elemszáma 2394 fő, a végső elemszám 2072 fő volt, a kettő közötti differencia a hiányzásokból adódott. A válaszadási arány így 86,5 %-os lett. A 2072 főből 348 fő, 16,8 % a térségi falvak iskoláiban tanul, 1724 fő, 83,2 % pedig Makón végzi iskolai tanulmányait. A korosztály 7-12. osztályos tanulókig terjedt. Az életkor minimuma 12, maximuma 22 év volt. A nemek megoszlása: 49,2% fiú, 50,8% lány; 38,1% tanul általános iskolában és 61,9% középiskolában.

Módszerek:

- Szociodemográfiai kérdések
- Dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések (Kann, 2001)
- A serdülők depressziós tünetegyüttese (*Children's Depression Inventory*, CDI) (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999)
- Mértékadó nevelés Index (*Authoritative Parenting Index*, Jackson, Henriksen és Foshee, 1998).
- Negatív családi kapcsolatok skála (*Negative Family Interactions*, Furstenberg és mtsai, 1990)
- Pozitív szülői azonosulás skála (*Positive Identification with Parents*, Furstenberg és mtsai, 1990).

Eredmények összegzése:

1) Korábbi vizsgálatok arra az eredményre jutottak, hogy a szülői bánásmód, a családi klíma a látszólag lazuló kötelék ellenére is jelentősen kihat a fiatalok problémaviselkedésére (Hair és mtsai, 2008). Az általunk vizsgált változók közül a negatív családi kapcsolatok, konfliktusok

rizikóhatást közvetítenek, amit saját eredményeink is igazoltak, s ez különösen igaz a dohányzás esetében. Az a feltételezésünk is megerősítést nyert, hogy az ún. mértékadó (*authoritative*) szülői nevelési stílus és a pozitív szülői azonosulás egyfajta védőfaktoroként funkcionál, hiszen jelent tanulmányban is alacsonyabb szerfogyasztással jártak együtt ezek a változók. Viszont, míg a dohányzása esetében a havi prevalenciával, addig az alkoholfogyasztása esetében az életprevalenciával összefüggően bizonyultak bizonyos változók kevésbé meghatározónak, mint például a szülők követelő bánásmódja.

2) Eredményeink megerősítik az ún. mértékadó szülői nevelési stílus védőfaktor jellegét a serdülőkorai depressziós tünetekkel összefüggésben is. Különösen a lányok esetében erőteljes a védő hatás. Az ellenkező nemű szülő nevelési stílusa kiemelt hatást gyakorol a szocializációs folyamatra a mentális egészség megőrzése terén. Adataink felhívják a figyelmet arra is, hogy a negatív családi kapcsolatok rizikófaktoroként, a pozitív szülői azonosulás pedig védőfaktoroként szolgál serdülőkorban is.

IV. KÖVETKEZTETÉSEK

Serdülőkor: sebezhetőség vagy sérthetlenség?

Adataink megerősítik, hogy a serdülőkorban a *depressziós tünetek* száma jelentősen megnő, és megjelennek, majd erősödnek a nemek szerinti eltérések is, azaz a növekedés különösen a lányokra jellemző. A depressziós tünetegyüttes rizikó- és protektív struktúráját elemezve megállapítottam, hogy a *lányokra* mind a rizikó-, mind pedig a protektív faktorok túlsúlya jellemző. Az eredmények közül ki kell emelni azt is, hogy azok a lányok, akik normaszegésről számoltak be, gyakrabban voltak depressziósak, míg ez a fiúkra nem volt jellemző.

Az életkori változásokat figyelembe véve jelentős eltéréseket igazoltam a korai és kései serdülőkre vonatkozóan: a kései serdülőkorban gyakoribb a depresszió, nagyobb a rizikóhatás, de nagyobb a védelem is, és szintén nagyobbak a nemek szerinti különbségek a rizikó- és protektív struktúrában. Míg a *szülői védőfaktorok* (pl. beszélgetés a szülőkkel) a korai serdülőkorban nem jelentkeztek védőfaktoroként, azaz a korai serdülőkor még sokkal több problémával, konfliktussal jár együtt a szülő-gyermek kapcsolatban, később a szociális szerepek újratanulásával a kapcsolat harmonikusabbá válhat.

A serdülőkorúak ugyanakkor nem tartják magukat sérthetetlennek, számos egészségkockázatot reálisan látnak. Újdonságnak számítnak viszont azok az eredményeim, amelyek a *kockázátészlelést* befolyásoló pszichikai jellemzőkre hívják fel a figyelmet. Például az ellenségesség növeli a kockázatbecslés mértékét, ugyanakkor a kockázati magatartás nagyobb gyakoriságával is együtt jár. Az énhatékonyság pedig a problémaorientáltságával nagyobb fókuszot biztosíthat a kockázatnak, aminek viszont prevenció jelentősége is lehet, amennyiben a prevenció, az aktív tennivágyás iránti fogékonyságot növeli. A szociális összehasonlítás pedig a balesetek gyakori médiabeli megjelenésén keresztül is tudatosíthatja a kockázatot.

Ugyanakkor a társas hatások nemcsak a kockázátészlelésben fontosak: a szerfogyasztás *motivációs struktúráját* alkalmazva megállapítottam, hogy a társas motivációk domináns attitűdöt képviselnek mindkét nem esetében. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban más motiváció nem is volt meghatározó. A lányok esetében emellett a coping/érzelmi reguláció is igazolást nyert, ami szintén igazolja a kockázatok nemi jellegzetességeinek fontosságát.

Kulturális különbségek és hasonlóságok

Az összehasonlító adatok azt mutatják, hogy a *szertifogyasztásban* jelentős eltérések lehetnek az adott kultúra szokásrendjétől és a szerrel szemben előforduló toleranciaszinttől függően. A kultúra tehát mindig kihat a magatartási döntésekre és a társas szituációkban gyakorolt viselkedésformák elfogadottságára. A dohányzás például az USA-ban kevésbé elfogadott magatartási forma, sőt, egyfajta *deviancia*, addig a drogokhoz való hozzájutás – bár ott is illegális – még mindig könnyebb, mint hazánkban. Az erőszakos, agresszív viselkedés (ami összefügg az önvédelem individualista felfogásával), szintén gyakoribb az amerikai fiatalok körében.

Míg a szerfogyasztás terén a gyakoriságokban lehetnek akár jelentős eltérések is, a modern társadalomban a serdülőkor meghosszabbodásával járó *iffúsági moratórium* következtében – ami a globalizációval még teljesebbé vált – alig találtam különbségeket az egészségmagatartást befolyásoló faktorok struktúrájában. Univerzális rizikó- és védőfaktorokat viszont igen. Ilyen univerzális védőfaktor például az *egészséges önbizalom*, amit a pozitív pszichológia is jelentős fejlődéstani erőforrásként tart számon. Az önbizalom viszont akkor egészséges, ha stabil, és nem törékeny, mert ebben az esetben gyakoribb externalizáló problémaviselkedéssel vagy szerfogyasztással járhat együtt, ugyanis sokan a normaszegő viselkedést használják törékeny önbizalmuk erősítésére.

Ugyanakkor a szerfogyasztás, a bandatagság, a szülői bántalmazás, vagy a rossz iskolai teljesítmény a problémaviselkedés *univerzális rizikófaktorainak* számítanak, amelyek kulturális hovatartozástól függetlenül hatnak. Mégis lehetnek eltérések, amelyek a kultúrából fakadóan befolyásolhatják egy-egy rizikótényező vagy védőfaktor megvalósulási esélyét. Ilyen például a nem intakt (kétszülős) családi struktúra, amely a magyar mintában a problémaviselkedés kockázatát növelte, míg az amerikai fiatalokra ez nem volt jellemző. A válás az amerikai családokban sokkal gyakoribb, ugyanakkor a családi kapcsolatok „menedzsmentje” jobban működik, mint más fejlett országokban, ami azt jelentheti, hogy kevésbé jelentkezik ez a hatás rizikófaktoraként. Másrészt *univerzális védőfaktor* a szülői kontroll, viszont az iskolai védőfaktorok az amerikai fiatalok körében erőteljesebben vannak jelen, ami az amerikai iskolák nagyobb szintű nevelésorientáltságában gyökerezhet. A dohányzással összefüggésben még kevésbé fordultak elő kulturális eltérések; de pl. az iskolai teljesítmény és a dohányzás összefüggése az amerikai fiatalok körében volt a legkevésbé jellemző, ami az alacsony dohányzási gyakorisággal, és az eltérő osztályozási szokásokkal is magyarázható.

Társadalmi egyenlőtlenségek a fiatalok pszichikai egészségében és egészségmagatartásában

Eredményeim felhívják a figyelmet arra, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek megélése egészségpszichológiai szempontból is lényeges. Elemzéseim rávilágítottak arra, hogy az egyes társadalmihelyzet-mutatóknak eltérő szerepük lehet. Megállapítottam, hogy a szubjektív rétegbesorolás a legjelentősebb mutató, amely a serdülők pszichikai egészségét és egészségmagatartását befolyásolja. A *családi struktúra* (amennyiben a fiatal nem kétszülős családban él) szintén kihat a fiatalok egészségének pszichikai dimenziójára. A szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége korlátozott mértékű, ráadásul az összefüggés nem lineáris és nem konzisztens, sok esetben inverz (főként a szerfogyasztással kapcsolatban).

Úgy tűnik, hogy a „klasszikus”, objektív társadalmihelyzet-mutatók (így az iskolázottság és az alkalmazási minőség) nem egyértelműen járul hozzá az egészségi-állapotbeli egyenlőtlenségekhez. Igazoltam viszont, hogy meghatározó a szülők *inaktív*

státusza, azaz munkanélkülisége vagy nyugdíjas helyzete, amely gyakoribb tünetképzéssel és az egészség rosszabb értékelésével, ugyanakkor ritkább szerfogyasztással jár együtt.

Összességében eredményeim megerősítik a serdülők egészségi állapotában megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek *komplex* és *ellentmondásos* jelenségét. Emellett kiemelik a *szubjektív rétegbesorolás* fontosságát, amely a legerősebb befolyást jelenti a fiatalok pszichikai állapotára. Az önmagukat közép, illetve felső-közép osztályba sorolók kevésbé szenvednek depressziótól, ugyanakkor elégedettebbek az életükkel, optimistábbak, és saját egészségüket is jobbnak értékelik, mint az alsó és alsó-közép osztályba tartozók. Mindez a fogyasztói társadalomban felerősödik, a relatív depriváció depressziót és szorongást válthat ki, amely később testi betegségek kialakulásához járulhat hozzá.

Éppen ezért egy *komplex modellben* elemeztem a társadalmihelyzet-mutatók és a depresszió összefüggését, potenciális mediátorként alkalmazva a szülői társas támogatást és az optimizmust. Eredményeim megerősítik, hogy az objektív társadalmihelyzet-mutatók a szubjektív társadalmi helyzeten keresztül kihatnak a szülői társas támogatásra. Az adatok szerint a társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak a serdülők depressziós tüneteinek gyakoriságában: a hatásmechanizmusban a *szülői társas támogatás* kiemelt szerepet játszik, amely az *optimizmuson* keresztül fejti ki hatását a serdülők pszichikai egészségére.

Serdülők vallásossága a posztmodern, individualista, fogyasztói társadalomban

Az adatok alapján arra következtettem, hogy a középiskolások vallásossága/spiritualitása sokszínű és összefügg lelki egészségükkel, egészségmagatartásukkal, amelyben a modern, individualista fogyasztói társadalom sajátosságai is tükröződnek. *Klaszteranalízis* segítségével a fiatalok valláshoz való viszonyulása alapján négy klasztert sikerült elkülönítenem: 1) vallásos/spirituális csoport („hívők”, akik aktívan gyakorolják a vallásukat intézményes keretek között is; 2) vallásra/spiritualitásra nyitottnak (akik nem olyan aktívak, mint az előző csoport, de időnként gyakorolják is a vallásukat); 3) a vallást elutasító, egyértelműen nem hívők aránya és 4) misztika/vallás híján (azaz a „maguk módján”) boldogulók. Kiemelném, hogy az önmagukat alsó társadalmi osztályba sorolók között vannak a legtöbben a hívők, de a vallást teljesen elutasítók is viszonylag magas százalékban vannak jelen; a felső társadalmi osztályba tartozók között viszont nemcsak a nem hívők vannak a legtöbben, hanem a misztika/vallás híján boldogulók is.

A *hívő* csoportba tartozó fiataloknak nemcsak tanulmányi eredményük kitűnő, hanem lelki egészségük is, jellemző rájuk az alacsony depresszió-pontszám, az élettel való nagyfokú elégedettség, optimizmus, belső kontroll, valamint a dohányzás és alkoholfogyasztás alacsony gyakorisága. A vallásosság/spiritualitás tehát védőfaktorként funkcionál e fiatalok számára. A *vallást elutasítók* védettségének hiánya nyilvánvaló az adatokból: ebben a csoportban volt a legmagasabb az alkohol- és drogfogyasztás, leggyakoribb a depresszió, és életükkel is a legkevésbé elégedettek. Ezzel szemben a *misztika/vallás híján boldogulók* a legelégedettebbek az életükkel, lelki egészségük is kiváló, bár kissé hedonista karakterisztikát tükröz a dohányzás és alkoholfogyasztás viszonylag magas aránya.

Elemzésünk során megállapítást nyert a fiatalok alkoholfogyasztásával kapcsolatban, hogy a *New age* hitelemek elfogadása rizikófaktorként jelentkezett, azaz nagyobb kockázattal járt együtt. Ennek alapján megállapítottam, hogy a szélesebb értelemben vett spiritualitáshoz képest a (*tradicionális*) vallásosság védőfaktor jellege erősebben érvényesül.

Adataim felhívják a figyelmet a *spirituális jóllét* jelentőségére, amelynek főként az egzisztenciális (a lét értelmére vonatkozó) szempontjai meghatározóak ebben a korban, és szorosan összefüggnek a személyiségfejlődés más aspektsaival is, mint a belső/külső

kontroll vagy az optimizmus. Ezek pedig összességében kihatnak mind a szerfogyasztásra, mind pedig a serdülők pszichikai egészségére.

A fiatalok viselkedése értékorientációik és értékpreferenciáik tükrében

Az értékek vonatkozásában a fiatalok egyáltalán nem egységesek, sőt, a modern, individualista társadalom érték-és normarendjének megfelelően elmondhatjuk, hogy soha ilyen nagy különbségek nem voltak még egy generáción belül. Ugyanakkor bizakodásra ad okot, hogy a vizsgált középiskolások által preferált értékek fontossági sorrendjében a *belső értékek* bizonyultak a legfontosabbnak, mint az egészség, barátság, illetve a család. Az értékpreferenciát azonban jelentősen befolyásolják társadalmi és pszichológiai jellemzők. Például a gazdagabb családok gyermekei sokkal fontosabbnak tartják a külső értékeket, míg a belső értékek preferálásában nincs jelentős különbség. A vallásosság is a belső értékorientációra hajlamosít, csakúgy, mint a jövőorientáltság, ami a jövőre irányuló, felelősségteljes gondolkodást foglalja magában. Megállapítottam, hogy a rendszeresen *sportoló fiatalok* jövőbeli életük szempontjából kevesebb jelentőséget tulajdonítanak a külső értékeknek, viszont a belső értékek tekintetében nem volt jelentős eltérés.

A káros szenvedélyek és az értékek kapcsolatát is sikerült igazolnom: a külső értékorientáció pozitívan, a belső értékorientáció viszont negatívan függ össze a dohányzással, az alkohol- és drogfogyasztással. Külön ki kell emelni az *anyagias beállítódást*, hiszen saját eredményeim is igazolták összefüggését a rosszabb pszichikai státusszal: főként az anyagi elégedetlenség függ össze a depressziós és pszichoszomatikus tünetekkel. Viszont az anyagias beállítódás (ha valaki az anyagi sikereket tartja fontosnak) önmagában is kedvezőtlenebb egészségmagatartással, azaz gyakoribb szerfogyasztással jár együtt.

A serdülő-szülő kapcsolat finomelemzése: Hogyan neveljünk boldog serdülőket?

Serdülőkorban a szülő-serdülő kapcsolat jelentősen átalakul, azonban eredményeim is megerősítik, hogy a szülők továbbra is fontos szocializációs szereppel bírnak, és kiemelt védőhatást jelentenek a fiatalok számára. A szülői bánásmód, a családi klíma a látszólag lazuló kötelék ellenére is jelentősen kihat a fiatalok problémaviselkedésére.

Eredményeim szerint a *szülői kontroll* továbbra is jelentős védőfaktor marad, amely csökkenti többek között a kockázatos helyzetek számát, a szülői kontrollhoz képest a társas támogatás alig játszik szerepet. Összességében a társas háló átstrukturálódása komoly szerepet játszik abban, hogy a szülők „klasszikus nevelési eszközének” védőhatása igen csekély. Mégis, amint adataim igazolták, annak ellenére, hogy a szülői változók hatása nem igazán jelentős a fiatalok szerfogyasztásának alakulásában, ha mégis jelen vannak, képesek védelmet nyújtani. Így például a problémák nyílt megbeszélése helyett a közös vacsora a családdal bizonyult fontos védőfaktornak, ami szintén lehetőséget nyújthat beszélgetésre vagy akár (rejtett) szülői kontrollra.

Adataim igazolták, hogy az ún. *mértékadó szülői nevelési stílus* és a pozitív szülői azonosulás egyfajta védőfaktorként funkcionál, hiszen alacsonyabb szerfogyasztással jártak együtt ezek a változók. Másrészt eredményeim megerősítik védőfaktor szerepét a serdülőkori depressziós tünetekkel összefüggésben. Különösen a lányok esetében erőteljes a védő hatás. Rávilágítottam arra, hogy a depresszió esetében az ellenkező nemű szülő nevelési stílusa gyakorol kiemelt hatást a szocializációs folyamatra a mentális egészség megőrzése terén. Ez a nevelési stílus optimális mértékben foglalja magában a szülői kontrollt és a reflexivitást, odafigyelést.

IRODALOM

- Ary, D.V., Duncan, T.E., Duncan, S.C., Hops, H. (1999) Adolescent problem behavior: The influence of parents and peers. *Behavior Research and Therapy*, 37, 217-230.
- Bardi, A., Schwartz, S.H. (2003) Values and behavior: Strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207-1220.
- Barry, N.C., Nelson, L.J. (2005) The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(3), 245-255.
- Beck, M., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2003) Social representations of major depression in West and East Germany: Do differences still persist 11 years after reunification? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 520-525.
- Bongers, I.L., Koot, H.M., van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2003) The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 179-192.
- Brinkerhoff, M.B., Jacob, J.C. (1987) Quasi-religious meaning systems, official religion, and quality of life in an alternative lifestyle: A survey from the back-to-the-land movement. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 26, 63-80.
- Brown, T.L., Parks, G.S., Zimmerman, R.S., Phillips, C.M. (2001) The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 696-705.
- Buss, A.H., Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Caldwell, L.L., Darling, N., Payne, L., Dowdy, B. (1999) "Why are you bored?" An examination of psychological and social control causes of boredom among adolescents. *Journal of Leisure Research*, 31, 103-121.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (1998) The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Costa, F.M., Jessor, R., Donovan, J.E. (1989) Value on health and adolescent conventionality: A construct validation of a new measure in problem behavior theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 841-861.
- Crawford, E., Wright, M.O., Masten, A.S. (2006) Resilience and spirituality in youth. In: Roehlkepartain, E.C., Ebsteyne, P.E., Wagener, L., Benson, P. (eds) *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. Sage, Thousand Oaks, CA., pp. 355-370.
- Deković, M. (1999) Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 667-685.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Erikson, E.H. (1968) *Identity: youth and crisis*. W.W. Norton, New York.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Albayrak Kaymak, D., Ilter, O. (2004) Perceived health status in a Turkish adolescent sample: Risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*, 163, 485-494.
- Fitzpatrick, K.M. (1997) Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 131-148.
- Formoso, D., Gonzales, N.A., Aiken, L.S. (2000) Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 28, 175-199.
- Furstenberg, F. F., Cook, T. D., Eccles, J., Elder, G. H., Sameroff, A. (1990) *Managing to make it: Urban families and adolescent success*. The University of Chicago Press, Chicago.

- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A.C., Hessling, R.M. (1996) A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15, 344-354.
- Gibbons, F.X., Buunk, B.P. (1999) Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 129-142.
- Good, M., Willoughby, T. (2008) Adolescence as a sensitive period for spiritual development. *Child Development Perspectives*, 2, 32-37.
- Good, M., Willoughby, T. (2006) The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 41-55.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., Cleveland, K. (2008) The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 187-200.
- Halpern-Felsher, B., Millstein, S.G., Ellen J.M., Adler, N., Tschann, J.M., Biehl, M. (2001) The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, 20, 120-126.
- Hanson, M.D., Chen, E. (2007) Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 263-285.
- Harland, P., Reijneveld, S.A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S.P., Verhulst, F.C. (2002) Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 176-184.
- Hunyady Gy. (2006) *A szociálpszichológia történeti olvasatai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Jackson, C., Henriksen, L., Foshee, V. A. (1998) The Authoritative Parenting Index: Predicting health risk behaviors among children and adolescents. *Health Education & Behavior*, 25, 319-337.
- Jessor, R. (1993) Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Kann, L. (2001) The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25, 272-277.
- Kasser, T., Ahuvia, A. (2002) Materialistic values and well-being in business students. *European Journal of Social Psychology*, 32, 137-146.
- Kasser, T., Sheldon, K.M. (2000) Of wealth and death: Materialism, mortality salience, and consumption behavior. *Psychological Science*, 11, 348-351.
- Kasser, T., Ryan, R.M. (1993) A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kovács E., Pikó B. (2009) Vallásosság a magyar középiskolások körében. *Társadalomkutatás*, 27(1), 27-48.
- Leadbeater, B.J., Kuperminc, G.P., Blatt, S.J., Hertzog, C. (1999) A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268-1282.
- Li, X., Stanton, B., Feigelman, S. (2000) Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years. *Journal of Adolescent Health*, 27, 49-56.
- MacDonald, D.A. (2000) Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68, 153-197.
- Miller, L., Davies, M., Greenwald, S. (2000) Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1190-1197.
- Moscovici, S. (2002) *Társadalom-lélektan*. Osiris, Budapest.

- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Pargament, K.I., Mahoney, A. (2002) Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (eds) *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, pp. 646-659.
- Pellerin, L. A. (2005) Applying Baumrind's parenting typology to high schools: Toward a middle-range theory of authoritative socialization. *Social Science Research*, 34, 283-303.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., Hernandez, L., Cella, D. (2002) Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well-being scale (FACIT – Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58.
- Pikó B. (szerk.) (2005) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B. (2003) *Társadalom, kultúra és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (szerk.) (2002a) *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATEPress, Szeged.
- Pikó B. (2002b) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B., Fitzpatrick, K.M. (2001) Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science and Medicine*, 53, 817-830.
- Rew, L., Wong, Y.J. (2006) A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.
- Richins, M.L., Dawson, S. (1992) A consumer values orientation for materialism and its measurement: Scale development and validation. *Journal of Consumer Research*, 19, 303-316.
- Ritterman, M.L., Fernald, L.C., Ozer, E.J., Adler, N.E., Gutierrez, J.P., Syme, S.L. (2009) Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Social Science & Medicine*, 68, 1843-1851.
- Rokeach, M. (1973) *The nature of human values*. Free Press, New York.
- Ronis, D.L. (1992) Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. *Health Psychology*, 11, 127-134.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. (1989) Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54, 1004-1018.
- Rosenberg, M. (1979) *Conceiving the self*. Basic Books, New York.
- Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.
<http://www.psych.uncc.edu/pagoolka/LC.html> Letöltve: 2011. január 6.
- Rózsa, S., Vetró, Á., V. Komlósi, A., Gáboros, J., Kö, N., Csorba, J. (1999) Gyermekek és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 19, 459-482.
- 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, 1069-1081.
- Salonna, F., van Dijk, J., Madarasova Geckova, A., Sleskova, M., Groothoff, J., Reijneveld, S.A. (2008) Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 8, 57.
- Scharf, M., Mayseless, O., Kivenson-Baron, I. (2004) Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, 40, 430-444.

- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1985) Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995) The Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman, J., Wright, S., Johnston, M. (eds) *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. NFER-NELSON, Windsor, UK, pp. 35-37.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002) Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder, C.R., Lopez, S. (eds.) *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, pp. 3-9.
- Sheldon, K.M., King, L. (2001) Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M.G., Adler, N.E. (2005) Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 67, 855-861.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S., Edwards, C.S. (1994) The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 747-752.
- Teközel, M., Gibbons, F.X., Piko, B.F., Luszczynska, A. (2002) Adolescents' risk perceptions across cultures: A cross-cultural study. In: Leal, I., Btelho, T., Ribeiro, J.P. (eds.) *Health through the life cycle: A life span perspective*. European Health Psychology Society Lisbon, Portugal, pp. 35-45.
- Tsuang, M.T., Simpson, J.C., Koenen, K.C., Kremen, W.S., Lyons, M.J. (2007) Spiritual well-being and health. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195, 673-680.
- Tuinstra, J., Groothoff, J.W., van den Heuvel, W.J., Post, D. (1998) Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: Do they exist? *Social Science and Medicine*, 47, 67-74.
- Turner, R.J., Marino, F. (1994) Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 513-519.
- Tyas, S.L., Pederson, L.L. (1998) Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409-420.
- Ungar, M.T. (2000) The myth of peer pressure. *Adolescence*, 35, 167-180.
- Unger, J.B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B.R., Palmer, P. (2002) Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10, 257-279.
- Walker, C., Ainette, M.G., Wills, T.A., Mendoza, D. (2007) Religiosity and substance use: Test of an indirect-effect model in early and middle adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 84-96.
- Wallace Jr., J.M., Forman, T.A. (1998) Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education & Behavior*, 25, 721-741.
- Whiteman, M.C., Fowkes, F.G.R., Deary, I.J., Lee, A.J. (1997) Hostility, cigarette smoking and alcohol consumption in the general population. *Social Science and Medicine*, 44, 1089-1096.
- Wichstrom, L. (1999) The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245.
- Williams, G.C., Cox, E.M., Hedberg, V.A., Deci, E.L. (2000) Extrinsic goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1756-1771.

- Wills, T.A., Sandy, J.M., Shinar, O., Yaeger, A. (1999) Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 327-338.
- Wills, T.A., Cleary, S. D. (1995) Stress-coping model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. In: Fertig, J.B., Allen, J.P. (eds.) *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD., pp. 107-128.
- Ybrandt, H. (2008) The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 1-16.

A DISSZERTÁCIÓ ALAPJÁT KÉPEZŐ PUBLIKÁCIÓK

Könyvek, könyvrészek

- Pikó B. (szerk.) (2010) *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B. (2009) Protektív tényezők szerepe az addikciók ifjúkori megelőzésében. In: Demetrovics Zsolt (szerk.) *Az addiktológia alapjai II*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 83-104.
- Pikó B. (2007) A serdülőkori egészségmagatartás pozitív pszichológiai megközelítése. In: Demetrovics Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. (szerk.) *Iskolai egészségpszichológia*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 73-89.
- Fitzpatrick, K.M., Piko, B.F., Wright, D.R., (2005) A tale of two cities: Health-compromising behaviors between Hungarian and American youth. In: Bass, L.E. (eds.) *Sociological Studies of Children and Youth. Vol. 10*. (Special International Volume). Elsevier, Amsterdam, pp. 189-212.
- Pikó B. (szerk.) (2005) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B. (2005) *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2003) *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2002) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Skultéti D., Pikó B. (2007) Fiatalok értékattitűdjei a társadalmi helyzet tükrében. In: S. Nagy Katalin, Orbán Annamária (szerk.) *Értékek és normák interdiszciplináris megközelítésben*. Gondolat, Budapest, pp. 117-124.

Tanulmányok, cikkek

- Pikó B., Kovács E., Kriston, P., Fitzpatrick, K.M. (submitted) "To believe or not to believe?" Religiosity, spirituality and alcohol use among Hungarian adolescents". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*.
- Pikó B., Balázs M.Á. (submitted) Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depression. *European Child and Adolescent Psychiatry*.
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (benyújtva) Ki mennyire hisz vagy ki mennyire vallásos? Spiritualitás, vallásosság és az alkoholfogyasztás összefüggései középiskolások körében. *Magyar Pszichológia Szemle*.
- Pikó B., Balázs M.Á. (megjelenés alatt) A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából. *Pszichológia*.
- Pikó B., Balázs M.Á. (in press) Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*.
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (megjelenés alatt) Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig. *Társadalomkutatás*.

- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (2011) A belső/külső kontroll és a serdülőkori szerfogyasztás összefüggésének jelentősége a magatartásorvoslásban. *Orvosi Hetilap*, 152(9), 331-337.
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (2011) Spiritualitás – vallás – egészség: Fiatalok mentális egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(3), 261-276.
- Pikó B., Balázs M.Á. (2010) Kontroll vagy részvétel? A szülői nevelési stílus összefüggése a serdülőkori depresszióval. *Psychiatria Hungarica*, 25(6), 538-544.
- Pikó B., Luszczynska, A. (2010) Társadalmi egyenlőtlenségek a serdülőkori depresszióban: Mediátor tényező-e a társas támogatás és az optimizmus? *Psychiatria Hungarica*, 25(3), 233-242.
- Pikó B. (2010) Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében. *Társadalomkutatás*, 28, 53-64.
- Pikó B.F., Kovács E. (2010) Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-56.
- Pikó B., Kovács E., Fitzpatrick, K.M. (2009) What makes a difference? Understanding the role of protective factors in Hungarian adolescents' depressive symptomatology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 617-624.
- Pikó B., Gibbons, F.X. (2008) Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *International Journal of Public Health*, 53, 131-138.
- Pikó B. (2008) Serdülők értékorientációja és egészségmagatartása. *Iskolakultúra*, 18(3-4), 62-68.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2007) Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17, 353-360.
- Pikó B.F., Wills, T.A., Walker, C. (2007) Motives for smoking and drinking: Gender and country differences in samples of Hungarian and US high school students. *Addictive Behaviors*, 32, 2087-2098.
- Pikó B. (2007) Kockázatesztelés serdülőkorban: A sérthetlenség illúziója vagy józan előrelátás? *Addiktológia*, 6(1), 5-18.
- Pikó B. (2006) Satisfaction with life, psychosocial health, and materialism among Hungarian youth. *Journal of Health Psychology*, 11, 827-831.
- Pikó B., Keresztes N. (2006) Physical activity, psychosocial health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, 31(2), 136-145.
- Keresztes N., Pikó B. (2006) Középiskolás fiatalok pszichoszociális egészsége és értékorientációja fizikai aktivitásuk tükrében. *Egészségfejlesztés*, 47(4), 19-23.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M., Wright, D.R. (2005) A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(2), 95-103.
- Pikó B., Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Tekőzel, M., (2005) A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *European Journal of Public Health*, 15, 393-398.
- Pikó B. (2005) Adolescents' health behaviors in the light of their value orientations. *Substance Use and Misuse*, 40, 735-742.
- Pikó B. (2005) A szubjektív jóllét egészségpszichológiai vizsgálata fiatalok körében: Az étellel való elégedettség és az egészség összefüggése. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 87-99.
- Pikó B. (2004) Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációinak vizsgálata. *Addiktológia*, 3(2), 191-202.

- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2003) Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 44-54.
- Pikó B., Fitzpatrick, K. (2001) A rizikó és protektív elmélet alkalmazása a serdülőkori depressziós tünetegyüttes magatartás-epidemiológiai vizsgálatában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 12, 41-47.
- Pikó B., Fitzpatrick K. (2001) Fiatalok rizikómagatartása a kultúra tükrében: magyar és amerikai fiatalok összehasonlító vizsgálata. *Egészségnevelés*, 42, 249-252.

A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

Könyvek, könyvrészek

- Pikó B. (2010) Normalitás és deviancia az empirikus kutatások tükrében. In: Mészáros József és Harcsa István (szerk.) *A krízis mint esély*. Gondolat, Budapest, pp. 79-90.
- Pikó B., Kovács E. (2010) A társadalmi tőke jelentősége a fiatalok számára: Vallás, családi kapcsolatok és egészség. In: Mészáros József és Harcsa István (szerk.) *A krízis mint esély*. Gondolat, Budapest, pp. 20-28.
- Pikó B.F., Mikulan, R. (2010) Risk perception and behavior: Evaluation of own diet among young athletes and nonathletes in Hungary. In: Joana G. Lavino, Rasmus B. Neumann (eds.) *Psychology of riskperception*. NOVA Science Publishers, Inc., pp. 169-187.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2011) "Is optimism good for your health?" The role of optimism in adolescent life and health. In: Phyllis R. Brandt (ed.) *Psychology of optimism*. NOVA Science Publishers, Inc., New York, pp. 123-143.
- Brassai L., Pikó B. (2009) The role of parent-adolescent connection in child welfare: A study of high school students in Transylvania, Romania. In: Steven J. Quintero (ed.) *Child welfare issues and perspectives*. NOVA Science Publishers, New York, pp. 55-76.
- Pikó B. (2008) "Do you really need to smoke?" Smoking and psychosocial health among adolescents. In: Martin M. Lapointe (ed.) *Adolescent smoking and health research*. NOVA Science Publishers, New York, pp. 225-242.
- Pikó B., Keresztes N., Bak J. (2008) Egészségtudatos attitűdök kialakítása serdülőkorban: Szociálpszichológiai megközelítés. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 497-504.
- Pikó B., Pluhár Zs., Keresztes N. (2007) Psychology of motivation of early adolescents' sports activity. In: Liam A. Chiang (eds.) *Motivation of exercise and physical activity*. Nova Science Publisher, New York, pp. 53-66.
- Pikó B., Keresztes N. (2007) *Sport, lélek, egészség*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2007) A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.) *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, pp. 115-132.
- Pikó B., Keresztes N. (2007) The role of social coping mechanisms in adolescent health behavior. In: Terry C. Rhodes (eds.) *Focus on adolescent behavior research*. Nova Science Publisher, New York, pp. 157-170.
- Kopp M., Pikó B. (2006) Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 10-19.
- Pikó B. (2006) Vallásosság és káros szenvedélyek összefüggései fiatal korban. In: Kapócs I., Maár M., Szabadka P. (szerk.) *Hány lépés az élet? Ifjú-Kór 4*. Okker Kiadó, Budapest, pp. 327-343.

- Pikó B. (2006) A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In: Bíró Judit (szerk.) *Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 81-101.o.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2006) Cross-cultural parent-child relations: The role of parental monitoring in youth's substance abuse behaviors in Hungary and the United States. In: Dorothy M. Devore (eds.) *New development in parent-child relations*. Nova Science Publishers, New York, pp. 15-28.
- Pikó B. (2005) A serdülőkor orvosi pszichológiai problémái. In: Kopp M., Berghammer Rita (szerk.) *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, pp. 188-194.
- Pikó B. (2004) A mentálhigiénés szemlélet jelentősége az ifjúkori krízisek megelőzésében. In: Kapócs Imre, Maár Márton, Szabadka Péter (szerk.) *Ifjú-Kór 3*. Okker Kiadó, Budapest, pp. 189-201.
- Pikó B. (2003) Dohányzás mint a legelterjedtebb droghasználat. In: Kapócs Imre, Maár Márton, Szabadka Péter (szerk.) *Ifjú-Kór 2*. OKKER Kiadó, Budapest, pp. 43-67.
- Kopp M., Pikó B. (2001) Magatartás epidemiológiai vizsgálatok: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. In: Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.) *Magatartástudományok*. Medicina, Budapest, pp. 729-753.

Tanulmányok, cikkek

- Brassai L., Pikó, B.F., Steger, M.F. (in press) Existential attitudes and adolescents' health and problem behaviors: Highlighting role of the search for meaning in life. *Psychological Record*.
- Page, R., Pikó B., Balazs, M., Struk, T. (2011) Social normative beliefs regarding cigarette smoking in Hungarian adolescents. *Pediatrics International*, 53(3), 662-668.
- Kovacs E., Pikó B., Fitzpatrick, K.M. (2011) Religiosity as a protective factor against substance use among Hungarian high school students. *Substance Use & Misuse*, 46(10), 1346-1357.
- Brassai L., Pikó B. (2011) Az élet értelmességére irányuló keresés és a proszocialitás mint a serdülőkori szerfogyasztással szembeni védőfaktorok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(1), 17-34.
- Brassai, L. Piko, B.F., Steger, M.F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18, 44-51.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2011) Optimista sportoló, pesszimista dohányzó? Középiskolások egészségmagatartásának vizsgálata az optimizmus/pesszimizmus tükrében. *Iskolakultúra*, 1: 62-70.
- Gerrits, J., O'Hara, R.O., Pikó B., Gibbons, F., de Ridder, D., Keresztes, N., Kamble, S.V., de Witt, J. (2010) Self-control, diet concerns and eater prototypes influence fatty foods consumption of adolescents' in three countries. *Health Education Research*, 25(6), 1031-1041.
- Pluhár Zs., Pikó B., Uzzoli A., Page, R.M., Düll, A. (2010) Representations of physical activity in environment-related images of urban children in Hungary. *Landscape and Urban Planning*, 95, 151-160.
- Pikó B.F., Skulteti, D., Luszczynska, A., Gibbons, F.X. (2010) Social orientations and adolescent health behaviors in Hungary. *International Journal of Psychology*, 45(1), 12-20.
- Pikó B., Hamvai Cs. (2010) Parent, school and peer-related correlates of adolescents' life satisfaction. *Children and Youth Services Review*, 32, 1479-1482.
- Pikó B. (2010) Egy új drogstratégia lehetséges alapelvei a fiatalok attitűdjeinek vizsgálata alapján. *Népegészségügy*, 88(2), 95-100.

- Dékány K., Balázs M.Á., Pikó B. (2010) A lakóhely és a szülői védőfaktorok jelentősége a serdülőkorú rizikómagatartások gyakoriságában. *Magyar Epidemiológia*, 7, 95-100.
- Pikó B.F., Brassai L. (2009) The role of individual and familial protective factors in adolescents' poor diet control. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 810-819.
- Pikó B. (2009) A new challenge: Depression is a significant problem among university students. *West Indian Medical Journal*, 58(1), 1-2.
- Pikó B., Kovács E. (2009) Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 150(41), 1903-1908.
- Kovács E., Pikó B. (2009) A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10(3), 223-237.
- Kovács E., Pikó B. (2009) A vallásosság mint a serdülők szerfogyasztásának védőfaktora. *Addiktológia*, 8(2), 147-161.
- Pikó B., Hamvai Cs. (2009) Az egészségi állapt önértékelését befolyásoló szülői és egyéni pszichológiai védőfaktorok vizsgálata serdülők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10(3), 239-248.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2009) Serdülők szubjektív jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 4: 30-42.
- Fitzpatrick, K.M., Dulin, A., Pikó B. (2009) Bullying and depressive symptomatology among low-income, African-American youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(6), 634-645.
- Pluhár F.Zs., Pikó B., Kovács Sz., Uzzoli A. (2009) "Air pollution is bad to my health": Knowledge of the role of environment in health and illness among 9-11-year-old children. *Health & Place*, 15, 239-246.
- Keresztes N., Pikó B.F., Gibbons, F.X., Spielberger, C.A. (2009) Do high and low active adolescents have different prototypes of physically active peers? *Psychological Record*, 59(1), 39-52.
- Keresztes N., Pikó B., Pluhár, Zs., Page, R.M. (2008) Social influences of leisure time sports activity among early adolescents. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(1), 21-25.
- Keresztes N., Pikó B. (2008) Fiatalok sportolási és táplálkozási szokásainak összefüggése Donovan koherencia-elmélete tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 33(1), 14-19.
- Brassai L., Pikó B. (2008) Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 9(2), 165-181.
- Brassai L., Pikó B. (2008) Fókuszban a táplálkozás: Erdélyi középiskolások étkezési szokásai. *Egészségfejlesztés*, 49(3), 10-15.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Középiskolás fiatalok étkezési szokásai és ezek hatása a saját táplálkozási magatartás megítélésére. *Egészségfejlesztés*, 49(1-2), 9-15.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Fegyelmezett és vonzó? Fiatalok egészséges és egészségtelen étkezéstről alkotott véleményeinek prototípusai. *Pszichológia*, 28(3), 287-299.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Táplálkozáskontroll középiskolások körében: Az étkezési magatartás társas összefüggéseinek nemek szerinti jellegzetességei. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 9(2), 149-164.
- Pikó B. (2008) Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes előfordulása a szegedi középiskolások körében. *Magyar Epidemiológia*, 5(3-4), 213-227.
- Fitzpatrick, K.M., Pikó B.F., Miller, E. (2008) Suicide ideation and attempts among low-income African American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 552-563.

- Pikó B., Keresztes N. (2008) Sociodemographic and socioeconomic variations in leisure time physical activity in a sample of Hungarian youth. *International Journal of Public Health*, 53, 306-310.
- Fitzpatrick, K.M. Dulin, A., Pikó B.F. (2007) "Not just pushing and shoving": School bullying among African-American adolescents. *Journal of School Health*, 77, 16-22.
- Warner, L.M., Hohmann, C., Böhmer-Lasthaus, S., Luszczynska, A., Piko, B., Gibbons, F., Teközel, M. (2007) Eine 4-Länderstudie über sexuelles Schutzverhalten bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(3), 109-118.
- Pikó B., Keresztes N. (2007) Serdülők egészségmagatartása két szociális coping mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62(2), 185-196.
- Brassai L., Pikó B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8(3), 211-217.
- Pikó B. (2007) Egyenlőtlenségek vizsgálata a serdülők és az idősek egészségi állapotában mint szociológiai kihívás. *Szociológiai Szemle*, 17(1-2), 99-108.
- Pikó B. (2007) Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*, 166, 701-708.
- Piko B., Keresztes N. (2007) Self-perceived health among early adolescents: The role of psychosocial factors. *Pediatrics International*, 49(5), 577-583.
- Bak J., Pikó B. (2007) Smoke-free world for children's welfare: Perceptions of smoking in preadolescence. *Child and Youth Services Review*, 29, 283-293.
- Pikó B.F. Bak J., Gibbons, F.X. (2007) Prototype perception and smoking: Negative or positive social images are more important in adolescence? *Addictive Behaviors*, 32, 1728-1732.
- Keresztes N., Pikó B. (2007) A társas magatartás szerepe a serdülők sporttal kapcsolatos prototípusainak alakulásában. *Alkalmazott Pszichológia*, 9(3-4), 146-160.
- Brassai L., Keresztes N., Pikó B., Unger J. (2007) Az egészségmagatartás és problémaviselkedés egyes kulturális szempontjai. *Alkalmazott Pszichológia*, 9(1), 31-45.
- Brassai L., Pikó B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8(3), 211-217.
- Pikó B.F. (2006) Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors*, 31(1), 102-114.
- Pikó B.F., Keresztes N., Pluhár Zs. (2006) Aggression and psychosocial health among children. *Personality and Individual Differences*, 40, 885-895.
- Pikó B.F., Bak, J. (2006) Children's perceptions of health and illness: Images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21(5), 643-653.
- Pikó B., Keresztes N. (2006) Pszichoszomatikus tünetképzés mint egészségindikátor a korai serdülőkorban: Magatartás-epidemiológiai elemzés. *Orvosi Hetilap*, 147(18), 819-825.
- Pikó B. (2006) A mentálhigiéne jelentősége az ifjúságot érintő népegészségügyi munkában. *Magyar Epidemiológia*, 3(3), 97-106.
- Keresztes N., Pikó B. (2006) A dél-alföldi régió ifjúságának fizikai aktivitását meghatározó szociodemográfiai változók. *Magyar Sportudományi Szemle*, 7(1), 7-12.
- Brassai L., Pikó B., Keresztes N., Unger, J.B. (2006) Kulturális értékek kultúraközi vizsgálata egyetemisták körében. *Pszichológia*, 26(3), 265-274.
- Brassai L., Pikó B., Keresztes N., Unger, J.B. (2006) Kockázati magatartásformák összehasonlító vizsgálata Erdélyi, Magyarországi és Amerikai egyetemisták körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 7(4), 311-306.
- Skultéti D., Pikó B. (2006) Fiatalkori alkoholfogyasztás: A szocio-ökonómiai háttér és a szociális hatások szerepe. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7(2), 75-94.

- Skultéti D., Pikó B. (2006) Szocioökonómiai és társas hatások szerepe a serdülők dohányzásában. *Addiktológia*, 5(1-2), 59-77.
- Fitzpatrick, K.M., Piko, B.F., Wright, D.R., LaGory, M. (2005) Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 262-274.
- Pikó B. (2005) Középiskolás fiatalok szabadidő-struktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle*, 15(2), 88-99.
- Pikó B. (2005) A serdülőkorú depressziós tünetegyüttes egészségpszichológiai összefüggései. *Fejlesztő Pedagógia*, 16(5-6), 16-20.
- Keresztes N., Pluhár Zs, Pikó B. (2005) Társas hatások a serdülők fizikai aktivitási magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(1), 35-51.
- Keresztes N., Makó M., Klembucz E., Hanusz K., Pikó B. (2005) Magatartási kockázati tényezők összehasonlító vizsgálata a Dél-alföldi régió ifjúsága körében. *Magyar Epidemiológia*, 3, 195-208.
- Keresztes N., Pikó B. (2005) Pszichoszociális egészségfaktorok összehasonlító epidemiológiai vizsgálata a Dél-alföldi régió ifjúsága körében. *Magyar Epidemiológia*, 3, 217-228.
- Pikó B. (2005) A csoportműködést befolyásoló néhány pszichológiai jellemző a modern kultúrában. *Pszichoterápia*, 14(2), 493-500.
- Brassai L., Pikó B. (2005) Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addiktológia*, 4(1), 7-28.
- Brassai L., Pikó B. (2005) Szociodemográfiai, egyéni és viselkedési változók hatása a serdülőkorú szerfogyasztásra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(2), 77-93.
- Pikó B (2004) Interplay between self and community: A role for health psychology in Eastern Europe's public health. *Journal of Health Psychology*, 9(1), 111-120.
- Luszczynska, A. Gibbons, F.X., Piko, B.F., Teközel, M. (2004) Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19(5), 577-593.
- Pikó B.F, Vazsonyi A.T. (2004) Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth. *Journal of Adolescence*, 27, 717-730.
- Pikó B., Fitzpatrick (2004) Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095-1107.
- Pikó B., Pluhár Zs., Keresztes N. (2004) Külső kényszer vagy belső hajtóerő? Serdülők fizikai aktivitásának motivációs tényezői. *Alkalmazott Pszichológia*, 6(3), 40-54.
- Pluhár Zs., Keresztes N., Pikó B. (2004) A rendszeres fizikai aktivitás és a pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében. *Sportorvosi Szemle*, 45(4), 285-300.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B., Vass I. (2004) Pszichikai közérzet és egészségmagatartás. Egészségpszichológiai összehasonlító vizsgálat szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 5(3), 187-204.
- Pikó B., Piczil M. (2004) Youth substance use and psychosocial well-being in Hungary's post-socialist transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 63-71.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B. (2003) A fizikai aktivitás gyakorisága és sportolási szokások általános iskolások körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 28(4): 43-47.
- Pikó B. (2003) Középiskolások veszélyeztetettsége iskolatípus szerint: A korai önállósodás csapdája? *Egészségnevelés*, 44(2), 57-64.
- Pikó B., Piczil M. (2003) Ahogyan ők látják... - Fókuszban az ifjúság. *Társadalomkutatás*, 21(2), 191-201.
- Pluhár Zs., Keresztes N., Pikó B. (2003) „Ép testben ép lélek” – Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 28(2): 29-33.

- Pikó B. (2003) A fiatalkori problémaviselkedés szindróma magatartás-epidemiológiai alapjai és a megelőzés lehetőségei. *Psychiatria Hungarica*, 18(4), 208-216.
- Pikó B. (2003) Vallásosság és káros szenvedélyek fiatalok körében. *Addictologia Hungarica*, 2(1), 53-64.
- Pikó B. (2003) A serdülőkori problémaviselkedés szindróma jelentősége az STD és a drogfogyasztás viszonylatában. *Magyar Venerológiai Archívum*, 6(4), 207-215.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2002) Without protection: Substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *Journal of Adolescent Health*, 30(6), 463-466.
- Pluhár Zs, Pikó B. (2003) A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 28(1): 26-29.
- Pikó B., Pluhár Zs. (2002) Tudatos-e a fiatalok egészségmagatartása? *Egészségnevelés*, 43, 246-252.
- Pikó B.F. (2002) Does knowledge count? Attitudes toward smoking among medical, pharmacy and nursing students. *Journal of Community Health*, 27(4), 269-276.
- Pikó B. (2001) Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26(2), 201-217.
- Pikó B. (2001) Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a „kirakós játékhoz”. *Addictologia Hungarica*, 9(3), 195-203.
- Pikó B. Burg K.-né (2001) A felmérési eredmények jelentősége egy középiskola egészségfejlesztési stratégiájának kialakításában. *Egészségnevelés*, 42, 101-105.
- Pikó B. (2000) Dohányzás serdülő- és ifjúkorban: az attitűdöktől a magatartásig. *Szenvedélybetegségek*, 8(3), 206-214.
- Pikó B. (2000) A társas kapcsolati háló szerepe a dohányzás serdülőkori előfordulásában. *Népegészségügy*, 81(2), 4-10.
- Pikó B. (2000) A rizikó- és protektív elméleti megközelítés alkalmazása a serdülő lányok kockázati magatartásának vizsgálatában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 11, 24-30.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsőként szeretnék köszönetet mondani Kopp Máriának, aki a kezdetektől fogva támogatta szakmai fejlődésemet, és általa fedezhettem fel az egészségpszichológia és a magatartástudomány szerteágazó, mégis komplex területét. Köszönetet mondok Molnár Péternek is, aki még hallgatóként figyelmemet az orvosi pszichológia és a pszichoszomatika felé irányította, valamint Barabás Katalinnak, akitől az epidemiológia és az egészségfejlesztés ismereteit kaptam, később pedig munkahelyi vezetőként támogatta kutatómunkámat.

Szeretnék köszönetet mondani valamennyi tanítványomnak, akikkel együttműködtünk a kutatásokban, így Brassai Lászlónak, Tari-Keresztes Noéminek, Fejes Zsuzsannának, Hamvai Csabának, Mikulán Ritának, Balázs Máténak, Kriston Pálmának és Kovács Eszternek.

Külföldi kollégáimtól sokat tanultam szakmai téren, ezért külön köszönetet mondok nekik, név szerint: Kevin M. Fitzpatrick, Frederick X. Gibbons, Thomas Ashby Wills, Randy M. Page és Aleksandra Luszczynska, aki a statisztikai módszerekben is sokat segített.

Köszönetet mondok minden munkatársamnak az SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézetben, és külön Szélné Földi Anikónak a könyvtári segítségért.

Végül pedig férjemnek, Füz Istvánnak támogatásáért és türelméért.