

Csibi Sándor\* – Csibi Mónika

## Egészségmagatartási és pszichoszociális tényezők vizsgálata középiskolások körében

### Bevezetés

*Egészségmagatartás serdülőkorban*

Az egészségmagatartást meghatározó tényezők három nagy csoportba foglalhatók: a biológiai tényezők csoportja (genetikai adottságok, vírusok, fertőzések előfordulása, valamint alkati hiányosságok), a pszichológiai tényezők (az egészséggel kapcsolatos kogníciókat, elképzeléseket, az emóciókat, például esetleges félelem bizonyos kezelésektől, valamint az egészségre hatással lévő viselkedések, például cigarettázási és táplálkozási szokások, fizikai aktivitás hiánya, alkoholfogyasztás stb.), valamint az igen fontos szociális tényezők, mint amilyenek a viselkedés szociális normái, a kívülről érkező társas hatás (egykorúak csoportnyomása, szülői hatások), az egészség helye a szociális értékek rendszerében, a státusz, az etnikai hovatartozás stb. (Engel 1977, 1980, idézi Ogden 2003)

Az egészségmagatartást jelentősen meghatározza az egészségkultúra, amely az általános kultúra részét képezi, és fokozatosan épül be a személyiségbe. Az egészségkultúra jelentős növekedéséhez járul hozzá a már kisiskoláskorban elkezdődő alakítása, így elérhető a személyi, környezeti és mentálhigiénés szabályok széles körű ismerete és alkalmazása. Az egészségpszichológiai törekvések érvényesítése az iskolák életében elengedhetetlenül szükséges az egészségkultúra megalapozásához. (Albert-Lőrincz E. 2000)

A serdülőkor az egészségkárosító viselkedések gyakorisága szempontjából a legmagasabb kockázattal járó időszakot képezi. A kutatások szerint – a gyermekkor késői szakaszától kezdődően – az egészségkárosító viselkedés gyakorisága jelentős mértékben növekedik, párhuzamosan az egészségvédő magatartásformák csökkenésével. (Lohaus, Vierhaus, Ball 2009, Currie, Williams 2000)

A szubjektív jóllétet a szociális tényezők (a rizikómagatartásokhoz hasonlóan), a kortársak, az iskola és a család az énképen keresztül befolyásolják. Az énkép – mely az önértékelés, a magabiztosság, a kompetencia érzését foglalja magában – nagyon erős pozitív befolyással van a testi-lelki jóllétre egyaránt. (Németh 2007, Hárdi 1992)

---

\* Csibi Sándor doktorandus, Babeş–Bolyai Tudományegyetem, Szociológia és Szociális munka Kar – Investing in people! PhD scholarship, Project co-financed by the European Social Fund, Sectoral Operational Programme Human Resources Development 2007 – 2013, Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

Az egészség önértékelése magába foglalja az egyén fizikai és mentális állapotát egyaránt, de ugyanakkor más tényezők is befolyásolhatják, mint amilyenek az életkor, nem, társadalmi-kulturális helyzet, iskolázottsági szint. (Pikó 2007, Pikó és Hamvai 2008)

A megfelelő iskolai teljesítmény alapja az egészség, ami tulajdonképpen a jólléti állapot meghatározója, testi, lelki, szellemi és szociális szempontból egyaránt. Együttesen a harmonikus iskolai beilleszkedés elengedhetetlen feltételeit képezik. (Albert-Lőrincz E. 2000, 2006, Gelencsér 2008)

A serdülőkori pszichoszociális fejlődés folyamatában számos új feladat kerül a fizikailag is egyre növekedő fiatal elé. A növekedéssel egy időben a serdülők egyre több időt töltenek el szülői/felnőtti felügyelet hiányában, egyéni mobilitásuk jelentősen növekedik, ennél fogva az egészségükre káros viselkedésformák iránti motivációjuk és készségük is megnő. A serdülőkor tehát magas kockázati időszak az egészségre vonatkozóan, a káros viselkedések pedig legtöbbször csoportosan, egymáshoz kapcsolódva jelennek meg, mint például az extrém sportok gyakorlása és agresszív megnyilvánulások stb. (Weiner 2003)

Aszmann (2003) vizsgálatai szerint az iskolások pszichoszomatikus tüneteinek gyakorisága napjainkban egyre inkább emelkedik, amelyek között megemlíthetjük a fáradtság és kimerültség érzést, elalvási nehézségeket, fej- és hátfájást, hasfájást, hányingert, szédülést stb.

Pikó (2007) eredményei szerint az iskolai teljesítménykényszer, a családi konfliktusok (pl. válás), az iskolai atrocitás, az agresszió a kortársak részéről, gyakran okoztak nem szervi eredetű betegségi tüneteket vagy tünetegyütteseket.

A pszichoszomatikus tünetegyüttesekről akkor beszélünk, ha bizonyos fizikai panaszok együttesen fordulnak elő és e panaszok hátterében olyan nemspecifikus folyamatok állnak, mint például a fiziológiai és perceptuális túlérzékenység, a fokozott tudatosság a testi tünetek jelenlétére vonatkozóan, valamint a negatív affektivitás irányában. Az ilyen nemspecifikus folyamatokat leggyakrabban a pszichológiai stressz válthatja ki és tarthatja fenn.

Az önminősített pszichés és szomatikus tünetek gyakorisága magas stressznívót jelezhet, ami együtt járhat az agresszivitás kifejezésének magasabb szintjeivel is. A szubjektív testkép és az egyéni megküzdési stílus kapcsolata is jelentős hatással lehet a lelki egészségre általában.

A kognitív aktiváció elmélete szerint a stresszes helyzetre adott normális, alkalmazkodó választ a fiziológiai módosulások képezik. A serdülők az iskolai követeléseket gyakran magasabbnak tekinthetik saját képességeiknél, ebből adódhatnak a fokozott fiziológiai aktivációs folyamatok és a pszichoszomatikus panaszok. (Ursin 1997, Garralda 1992 – idézi Torsheim, Wold 2001)

### *Az agresszivitás problémaköre*

A stresszre, fenyegetésre adott válaszreakciók, lehetséges megküzdési stílusok kiválasztása a személy adottságai, előzetes tapasztalatai és nevelési behatások eredményeként lépnek fel. (Hárdi 1992)

A harag, a düh, az ellenségesség kifejezése – az egyéb kockázati tényezők mellett – előre jelzi a stresszre adott válaszreakciót, valamint ennek az egészségre vonatkozó következményeit. Az agresszivitás alapjainál álló fiziológiai folyamatok révén a harag és düh általában szoros kapcsolatot mutatnak az egészségre káros viselkedéssel, mint például cigarettázás, alkoholhasználat, helytelen táplálkozási szokások, kávéfogyasztás stb., valamint a társak részéről érkező bármilyen támogatás elkerülésével. A megküzdési stratégiák szempontjából az agresszív személyek többnyire elkerülő mechanizmusokat alkalmaznak, abból kiindulva, hogy senkiben sem lehet bízni. (Ogden 2007, Rigby 2004)

A gyermekkori agresszió gyakran stabil és előrejelző értékű a későbbi életszakaszok negatív pszichológiai jellemzőit illetően. Az agresszív megnyilvánulásokat jelentősen befolyásolják az előzetes tapasztalatok alapján kristályosodott interiorizált működési modellek, amelyeket ellenségesség, bizalmatlanság, csalódás jellemezhet. (Lansford et al. 2006)

Az agresszió internalizáló-externalizáló dimenziója a harag és düh kifejezésének irányultságára vonatkozik. A befelé agresszív serdülő esetében a haraggal, dühvel együtt járó szorongás és depresszió, valamint az irracionális gondolatok átbeszélése lehet hatékony, ugyanakkor az asszertív viselkedés elsajátítása a pszichológiai feszültség csökkentése céljából. (Feindler 1990)

Az agresszió problémakörének lehetnek egyéni, családi, a kortárs csoportban, az iskolában, valamint a szélesebb társadalomban gyökerező okai. Buda és mtsai. (2008) szerint az agresszív gyermekek között nagyobb arányban találhatóak olyanok, akik könnyen dühbe jönnek, gyenge önkontrollal rendelkeznek, és gyakran hibásan becsülik fel a környezetük szándékait. Ezekhez a kockázati tényezőkhöz társulnak a családi környezetben jelen lévő következtelen nevelési és fegyelmezési módszerek, az együttműködés hiánya, a konstruktív problémamegoldó minták hiánya. Az agresszív gyermekek gyakran válnak önmaguk is áldozatokká, ezeknél a gyermekeknél a kutatók gyakoribb pszichoszomatikus tünetegyüttes (fejfájás, gyomorfájás, alvászavar, fáradtságérzés) jelenlétét figyelték meg. (Buda és mtsai. 2008)

A következetes és kongruens szülői hatások, valamint egy megfelelő szintű engedelmes viselkedés megtanításának hiánya, a családon belüli kényszerhatásokon alapuló kapcsolatokhoz vezet. (Patterson 1986) A családon belüli agresszív viselkedés ilyenformán a kitűzött cél elérésének eszközévé válik. Ennek következményeként az agresszív serdülő párkapcsolataiban visszautasított, tanulmányi eredményeiben kudarcot valló, és önértékelése alacsony.

A krízisek, konfliktusok a normálisan fejlődő serdülők életében szinte szükségszerűen jelen vannak. Hamvai és mtsai. (2008) szerint az iskola és a család mint a két legfontosabb szocializációs közeg feladatai, hogy a serdülőt megfelelő megküzdési erőforrásokkal, konfliktusmegoldási módszerekkel vértessék fel. A pedagógia, a pszichológia és az egészségtudományok együttesen választják ki az egyének fejlesztéséhez szükséges eszközöket. (Hamvai és mtsai. 2008)

### *A megküzdés serdülőkori sajátosságai*

A serdülőkorra jellemző változások és kihívások együttes fellépése hatékony coping-stratégiák működését teszi szükségessé az alkalmazkodás működéséhez. A cél tehát nem az, hogy a serdülő ebben a kritikus átmeneti időszakban problémamentes legyen, hanem hogy képes legyen megbirkózni problémáival. (Buda 2004)

A negatív egészségmagatartás ugyanakkor inadekvát megküzdési stílus alkalmazására utalhat, amelyet túlzott mértékű tv/számítógép-használat vagy más fizikailag passzív szabadidő eltöltési tevékenység jellemez. (Lohaus, Vierhaus, Ball 2009)

Pikó és Keresztes (2007) kutatásai szerint a megküzdési mechanizmusok jelentős mértékben kihatnak a serdülők egészségmagatartással kapcsolatos döntéseire. A megküzdési mechanizmusok sorában a racionális módok többnyire kedvező, míg az érzelmközpontúak kedvezőtlen egészségmagatartással járnak együtt. A társas megküzdési stratégiák pedig közismerten elősegítik az egészségtudatos viselkedést. A kutatási eredmények megerősítik a megküzdési módszerek fontosságát a serdülők egészségmagatartásával kapcsolatosan; a racionális megoldások elősegítik a káros szenvedélyek megelőzését, a harmóniára törekvés pedig a szerfogyasztás megelőzése mellett az egészségvédő magatartásra is kedvezően hat.

A hatékony megküzdő mechanizmusok célirányos viselkedést, valamint olyan kognitív komponensek működését feltételezik, amelyek képesek rugalmasan igazodni a környezetbeli követelményekhez. (Spielberger 2004)

Sok szempontból a sikeres megküzdés képessége a pszichológiai egészség jelzője lehet. A megküzdési nehézségek érzelmi distresszel, depresszióval, szorongással járhatnak együtt. A kutatások szerint a kevésbé kontrollálható helyzetekben a serdülők többnyire érzelmentrikus megküzdést alkalmaznak, míg a helyzet megváltoztatására irányuló problémaorientált megküzdés kevésbé hangsúlyozott. Az iskolai élettel kapcsolatos stresszel való megküzdés fontossága számos vizsgálat által igazolt. Az iskolai helyzetekkel való megküzdési nehézségek előjelei lehetnek a krónikus fáradtság kifejlődésének. (Wrzesniewski, Chylinska 2007)

A megküzdésnek a fizikai egészségre (fájdalom, vérnyomás, immunrendszer) kifejtett hatását illetően csupán kis létszámú eredmény áll rendelkezésünkre és többnyire sajátos populációkra vonatkoztak, mint amilyenek a szívbetegség vagy a HIV-betegek. (Farrington 2004)

A globális önértékelés szoros kapcsolatban áll olyan személyiségvonásokkal, mint a szorongás. A kutatások eredményei igazolják, hogy az alacsony önértékelés az agresszív magatartás áldozatainál hangsúlyosabb. (Alsaker, Olweus 1986)

### *A serdülőkori önértékelés*

Az egyén önmagával kapcsolatos vélekedéseit, meggyőződéseit az énkép tartalmazza. Meghatározza, hogy hogyan látjuk önmagunkat, ezáltal pedig viselkedésünkre is hatással van. Az énkép mint tanult motívum befolyásolja, hogy milyen tevékenységünkbe mennyi energiát vagyunk hajlandók fektetni, vagy éppen, hogy egy-egy cselekedetünket mennyiben értékeljük sikeresnek vagy sikertelennek. (Szeneci 2008)

Az énkép kialakulásában Kulcsár (1998) szerint a következő tényezők játszanak meghatározó szerepet: az aktív, önindított mozgások, a szociális visszajelentések, a szociális szerepek, helyzeti tényezők, valamint a szülők nevelési stílusa és énképe.

Rosenberg (1965) szerint az egyén önértékelését egyetértésük vagy egyet nem értésük tükrözi az olyan állításokkal, mint például „értékes személynek tartom magam”, „összességében véve elégedett vagyok magammal”. (Idézi Szeneci 2008)

A serdülők az őket ért sikerek és az esetleges kudarcok alapján kialakítják önértékeléseik rendszerét, amely azzal kapcsolatos információkat tartalmaz, hogy hogyan vélekednek ők saját teljesítményükről, képességeikről, milyen mértékben felelnek ezek meg saját vagy mások elvárásainak. Ezeknek az önértékeléseknek az alapján előrevetítik egy-egy adott helyzet, szituáció sikerességét, amely azután viszonyítási alapul szolgál ahhoz, hogy mennyi energiát fektetnek egy-egy tevékenységbe, például a tanulásba.

A pszichológiai és pedagógiai kutatások eredményei szerint az önértékelés a mentális egészség meghatározó mutatója. (Cole 1997)

A magas gyermekkori önértékelés kapcsolatba hozható az élet későbbi szakaszában mért elégedettséggel és boldogsággal, míg az alacsony önértékelés a depresszióval, a szorongással, valamint az iskolában és a társas kapcsolatokban jelentkező viselkedészavarokkal kapcsolható össze (Cole 1997). Ebből levonható az a következtetés, miszerint az önértékelés és az énkép kora gyermekkortól szoros kapcsolatban áll a gyermekek személyiségével, a későbbiekben pedig a teljesítményével és boldogságukkal.

A serdülőkori önértékelést számos tényező befolyásolja, beleértve a fizikai fejlettséget is. A serdülőkorral együtt járó fizikai változások, külalak-módosulások a maguk során erőteljesen meghatározzák a szubjektív testkép minőségét, valamint a testsúllyal való elégedettség mértékét. Currie és Williams (2000) eredményei alátámasztják, hogy azok a lányok, akik a testformájukkal és testtömegükkel kevésbé voltak megelégedve, alacsonyabb önértékelést mutattak, mint a magukkal elégedett társaik. (Currie, Williams 2000)

A testkép magában foglalja a személyes fizikai jellemzők irányában megnyilvánuló attitűdöket és elképzeléseket, ugyanakkor központi helyet tölt be az én-fogalom fejlődésében, valamint jelentős meghatározója az alkalmazkodás sikerességének. Ennek érdekében – Buda (2004) szerint – iskolai mozgásmotiválási programokra van szükség, melyeknek lényege a motiváció- és készségfejlesztésben, a mozgás és a testséma, illetve énkép kapcsolatának újfajta átélési és tudatosodási módjaiban, továbbá a mozgáson át történő önkifejezés és nonverbális kommunikáció gyakoroltatásában rejlik.

## Módszerek

### *Cél és hipotézisek*

Jelen kutatás *célja* a serdülőkori egészségmagatartás megnyilvánulási formái és az egyéni pszichológiai tényezők (agresszió, megküzdési stratégiák, önértékelés) közötti kapcsolatok vizsgálata, különös tekintettel az életkori sajátosságokra. A serdülőkori agresszió és az egyéni megküzdési stílusok közötti kapcsolatok feltérképezése jobb megértést biztosít számunkra a serdülők alkalmazkodását befolyásoló tényezők tekintetében. Kutatásunk *hipotézisei* a következők:

1. Az egészségmagatartást befolyásoló pszichoszociális tényezők (önértékelés, észlelt stressz, agresszió) és a pszichoszomatikus tünetek jelentős együtt járást mutatnak.
2. A negatív testképpel rendelkező serdülők önértékelése alacsonyabb, stressznívója nagyobb szemben a pozitív testképpel rendelkező serdülők csoportjával, ahol magas önértékelés és kisebb stressznívó van jelen.
3. Az agresszió kifejezése szoros összefüggést mutat az egészség és az életminőség önértékelésével és a serdülők által alkalmazott megküzdési stílussal.

### *Minta*

Vizsgálatunkat 2009 novemberében végeztük, önkitöltős kérdőíves módszerrel, 109 erdélyi, 15 – 19 éves középiskolás tanuló körében. A vizsgálati populáció a Maros megyei elméleti líceumok IX–XII. osztályos tanulójának csoportja. A mintavétel rétegzett mintavételi eljárással történt, a mintavétel alapegységei az iskolai osztályok voltak.

### Mérőeszközök

*Egészségkutatói kérdőív (Aszmann 2003 után):* demográfiai (kor, nem, osztály) és egészségmagatartásra (szubjektív testkép, egészségi állapot önértékelése, étellel való elégedettség, pszichés és szomatikus tünetek jelenléte stb.) vonatkozó kérdéseket tartalmaz.

*Harag és Düh Kifejezési Mód Skála (AES):* Spielberger és mtsai dolgozták ki 1985-ben, Magyarországon Oláh Attila adaptálta (Perczel Forintos és mtsai. 2005). A harag és düh nyílt kifejezésére vagy elfojtására való hajlamnak, mint a tartós személyiségvonásnak a mérésére szolgál. A 20 tételből álló skála három alskálából áll: düh/harag kifejezése (Anger Expression: A/EX), düh/harag benntartása (Anger In: A/I) és düh/harag kinyilvánítása (Anger Out: A/O).

*Megküzdési MódoK Kérdőív (WOC):* A kérdőív eredeti változatát (Ways of Coping) Folkman és Lazarus dolgozták ki 1980-ban. Kopp és Skrabski (1995) kialakították a kérdőív rövidített, 22 teteles változatát úgy, hogy minden faktor a legjellemzőbb teteleivel szerepeljen a rövidített kérdőívben. A hét konfliktusmegoldási faktor a következő: problémaelemzés, céltudatos elemzés, alkalmazkodás, érzelmi indíttatású cselekvés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzóódás és segítségkérés. (Kopp és Skrabski 1995)

*Észlelt Stressz Kérdőív (PSS-10):* Magyar változata alkalmas a krónikus stressz mint rizikófaktor becslésére (Cohen, Williamson 1983). Kutatásunkban a 10 ítemes változatot használtuk. (Konkoly Thege, Martos, Skrabski, Kopp 2008).

*Rosenberg Önértékelési Skála (RSES):* A skálát a serdülők önértékelésének vizsgálatára fejlesztették ki, és a globális önértékelést méri (Rosenberg 1965). A Rosenberg által megalkotott eredeti skálát magyar nyelvre adaptálták és standardizálták (Lukács 1988). Az elérhető pontok száma 10-től 40-ig terjed, a magasabb pontszámok a magasabb önértékelést jelzik.

### Statisztikai eljárások

Az adatok feldolgozását az SPSS 11 programcsomag segítségével végeztük el. A táblázatok tartalmazzák az elemzett változók átlagait, a rang átlagait, a kapcsolatok szignifikancia szintjét, valamint a  $t$ ,  $F$  és  $\chi^2$  értékeket.

## Eredmények

*Az észlelt stressz* az általunk elemzett mintában jelentősen együtt jár a *pszichoszomatikus tünetek* jelenlétével is, emellett szoros kapcsolatban áll az egészségmagatartás több tényezőjével, mint amilyen az önértékelés vagy a testkép

szubjektív értékelése. Így a stresszel együtt járó legjelentősebb pszichoszomatikus tünetek, például a fejfájás ( $p = 0,02$ ), kedvetlenség ( $p = 0,001$ ), ingerlékenység ( $p = 0,03$ ), félelem ( $p = 0,02$ ), de ugyanakkor a szédülés ( $p = 0,002$ ), hányinger ( $p = 0,02$ ), kimerültség ( $p = 0,01$ ) is.

Az *alacsony önértékelés* is szignifikánsan együtt jár az olyan *pszichoszomatikus tünetek* jelenlétével, mint a gyomor- és hasfájás ( $p=0,02$ ), kedvetlenség ( $p = 0,001$ ), ingerlékenység ( $p=0,02$ ), félelem ( $=0,05$ ), idegesség ( $p=0,01$ ), szédülés ( $p=0,01$ ) és hányinger ( $p=0,005$ ).

Ugyanakkor – eredményeink szerint – a stressz és a szubjektív testkép is jelentős kapcsolatot mutattak. Az *észlelt stressz és a szubjektív testkép* adatai alapján elmondhatjuk, hogy a magas stressznívó jelentősen befolyásolja a serdülők testképét. A súly szabályozása (például fogyókúra vagy más módszer a testsúly csökkentésére vagy növelésére) nem mutat szignifikáns kapcsolatot a stressz észlelt szintjével.

1. táblázat: Az észlelt stressz és a testkép közötti kapcsolat átlagai, az  $F$  értékei és szignifikanciája

Vizsgált változók	Észlelt stressznívó	$N$	Átlag	$F$	Szign.
A testalkat önértékelése	$\geq 21,00$	54,00	3,50	1,24	<b>0,01</b>
	$< 21,00$	55,00	3,16		
A súly szabályozása (fogyókúra, mozgás)	$\geq 21,00$	54,00	2,80	1,25	0,41
	$< 21,00$	55,00	2,56		

Elemzésünk során megvizsgáltuk az *agresszió megnyilvánulása és a pszichoszomatikus tünetek* közötti kapcsolatot is. A legjelentősebb pszichoszomatikus tünetek, amelyek együtt járnak az agresszió kifejezésével, a kedvetlenség, a rosszkedv, az ingerlékenység, az indulatosság, a veszekedés, az idegesség voltak.

A második táblázat adatai szerint, a magas *agresszió* által jellemzett diákok esetében (az agresszió kifejezését vizsgáló skálán elért pontértékei meghaladják az átlagot  $m = 50$ ), az *életminőség* értékelése alacsonyabb, de ugyanakkor az *egészségi állapotuk értékelése* magasabb szintet mutat.

2. táblázat: Az agresszió kifejezése, az egészség és az életminőség önértékelése közötti kapcsolat átlagai, a  $T$  értéke és szignifikanciája

Vizsgált változók	Harag és düh kifejezése	$N$	Átlag	Std. szórás	$T$	Szign.
Az egészség önértékelése	$\geq 50,00$	54	<b>2,54</b>	0,77	2,07	<b>0, 04</b>
	$< 50,00$	55	<b>2,24</b>	0,74		
Az életminőség önértékelése	$\geq 50,00$	54	<b>6,72</b>	1,89	-2,53	<b>0,02</b>
	$< 50,00$	55	<b>7,51</b>	1,32		

Arra gondolhatunk, hogy – amint az elméleti bevezetésben is vázoltuk – az agresszió megnyilvánulása az egészséges személyiség összetevőjeként is vizsgálható, azonban az életminőség szempontjából romboló hatása is lehet, amennyiben a jelentős kapcsolatokban és a teljesítményre ható területeken dominál. (Hárdi 1992, Alsaker, Olweus 1986)

Továbbá azt vizsgáltuk, hogy az *agresszió kifejezése* összefüggést mutat-e a *megküzdési stratégiákkal*. Eredményeink arra utalnak, hogy az agresszió kifejezésének magas szintjéről tanúskodó serdülők esetében az érzelmi megküzdés alkalmazása jelentősen nagyobb arányban van jelen a magas agresszió kifejezési szinttel rendelkező serdülőknél, mint alacsonyabb agresszivitású társaik esetében (3 táblázat).

3. táblázat: Az érzelmi megküzdés formáinak átlagértékei; *T* értékek és szignifikanciájuk az agresszivitás általános kifejezésének magas és alacsony szintje függvényében

Érzelmi megküzdés formái	Agresszió kifejezése	<i>N</i>	Átlag	Szórás	<i>T</i>	Szign.
Érzelmi indíttatású cselekvések	magas	63	<b>8,21</b>	2,26	3,98	<b>0,0001</b>
	alacsony	46	<b>6,63</b>	2,12		
Érzelmi megküzdés	magas	63	<b>22,14</b>	3,53	3,40	<b>0,0008</b>
	alacsony	46	<b>20,01</b>	3,39		

Megvizsgáltuk az *agresszió-kifejezés és a megküzdési* mód kapcsolatát is. A *befelé irányuló* agresszió esetében szignifikáns kapcsolatot találtunk az érzelmi megküzdéssel ( $p=0,0012$ ) és a visszahúzódással ( $p=0,0004$ ).

A *kifelé forduló* agresszió is jelentős kapcsolatot mutat az érzelmi megküzdés alkalmazásával az általunk vizsgált mintában. Így a túlnyomóan érzelmi megküzdést ( $p=0,002$ ) alkalmazó serdülők, illetve az érzelmi egyensúly keresése ( $p=0,007$ ) a megküzdés során a kifelé irányuló agresszivitással mutatott jelentős kapcsolatot.

Az *agresszivitás kifejezési formái* és a problémaközpontú megküzdés alkalmazása között összefüggéseket találtunk. Az érzelmi megküzdés esetében az agresszivitás befelé való irányultsága jelentősen befolyásolja a serdülők megküzdését, míg a problémacentrikus megküzdés esetén az agresszivitás kifejezésének szintje, valamint külső és belső irányultsága egyaránt befolyásolónak bizonyult. Az agresszivitás tehát jelen van a megküzdési folyamat során, mindkét stílus alkalmazása esetében, azonban a befelé irányuló agresszió jelentősebb mértékben befolyásoló az érzelmi megküzdésben, míg az agresszió kifejezésének szintje, valamint kifelé és befelé való irányultsága a problémaorientált megküzdésben hangsúlyozottabb.

4. táblázat: A problémaközpontú megküzdés esetében az agresszió kifejezésének és irányultságának átlagai, az  $F$  értékei és szignifikanciájuk

Az agresszió megnyilvánulása	Problémaközpontú megküzdés		
	Átlag	$F$	Szign.
Agresszió kifejezése	12,60	7,09	0,01
Befelé irányuló agresszió	22,82	12,84	0,003
Kifelé irányuló agresszió	18,41	10,36	0,005

A serdülőkorú agresszió és az egyéni megküzdési stílusok közötti kapcsolatok feltérképezése jobb megértést biztosít számunkra a pszichológiai jóllétet befolyásoló tényezők tekintetében.

### Megbeszélés

Eredményeink szerint a serdülőkorban az egészségmagatartás több tényezője is kapcsolatban áll a pszichoszomatikus tünetek jelenlétével. Így az észlelt stressz jelentősen együtt jár a fejfájás, kedvetlenség, ingerlékenység, félelem, de ugyanakkor a szédülés, hányinger, kimerültség tünetek együttesével. A nem megfelelő megküzdési stratégiát alkalmazó serdülők megbirkózási képességei nem tesznek eleget az iskolai követelményeknek, így pszichoszomatikus tünetekhez vezethetnek. A stresszel való inadekvát megküzdés a különböző pszichés zavarok előfordulási arányát is növelheti a serdülők körében, ez pedig a maga során komolyan kikezdi az önértékelés szintjét, valamint az agresszivitás mértékét is növeli.

Jelentős összefüggés mutatható ki az agresszió kifejezése és a pszichoszomatikus tünetek jelenléte (kedvetlenség, rosszkedv, ingerlékenység, indulatosság, veszekedés, idegesség) között. Az agresszió kifejezése szoros összefüggést mutat az egészség és az életminőség önértékelésével és a serdülők által alkalmazott megküzdési stílussal is.

A negatív testképpel rendelkező serdülők önértékelése alacsonyabb, stressznívója nagyobb, összehasonlítva a pozitív testképpel rendelkező serdülőkkel, akiknél magas önértékelés és kisebb stressznívó van jelen, tehát második hipotézisünk is igaznak bizonyult.

Az alacsony szintű globális önértékelés szignifikánsan befolyásolja a serdülők testképét, melynek megváltoztatására a serdülők gyakorta nem megfelelő egészségmagatartási stratégiákat (rendszeretlen táplálkozás, gyógyszerhasználat, dohányzás, szerhasználat stb.) alkalmaznak.

Eredményeink szerint az agresszivitás kifejezési szintje, valamint irányultsága jelentősen kapcsolódik az érzelmi megküzdéshez és ennek formáihoz, mint amilyenek a visszahúzóds, az érzelmi indíttatású cselekvések, az érzelmi egyensúly keresése.

A feltárt információk a serdülőkre jellemző egészségmutatók, pszichológiai sajátosságok, a serdülők lelki világának jobb megismerését teszik lehetővé.

A kutatás eredményei adatokat szolgáltatnak megelőzési programok kidolgozásához, hozzájárulva ezáltal a serdülőkori magatartászavarok számának csökkentéséhez, valamint a beilleszkedési nehézségek megelőzéséhez.

Eredményeink rávilágítanak az agresszivitás, a megküzdés, az önértékelés pszichológiai összefüggéseire, és ezek kapcsolatára az egészségmagatartással. Ilyenformán az agresszivitás igen jelentős és aktuális problémakörébe nyerünk betekintést.

A kutatás eredményeit tehát elsősorban az iskolai rendszerben zajló egészségvédelem területén lehet értékesíteni. Ugyanakkor fontos haszna, hogy hozzájárul a hazai tudományos felméréseknek a nemzetközi vizsgálatokhoz való kapcsolódásához, prioritásként kezelve az egészséges életmód nevelését célzó kutatásokat és beavatkozási programokat.

### **Irodalomjegyzék**

- Albert-Lőrincz E. (2000): Az iskolai egészségnevelés aktuális kérdései. Ábrám Zoltán (szerk.) *Életmód-egészség*, Magyar Népfőiskolai Társaság, Preventio Egészségvédelmi Társaság, Marosvásárhely, 31–34.
- Albert-Lőrincz E. (2006): Szociális munka és tanácsadás az iskolában. Ábel Kiadó, Kolozsvár.
- Alsaker, F., Olweus, D. (1986): Assessment of Global Negative Self-Evaluations and Perceived Stability of Self in Norwegian Preadolescents and Adolescents *The Journal of Early Adolescence*, 6; 269–278.
- Aszmann, A. (szerk.) (2003): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „*Nemzeti Jelentés 2002*”, Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- Buda B. (2004): *A lélek közegészségtana*. Animula Kiadó, Budapest.
- Buda M., Kőszeghy A., Szirmai E. (2008): Iskolai zaklatás – az ismeretlen ismerős. *Educatio*, 3, 373–386.
- Cole, M., Cole, S. R. (1997): *Fejlesztélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Currie C., Williams J. M. (2000): Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image *The Journal of Early Adolescence* Vol. 20, 2:129–149.
- Farrington, P. D. (2004): Conduct disorder, aggression, and delinquency. in Lerner M. R., Steinberg, L. (editors): *Handbook of Adolescent Psychology*, John Wiley & Sons, INC. Hoboken, New Jersey.
- Feindler, L. E. (1990): Adolescent anger control: review and critique. *Progress in behavior modification*, 26, Long Island University.

- Gelencsér E. (2008): *Az iskolai teljesítménykényszer következményei*. Doktori tézis, vezető: Forray R. Katalin, „Oktatás és Társadalom” Doktori Iskola, Nevelés-pszichológia Program, PTE BTK.
- Hamvai Cs., Sima Á., Pikó B. (2008): Veszélyes iskola vagy veszélyes élet? *Educatio*, 3, 387–396.
- Hárdi I. (1992): *A lélek egészségvédelme*. Springer Hungarica, Budapest.
- Kulcsár Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Lansford, J. E., Malone, P. S., Dodge, K. A., Crozier, J. C., Pettit, G. S., Bates, J. E. (2006): A 12-Year Prospective Study of Patterns of Social Information Processing Problems and Externalizing Behaviors. *J Abnorm Child Psychol* 34:715–724.
- Lohaus, A., Vierhaus M., Ball J. (2009): Parenting Styles and Health-Related Behavior in Childhood and Early Adolescence: Results of a Longitudinal Study *The Journal of Early Adolescence* 29; 449–475.
- Németh Á. (2007): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. *Gyógypedagógiai Szemle* 1: 1–11.
- Ogden, J. (2007): *Health Psychology*. Open University Press, McGraw-Hill.
- Patterson, G. R. (1986): Performance models for antisocial boys. *Am. Psychol.* 41(4): 432–444.
- Pikó B. (2007): A pszichoszomatikus szemlélet fontossága a családorvosi gyakorlatban. *Hippocrates Családorvosi és foglalkozás-egészségügyi folyóirat*, IX. 1., Szegedi Tudományegyetem.
- Pikó B., Hamvai Cs. (2008): Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: a pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia*, 108. 1: 71–92.
- Pikó B., Keresztes N. (2007): Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62: 185–196.
- Rigby, K. (2004): Addressing Bullying in Schools Theoretical Perspectives and Their Implications *School Psychology International* 25; 287.
- Spielberger, Ch. (editor) (2004): *Encyclopedia of Applied Psychology*, vol. I–III, Elsevier Academic Press.
- Szenczi B. (2008): Énkép és tanulás. Nemzetközi kutatási irányzatok és tendenciák. *Iskolakultúra Online*, 2: 104–118.
- Torsheim, T., Wold, B. (2001): School-Related Stress, School Support, and Somatic Complaints: A General Population Study *Journal of Adolescent Research*; 16; 293–303.
- Weiner, B. I. (editor) (2003): *Handbook of Psychology*, volume 9: Health Psychology, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- Wrzesniewski, K., Chylinska, J. (2007): Assessment of Coping Styles and Strategies with School-Related Stress, *School Psychology International*; 28; 179–194.