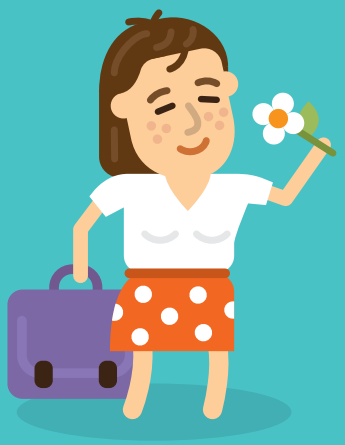
EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ISKOLÁSKORBAN

Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés



nefi
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ISKOLÁSKORBAN

2014

Az *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* elnevezésű,
az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló
nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült
nemzeti jelentés

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC):
A WHO-collaborative Cross-National Study
National Report
2014

Szerkesztette:
Németh Ágnes és Költő András

A HBSC kutatás magyar kutatócsoportjának tagjai:

Németh Ágnes
(kutatásvezető)
Arnold Petra
Kökönyei Gyöngyi
Költő András
Örkényi Ágota
Várnai Dóra
Zsiros Emese

A kutatást támogatta:

Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Országos Gyermekegészségügyi Intézet

A kutatócsoport köszönetet mond a felmérésben résztvevő iskolák igazgatóinak, tanáraiknak, tanulóinak és a tanulók szüleinek, akik nélkül felmérésünk nem valósulhatott volna meg.
Külön köszönet az EMMI Köznevelésért Felelős Államtitkárságának,
amely fontosnak tartotta vizsgálatunkat.
Köszönjük Tóth Gergelynek a vizsgálati minta kiválasztását,
Barna Ildikónak nélkülözhetetlen közreműködését az adatgyűjtésben és adatfeldolgozásban és Kmetty Zoltánnak a tisztított minta súlyozását.

Kutatásunkról bővebben tájékozódhatnak honlapunkon:
www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/

TARTALOMJEGYZÉK

AJÁNLÁS 4

ELŐSZÓ 5

A FELMÉRÉS MÓDSZEREI 7
1. Anyag és módszer *(Arnold Petra, Örkényi Ágota, Németh Ágnes)* 8

A VIZSGÁLT TÉMAKÖRÖK BEMUTATÁSA, EREDMÉNYEK ÉS ÉRTELMEZÉSÜK 16

Egészségmagatartás 17
2. Táplálkozási szokások és fogápolás *(Németh Ágnes)* 18
3. Fizikai aktivitás és képernyőhasználat *(Németh Ágnes)* 31

Rizikómagatartás 46
4. Dohányzási szokások *(Arnold Petra)* 47
5. Alkoholfogyasztási szokások *(Arnold Petra)* 58
6. Drogfogyasztási szokások *(Arnold Petra)* 73
7. Sérülések, balesetek *(Várnai Dóra, Arnold Petra)* 87

Kortárskapcsolatok 94
8. Kortársbántalmazás és verekedés *(Várnai Dóra, Zsiros Emese)* 95
9. Kortárskapcsolatok *(Zsiros Emese)* 108
10. Szexuális magatartás és romantikus tapasztalatok *(Költő András)* 121

Szubjektív jóllét, mentális egészség 131
11. Szubjektív jóllét és egészségi állapot *(Költő András)* 132
12. Alvási szokások *(Költő András)* 150
13. Tápláltsági állapot, testkép és testtömeg-szabályozás *(Németh Ágnes)* 160

Pszichoszociális kontextuális tényezők 172
14. Társadalmi-gazdasági háttér: A családok szocioökonómiai helyzete *(Örkényi Ágota, Arnold Petra)* 173
15. Családszerkezet és családi kapcsolatok *(Örkényi Ágota)* 185
16. Az iskola szerepe *(Zsiros Emese, Várnai Dóra)* 198

SZAKMAPOLITIKAI AJÁNLÁSOK 209
17. Összefoglalás és javaslatok *(Költő András, Zsiros Emese, Németh Ágnes)* 210

ANGOL NYELVŰ ÖSSZEFOGLALÓK SUMMARIES 218

FÜGGELÉK 229

AJÁNLÁS

A HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) kutatás az egyik – ha nem a legfontosabb – forrásunk az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásával kapcsolatosan. A több mint harminc éve elindult nemzetközi adatfelvétel negyvennél is több országban zajlik egységes módszertannal, négyévenkénti gyakorisággal. Komoly eredmény és siker, hogy Magyarország a kezdetektől stabil tagja ennek az együttműködésnek, korábban Aszmann Anna, jelenleg Németh Ágnes vezetése mellett. A kutatás nagy előnye, hogy nem csak egy-egy specifikus területtel foglalkozik, hanem valóban átfogóan méri fel az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását, beleértve a táplálkozást, az alvási szokásokat, a szerhasználati jellemzőket, a szexuális magatartást, a testképpel kapcsolatos jellemzőket, a fogápolást, a fizikai aktivitást, a szülőkkel, családdal, illetve a kortársakkal való kapcsolatot, az iskolai környezet hatását és számos további területet. A módszertan és az együttműködés több mint három évtizede finomul, mind nemzetközi, mind hazai szinten, s ennek köszönhető, hogy az olvasó ismét egy jól kivitelezett kutatásból született magas színvonalú kötetet tart a kezében.

A 2014. évi felmérés 6153 fő, 5., 7., 9., illetve 11. évfolyamos tanuló reprezentatív mintavétellel nyert adatait elemzi; s a kötet, az így kapott eredményekről nyújt átfogó képet. A könyv, a bevezető módszertani és a záró, összegző fejezet között tizenöt, az egyes vizsgált területeket felölelő fejezetben mutatja be az eredményeket. A hat szerző (Arnold Petra, Költő András, Németh Ágnes kutatásvezető, Örkényi Ágota, Várnai Dóra és Zsiros Emese) a terület alapos ismerője, valamennyien évek óta meghatározó tagjai a HBSC csapatnak.

A kötet értékét külön növeli, hogy hasonló információforrás alig áll rendelkezésünkre Magyarországon. Az ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) kutatás mellett – amely azonban egyrészt szűkebben, kizárólag az addiktív magatartásmódokra fókuszál, másrészt életkorban is szűkebb populációt céloz meg – a HBSC kutatás az egyetlen olyan nagymintás adatfelvétel ebben a korosztályban, amely átfogó képet tud adni a serdülőkorú fiatalok egészségmagatartásáról. Ezen információk fontossága nem hangsúlyozható eléggé: nem pusztán alapkutatási adatként érdekesek ezek az eredmények, hanem azért is, mert átfordíthatók olyan cselekvési tervekbe, prevenciós vagy egészségfejlesztő programokba, amelyek a fiatalok egészségesebb viselkedését célozzák. Ennek alapján pedig nem csak abban kell bíznunk, hogy a HBSC és hasonló kutatások a jövőben is sikerrel – sőt, lehetőség szerint növekvő támogatottság mellett – tudnak megvalósulni, hanem abban is, hogy az ezen kutatásokból szerzett tapasztalatok alapján valóban elindulnak olyan programok, amelyek elősegíthetik, hogy a fiatalok az egészségükre tudatosabban ügyelve és az egészséges életmódjukat jobban szolgáló körülmények között nőhessenek fel.

Budapest, 2016. február 12.

Demetrovics Zsolt
egyetemi tanár
Eötvös Loránd Tudományegyetem,
Pszichológiai Intézet

ELŐSZÓ

E kötet a hazánkban legrégebb óta – több mint három évtizede – folyó ifjúságvizsgálat legújabb eredményeit tartalmazza. A nemzetközi hálózatba tömörülő tagországok nyugat-európai kezdeményezésre, az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának támogatásával és közreműködésével, az 1980-as évek közepe óta négy évenként gyűjtenek adatokat a serdülőkorú fiatalok életmódjáról. Magyarország a volt szocialista államok közül elsőként csatlakozott a szervezethez. A hálózat kiterjedése folyamatosan növekszik: jelenleg 43 európai és észak-amerikai tagországot számlál.

Az 1985/86-os tanévben történt első felmérés óta hazánk minden negyedik évben országosan reprezentatív adatgyűjtés keretében mérte fel a 11–18 éves, iskolába járó fiatalok egészséget befolyásoló szokásait, életkörülményeit, továbbá számos háttértényezőt, melyek e szokásokat meghatározhatják. Legutóbbi felmérésünk a nyolcadik volt a sorozatban.

A hatékony egészségnevelési és egészségfejlesztési stratégiák kialakításához és módszertani fejlesztéséhez elengedhetetlen, hogy a felnövekvő ifjúság egészségmagatartását feltérképezzük és folyamatosan nyomon kövessük. Az egészséggel kapcsolatos viselkedések ismerete segít meghatározni, mely területeken van szükség fiataljaink és a következő generációk egészségi állapotát javító változtatásokra. A viselkedés és a háttértényezők közötti összefüggések feltárása pedig ahhoz nyújt útmutatást, hogy hogyan lehetne kedvező változásokat elérni. A rendszeres időközönként gyűjtött adatok és statisztikák segítségével az e téren kifejtett erőfeszítések hatékonyságát is mérni tudjuk.

A fent megfogalmazott céloknak megfelelően projektünk a kezdetek óta folyamatosan vizsgálja a fiatalok táplálkozási szokásait, fizikai aktivitását, rizikómagatartását, szexuális aktivitását, közérzetét, szubjektív jóllétét. Ugyanakkor mind nemzetközi, mind hazai szinten folyamatosan meg is újul a kutatás. Nemzetközi szinten többek között az a törekvés, hogy a gazdasági, kulturális, stb. különbségek ellenére minél meghízhatóbban összehasonlíthatóak legyenek az egyes országok adatai. Így egy adott ország jó gyakorlatát bármely ország nagyobb eséllyel adaptálhatja sikeresen.

A világ változásai sok esetben még jobban befolyásolják a fiatalok életmódját, mint a felnőttekét. Ezért az időbeli trendek nyomon követése mellett – mely a kutatási területek bizonyos fajta változatlanságát követeli –, fontos elvünk, hogy a kutatás „lépést tartson” a változásokkal. Így a fent említett témakörökön belül és kívül igyekszünk észrevenni és vizsgálatunk tárgyává tenni új jelenségeket, problémákat, melyek feltételezhetően hatással vannak a fiatalok egészségére. Ezt az elvet mind nemzetközi, mind országos szinten alkalmazzuk a kutatásfejlesztésben.

Legutóbbi felmérésünkben, mely a 2013/14-es tanévben valósult meg, a megelőző adatgyűjtéshez képest jelentősen megújult kérdőívvel dolgoztunk. Arra törekedtünk, hogy az egyre gyorsabb ütemben modernizálódó világnak minél több olyan új jelenségét figyelembe vegyük, melynek jelentős szerepe lehet az ifjúság életmódjában, mindennapi szokásaiban.

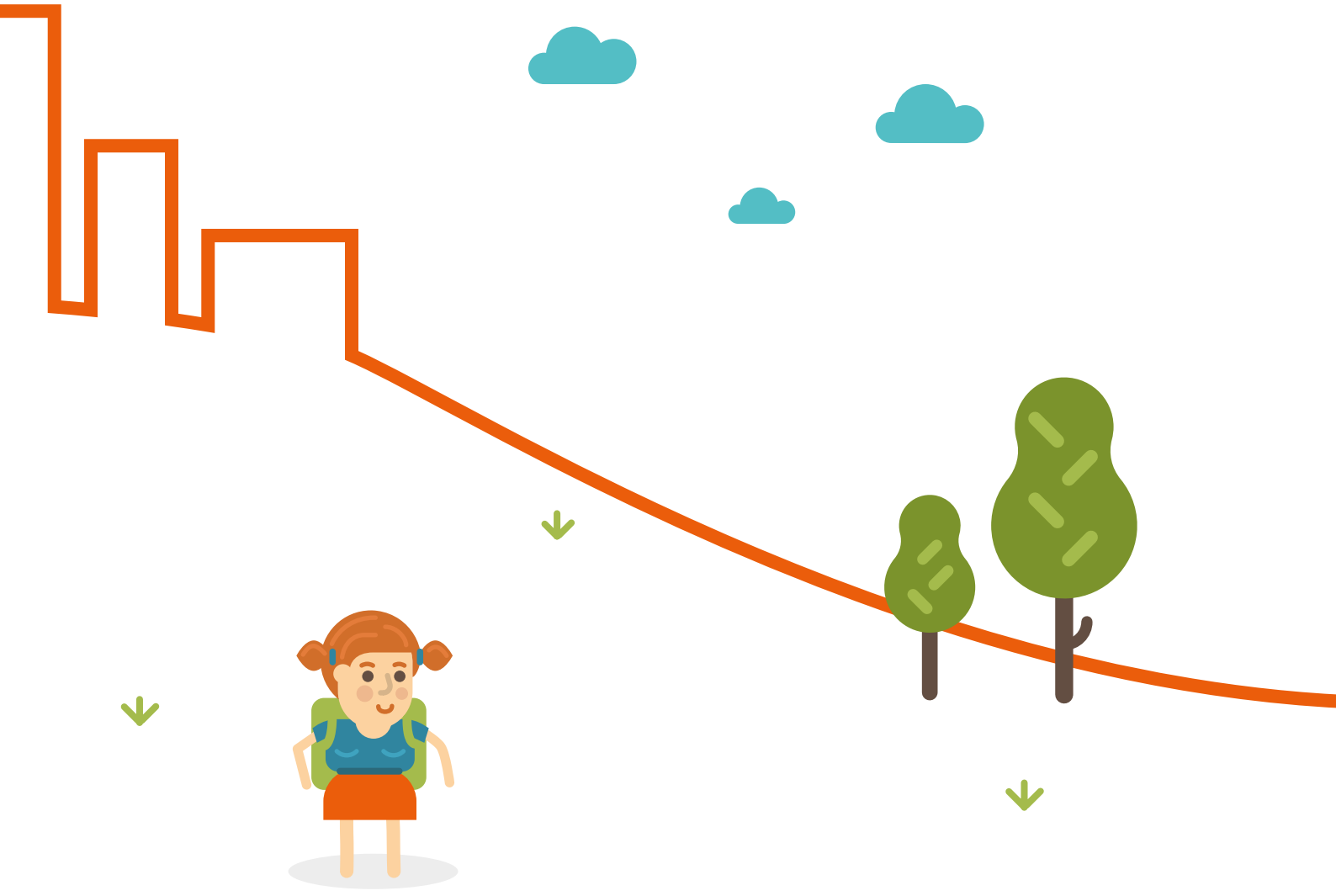
Az elmúlt években kutatásunk tárgya az 1990-es és 2000-es években született úgynevezett „Z” generáció, a digitális bennszülött nemzedék volt. Hozzájuk a 2013/14-es adatgyűjtésünkben már csatlakozik a következő – az ezredforduló után született – „alfa” generáció is. Nekik a mai technikai fejlettség egészen mást jelent, mint például szüleiknek vagy akár csak az egy évtizeddel idősebbeknek. Jóval otthonosabban mozognak ebben a közegben, és sokkal inkább élnek az általa kínált lehetőségekkel. Számos korábbi kutatási adat igazolja, hogy ennek a ténynek milyen fontos következményei vannak a fiatalok életmódjára, személyiségére, kapcsolataira és természetesen az egészségükre. Így többek között ezzel kapcsolatos új témaköröket (pl. elektronikus kommunikáció, internetes zaklatás, bántalmazás), valamint több felméréssel korábban már vizsgált, majd később mellőzött területet ismét beépítettünk a kérdőívbe (pl. alvási szokások). Ezek mellett akad példa arra is, hogy régi életmódi elem vizsgálatát új szemponttal bővítettük (pl. a táplálkozási szokásokon belül a családi közös étkezések), illetve ugyanazt a témát másik, adekvátabb, esetleg jobban, pontosabban mérő kérdéssel vizsgáltunk (pl. szerfogyasztási szokások).

E felmérésünk és első eredményeit bemutató kutatási jelentésünk rendkívüli financiális nehézségek ellenére valósult, illetve jelent meg (a kutatásra hazánkban az elmúlt években nem volt és jelenleg sincs elkülönített forrás). A munkát intézményi átalakulás is hátráltatta. Az adatgyűjtést az azóta megszűnt Országos Gyermekegészségügyi Intézet koordinálta. A feldolgozást és tanulmányírást ugyanaz a kutatócsoport már a jogutód Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben végezte. E nehézségek következtében legújabb eredményeink közel két évvel az adatfelvétel után látnak napvilágot. Mindazonáltal reméljük, hogy mondanivalónk aktuális és közérdeklődésre tarthat számot mind a szakmai, mind a laikus közönség körében.

Kutatócsoportunk célja az volt, hogy a vizsgált témakörök elméleti hátterének bemutatásával, a közölt adatokkal és azok értelmezésével, magyarázatával, valamint a záró szakmapolitikai ajánlásokkal egy olyan kötetet adjunk közre, mely reális képet fest a XXI. század második évtizedének serdülőkorú fiataljairól, szokásaikról, egyéni és társas jellemzőikről, egészségüket érintő problémáikról. Ezen túlmenően reméljük, hogy mind a döntéshozók, mind az elméleti és gyakorlati szakemberek, mind az érintettek (szülők és fiatalok) számára hasznos információkat, javaslatokat tudunk adni a problémák megoldására, hogy fiataljaink egészsége a jövőben kedvezőbbé váljék.

Budapest, 2016. február 5.

Németh Ágnes
kutatásvezető



A FELMÉRÉS MÓDSZEREI

1. ANYAG ÉS MÓDSZER[1]

Arnold Petra, Örkényi Ágota, Németh Ágnes

A MINTA

A mintaválasztás a nemzetközi kutatási protokollban (Currie, Inchley, Molcho és mtsai, 2014) foglaltaknak megfelelően történt 2014 januárjában. A nemzetközi követelmények teljesítése (11,5 éves, 13,5 éves és 15,5 éves átlagéletkorú korcsoportok kiválasztása), illetve ehhez hasonlóan a 17,5 éves korosztály bevonása érdekében az 5., a 7., a 9. és a 11. évfolyamok tanulói alkották a vizsgálat célpopulációját. A kiválasztáshoz mintavételi keretként a magyar közoktatás legfrissebb elérhető statisztikáit (a 2013/14-es tanév adatait) használtuk.[2] Az évfolyamonkénti tervezett mintanagyság 2000 fő volt. Ezzel a nemzetközi protokoll feltételei teljesülnek, valamint az alpopulációs becslések megbízhatósága is megfelelő.

A minta a korábbi évekhez hasonlóan rétegzett mintavételi eljárással készült az országos reprezentativitás (minden iskola- és településtípus, valamint minden földrajzi régió megfelelő arányú képviselete) érdekében. A mintavételi hibát csökkentő rétegzés a következő szempontok figyelembe vételével történt:

- *Földrajzi elhelyezkedés*: megyék
- *Településtípus*: fővárosi kerületek, megyei jogú városok, egyéb városok, nagyközségek, községek
- *Iskola típusa*: általános iskola, gimnázium, szakközépiskola, szakiskola / szakmunkásképző[3]
- *Iskolafenntartó típusa*: önkormányzat, egyházi, egyéb fenntartó

Az adatfelvételre csoportos mintavételi eljárás keretében került sor. Az elsődleges mintavételi egységek nem az egyes tanulók, hanem véletlenszerűen (szisztematikus véletlen módszerrel) kiválasztott osztályok voltak. A kiválasztott osztályok összes tanulója bekerült a tervezett mintába.

A tervezett minta 318 iskola 385 osztályának 8669 tanulóját tartalmazza. Az eredetileg kiválasztott 318 iskolából 279 iskola 330 osztályának 7468 tanulóját értük el. A végleges mintanagyságot befolyásolta az adatfelvétel napján hiányzó tanulók, a szülői visszautasítások, illetve a tanulói visszautasítások száma (***1.1. táblázat***). Végül összesen 279 iskola 330 osztályának 6156 tanulója töltötte ki a kérdőívet. A számítógépes adattisztítás során három további kérdőívet töröltünk a mintából a kérdések több mint 50%-ának meg nem válaszolása, illetve nyilvánvalóan komolytalan válaszadás miatt. A végleges megvalósult mintanagyság 6153 fő (***1.2. táblázat***).

---

1 A fejezet a 4 évvel ezelőtti vizsgálat Anyag és módszer fejezetének átdolgozása (Zakariás és Németh, 2011).

2 A mintaválasztáshoz a törzsadatokat a Közoktatási Információs Iroda bocsátotta rendelkezésünkre. A keretnek nem képezték részét a speciális nevelési igényű gyermekeket oktató osztályok (összesen 166 db).

3 A Köznevelési Információs Iroda által készített statisztikákban az összevont, többféle típusú képzést is nyújtó intézményeknél nem volt egyértelmű, melyik képzéstípushoz tartozó osztályt kell megkérdezni. Tekintve, hogy ezt a problémát nem lehetett kiküszöbölni, így bináris változók (pl. általános iskola-nem általános iskola) mentén vizsgáltuk a minta megfelelőségét.

1.1. táblázat

A kérdőívek válaszhiány szerinti megoszlása évfolyamonként

	5.	7.	9.	11.	Összesen
Kitöltött kérdőívek száma (%)	1774 (83,3)	1642 (83,9)	1510 (82,9)	1230 (78,8)	6156 (82,4)
Hiányzók száma (%)	238 (11,2)	250 (12,8)	299 (16,4)	309 (19,8)	1096 (14,7)
Visszautasító szülők száma (%)	95 (1,1)	54 (0,5)	11 (0,1)	18 (0,3)	178 (0,5)
Visszautasító diákok száma (%)	23 (4,5)	10 (2,8)	1 (0,6)	4 (1,2)	38 (2,4)
Osztálylétszám összesen (%)	2130 (100,0)	1956 (100,0)	1821 (100,0)	1561 (100,0)	7468 (100,0)

1.2. táblázat

A mintavételi keret létszáma, a megvalósult minta (tanulók és osztályok száma), valamint a tanulók életkora évfolyamonként

Évfolyam	Keret létszám (tanulók létszáma)	Megvalósult minta (tanulók létszáma)	Megvalósult minta (osztályok száma)	A tanulók életkora	
				átlag	szórás
5.	92 947	1774	101	11,74	0,56
7.	89 408	1640	99	13,73	0,56
9.	123 023	1510	70	15,94	0,80
11.	119 055	1229	60	17,96	1,22
Együtt	424 433	6153	330	–	–

AZ ADATFELVÉTEL ÉS AZ ADATBÁZIS LÉTREHOZÁSA

Az adatgyűjtés és a felmérés az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának jóváhagyásával történt.

A kiválasztott iskolák igazgatóit levélben kértük fel a kutatásban való részvételre. A felkéréshez mellékeltük a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Köznevelésért Felelős Államtitkárságának támogató levelét is. Amennyiben az iskolák vállalták a részvételt, az érintett tanulók szüleit írásban tájékoztattuk a kutatásról, és beleegyezésüket kértük gyermekük részvételéhez (passzív beleegyezéssel, tehát ha a szülő nem reagált, ezt úgy minősítettük, hogy gyermeke részvételét engedélyezte). A korábbi évektől eltérően a diákok beleegyezését is kérnünk kellett – a Kutatásetikai Bizottság javaslatára – a kutatásban való részvételhez. A diákok aktív beleegyezést adtak: az adatfelvétel előtt a

kérdezőbiztos kiosztott egy nyilatkozatot, amelyben a diákok aláírással egyeztek bele/nem egyeztek bele abba, hogy részt vesznek a kutatásban. A nyilatkozatokat a kérdőív kiosztása és kitöltése előtt a kérdezőbiztos összegyűjtötte, és azokat a kérdőívektől elkülönítve zárt borítékba helyezte, ezzel biztosítva az anonimitást.

Az adatfelvétel 2014. április-májusban zajlott, kiképzett kérdezőbiztosok részvételével. A kérdezőbiztosok az adatfelvétel előtt személyes találkozón beszélték meg az intézmény igazgatójával az adatfelvétel lebonyolítását, körülményeit.

A kitöltés előtt a kérdezőbiztosok a tanulókat tájékoztatták a vizsgálat jelentőségéről. A kérdőív kitöltése a tanulók számára is önkéntes volt. Az anonimitás biztosítása érdekében tanárok nem voltak jelen az osztályban a kérdőív felvételekor, és a tanulók a név nélküli kérdőíveket lezárható borítékba tették. A kérdőívek kitöltése az iskolai osztálytermekben történt, és osztályonként körülbelül egy iskolai tanórát (45 percet) vett igénybe. A kérdezőbiztos az összegyűjtött borítékokat a kitöltés befejezése után elvitte az iskolából.

A kérdőíveket gyakorlott adatrögzítők digitalizálták. Az adatbevitel után 10%-os szisztematikus ellenőrzés, majd adattisztítás történt a valid (érvényes) adatbázis létrehozása érdekében. Az inkonzisztens válaszok esetében a korábbi évekhez hasonló, és adott esetben a nemzetközileg bevett metódus szerint jártunk el.[4]

Az adatrögzítés, az adatfájl elkészítése és a súlyozás (erről lásd alább) 2014. október és 2015. június között zajlott, ezt követte az adatfeldolgozás.

AZ ALKALMAZOTT MÉRŐESZKÖZ: A KÉRDŐÍV

A kérdőív fejlesztése két adatfelvétel közötti négy évben folyamatosan, nemzetközi munka keretében zajlik. A fejlesztés egyrészt a már meglévő témakörök mélyebb és/vagy eddig nem vizsgált vonatkozásainak felderítését, másrészt új kutatási témák bevonását célozza meg.

Az egyes felmérésekben alkalmazott kérdőívek több részből állnak össze. Egy nagyobb kérdéscsomagot, melyet az összes résztvevő ország kutatócsoportjai elfogadtak, minden ország saját kérdőívében standard módon fel kell tenni. Ebben olyan kérdések is találhatók, amelyek az adatfelvételek során változatlanok, így biztosítható a kutatás egyik alapvető célja: az egészségmagatartás időbeli monitorozása. A nemzetközi HBSC-kutatócsoporton belül működő munkacsoportok emellett – a kötelező kérdésekkel azonos témakörökben – választható kérdéscsomagokat is kidolgoznak, ami lehetővé teszi egy-egy téma alaposabb vizsgálatát. Továbbá minden ország kutatócsoportjának joga, hogy a nemzeti igényeknek megfelelően egyéb témákat és kérdéseket tanulmányozzon.

Magyarországon a következő témaköröket vizsgáltuk a 2013/14. tanévi felmérés keretében (*választható kérdéscsomagot is alkalmaztunk; **hazai fejlesztésű kérdéseket tettünk fel a tanulóknak).

Egészségmagatartás:

- táplálkozási szokások**, testtömeg-kontrollálás
- fizikai aktivitás
- képernyőhasználat
- rizikómagatartások (szerhasználat*: dohányzás, alkohol- és illegális és visszaélésszerű legális drogfogyasztás**)
- szexuális magatartás, romantikus tapasztalatok*
- sérülések, balesetek

[4] Inkonzisztens válaszok a következő kérdéscsoportok esetében fordultak elő: kor, apa, anya foglalkozása, sérülések, balesetek, menstruáció, magömlés, kortárskapcsolatok, dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás.

Szubjektív jóllét:

- önértékelt egészség
- krónikus betegségek és állapotok*
- élettel való elégedettség
- pszichoszomatikus panaszok (egy kérdés**)
- gyógyszerhasználat*
- depresszív tünetek**
- önértékelés**
- alvási szokások*
- testkép*, tápláltsági állapot

Háttértényezők:

- demográfia (nem, életkor, lakóhely**, iskolatípus**)
- család (szerkezet, családi kommunikáció, támogatás)
- kortársak (közeli barátok száma*, a velük töltött idő, kapcsolattartás, kortárstámogatás)
- iskola (iskolához való viszony, terhelés, tanulmányi eredmény, tanári támogatás, osztálytársak részéről megtapasztalt támogatás, kortársbántalmazás [egy kérdés**], verekedés)
- szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocioökonómiai helyzete)
- biológiai fejlődés (pubertás).

A magyar adatok elemzésénél ugyan nem releváns, de a végleges kérdőívek kifejlesztéséhez szervesen hozzátartozik – ezért tartjuk fontosnak megjegyezni –, hogy az eredmények nemzetközi összehasonlíthatóságának biztosítása érdekében az eredeti angol nyelvű kérdések nemzeti nyelvre történő lefordítása után egy visszafordítási lépés is szerepel a kérdőív-fejlesztési folyamatban. A 2009/10-es adatfelvételhez képest módosított, vagy újonnan feltett kérdéseket egy – a magyar kutatócsoporttól független – anyanyelvi beszélő visszafordította angol nyelvre, majd az eredetit és a visszafordítást a nemzetközi HBSC-kutatócsoport vetette össze.

A nemzetközi kérdéscsomagokba csak olyan kérdések kerülhetnek, amelyeket legalább négy tagországban előzetes próbafelmérésekben már alkalmaztak. Szintén nemzetközi előírás, hogy az adott felmérésben véglegesnek szánt kérdőívet néhány száz fős mintán tesztelni kell a reprezentatív adatfelvétel előtt. Hazánkban az elővizsgálat 2013. november-decemberben történt egy 301 fős mintán.

ADATFELDOLGOZÁSI MÓDSZEREK

A statisztikai feldolgozás az IBM SPSS programcsomag 22.0 verziójával történt.

A véletlen mintavételi módszer alkalmazása, valamint a fent említett események – iskolák, szülő, diákok visszautasítása, a kérdőív kitöltésének időpontjában való hiányzás – miatti válaszhiány a keret és a megvalósult minta eltérését eredményezte (***1.3. táblázat***), így a tervezett minta és a keret bizonyos változók szerinti megoszlása különbözik egymástól. A torzulások kiküszöbölése és a reprezentativitás biztosítása érdekében a keret és megvalósult minta megoszlásának eltéréseit (amely a képzéstípus esetén a legjelentősebb) utólagos rétegzéssel (súlyozással) korrigáltuk.

1.3. táblázat

A mintavételi keret és a megvalósult minta régió és évfolyam, képzéstípus és évfolyam, településtípus és évfolyam, fenntartó és évfolyam szerint (%)

	5. osztály		7. osztály		9. osztály		11. osztály		Együtt	
	keret	meg-valósult minta	keret	meg-valósult minta	keret	meg-valósult minta	keret	meg-valósult minta	keret	meg-valósult minta
Régió										
Közép-Magyarország	6,09	5,62	5,57	5,70	8,08	7,07	7,94	6,45	27,68	24,85
Közép-Dunántúl	2,31	4,14	2,24	3,66	3,02	3,92	2,81	2,55	10,39	14,27
Nyugat-Dunántúl	2,04	3,22	1,99	1,90	2,82	1,37	2,56	1,28	9,41	7,77
Dél-Dunántúl	1,94	3,23	1,93	2,16	2,66	2,03	2,37	1,79	8,90	9,22
Észak-Magyarország	2,94	5,35	2,87	5,20	3,69	1,98	3,20	2,18	12,70	14,71
Észak-Alföld	3,76	2,94	3,71	5,44	5,06	5,79	5,23	3,75	17,76	17,93
Dél-Alföld	2,82	4,32	2,75	2,58	3,65	2,37	3,93	1,98	13,16	11,26
Együtt	21,90	28,83	21,07	26,65	28,99	24,52	28,05	19,99	100,00	100,00
Településtípus										
Budapest	3,28	3,30	3,00	2,11	6,09	4,44	5,72	4,49	18,09	14,33
Megyeszékhely, megyei jogú város	4,70	5,30	4,56	4,36	11,33	7,59	10,61	6,91	31,20	24,15
Egyéb város	8,05	9,22	7,84	8,91	10,92	11,60	10,95	7,67	37,76	37,40
Község	5,87	11,02	5,66	11,28	0,65	0,89	0,77	0,93	12,95	24,12
Együtt	21,90	28,83	21,07	26,65	28,99	24,52	28,05	19,99	100,00	100,00
Képzéstípus[5]										
Általános iskola	21,90	28,83	21,07	26,65	-	-	-	-	42,96	55,49
Gimnázium / szakközépiskola	-	-	-	-	14,32	8,42	15,08	7,78	29,40	16,20
Szakmunkásképző / szakiskola	-	-	-	-	14,66	16,11	12,97	12,21	27,63	28,31
Együtt	21,90	28,83	21,07	26,65	28,99	24,52	28,05	19,99	100,00	100,00
Fenntartó										
Állami	18,52	26,13	17,85	23,61	22,04	17,86	19,47	15,26	77,89	82,87
Egyházi	2,91	2,70	2,68	2,60	3,94	3,19	3,61	2,50	13,15	10,99
Egyéb	0,46	0,00	0,53	0,44	3,00	3,48	4,97	2,23	8,96	6,14
Együtt	21,90	28,83	21,07	26,65	28,99	24,52	28,05	19,99	100,00	100,00

[5] A képzés típusánál nem a diákok válaszait használtuk fel (szakiskolákba járók is nagy arányban mondták azt, hogy gimnáziumba/szakközépiskolába járnak), hanem az intézményi adatsor alapján döntöttük el, hogy az adott iskola jellemzően milyen képzéstípust nyújt.

Súlyozás[6]

A súlyozás célja a populációra vonatkozó becsléseink érvényességének növelése. Ehhez a mintát úgy alakítjuk át, hogy bizonyos szempontok szerint reprezentálja a vizsgált populációt.

A súlyozáshoz alkalmazott módszer kiválasztása a kutatási kérdések és a mintavételi elrendezés figyelembevételével történik; ezek alapján utólagos rétegezést végeztünk.

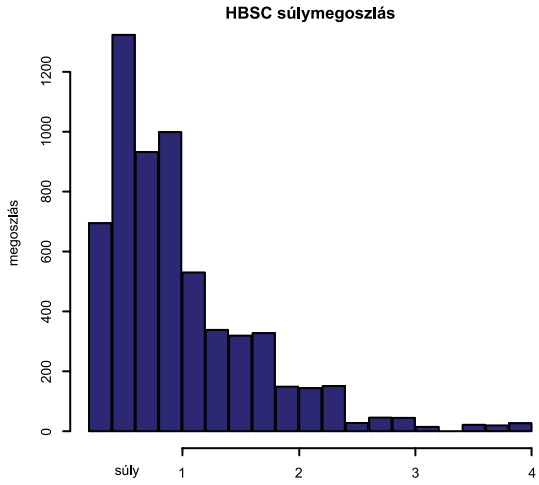
A minta szerkezete (a súlyozás során figyelembe veendő változók nagy száma, és az egyes cellákban található alacsony mintaelem-szám) miatt az iteratív arányos súlyozást alkalmaztuk (*Iterative Proportional Fitting, IPF*). A módszer alkalmazása esetén a súlyozott minta kívánt változók szerinti egydimenziós eloszlása megegyezik a keret megfelelő változók szerinti egydimenziós eloszlásaival; mindeközben a minta struktúrája (az esélyhányadosok értéke) nem változik.

A teljes sokaságra vonatkozó alapmegoszlások előállításakor a Köznevelési Információs Rendszer (KIR) 2013-as adatsoraira támaszkodtunk. Az adatfelvételi és adatszolgáltatási periódus között eltelt egy év feltehetően nem okozott jelentős torzulásokat az alapmegoszlásokban. Az intézményi adatsor esetében – igazodva a HBSC mintavételi célcsoportjához – az 5., 7., 9. és 11. évfolyamra járó diákokra vonatkozó adatokat összesítettük. A súlyozásnál törekedtünk arra, hogy lehetőség szerint igazodjunk a korábbi évek súlyozási gyakorlatához, és a KIR adatrendszer nyújtotta információkat a lehető legszélesebben felhasználjuk (mivel az évfolyamok nemenkénti bontását nem tartalmazza az adatsor, ezért a korábbi évektől eltérően a nem-változó használatától el kellett tekintenünk). Az adatsor a következő változók felhasználását tette lehetővé: évfolyam, megye, régió, településtípus, képzéstípus, fenntartó. A súlyozásnál ezeknek a felhasználható változóknak több lehetséges kombinációját teszteltük. Azt az optimális kombinációt kerestük, ami egyrészt a lehető legmélyebb súlyozást jelenti, másrészt nem okoz nagy szórású, extrém súlymegoszlást. A végleges súlymodellben a következő változó-kombinációk szerepeltek:

- Évfolyam × régió
- Évfolyam × képzés
- Évfolyam × iskola településtípus
- Évfolyam × fenntartó
- Megye

A súlyozást R programnyelvben, iteratív arányos illesztéssel végeztük. A súlyok maximumát 4-ben, minimumát 0,25-ben határoztuk meg (***1.1. ábra***). A súlyozás húsz iteráció alatt konvergált (nem volt olyan cella, ahol 0,5%-nál nagyobb eltérés volt a súlyozott és elméleti értékek között).

1.1. ábra



[6] A súlyozást Kmetty Zoltán végezte, és a fejezet e szakasza az általa írt súlyozási dokumentáción alapszik.

A súlyozás a mintavétel kis véletlennek tulajdonítható hibáinak korrigálására alkalmas; a nagy eltéréseket mutató minta javítására nem megfelelő. A súlyozás minőségét a súlyváltozó tulajdonságai alapján ítélhetjük meg (minél kisebb a súly változékonysága, annál jobb a súly). Egy másik módszer a súlyozás ellenőrzésére a becslések súlyozás előtti és utáni értékeinek összevetése: minél kisebb a különbség, annál jobb a súly.

A létrehozott súlyváltozót mindkét módszerrel teszteltük, melyek alapján megfelelőnek bizonyult a minta korrekt súlyozására (***1.4. táblázat***).

1.4. táblázat

A súlyváltozó néhány paramétere

Változó	N (fő)	M	SD	Minimum érték	Maximum érték	Ferdeség	Csúcsosság
SÚLY	6153	1,000	0,658	0,264	3,984	1,638	3,333

Adatelemzés

Az eredmények számításakor minden esetben a súlyozott adatbázison dolgoztunk.

A kutatási jelentés az általunk relevánsnak tartott leíró eredményeket (átlag [M], szórás [SD], gyakorisági eloszlás) mutatja be, melyeket egy- és kétváltozós statisztikai módszerekkel számítottunk ki (kétmintás t-próba, függetlenségi teszt [khi-négyzet-próba], egy- és többutas variancia-analízis, megbízhatósági vizsgálat a skálák belső konzisztenciájának mutatója, a Cronbach-alfa segítségével).

Az eredményeket minden témakörnél megadjuk nem és iskolai évfolyamok szerinti bontásban. Azoknál a témáknál, ahol a szerző relevánsnak ítélte, további szempontok szerinti csoportosítást is alkalmazunk (pl. iskolatípus, településtípus szerinti elemzés). Az ábrákban, táblázatokban *-gal jelöltük, ha egy változó mentén szignifikáns különbség figyelhető meg, azaz például ha a fiúk és lányok körében vagy az egyes évfolyamok között megfigyelhető értékek statisztikailag eltérnek. Amennyiben * nem szerepel, az azt jelenti, hogy a fiúk és lányok vagy évfolyamok közötti arányok statisztikai értelemben nem különböznek.

Ha a szövegben „különbségekről", „eltérésekről" írunk, mindig statisztikai értelemben szignifikáns különbségekre utalunk (a választott szignifikanciaszint egységesen p = 0,05).[7] A statisztikai próbák számszerű eredményeinek közlésétől a gördülékenyebb olvashatóság kedvéért és terjedelmi okok miatt eltekintünk.

A skálák átlagához tartozó standard hibákat egy összefoglaló táblázatban közöljük, amelyet az Olvasó a függelékben talál meg.

Ugyancsak az olvashatóság megkönnyítése érdekében a skálaváltozók jellemzésénél az átlagok mellett csak akkor tüntettük fel a szórást, ha az adott átlagpontszám a teljes mintára vonatkozik. A különböző bontásokhoz tartozó szórások a függelékben szintén megtalálhatók. Az évfolyamok közti különbségek kétféle hatásból adódnak össze. Az *életkor hatása* az idősödéssel együtt járó folyamatokat tükrözi, a *kohorszhatás* viszont az egy időszakban (évben, évcsoportokban) születettek közös jellemzője, amely a korosodástól független. E két hatás szétválasztására egy keresztmetszeti vizsgálatban nincs lehetőség. Amennyiben jelen kutatás kapcsán kifejezetten életkori hatásokról beszélünk, olyankor a szakirodalomban leírt modellekre és longitudinális elemzésekre támaszkodunk. Másrészt, ha az olvashatóság kedvéért nem is mindig hangsúlyozzuk (így pl. „a korral az adott jellemző előfordulása nő/csökken" megfogalmazást használjuk), az évfolyamok közti különbségek alatt e két hatás együttesét értjük.

[7] Kivételt képeznek a megbeszélés fejezetekben a korábbi felmérések eredményeivel való összehasonlítások, melyek a szakértők által jelentősnek ítélt különbségeket tartalmazzák. Az időbeli összehasonlítások statisztikai próbákkal és statisztikai modellekkel támogatott elemzése egy következő kutatási jelentés témája lesz.

A kereszttáblákban és grafikonokon feltüntetett százalékok összege néhol a 100-tól kissé eltér, ez a kerekítési módszerek következménye.

Minden fejezet elején rövid elméleti bevezető is szerepel, amely összefoglalja az adott témával kapcsolatos legfontosabb, illetve legfrissebb szakirodalmi eredményeket, illetve a téma korábbi hazai kutatásait. A hivatkozásokat az egyes fejezetek végén, az Amerikai Pszichológiai Társaság hivatkozási rendjét (American Psychological Association [APA], 2013) követve közöljük. Ettől a szabványtól annyiban tértünk el, hogy – a könnyebb olvashatóság érdekében – a háromnál több szerzős publikációk esetén is csak az első három szerzőt adtuk meg; háromnál több szerző esetén egységesen az „és mtsai" rövidítést alkalmaztuk.

FELHASZNÁLT IRODALOM

American Psychological Association (2013). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z., & Wild, F. (Eds.). (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey.* St. Andrews: HBSC International Coordinating Centre. Elérhető: http://www.hbsc.org

Zakariás, I., & Németh, Á. (2011). Anyag és módszer. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010 (pp. 11-21). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

A VIZSGÁLT TÉMAKÖRÖK BEMUTATÁSA, EREDMÉNYEK ÉS ÉRTELMEZÉSÜK

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

2. TÁPLÁLKOZÁSI SZOKÁSOK ÉS FOGÁPOLÁS

Németh Ágnes

BEVEZETÉS

A gyermekek és serdülők optimális növekedéséhez és testi, lelki, értelmi fejlődéséhez elengedhetetlen az egészséges táplálkozás. Továbbá aktuális egészségi állapotukhoz is jelentősen hozzájárul (pl. vashiány, fogszuvasodás, kövérség, evészavarok megelőzése), és szerepe lehet a hosszútávon jelentkező egészségi problémák (pl. szív-érrendszeri és tumoros megbetegedések) kivédésében (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 1997).

Kamaszkorban az étkezési szokásokat és ételválasztást – életkori sajátosságokból adódóan – jóval több tényező befolyásolja, mint azt megelőzően: a növekvő függetlenedés a családtól, az identitás-keresés, a kalandvágy és a kockáztató magatartás erősödése, fokozódó igény a kortárscsoport általi elfogadottságra, az otthonon kívüli gyakoribb étkezés, a feszesebbé váló napirend (Story, Neumark-Sztainer és French, 2002). Mindezek hozzájárulhatnak egészségtelen táplálkozási szokások és a testtömeggel kapcsolatos evésproblémák kialakulásához, melyek kedvezőtlen táplálтsági állapothoz vezethetnek.

Az étkezési szokások egyik fontos eleme a főétkezések gyakorisága, rendszeressége. Ezek közül az iskolába járó, fejlődő szervezetű gyermekek és serdülők számára a legfontosabb a reggeli. Számos tanulmány megállapította, hogy iskoláskorban a rendszeres reggelizés jobb tápanyag-ellátottságot (pl. a mikroelemek nagyobb mértékű bevitelét) és általában jobb étkezési minőséget eredményez (Affenito, 2007; Pedersen, Meilstrup, Holstein és mtsai, 2012; Timlin, Pereira, Girard és mtsai, 2008). Több keresztmetszeti vizsgálat kimutatta továbbá, hogy a rendszeres reggelizés védő tényező a túlsúlyosság kialakulása ellen (Rampersaud, Pereira, Girard és mtsai, 2005; Timlin, Pereira, Girard és mtsai, 2008).

Ugyanakkor a reggeli rendszeres kihagyása többféle egészségveszélyeztető magatartással, például a dohányzással és alkoholfogyasztással (Keski-Rahkonen, Kaprio, Rissanen és mtsai, 2003), drogfogyasztással (Affenito, 2007), a fizikailag inaktív életmóddal (Timlin, Pereira, Girard és mtsai, 2008) és sok televízió-nézéssel (Vereecken, Dupuy, Rasmussen és mtsai, 2009) is összefügg.

A táplálkozás minőségének jó mutatója a különböző ételféleségek aránya az étrendben. Az egészséges étrend kiegyensúlyozott, és sokféle gyümölcsöt, zöldséget, tejterméket, magas arányban keményítő-tartalmú élelmiszereket, mérsékelt mennyiségű húst és halat, valamint kevés zsiradékot és cukrot tartalmaz. A táplálkozás minőségének szintén fontos jellemzője a folyadékfogyasztás (a megfelelő mennyiségű folyadék – elsősorban víz – bevitele elengedhetetlen), továbbá az energiatartalom. Az egészséges étrend kalóriatartalma megfelel a szervezet fenntartásához szükséges és az egyéb (pl. fizikai aktivitáskor történő) energiafogyasztásnak (Veerecken, De, Maes és mtsai, 2009).

Az étrend teljes tanulmányozása a jelen kutatás keretei között lehetetlen, ezért csak néhány olyan élelmiszerfajta fogyasztási gyakoriságát vizsgáltuk, amelyek megfelelő indikátorai az egészséges táplálkozásnak. A kérdőívben két élelmiszercsoportból választott étel- és italféleségek szerepeltek. Az egyik élelmiszercsoport a gyümölcsök és zöldségek, mint legfontosabb rost- és vitaminforrások. Fogyasztásuk növelése fontos népegészségügyi cél, mivel nagy szerepük van az étrend és táplálтsági állapot optimalizálásában, a betegségkockázatok csökkentésében és a jó egészség fenntartásában (Van Duyn és Pivonka, 2000). A másik élelmiszercsoportot az édességek, a szénsavas, cukortartalmú üdítőitalok (kóla, tonik stb.) és az energiaitalok alkotják. Ezek kalóriában és/vagy élénkítő anyagokban gazdag, de egyéb tápanyagokban szegény élelmiszerek, úgynevezett „üres kalóriák”, melyek gátolják a táplálóbb élelmiszerek fogyasztását, s ezzel az étrend összetétele messze kerülhet az elfogadott ajánlásoktól.

Bár a cukrozott üdítőitalok rendszeres fogyasztása és a túlsúlyosság közötti összefüggés nem egyértelmű (Haug, Rasmussen, Samdal és mtsai, 2009; Malik, Schulze és Hu, 2006), de együtt jár a ritkább tejfogyasztással és kalciumbevitellel (Vartanian, Schwartz és Brownell, 2007), valamint az édességfogyasztással együtt a fogszuvasodás egyik legfontosabb oka (Moynihan, 2005).

Az energiaitalok fogyasztásának népszerűsége az utóbbi 10-15 évben világszerte nagymértékben növekedett, különösen a fiatal lakosság körében. Ma ők tekinthetők a fő fogyasztói rétegnek (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet [OÉTI], 2011; Zucconi, Volpato, Adinolfi és mtsai, 2013). A rendszeres fogyasztást többek között a magas koffein- és cukortartalom miatt tartják aggályosnak. Egyre több tudományos eredmény bizonyítja az energiaitalok egészségre káros következményeit (Breda, Whiting, Encarnação és mtsai, 2014). A kutatások összefüggést találtak az élménykereső magatartással, a szerfogyasztással és a depresszióval (Azagba, Langille és Asbridge, 2014). Az energiaitalokat rendszeresen alkohollal együtt fogyasztó, eredetileg nem dohányzó kamaszok jobban ki vannak téve a rágyújtás kockázatának (Azagba és Sharaf, 2014). A rendszeres fogyasztás együtt járhat különböző pszichoszomatikus panaszokkal: fejfájás, gyomorfájás, étvágytalanság, alvási nehézségek (Kristjansson, Sigfusdottir, Mann és mtsai, 2014).

A megfelelő szájhigiéné nemcsak esztétikai kérdés: a fogbetegségek diszkomfort-érzéssel, fájdalommal, az életminőség romlásával járhatnak, és számos egyéb betegség (pl. szív-érrendszeri problémák) kockázatát hordozzák (de Oliveira, Watt és Hamer, 2010). A fogak épségéhez és a szájüreg egészségéhez nemzetközi tapasztalatok alapján a foglepedék napi kétszeri eltávolítása ajánlott (Kuusela, Honkala, Kannas és mtsai, 1997; Löe, 2000), fluoridos fogkrémmel végzett fogmosással (Marinho, Higgins, Sheiham és mtsai, 2003). A főétkezések közötti cukortartalmú élelmiszerek fogyasztásának korlátozása szintén bizonyítottan hozzájárul a szájüreg egészségéhez (Sheiham, 2001).

Régóta tudjuk, hogy az egyes egészségmagatartás-elemek nem függetlenek egymástól (pl. Camenga, Klein és Roy, 2006; Németh, 2011). A dohányzás és a rendszeres alkoholfogyasztás összefügg a rendszertelen fogmosással, míg a sportos életmódot folytató fiatalok többnyire rendszeresen mosnak fogat is (Honkala, Honkala, Newton és mtsai, 2011; Koivusilta, Honkala, Honkala és mtsai, 2003). Továbbá a ritka édességfogyasztás szintén együtt jár a gyakori fogmosással (Koivusilta, Honkala, Honkala és mtsai, 2003).

Mivel a különböző egészségmagatartások fizikai és társas környezetben valósulnak meg, fontosnak tartjuk a környezeti tényezők vizsgálatát is. E kérdéskörhöz tartozik a családi közös étkezések témája. A család még serdülőkorban is talán a legmeghatározóbb befolyással bír a gyermekek, fiatalok életmódjára és egészségére. Bebizonyosodott, hogy ha a család rendszeresen együtt étkezik, ez a fiatalok egészségesebb táplálkozásával jár (Neumark-Sztainer, Larson, Fulkerson és mtsai, 2010; Utter, Denny, Robinson és mtsai, 2013; Videon és Manning, 2003). Ez az összefüggés valószínűleg többféle mechanizmuson keresztül valósul meg. Például a szülőknek lehetősége van egészséges táplálékok kínálására (Neumark-Sztainer, Story, Perry és mtsai, 1999), a család beszélgethet az egészséges táplálkozásról (Gillman, Rifas-Shiman, Frazier és mtsai, 2000). A családi étkezések hozzájárulhatnak továbbá a rendszeres táplálkozáshoz, mely kedvezően hat a fiatalok pszicho-szociális fejlődésére is (Neumark-Sztainer, Hannan, Story és mtsai, 2003).

A táplálkozási aspektuson túl a szülő-gyermek kapcsolatra is hatással lehet, illetve jelzi annak minőségét, hogy ezek az együttlétek milyen helyet foglalnak el a család értékrendjében. Ha ezek a közös programok nem (vagy nem fontos) részei a család életmódjának, illetve nem jó hangulatban telnek el, a serdülő számára sem lesz fontos, hogy együtt legyen szüleivel.

A modern társadalmakban azonban mind a szülőknek, mind a fiataloknak gyakran olyan zsúfolt a napirendje, hogy nehézséget jelenthet a napi közös családi étkezések megszervezése, ezért is érdemes vizsgálni, hogy mennyire jellemző a serdülők családjaiban az együtt étkezés.

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A reggeli étkezés rendszerességére vonatkozóan egy kérdést tettünk fel, de a tanulóknak külön kellett válaszolniuk a hétköznapokat és a hétvégéket illetően.

- *Milyen gyakran szoktál rendesen*[8] *reggelizni?* (Lehetséges válaszok: **tanítási napokon:** Soha / Egyszer / Kétszer / Háromszor / Négyszer / Ötször egy héten, **hétvégén:** Soha / Csak az egyik napon / Szombaton és vasárnap is.)

A táplálkozás minőségét a következő kérdésekkel vizsgáltuk.

- Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat?
  - *Gyümölcs*
  - *Zöldségfélék*
  - *Édességek (cukorka, csokoládé)*
  - *Kóla vagy más édes üdítőital*
  - *Energiaital* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Soha / Ritkábban, mint hetente / Hetente egyszer/ Hetente 2-4-szer / Hetente 5-6-szor / Minden nap egyszer / Minden nap többször is.)

A közös családi étkezésekre vonatkozóan két kérdés szerepelt kérdőívünkben.

- *Milyen gyakran* ***reggelizel / vacsorázol*** *együtt édesanyáddal vagy édesapáddal*[9]*?* (Mindkét kategória esetén lehetséges válaszok: Soha / Ritkábban, mint hetente / Hetente 1-2-szer/ Hetente 3-4-szer / Hetente 5-6-szor / Minden nap.)

A szájhigiénére vonatkozóan egy kérdést tettünk fel.

- *Milyen gyakran mosol fogat?* (Lehetséges válaszok: Naponta többször / Naponta egyszer / Legalább hetente egyszer, de nem minden nap / Ritkábban, mint hetente / Soha.)

EREDMÉNYEK

A reggeli étkezés rendszeressége

A diákok 29,4%-a soha nem reggelizik rendesen tanítási napokon, míg közel felük (48,3%) minden ilyen napon fogyaszt reggelit. A felsőbb évfolyamokban szignifikánsan kevesebben vannak a minden nap reggelizők: legnagyobb arányban – közel 60%-ban – a legfiatalabbak, míg legkisebb arányban, 41,2%-ban a 9. osztályosok.

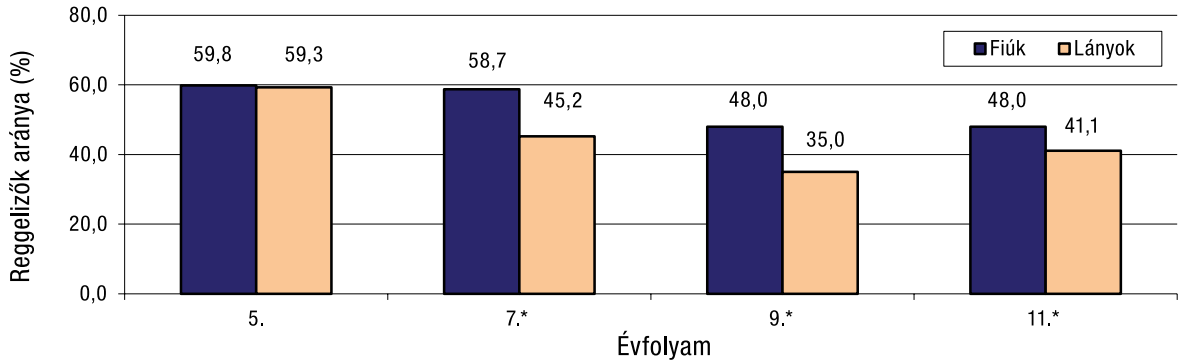
Az 5. osztályban még nincs szignifikáns különbség a két nem között. A lányoknál az idősebb évfolyamok felé haladva meredekebben csökken a minden nap reggelizők aránya, ezekben az esetekben már szignifikáns a különbség a fiúk és lányok között (***2.1. ábra***). A fiúknál az általános iskolás és a középiskolás diákok között láthatunk jelentős különbséget, míg a lányoknál a 9. évfolyamon a legalacsonyabb a minden nap reggelizők hányada.

8 A „rendesen” fogalmát körülírtuk a kérdésben: nemcsak egy pohár tejet, teát vagy gyümölcslevet iszik.

9 Ha nevelőszülővel él együtt a tanuló, akkor rá(juk) vonatkozóan kértük a választ.

2.1. ábra

Minden tanítási napon reggeliző tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6081)

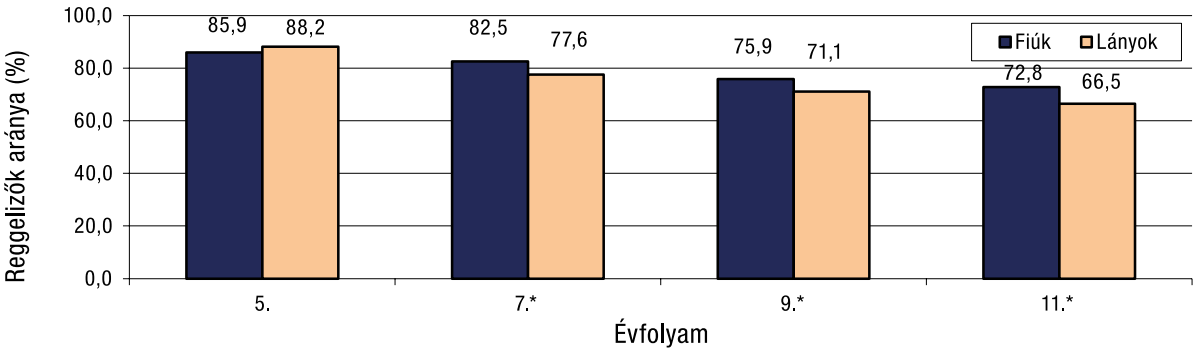


A fiatalok 9,2%-a válaszolt úgy, hogy hétvégéken soha nem reggelizik rendesen, míg több mint háromnegyedük (76,6%) mindkét napon fogyaszt reggelit. Az életkori eltérések hasonlóak a tanítási napokra jellemzőkhöz, de itt folyamatos csökkenés látható az 5. (87,1%) és a 11. évfolyam (69,3%) között.

A fiúknál – a hétköznapi reggelizési szokásokhoz hasonlóan – csak az általános iskolás és középiskolás évfolyamok között szignifikáns a különbség, míg a lányoknál minden korcsoport szignifikánsan eltér egymástól, tehát a magasabb évfolyamra járó lányokra egyre kevésbé jellemző, hogy mindkét hétvégi napon reggeliznek. A legfiatalabbak körében itt sincs statisztikailag jelentős különbség a nemek között (***2.2. ábra***).

2.2. ábra

Hétvégéken mindkét nap reggeliző tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6091)



A táplálkozás minősége

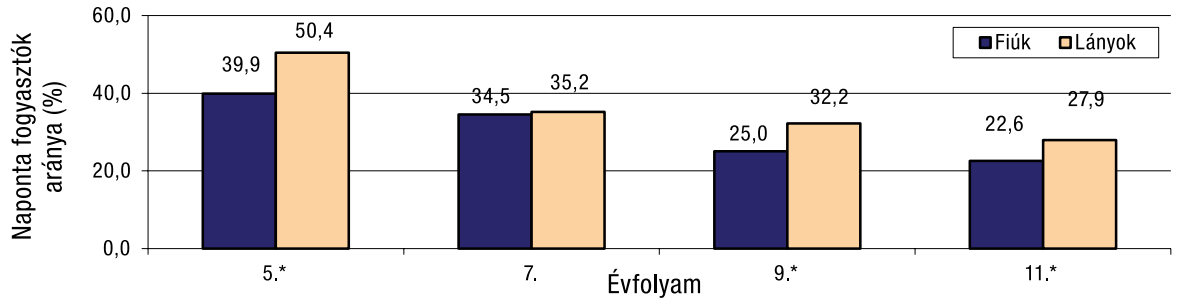
A tanulók 32,6%-a válaszolta, hogy napi rendszerességgel[10] fogyaszt gyümölcsöt. Mindössze 18,2% a naponta többször is fogyasztók hányada, és több mint 10% azoknak az aránya, akik még heti gyakorisággal sem esznek gyümölcsöt. A legfiatalabb korosztályban a tanulóknak még mintegy 45%-a minden nap eszik gyümölcsöt, majd az évfolyamok növekedésével folyamatos szignifikáns – összességében mintegy 20%-os – csökkenés figyelhető meg.

[10] Ez alatt összevontan értjük azokat a tanulókat, akik a naponta egyszeri, és akik a naponta többszöri fogyasztást jelölték meg, az összes vizsgált ételféleség esetében.

A fiúk minél idősebbek, annál kisebb arányban fogyasztanak gyümölcsöt minden nap. A lányoknál az 5. és 7. évfolyam között nagyon jelentős, míg a 9. és 11. között kisebb csökkenést figyelhetünk meg. A 7. osztály kivételével a lányok szignifikánsan jobb arányokat mutatnak, mint a fiúk (***2.3. ábra***).

2.3. ábra

Gyümölcsöket naponta fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6073)

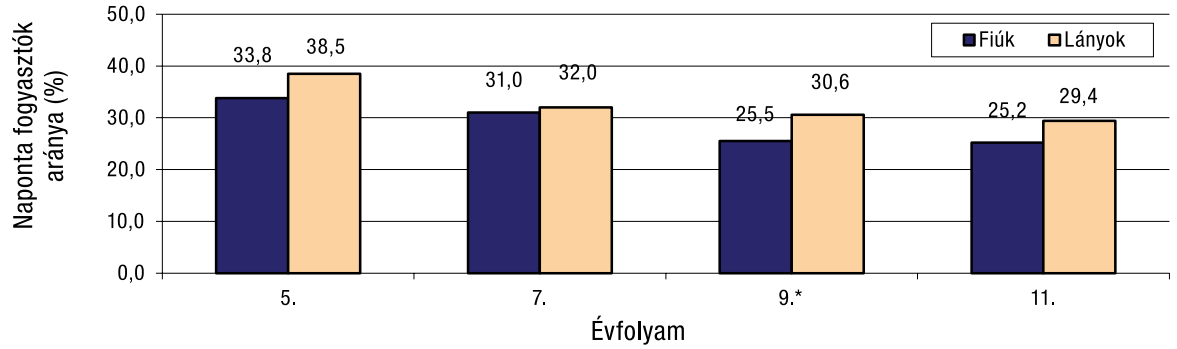


A zöldségfogyasztás napi arányai a gyümölcsfogyasztáshoz hasonlók: a fiatalok 30,4%-a naponta fogyaszt zöldséget. Szintén hasonló azoknak az aránya, akik még hetente sem esznek zöldségféléket (11,8%), és a diákoknak kevesebb mint hatoda fogyasztja naponta többször ezt az ételféleséget.

Itt szintén kimutatható az életkor növekedésével párhuzamos kedvezőtlen tendencia, bár a legfiatalabbak és legidősebbek között csak körülbelül 10%-os a csökkenés a napi fogyasztásban. A két nem között csupán a kilencedikesek körében szignifikáns a különbség, a lányok javára (***2.4. ábra***). Bár a teljes mintán szignifikáns a fiúk és lányok közötti eltérés, értéke azonban kevesebb, mint 4%.

2.4. ábra

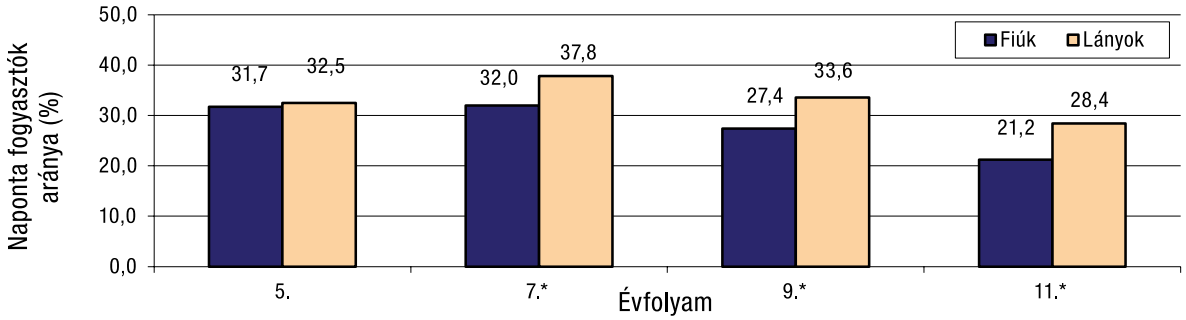
Zöldségféléket naponta fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6052)



Az édességek napi fogyasztása a diákok kevesebb mint harmadára (30,3%) jellemző. Mintegy 12% azoknak az aránya, akik hetente sem esznek édességet. A korcsoportok között szignifikáns (közel 10%-os) csökkenés figyelhető meg a napi fogyasztásban a 7. osztálytól felfelé. Ez a tendencia mindkét nemre jellemző. A lányok a legfiatalabbak kivételével szignifikánsan nagyobb arányban esznek édességet naponta, mint a fiúk (***2.5. ábra***).

2.5. ábra

Édességeket naponta fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6026)

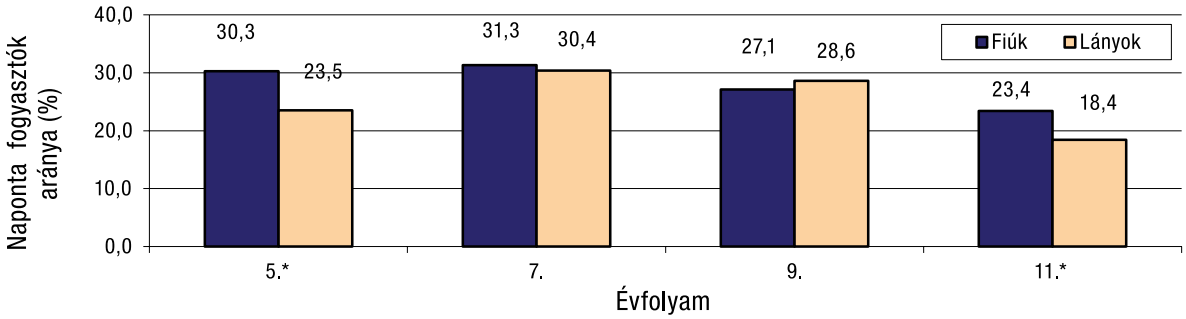


Szénsavas üdítőitalt a fiataloknak több mint negyede (26,3%) minden nap fogyaszt. A heti egy alkalomnál ritkábban fogyasztók hányada 30,5%. A korcsoportok közötti tendencia és a különbség teljesen megegyezik az édességfogyasztásnál tapasztaltakkal, azaz a fiúknál az általános iskolás évfolyamok között nincs eltérés, a lányoknál növekedés látható, majd mindkét nemnél a 7. évfolyamtól kezdve fokozatosan csökken a naponta fogyasztók aránya.

A fiúknál az általános iskolás korosztályban gyakorlatilag megegyezik az üdítőitalokat naponta fogyasztók aránya, majd kismértékű, de szignifikáns csökkenés figyelhető meg az idősebbeknél. A lányoknál kiugróan magas a 7. és 9. osztályba járó naponta fogyasztók aránya; a 9. és 11. évfolyamok között jelentős csökkenés látható. A nemek között a legfiatalabb és a legidősebb korcsoportban szignifikáns az eltérés, a fiúk javára (***2.6. ábra***).

2.6. ábra

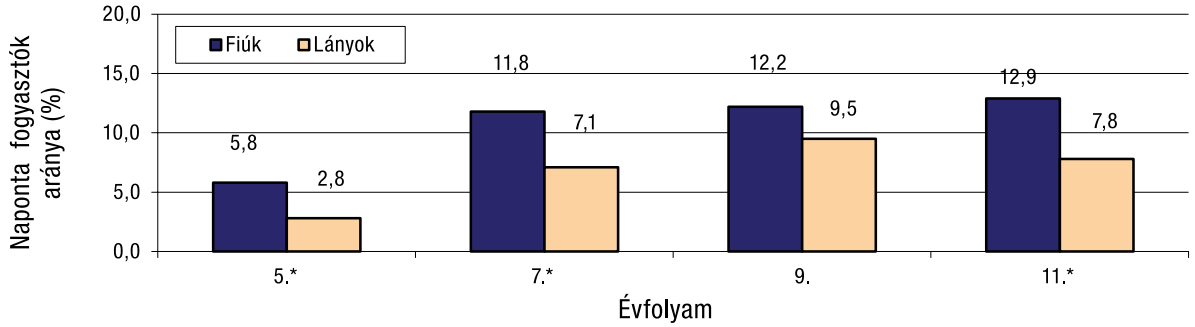
Szénsavas üdítőitalokat naponta fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6036)



A tanulóknak mindössze 8,9%-a számolt be arról, hogy naponta fogyaszt energiaitalt, míg 17,6%-uk soha nem teszi ezt. Közel ugyanennyien heti egy alkalomnál is ritkábban fogyasztják ezt az italféleséget. Az életkor növekedésével szignifikánsan nő a naponta fogyasztók aránya a középiskolás korosztályig (mintegy 4%-ról 11%-ra). Nemekre bontva azonban azt látjuk, hogy csak a legfiatalabb korosztály fogyaszt számottevően kisebb arányban az idősebbekhez képest. A 9. évfolyam kivételével a fiúkra szignifikánsan nagyobb arányban jellemző a napi fogyasztás (***2.7. ábra***).

2.7. ábra

Energiaitalokat naponta fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6079)



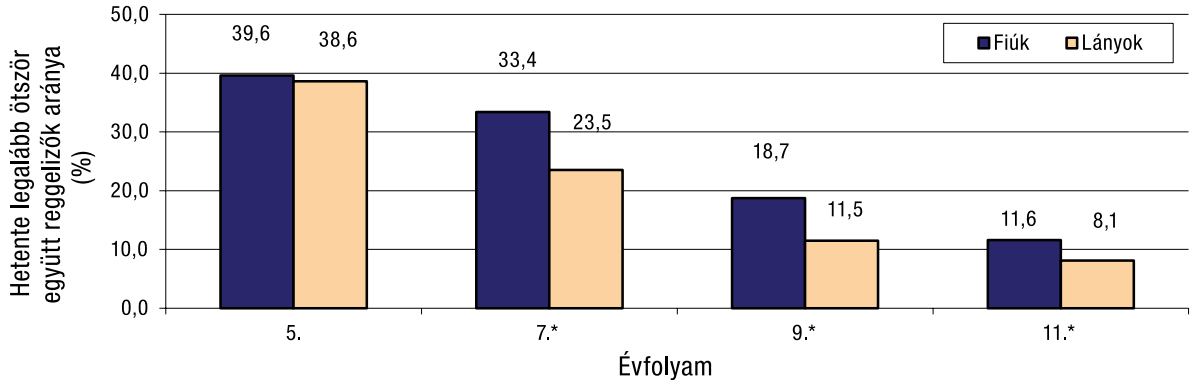
Közös étkezések a szülőkkel

A diákok 14,3%-a (hétből egy) számolt be arról, hogy minden nap, és összesen több mint ötödük (21,5%) válaszolta azt, hogy hetente legalább öt napon, legalább az egyik szülőjével együtt reggelizik. Több mint harmaduk még heti egy alkalommal sem teszi ezt meg, és hasonló a heti 1-2 napon együtt étkezők aránya. Utóbbiak valószínűleg nagyrészt a hétvégéken együtt reggelizőket jelentik.

A legfiatalabbaknak közel 40%-a legalább öt napon együtt reggelizik a szüleivel, de a 11. évfolyamig folyamatos, összességében 30%-os csökkenés figyelhető meg a korcsoportok között. Ez mindkét nemre egyformán jellemző. A lányoknál az 5. és 9. évfolyamok között folyamatos csökkenés figyelhető meg, s ugyanígy a fiúknál – bár a lányokhoz képest kisebb mértékben. A 7. és idősebb évfolyamokon a két nem közötti különbség szignifikáns (***2.8. ábra***).

2.8. ábra

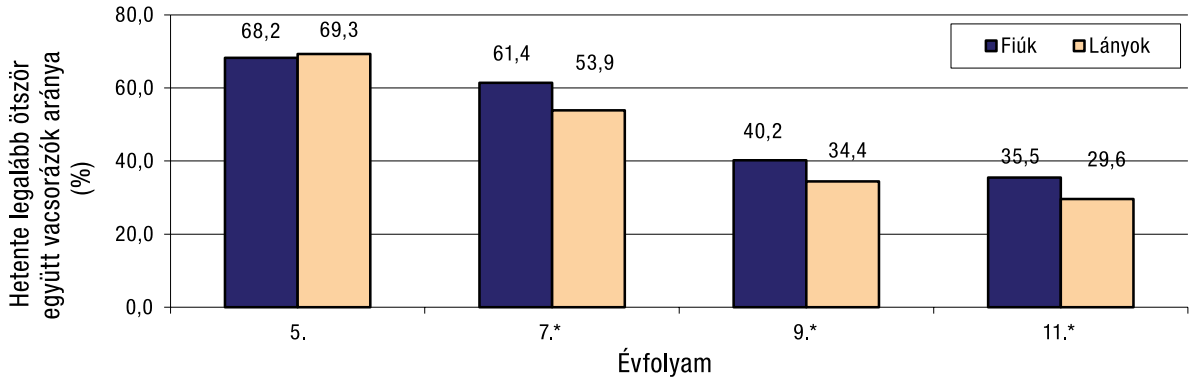
Hetente legalább öt napon szülővel reggelizők aránya nem és évfolyam szerint (N = 6078)



Minden harmadik diák (33,4%) minden nap együtt vacsorázik legalább az egyik szülőjével. A szülőkkel hetente legalább öt estén együtt vacsorázók aránya összesen 46,9%. Azonban a diákok több mint ötöde még hetente egyszer sem ül le közös esti étkezésre a szüleivel. A nemi és életkori tendenciák nagyon hasonlóak a reggelizésnél tapasztaltakhoz. Az ötödikeseknek több mint kétharmada legalább heti öt alkalommal vacsorázik szülővel, míg a tizenegyedikeseknek csak kevesebb mint harmadára jellemző ez. A lányok és fiúk közötti különbségek arányaikban némileg csekélyebbek, mint a reggelizés esetében láttuk, de a mintázat hasonló: a fiúknak a legfiatalabbak kivételével szignifikánsan nagyobb hányadára jellemző a szülőkkel vacsorázás (***2.9. ábra***).

2.9. ábra

Hetente legalább öt napon szülővel vacsorázó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6060)

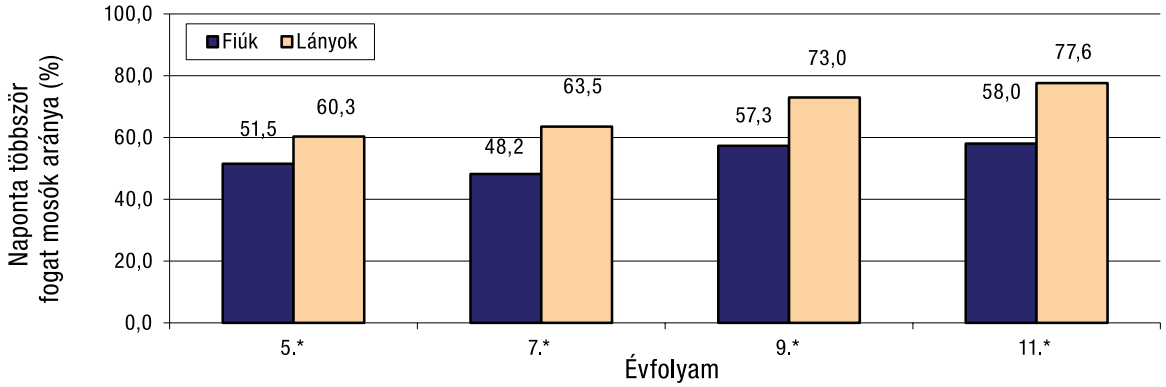


Fogmosás

A naponta fogat mosó tanulók aránya 93,2%, ezen belül 62,2% azoknak a hányada, akik legalább kétszer mosnak fogat. Mindkét nemre jellemző, hogy az általános és középiskolás korosztály között figyelhető meg szignifikáns pozitív irányú változás. A lányok arányai minden évfolyamon szignifikánsan kedvezőbbek a fiúkéinál, és a különbség az életkorral általában növekszik (***2.10. ábra***).

2.10. ábra

Naponta többször fogat mosó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6112)



MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk történetében a táplálkozás és szájhigiéné témakörén belül számos alkalommal vizsgáltuk a fiatalok reggeli fogyasztásának rendszerességét, különböző ételek és italok fogyasztási gyakoriságát, valamint a fogmosás gyakoriságát. Legutóbbi felmérésünk során bővítettük e terület vizsgált mutatóit, így hazánkban először kérdeztünk rá energiaitalok fogyasztási gyakoriságára, valamint arra, hogy a tanulók milyen gyakran reggeliznek, illetve vacsoráznak együtt legalább az egyik szülőjükkel.

Legújabb felmérésünk szerint a magyar felső tagozatos és középiskolás diákok kevesebb mint fele reggelizik minden tanítási napon, míg tíz tanulóból három soha nem fogyaszt reggelit hétköznapokon. A hétvégéket tekintve ugyanezek az arányok: valamivel több mint háromnegyedük mindkét napon, míg tízből egy fiatal egyik napon sem reggelizik. Ez a mintázat az utóbbi nyolc év három felmérésében állandónak tekinthető (Németh, 2007, 2011). A nemi és életkori mintázatok szintén

nagyon hasonlók mindhárom felmérésben. A nemzetközi kutatásban részt vevő többi európai és észak-amerikai országhoz viszonyítva a hazai adatok nagyon kedvezőtlenek: a minden nap reggelizők arányai minden korcsoportban, fiúk és lányok esetében is messze alatta maradnak a nemzetközi átlagnak (Kelly, 2012).

A napi gyümölcs- és zöldségfogyasztás közel minden harmadik tanulóra jellemző, de tíz fiatalból egy még heti gyakorisággal sem eszik gyümölcsöt vagy zöldséget. A gyümölcsök esetében a napi fogyasztók aránya hasonló a korábbi felmérésekben tapasztaltakhoz, a ritkán vagy soha nem fogyasztók hányada némi csökkenést mutat (Németh, 2007, 2011). A zöldségfogyasztásnál egyre jobb mutatókat láthatunk a három felmérés viszonylatában: a naponta fogyasztók aránya összességében mintegy 10%-os növekedést mutat a 2006-os adatokhoz képest (Németh, 2007). A nemi és életkori eloszlások hasonlóak a korábbi felmérésekhez. Jelen eredményeink a nemzetközi HBSC-adatokkal (Freeman, 2012) összevetve az átlaghoz közeliek. A 2002 és 2010 között megvalósult HBSC-felmérések statisztikai trendelemzése azt mutatta, hogy az európai és észak-amerikai országok nagyobb részére (köztük Magyarországra is) jellemző, hogy a 11–15 éves diákok körében a naponta zöldséget és gyümölcsöt fogyasztók aránya növekszik. A zöldségfélék esetében hazánk a legintenzívebb növekedést mutató hét ország között szerepel (Vereecken, Pedersen, Ojala és mtsai, 2015).

Az édességek esetében a teljes mintát tekintve a gyümölcsfogyasztáshoz hasonló arányokat láthatunk. A cukrozott üdítőitalok napi fogyasztása ennél valamivel kisebb arányban jellemző, míg a heti egy alkalomnál ritkábban fogyasztók aránya fölülmúlja a naponta fogyasztókét. A korábbi évekhez viszonyítva a magyar fiatalok körében valamelyest csökkent az édességet ritkán és az üdítőitalt naponta fogyasztók aránya (Németh 2007, 2011). A nemi és korcsoportos mintázatok ez esetekben is megfelelnek a korábbiaknak. Nemzetközi összehasonlításban a magyar napi fogyasztási arányok magasabbak a HBSC-átlagnál, különösen a legfiatalabbak körében (Vereecken, 2012).

Az energiaitalok napi fogyasztása összességében a tanulók kevesebb, mint tizedére jellemző. Az energiaitalt naponta ivóknál kétszer több tanuló arról számolt be, hogy soha nem fogyaszt ilyen termékeket. Ez a kérdés új elemként jelent meg kutatásunkban, ezért nincs országos és nemzetközi HBSC összehasonlítási alapunk. Egy két évvel korábbi nemzetközi felmérés szerint, melyben 16 EU-tagállam vett részt, a magyar 10–18 éves serdülők 13%-a „állandó” fogyasztó (hetente legalább egyszer iszik energiaitalt azok közül, akik már fogyasztottak életükben), amely a 4. legmagasabb aránynak bizonyult (Zucconi, Volpato, Adinolfi és mtsai, 2013). Ez az adat hozzávetőlegesen megfelel a jelen kutatásban mért gyakoriságnak.

A szülőkkel együtt történő étkezések inkább jellemzőek az esti, mint a reggeli időszakban. A diákoknak alig több mint ötöde reggelizik legalább az egyik szülőjével a hét nagy részében, a vacsorát tekintve azonban több mint kétszeres ez az arány. A különbség nem meglepő: a hét legtöbb napján valószínűleg az esték kevésbé zsúfoltak egy család napirendjében. Inkább ekkor van alkalom a közös étkezésre, mint reggel munkába és iskolába indulás előtt. Azonban még a vacsorázási arányok is kedvezőtlennek mondhatók, hiszen a fiatalok nagyobb részéről nem mondható el, hogy gyakran együtt étkeznének szüleikkel. A lányokra és az idősebbekre ez fokozottabban jellemző. Korábbi összehasonlítási adatok nem állnak rendelkezésünkre.

A magyar serdülőkorú tanulóknak közel 95%-a minden nap mos fogat, de csak kevesebb, mint kétharmada teljesíti az ajánlott napi kétszeri alkalmat. Ezek az arányok számszerűleg minimális növekedést mutattak az utóbbi felmérések során (Németh 2007, 2011), de nem valószínű, hogy statisztikailag mérhető változásról van szó. A lányok jobb mutatói jellemzők mindhárom vizsgálatra, életkori változásokat azonban láthatunk, bár csak a fiúknál. Az előző adatgyűjtésekhez képest a középiskolába lépve a fiúknál jelentősen kedvezőbbé válnak a fogmosási arányok. A kutatás legtöbb tagországában kedvezőbbek a fiatalok fogápolási mutatói, a magyar adatok mindkét nemnél és minden életkorban elmaradnak a nemzetközi átlagtól (Honkala, Honkala és Levin, 2012). Az 1994 és 2010 között megvalósult adatgyűjtések nemzetközi trendelemzése azt mutatta, hogy az eleve magas arányokat mutató skandináv országok kivételével minden országban pozitív változások figyelhetők meg (Honkala, Vereecken, Niclasen és mtsai, 2015). A fiúk arányai a napi többszöri fogmosás terén

általában nagyobb növekedést mutattak, így a nemi különbségek csökkentek, ez jellemző a magyar fiatalokra is. Ugyanakkor meg kell jegyezzük, hogy hazánkban a jelentős javulás a 90-es években zajlott le, azóta inkább fluktuálnak az adatok.

Az egészségmagatartás fent bemutatott adatai összességében nem mondhatók optimálisnak: a kívánatosnál rosszabb helyzetet jeleznek, és európai viszonylatban is átlagos vagy annál kedvezőtlenebb képet mutatnak a magyar serdülőkről. Ugyanakkor több esetben pozitív időbeli változást is megfigyelhettünk, míg negatív tendenciát nem tapasztaltunk, ami utalhat az egészségfejlesztési tevékenységek eredményességére, a fiatalok egészségtudatosabbá válására. A jó gyakorlatok folytatása (pl. iskolagyümölcs program, Demeter, Girasek és Lakatos, 2014) mellett további fejlesztésekre van szükség.

A jövőbeni tervezéseknél fokozottan érdemes figyelni a nemi és életkori különbségekre. A lányok étrendje táplálék-összetétel szempontjából valószínűleg közelebb áll a kívánatoshoz, mint a fiúké. Az étkezések rendszeressége azonban kedvezőtlenebb a lányoknál, ami az evésproblémákkal, evészavarokkal is összefüggésben lehet. Az idősebbekre minden tekintetben rosszabb mutatók jellemzők. Régóta tudjuk, hogy a felnőttkori szokások, életmódi elemek és ennek következtében a hosszú távú egészség gyermekkorban alapozódnak meg, ezért nagyon fontos lenne a serdülőkori kedvezőtlen egészségmagatartási tendenciákat megállítani, de legalább mérsékelni.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Affenito, S. G. (2007). Breakfast: A missed opportunity. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(4), 565–569.

Azagba, S., Langille, D., & Asbridge, M. (2014). An emerging adolescent health risk: Caffeinated energy drink consumption patterns among high school students. *Preventive Medicine, 62*, 54–59.

Azagba, S., & Sharaf, M. S. (2014). Is alcohol mixed with energy drinks consumption associated with susceptibility to smoking? *Preventive Medicine, 61*, 26–28.

Breda, J. J., Whiting S. H., Encarnação, R., Norberg, S., Jones, R., Reinap, M., & Jewell. J. (2014). Energy drink consumption in Europe: a review of the risks, adverse health effects, and policy options to respond. *Journal of Frontiers in Public Health, 2*, 134.

Camenga, D. R., Klein, J. D., & Roy, J. (2006). The changing risk profile of the American adolescent smoker: Implications for prevention programs and tobacco interventions. *Journal of Adolescent Health, 39*(1), 120.e1–120.e10.

Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health, 67*(1), 9–26.

Demeter, E., Girasek, E., & Lakatos, Zs. (2014). *Zárójelentés a 2011/2012., 2012/2013. és 2013/2014. tanévi iskolagyümölcs-program értékeléséhez.* Kézirat. Budapest: Eruditio Oktatási Szolgáltató Zrt.

de Oliveira, C., Watt, R., & Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal, 340*, c2451.

Freeman, J. (2012). Eating behaviour: Fruit consumption. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/20010 survey* (pp. 111–114). Copenhagen: World Health Organization.

Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier, A. L., Rockett, H. R., Camargo, C. A., Jr., Field A. E., Berkey, C. S., & Colditz, G. A. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine, 9*(3), 235–240.

Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A., Vereecken, C., Melkevik, O., Lazzeri, G., Giacchi, M., Ercan, O., Due, P., Ravens-Sieberer, U., Currie, C., Morgan, A., Ahluwalia, N.,& HBSC Obesity Writing Group (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *International Journal of Public Health, 54*(Suppl. 2), 167–179.

Honkala, S., Honkala, E., Newton, T., & Rimpelä, A. (2011). Toothbrushing and smoking among adolescents – aggregation of health damaging behaviours. *Journal of Clinical Periodontology, 8(5)*, 442–448.

Honkala, S., Honkala, E., & Levin, K. A. (2012). Oral health. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/20010 survey* (pp. 123–128). Copenhagen: World Health Organization.

Honkala, S., Vereecken C., Niclasen, B., & Honkala, E. (2015). Trends in toothbrushing in 20 countries/regions from 1994 to 2010. *European Journal of Public Health, 25*(Suppl. 2), 20–23.

Kelly, C. (2012). Eating behaviour: Breakfast consumption. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/20010 survey* (pp. 107–110). Copenhagen: World Health Organization.

Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M., & Rose, R. J. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition, 57*(7), 842–853.

Koivusilta, L., Honkala, S., Honkala, E., & Rimpela, A. (2003). Toothbrushing as a part of adolescent lifestyle predicts educational level. *Journal of Dental Research, 82*(5), 361–366.

Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Mann, M. J., & James, J. E. (2014). Caffeinated sugar-sweetened beverages and common physical complaints in Icelandic children aged 10–12 years. *Preventive Medicine, 58*, 40–44.

Kuusela, S., Honkala, E., Kannas, L., Tynjälä, J., & Wold, B. (1997). Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993–1994. *Journal of Dental Researches, 76*(9), 1–9.

Löe, H. (2000). Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal, 50*(3), 129–139.

Malik, V. S., Schulze, M. B., & Hu, F. B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition, 84*(2), 274–288.

Marinho, V. C. C., Higgins, J. P. T., Sheiham, A., & Logan, S. (2003). Fluoride toothpastes for preventing caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online),1*: CD002278.

Moynihan, P. (2005). The interrelationship between diet and oral health. Proceedings of the *Nutritional Society, 64(4)*, 571–580.

Németh, Á. (2007). Táplálkozási szokások és fogápolás. In Németh Á. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 60–66). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Németh, Á. (2011). Táplálkozási szokások és fogápolás. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 21–25). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Neumark-Sztainer, D., Larson, N. I., Fulkerson, J. A., Eisenberg M. E., & Story, M. (2010). Family meals and adolescents: What have we learned from Project EAT (Eating Among Teens)? *Public Health Nutrition, 13*(7), 1113–1121.

Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M., Croll, J., & Perry, C. L. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association, 103*(3), 317–322.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C. L., & Casey, M. A. (1999). Factors influencing food choices of adolescents: Findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association, 99*(8), 929–937.

Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (2011). El ne szálljon az agyad! Energiaitalok egészségkárosító hatása (nem csak) gyermekek, serdülők és fiatal felnőttek körében. Elérhető: http://www.oeti.hu/download/energiaital.pdf

Pedersen, T. P., Meilstrup, C., Holstein, B. E., & Rasmussen, M. (2012). Fruit and vegetable intake is associated with frequency of breakfast, lunch and evening meal: cross-sectional study of 11-, 13-, and 15-year-olds. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity, 9*, 9.

Rampersaud, G. C., Pereira, M. A., Girard, B. L., Adams, J., & Metzl, J. D. (2005). Review – Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association, 105*(5), 743–760.

Sheiham, A. (2001). Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition, 4*(23), 569–591.

Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. A. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetics Association, 102*(3), s40–s51.

Timlin, M. T., Pereira, M. A., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics, 121*(3), E638–E645.

Utter, J., Denny, S., Robinson, E., Fleming, T., Ameratung, S., & Grant, S. (2013). Family meals among New Zealand young people: Relationships with eating behaviors and body mass index. *Journal of Nutrition Education and Behaviour, 45*(1), 3–11.

Van Duyn, M. A., & Pivonka, E. (2000). Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: Selected literature. *Journal of the American Dietetic Association, 100*(12), 1511–1521.

Vartanian, L. R., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health, 97*(4), 667–675.

Vereecken, C. (2012). Eating behaviour: Soft-drink consumption. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/20010 survey* (pp. 115–118). Copenhagen: World Health Organization.

Vereecken, C., De, H. S., Maes, L., Moreno, L., Manios, Y., Phillipp, K., Plada, M., de Bourdeaudhij, I., & HELENA Study Group (2009). Reliability and validity of a healthy diet determinants questionnaire for adolescents. *Public Health Nutrition, 12*(10), 1830–1838.

Vereecken, C., Dupuy, M., Rasmussen, M., Kelly, C., Nansel, T. R., Al Sabbah, H., Baldassari, D., Jordan, M. D., Maes, L., Niclasen, B. V., Ahluwalia, N., & HBSC Eating and Dieting Focus Group (2009). Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health, 54*(Suppl. 2), 180–190.

Vereecken, C., Pedersen, T. P., Ojala, K., Krølner, R., Dzielska, A., Ahluwalia, N., Giacchi, M., & Kelly, C. (2015). Fruit and vegetable consumption trends among adolescents from 2002 to 2010 in 33 countries. *European Journal of Public Health, 25*(Suppl. 2), 16–19.

Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: The importance of family meals. *Journal of Adolescent Health, 32*(5), 365–373.

Zucconi, S., Volpato, C., Adinolfi, F., Gandini, E., Gentile, E., Loi, A., & Fioriti, I. (2013). *Gathering Consumption Data on Specific Consumer Groups of Energy Drinks.* External Scientific Report. European Food Safety Authority, Supporting Publications 2013: EN–394. Elérhető: http://www.efsa.europa.eu/en/supporting/pub/394e

3. FIZIKAI AKTIVITÁS ÉS KÉPERNYŐHASZNÁLAT

Németh Ágnes

BEVEZETÉS

A mozgás és a testedzés vitathatatlanul az egészséget támogató magatartásformák közé tartozik. A rendszeres fizikai aktivitásnak komoly szerepe lehet mind a fizikai, mind a lelki jóllét megtartásában, és általában az életminőség javításában (Bouchard, Blair és Haskell, 2012). A hatásmechanizmus igen összetett, függ a testmozgás mennyiségétől és formájától is (Powell, Paluch és Blair, 2011), de általában a mozgás számos betegség – sok más mellett például a szív-érrendszeri problémák, a vastagbél-tumor, a kettes típusú cukorbetegség vagy a csontritkulás – kockázatát csökkenti (Lee, Shiroma, Lobelo és mtsai, 2012). A mentális problémák közül például a szorongás oldásában és a depresszív tünetek csökkentésében segíthet, a kognitív funkciók leépülését pedig megakadályozhatja, visszafordíthatja (Penedo és Dahn, 2005). Általánosságban növeli az állóképességet, ezáltal javíthat az alvásminőségen is (Driver és Taylor, 2000).

A fizikailag aktív életmód csak akkor fejtheti ki teljes pozitív hatását az egészségre, ha már a gyermek- és kamaszkorban is jellemző. A megfelelő minőségű és mennyiségű mozgás ugyanis elengedhetetlen az egészséges testi, lelki és értelmi fejlődéshez. A legalább közepes intenzitású rendszeres fizikai aktivitás mérhetően pozitívan hat a gyermekek és serdülők aktuális fizikai és pszichés egészségi állapotára. Ez a pozitív hatás megjelenik többek között a serdülők tápláltsági állapotában, vérzsír-szintjében, vérnyomásában, csontsűrűségében, izomerejükben és állóképességükben, aerob teljesítőképességükben, közérzetükben, hangulatukban (Hallal, Victora, Azevedo és mtsai, 2006; Strong, Malina, Blimkie és mtsai, 2005). A legtöbb mutatónál pozitív dózis-válasz típusú összefüggés[11] figyelhető meg: a magas intenzitású, aerob típusú rendszeres testmozgás kedvezőbb hatású, mint a közepesen intenzív fizikai aktivitás (Janssen és LeBlanc, 2010).

Különösen a serdülőkor elején és közepén a fizikai aktivitás jelentős pozitív összefüggést mutat az énképpel, az önértékeléssel, valamint a családi és kortárskapcsolatok minőségével, továbbá negatív kapcsolatban áll szubjektív egészségi panaszokkal (pl. fejfájás, idegesség, ingerültség, fáradtság) és a dohányzással (Ianotti, Kogan, Janssen és mtsai, 2009). Számos tanulmányból kiderül az is, hogy a napi szintű fizikai aktivitás (akár csak a gyalogos vagy biciklivel történő iskolába járás) növeli az iskolai és kognitív teljesítményt is (Sibley és Etnier, 2003). Nehéz azonban megállapítani, hogy az egyéni és a társas tényezők között mi az ok-okozati összefüggés: például a kompetencia, az énhatékonyság érzése, a testkép, továbbá a szülői és kortárstámogatás valószínűleg kölcsönös, egymást erősítő kapcsolatban vannak a testmozgással. A környezeti befolyásoló tényezők közül fontos említeni a család anyagi helyzetével és a fizikai (lakó)környezet minőségével való pozitív összefüggést (Bauman, Reis, Sallis és mtsai, 2012).

Az aktív gyermek- és serdülőkor kedvező egészségi hatásai felnőttkorban is érvényesülnek. A serdülőkori fizikai aktivitásnak meghatározó szerepe van például a felnőttkori maximális csonttömeg és csontsűrűség elérésében (Nilsson, Ohlsson, Eriksson és mtsai, 2008; Nilsson, Ohlsson, Mellström és mtsai, 2009), de szintén fontos előrejelzője a felnőttkori általános és hasi elhízásnak (Pietilainen, Kaprio, Borg és mtsai, 2008).

A megfelelő mennyiségű és intenzitású fizikai aktivitás meghatározását hosszú tudományos vita előzte meg. A kutatási eredmények alapján az Egészségügyi Világszervezet ajánlása (World Health Organization, [WHO], 2010): a gyermekeknek és serdülőknek naponta legalább 60 perc, legalább közepes intenzitású testmozgásra van szükségük. További jótékony hatással bír az egészségre a

[11] Ez azt jelenti, hogy minél több és/vagy intenzívebb testmozgást végez az egyén, annál pozitívabb hatása van a testi-lelki állapotára. Természetesen ez csak bizonyos határok között igaz: a túlzott mértékű fizikai aktivitás már káros lehet mind a testi, mind a mentális egészségre.

hosszabb időtartamú testedzés. A fizikai aktivitásnak nagyrészt aerob jellegűnek kell lennie, és az egy órás időtartamnak intenzív szakaszokat is tartalmaznia kell (beleértve az izmokat és csontokat fejlesztő mozgásformákat) legalább hetente három napon.

Témánk másik aspektusa a fizikai inaktivitás, a mozgásszegény vagy „ülő" életmód. Tény, hogy technikailag rendkívül fejlett korunkban mindennapi tevékenységeinkhez igen kevés fizikai aktivitás szükséges, s ez vonatkozik gyermekeinkre is. Az ülő életmód kevés mozgással és alacsony energia-felhasználással jár. Az ülő tevékenységeket a fizikai aktivitáshoz hasonlóan kategorizálni lehet forma, tartam, intenzitás stb. alapján. Általában két nagy csoportot különböztetünk meg: a képernyő-alapú (pl. tévénézés) és a nem képernyő-alapú tevékenységeket (például motorizált közlekedés, társas tevékenységek; Pate, Mitchell, Byun és mtsai, 2011). Az ülő tevékenységek kevesebb energia-felhasználással járnak, mint a könnyű fizikai aktivitás, ugyanakkor mindkettőtől meg kell különböztetnünk a fizikai inaktivitás fogalmát, mely olyan életmódot jelent, amelyben a fizikai aktivitás szintje nem éri el az ajánlottat (Sedentary Behaviour Research Network [SBRN], 2012).

A fiatalok hétköznapjaik jelentős részét az iskolában ülve töltik. Ugyanakkor jellemző, hogy szabadidejük jó részét a képernyő-alapú médiafogyasztás (pl. tévé-, videónézés, számítógépezés) teszi ki, amely szintén ülő tevékenység. Általában az európai gyermekek és serdülők naponta 6-8 órát ülve töltenek el (Pate, Mitchell, Byun és mtsai, 2011).

Számos kutatás igazolta, hogy az ülő tevékenységek és a fizikai aktivitás egymástól függetlenül lehetnek jelen a fiatalok életmódjában (pl. Marshall, Biddle, Gorely és mtsai, 2004). A gyermekek és serdülők életmódja változatos mintázatot mutat a magas fizikai aktivitás/magas ülő tevékenység, magas fizikai aktivitás/alacsony ülő tevékenység, alacsony fizikai aktivitás/magas ülő tevékenység szintek kombinációja mentén (Jago, Fox, Page és mtsai, 2010). Az európai gyermekekre jellemző, hogy a képernyőhasználat és a fizikai aktivitás nem egymás rovására valósul meg (Melkevik, Torsheim, Ianotti és mtsai, 2010).

Az ülő életmód rizikómagatartásnak tekinthető, mivel egy sor kedvezőtlen egészségi, pszichés vagy kognitív mutatóval – például a túlsúlyossággal, az alacsony csontsűrűséggel, a szív-anyagcsere betegségekkel, az alacsony önértékeléssel, a gyengébb iskolai teljesítménnyel a fizikai aktivitástól függetlenül kapcsolatot mutat (Tremblay, LeBlanc, Kho és mtsai, 2011). Az összefüggés a legtöbb esetben pozitív dózis-válasz típusú, vagyis minél több időt tölt ülő tevékenységgel az egyén, annál károsabb a hatása az egészségére.

A fizikailag inaktív tevékenységek közül a leggyakrabban vizsgált mutató a tévénézés, amely pozitív kapcsolatot mutat a szerfogyasztással, a korai szexuális élettel és deviáns magatartásformákkal (pl. iskolakerülés; Chandra, Martino, Collins és mtsai, 2008; Nelson és Gordon-Larsen, 2006), továbbá kedvezőtlen táplálkozási szokásokkal (pl. nassolás, túl sok kalória-bevitel) is (Pearson és Biddle, 2011). A tévénézéshez hasonlóan a számítógép előtt töltött idő is összefügg számos pszichoszomatikus panasszal (pl. fejfájás, hátfájás, ingerlékenység, rossz hangulat), a fizikai agresszióval (Ianotti, Janssen, Haug és mtsai, 2009) és az egészségtelen étkezési mintázattal (Vereecken, Todd, Roberts és mtsai, 2006).

A képernyőhasználatot számos környezeti tényező befolyásolja. A társas hatások közül legfontosabb a szülők média-használati szokásai, kontrolláló magatartása, nevelési attitűdje (pl. túlvédés) (Salmon, Tremblay, Marshall és mtsai, 2011; Uijtdewilligen, Nauta, Singh és mtsai, 2011). A fizikai környezet szintén nem elhanyagolható: a rendezetlen, esetleg veszélyes lakókörnyezet növeli a képernyő előtt töltött időt. Városokban inkább a számítógép-használat, falvakban inkább a tévénézés jellemző (Carson, Ianotti, Pickett és mtsai, 2011).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A fizikai aktivitással kapcsolatban a következő kérdéseket tettük fel.

- *Gondolj az elmúlt 7 napra, és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozogtál*[12]? (Ha pl. egy napon délelőtt is és délután is mozogtál 30–30 percet, akkor az egy napon 60 percnek számít.) (Lehetséges válaszok: 0 napon / 1 napon / 2 napon / 3 napon / 4 napon / 5 napon / 6 napon / 7 napon.)
- ***Iskolai tanórákon kívül:*** *MILYEN GYAKRAN végzel olyan kiadós mozgást a szabadidődben, amitől kifulladsz, megizzadsz?* (Lehetséges válaszok: Naponta / Hetente 4-6 alkalommal / Hetente 2-3 alkalommal / Hetente 1 alkalommal / Havonta / Ritkábban, mint havonta / Soha).
- ***Iskolai tanórákon kívül:*** *hetente HÁNY ÓRÁT mozogsz a szabadidődben úgy, hogy kifulladsz, megizzadsz?* (Lehetséges válaszok: Semmit / Kb. ½ órát / Kb. 1 órát / Kb. 2-3 órát / Kb. 4-6 órát / 7 órát vagy többet.)

A szabadidő képernyő előtti eltöltésére és számítógép használatra vonatkozóan három kérdést tettünk fel. (A diákoknak minden kérdésnél külön kellett válaszolniuk a **hétköznapok**at és **hétvégék**et illetően.)

- *Naponta általában hány órát töltesz tévé-, videó- (beleértve a YouTube-ot és hasonló szolgáltatásokat), vagy DVD-nézéssel a szabadidődben?*
- *Naponta általában hány órát játszol a szabadidődben számítógépen vagy játék konzolon (pl. Playstation, Xbox, Gamecube) táblagépen (pl. iPad) okostelefonon vagy egyéb elektronikus eszközön (nem beleértve a mozgással járó játékokat vagy fitneszprogramokat)?*
- *Naponta általában hány órát töltesz a szabadidődben elektronikus eszközök, mint számítógép, táblagép (pl. iPad) vagy okostelefon használatával játékon kívüli célokra (pl. házi feladat írására, e-mailezésre, Twitter vagy Facebook használatára, chatelesre vagy az internet böngészésére)?* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Semennyit / Kb. ½ órát / Kb. 1 órát / Kb. 2 órát / Kb. 3 órát / Kb. 4 órát / Kb. 5 órát / Kb. 6 órát / Kb. 7 órát vagy többet.)

EREDMÉNYEK

Fizikai aktivitás

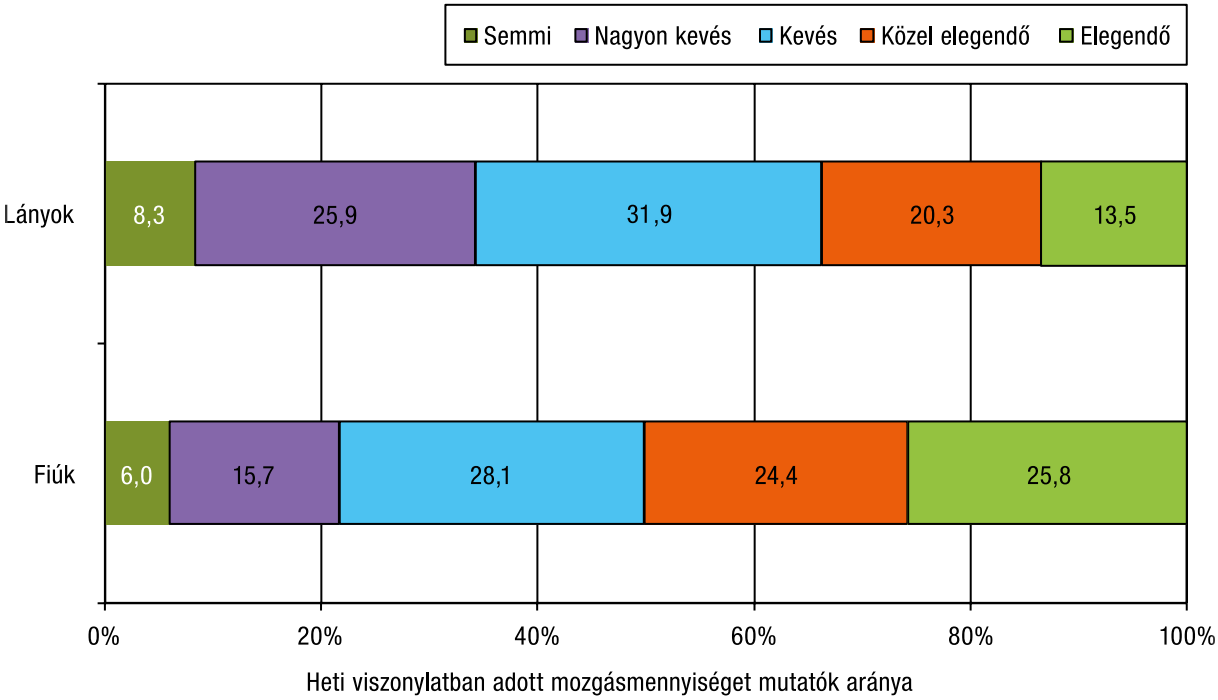
A megkérdezett diákok közel ötödére (19,0%) jellemző, hogy eleget mozognak13. Kevesebb, mint harmaduk kevés (30,1%), és több mint negyedük (28,3%) nagyon kevés fizikai aktivitást mutat. A lányok szignifikánsan kisebb arányban mozognak eleget vagy közel eleget, mint a fiúk (***3.1. ábra***). A lányoknak több mint harmadára, míg a fiúknak csak több mint ötödére jellemző a nagyon kevés vagy semennyi fizikai aktivitás.

[12] A mozgásos tevékenységet a tanulók számára a kérdőívben úgy írtuk körül, mint ami „megnöveli a pulzusod (szívverésed) számát és néha ki is fulladsz (lihegsz). Ide tartozik, ha sportolsz, iskolában mozogsz, a barátaiddal játszol, vagy ha gyalog mész az iskolába. Testedzésnek számít például, ha futsz, gyorsan gyalogolsz, rollerezel, biciklizel, táncolsz, gördeszkázol, úszol, focizol, kosárlabdázol, síelsz stb.)”

[13] Felmérésünkben „elegendőnek” tekintettük, ha a tanuló minden nap mozgott legalább mérsékelt intenzitással, legalább 60 percet (WHO, 2010), „közel elegendőnek”, ha legalább 5 napon végzett testmozgást a kérdezést megelőző héten, „kevésnek”, ha ez 3-4 napon jellemző, és „nagyon kevésnek”, ha ez legfeljebb 2 napon fordult elő a kérdezést megelőző héten.

3.1. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók elmúlt heti fizikai aktivitása nem szerint (N = 6029)



A magasabb évfolyamokon mindkét nem válaszai szignifikánsan kedvezőtlenebb arányokat mutatnak: az életkor emelkedésével markánsan növekszik a nagyon keveset és csökken az eleget mozgók aránya (***3.1. táblázat***). Ezek a tendenciák a lányoknál kifejezettebbek, így a két nem közötti eleve szignifikáns különbségek növekednek az idősebb korcsoportokban.

3.1. táblázat

A tanulók elmúlt heti fizikai aktivitása nem és évfolyam szerint (N = 6029)

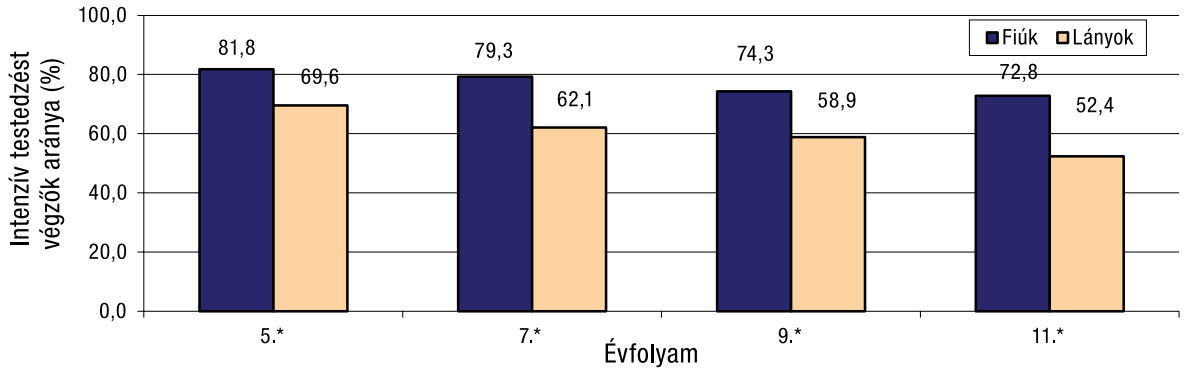
Évfolyam	Nagyon kevés (%)		Kevés (%)		Mérsékelten elegendő (%)		Elegendő (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5.*	18,0	22,1	23,0	25,0	24,4	28,0	34,6	25,0
7.*	18,5	30,5	32,8	34,3	23,0	21,6	25,7	13,5
9.*	21,7	33,1	26,2	33,9	27,7	22,4	24,4	10,7
11.*	27,6	46,5	30,3	33,1	21,9	12,0	20,2	8,4

Az intenzív fizikai aktivitás rendszerességében is a fentiekhez hasonló nemi és életkori mintázat látható. A fiatalok kétharmada (67,9%-a) végez iskolán kívül hetente legalább 2 alkalommal kiadós testedzést. A legfiatalabbaknak ez még háromnegyedére jellemző, míg a 11. évfolyamosoknak már csak valamivel több, mint 60%-a számolt be erről.

A nemek közötti különbség itt is minden évfolyamon szignifikáns, az idősebbek körében nagyobb eltérések mutatkoznak az intenzív testmozgást végző fiúk és lányok arányában (***3.2. ábra***). A fiúknál a rendszeresen mozgók aránya a 7. és 9. évfolyamok között csökken jelentősen, míg a lányoknál az évfolyam növekedésével folyamatosan csökkenő tendencia figyelhető meg.

3.2. ábra

Heti legalább két alkalommal intenzív testmozgást végző tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6104)

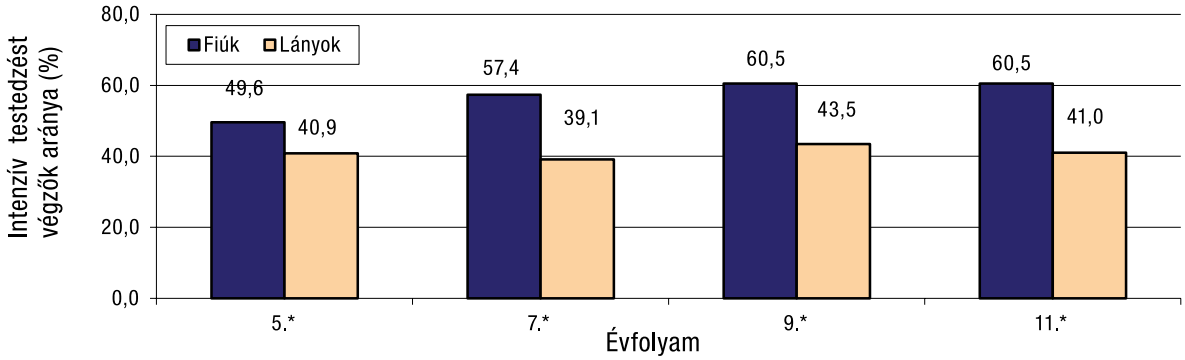


A tanulóknak mintegy fele (49,0%) legalább heti két órát intenzíven edz. Az évfolyamok közötti különbség szignifikáns, de nincs jellegzetes tendencia: legkevésbé a legfiatalabbakra (45,2%), és leginkább a 9. évfolyamosokra (51,5%) jellemző, hogy legalább heti 2 órát edzenek. Az intenzív testmozgást egyáltalán nem végzők aránya a fiúknál majdnem kétszeres a középiskolás korosztályban (10% körül), mint az általános iskolásoknál (5-6%). A lányoknál kisebbek a különbségek az egyes évfolyamok között: 10-14%-os hányadokat láthatunk.

A fiúknál szignifikánsan nőnek az arányok a 9. évfolyamig, míg a lányoknál nincsenek szignifikáns különbségek. A fiúk és lányok közötti eltérések növekednek az életkorral (***3.3. ábra***).

3.3. ábra

Heti legalább két óra intenzív testmozgást végző tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6083)



Képernyőhasználat

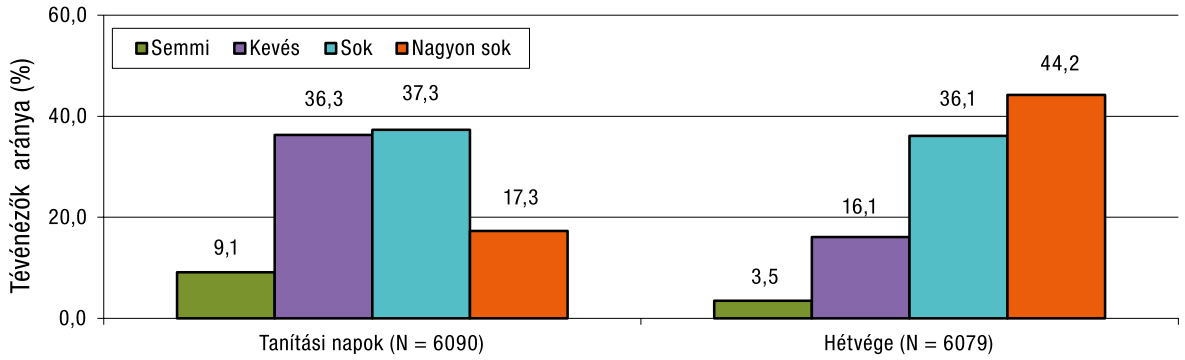
Tévé-, videó-, DVD-nézés

A hétköznapi és a hétvégi tévénézés adatok között nagy eltéréseket láthatunk (***3.4. ábra***). Tanítási napokon a diákok több mint fele (54,6%-a) néz naponta legalább 2 órán át tévét, videót vagy DVD-t.[14] Ugyanez az arány a hétvégére vonatkozóan 80,4%. A hétköznapi tévézési szokásokhoz képest jóval kisebb arányban vannak a tanulók között, akik hétvégén sohasem néznek tévét. Míg tanítási napokon a sokat, addig hétvégeken nagyon sokat tévézők aránya a legnagyobb.

[14] Felmérésünkben „kevésnek” tekintettük a napi legfeljebb 1 óra tévézést (videózást, DVD-nézést), „soknak” a 2-3 órányit és „nagyon soknak” az ennél hosszabb időtartamú képernyő használatot.

3.4. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók tévé-, videó- és DVD-nézésének napi időtartama tanítási napokon és hétvégéken

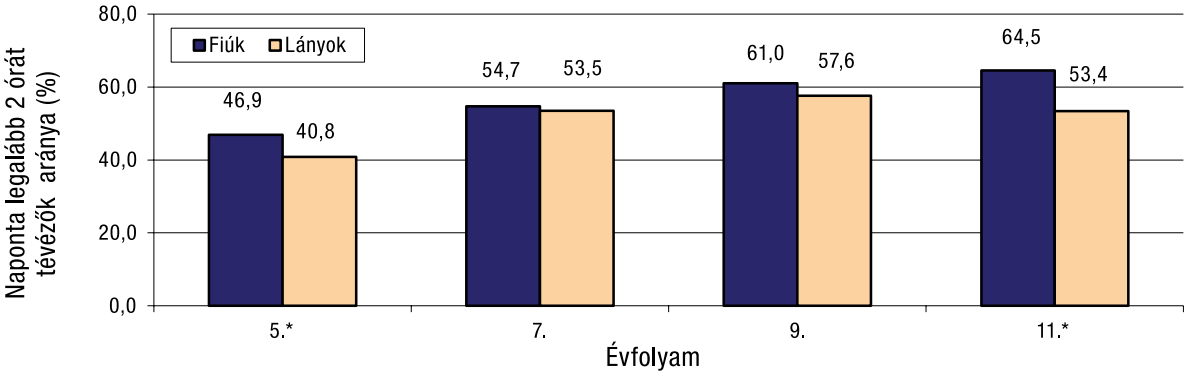


A korcsoportokat tekintve csak az ötödikesek különböznek szignifikánsan az idősebbektől, ők tévéznek a legkevesebbet. Körükben a hétköznapokon semmit vagy keveset tévézők aránya mintegy 56%, míg az idősebbeknél 41-46%. A nagyon sokat tévézők aránya az ötödikeseknél 13,2%, míg az idősebbeknél 18-19%. A hétvégéket tekintve a legfiatalabbaknak több mint 26%-a tévézik keveset, míg az idősebbeknek csak 15-20%-a. A nagyon sokat tévézők arányai a 7–11. évfolyamokon 45-50%, míg az ötödikeseknél nem éri el a 35%-ot.

A teljes mintán a nemek között csak a tanítási napok tévézési arányai között van szignifikáns különbség: a lányok kevesebbet ülnek a képernyő előtt. Évfolyamos bontásban csak a legfiatalabbak és legidősebbek körében találtunk statisztikailag jelentős nemi különbséget (***3.5. ábra***).

3.5. ábra

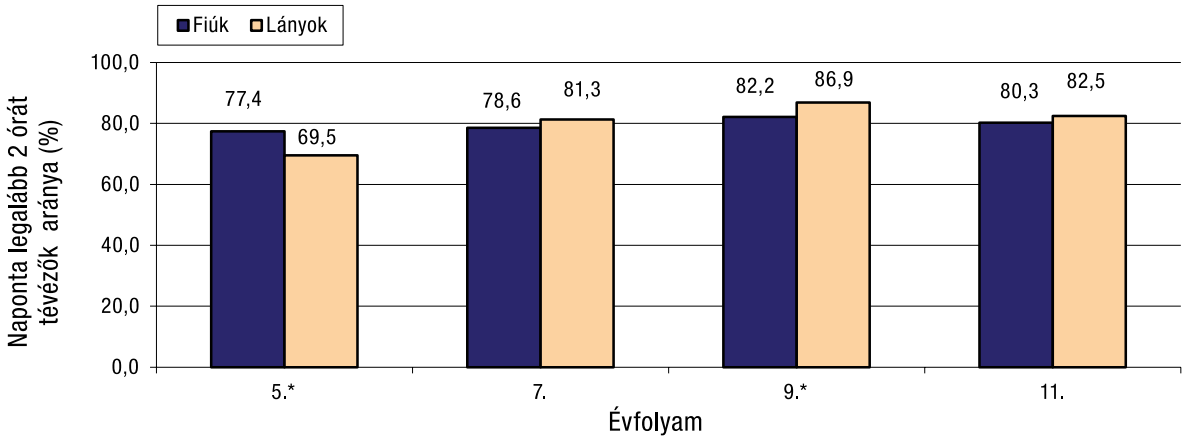
Tanítási napokon legalább napi két órát tévéző tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6090)



A hétvégére vonatkozóan szintén két évfolyamon (5. és 9.) találunk szignifikáns különbséget a fiúk és lányok között, szintén a lányokra jellemző kedvezőbb adatokkal (***3.6. ábra***), bár a hétköznapi tévénézéshez képest kisebb eltérések figyelhetők meg.

3.6. ábra

Hétvégéken legalább napi két órát tévéző tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6079)

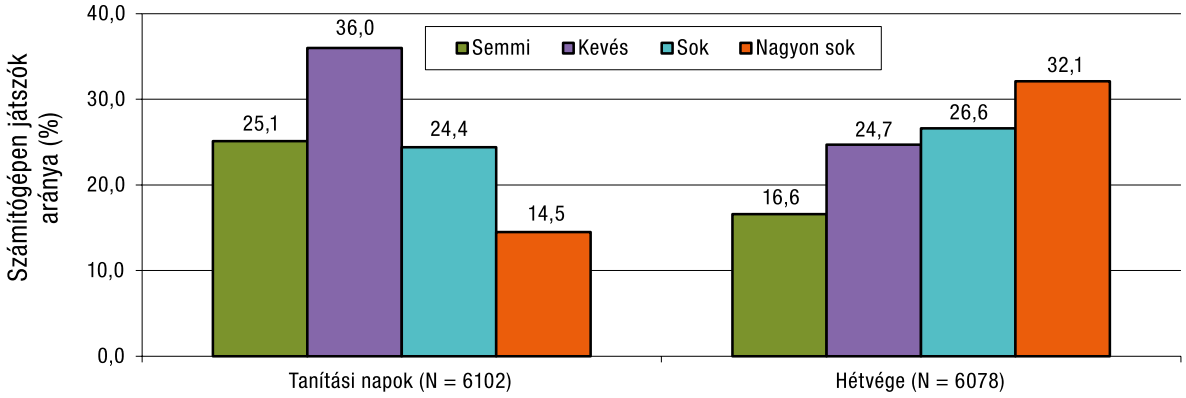


Számítógép- (táblagép, iPad, okostelefon stb.) használat

Hasonlóan a tévé-, videó- és DVD-nézéshez, a számítógép-használat esetében is jelentős különbségeket találunk a hétvégi és hét közbeni adatok között (***3.7. ábra***). Tanítási napokon a legalább napi 2 óra játékcélú számítógépezés[15] az 5–11. évfolyamos tanulók 38,9%-ára, míg a hétvégéken 58,7%-ára jellemző. Hétköznapokon a diákok körében legjellemzőbb a kevés számítógépezés, míg hétvégéken a legnagyobb arányban sokat játszanak számítógépen a fiatalok.

3.7. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók játékcélú számítógép- (táblagép, iPad, okostelefon) használatának napi időtartama tanítási napokon és hétvégéken



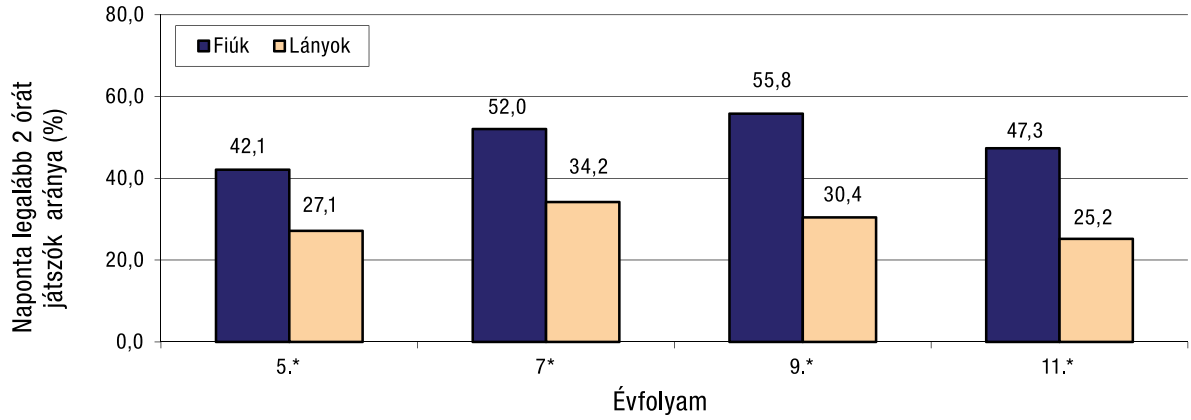
A játszók aránya az évfolyamok között szignifikánsan eltér: hétköznapokon legnagyobb arányban a 7. és 9. évfolyamosok játszanak sokat vagy nagyon sokat, hétvégéken az 5. és 7. osztályosok.

A számítógép-használat nemenként jelentős különbséget mutat. Tanítási napokon a fiúknak közel fele (49,7%) játszik naponta legalább 2 órát számítógépen, míg a lányoknak csak kevesebb, mint harmadára jellemző ugyanez (29,0%). Az eltérés minden évfolyamon szignifikáns (***3.8. ábra***).

[15] A tévénézés napi időtartamának kategóriáit használva, itt is: „kevés” a napi legfeljebb 1 óra, „sok” a napi 2-3 óra és „nagyon sok” a napi 4 vagy több óra.

3.8. ábra

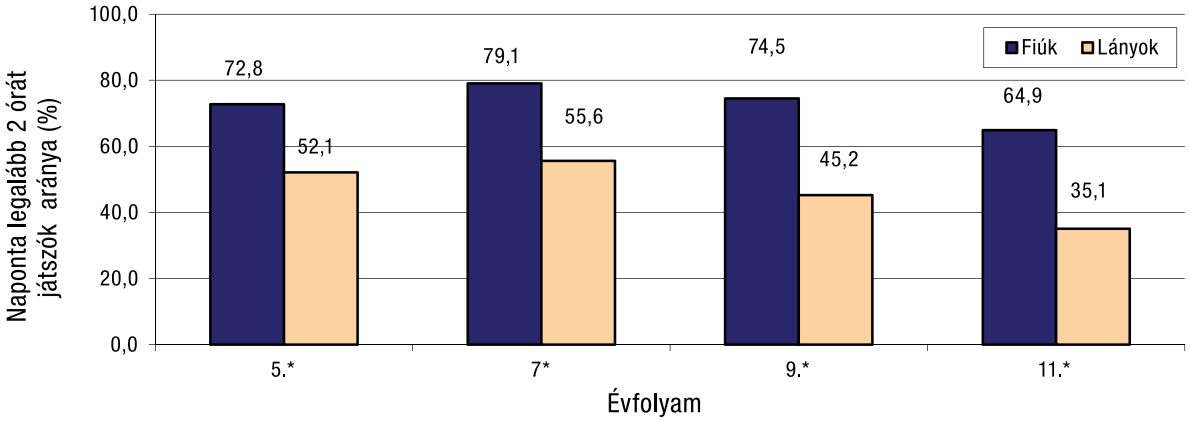
Tanítási napokon legalább napi két órát számítógépen játszó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6102)



Hétvégén jóval többet játszanak a fiatalok: a fiúk 72,7%-a, a lányoknak 45,8%-a játszik számítógépen naponta legalább 2 órát. A tanítási napokhoz képest jóval alacsonyabb a számítógépen soha nem játszók aránya is (hétköznap a fiúknak 18,0%-a, a lányoknak 31,7%-a, még hétvégén 10,4%, illetve 22,3% soha nem játszik számítógépen). A nemi különbségek minden évfolyamon szignifikánsak (***3.9. ábra***).

3.9. ábra

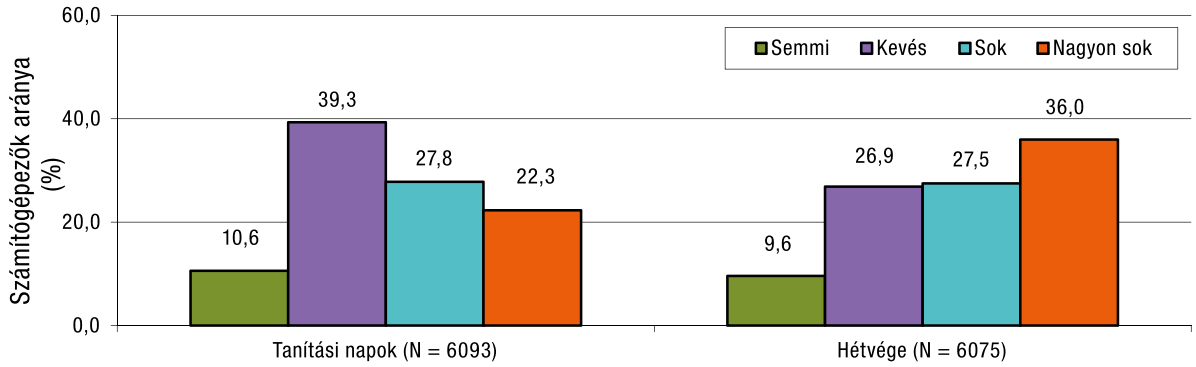
Hétvégéken legalább napi két órát számítógépen játszó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6078)



Az egyéb, nem játékcélú számítógép-használat (chat, e-mail, internet stb.) legalább napi két órában hétköznap a fiatalok 50,1%-áról, míg hétvégén 63,5%-áról mondható el. A tanítási napokra jellemző, hogy a fiatalok legnagyobb hányada keveset használja az elektronikus eszközöket, míg a hétvégéken az erre nagyon sok időt fordítók vannak túlsúlyban (***3.10. ábra***). A soha nem számítógépezők arányában alig van különbség a tanítási napokat és a hétvégéket, valamint a nemeket tekintve: a fiúknak mintegy 11%-a, míg a lányoknak 8-9%-a soha nem számítógépezik.

3.10. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók nem játékcélú számítógép- (táblagép, iPad, okostelefon) használatának napi időtartama tanítási napokon és hétvégéken

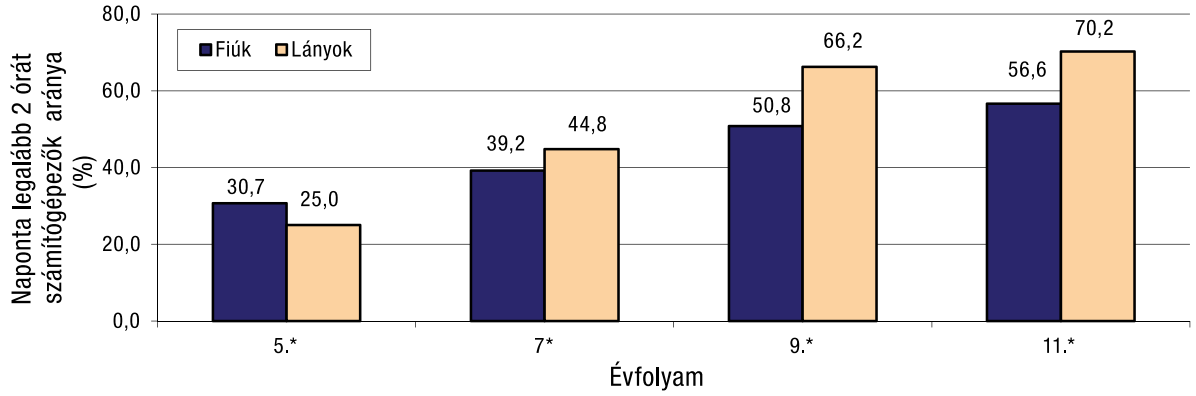


Egyértelmű életkori tendencia, hogy az idősebbek évfolyamról évfolyamra egyre nagyobb arányban foglalkoznak ezzel a hét bármely napján, de a két legidősebb korcsoport között már csekély a különbség.

Az egyéb számítógép-használat esetében is markáns nemi különbséget láthatunk, de a játékhasználathoz képest ellentéteset. A fiúknak 45,3%-a, míg a lányoknak 54,6%-a használja tanítási napokon legalább napi két órán keresztül a számítógépet egyéb célokra. Évfolyamokra bontva a mintát továbbra is megmarad a nemi különbség (***3.11. ábra***), de a legfiatalabbaknál a fiúk szignifikánsan nagyobb aránya számítógépezik sokat vagy nagyon sokat.

3.11. ábra

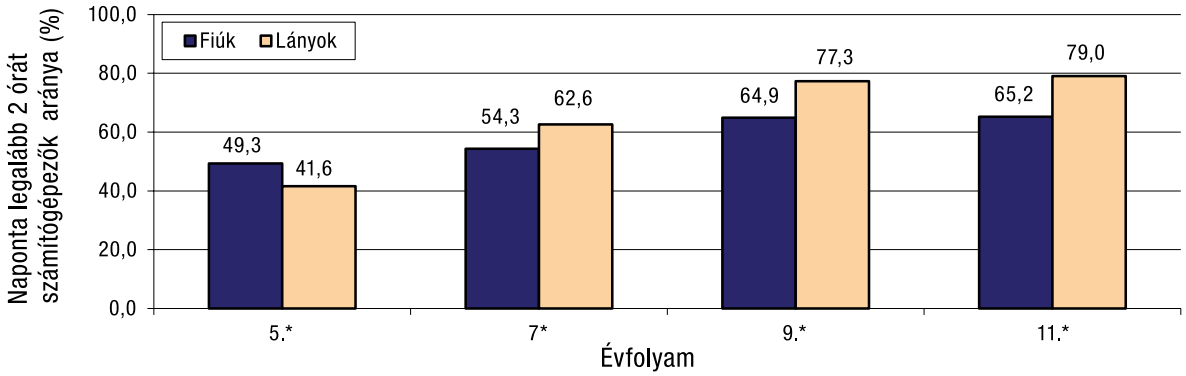
Tanítási napokon legalább napi két órát számítógépező (de nem játszó) tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6093)



Hétvégéken a fiúk 59,1%-a és a lányok 67,5%-a ül sokat vagy nagyon sokat a számítógép előtt nem játék céljából. A nemi különbségek ez esetben is minden évfolyamon szignifikánsak, és a mintázat megegyezik a hétköznapok esetében tapasztalttal: az 5. évfolyam kivételével a lányokra nagyobb arányban jellemző a sok vagy nagyon sok számítógépezés (***3.12. ábra***).

3.12. ábra

Hétvégéken legalább napi két órát számítógépező (de nem játszó) tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6075)



MEGBESZÉLÉS

A fejezetben különböző mozgásos tevékenységek és a képernyőhasználat – mint fizikailag inaktív tevékenység – néhány jellemzőjét vizsgáltuk meg. A fizikai aktivitást a legalább 60 perc időtartamú közepes és erős intenzitású mozgás heti gyakoriságával, valamint az erőteljes testedzés gyakoriságával és időtartamával jellemeztük. A képernyőhasználatot a tévé-, DVD-, videó-nézés napi időtartamával, valamint a játékcélú és nem játékcélú számítógép-használattal írtuk le.

A 11–18 éves magyar fiataloknak alig ötödéről mondható el, hogy napi szinten eleget mozog. Markáns különbséget láthatunk a két nem között: a lányoknak még hatoda sem teljesíti az ajánlott napi mennyiséget és intenzitást (WHO, 2010), a fiúknak azonban valamivel több, mint negyede. A korábbi két felmérést figyelembe véve mérsékelt, de egyértelműen javuló tendencia látható az adatokban (Halmai és Németh, 2011; Németh, 2007): leginkább a semmit vagy nagyon keveset mozgók arányaiban, illetve a korcsoportokat nézve, a középiskolások körében. Az elmúlt nyolc év trendjét 32 HBSC országban megvizsgálva, hazánk ahhoz a tizenhat országhoz tartozik, ahol a fiúknál, és ahhoz a tíz országhoz tartozik, ahol a lányoknál szignifikáns növekedés látható a naponta eleget mozgók arányában (Kalman, Inchley, Sigmundová és mtsai, 2015). A nemi és életkori mintázatban az elmúlt évtized során nem figyeltünk meg változást.

A vizsgált évfolyamok közül a felmérés tanévében az 5. és 9. évfolyamokon lett kötelező a mindennapos testnevelés. Jelen eredményeinkben ennek esetleges hatása nem érhető tetten, mivel a másik két évfolyamhoz képest nem mutatkozott látványos időbeli javulás. Talán hosszabb időintervallumban lehet majd észlelni a rendelkezés következményeit.

Nemzetközi összehasonlításban (Ianotti, Kalman, Inchley és mtsai, 2012a) a legfiatalabbak adatai valamivel jobbak az átlagnál (akik minden nap mozognak legalább egy órát legalább közepes intenzitással), a 13 éves átlagéletkorúak arányai a középértéknek megfelelőek; a 15 éveseknél a lányokra ugyanez igaz, a fiúk adatai azonban jelentősen kedvezőbbek a HBSC-országok átlagához képest.

Az intenzív fizikai aktivitás (testedzés) heti gyakoriságát tekintve, a fiatalok nagyobb része hetente legalább kétszer részt vesz valamilyen erőteljes mozgásos tevékenységben a testnevelés órákon túl is. Az elmúlt évek során a mintegy kétharmados arány meglehetősen állandónak bizonyult (Halmai és Németh, 2011; Németh, 2007). A fiúk és fiatalabbak magasabb arányai szintén általánosan jellemzők az utóbbi három felmérésben, de a lányoknál jelentősebb változások láthatók: a rendszeresen edzők aránya csökkent az általános iskolás, ugyanakkor nőtt a középiskolás korosztályban. Ez utóbbi változás a középiskolásoknál a két nem közötti különbség mérséklődését eredményezte.

Az iskolai tanórákon kívül végzett testedzés mennyiségét tekintve némi javulás tapasztalható a korábbi évekhez képest, és ez egyértelműen annak köszönhető, hogy a lányok átlagosan egyre többet mozognak (Halmai és Németh, 2011; Németh, 2007). E tekintetben a magyar fiatalok közül a 11 és 13 éves korosztály a HBSC-átlagnál valamivel kedvezőtlenebb adatokat mutat, míg a 15 évesek mutatói átlagosnak mondhatók (Ianotti, Kalman, Inchley és mtsai, 2012a).

A tévé-, videó-, DVD-nézés rendkívül elterjedt, napi több órás tevékenység a serdülőkorúak körében. Bár a korábbi két felmérésben tapasztaltakhoz képest (Halmai és Németh, 2011; Németh, 2007) a naponta legalább két órát tévézők arányában határozott csökkenés látható, ez még mindig jellemző a fiatalok nagyobb hányadára, akár a hétköznapokat, akár a hétvégéket tekintjük. Azonban a hét minden napjára vonatkozóan kedvező változást figyeltünk meg, elsősorban az általános iskolás korcsoportokban. A nemi különbségek itt jóval kisebbek, mint a fizikai aktivitásnál – ezt a korábbi felmérésekben is láthattuk –, de valamelyest talán nőttek a lányok adatainak kedvezőbbé válásával. A magyar kamaszok adatai általában jóval kedvezőbbek a nemzetközi középértéknél (Ianotti, Kalman, Inchley és mtsai, 2012b), egyedül a 15 éves fiúk aránya tekinthető átlagosnak.

A napi több órás, játékcélú számítógép-használat tanítási napokon tízből négy tanulóra jellemző, míg a hétvégi napokon tízből hat diákra. Ezek a magas arányok nagyrészt az utóbbi nyolc évben mért jelentős növekedésnek tulajdoníthatók, bár az elmúlt négy évben a növekedés üteme csökkent (Halmai és Németh, 2011; Németh, 2007). Úgy tűnik, a lányok és fiúk közötti „digitális olló" bezárul, mert a lányok arányaiban a legutóbbi három vizsgálat során még intenzívebb emelkedés látható, mint a fiúkéban. Az életkori különbségek hasonlók a korábbi eredményekhez: az eltérés nem kifejezetten markáns, de a legidősebbekre jellemző legkevésbé a játékcélú számítógépezés. A magyar fiatalok arányai minden korcsoportban, mindkét nem esetében kissé magasabbak a HBSC-átlagnál (Ianotti, Kalman, Inchley és mtsai, 2012b).

A nem játékcélú számítógép-használat (jellemzően internetezés, chatelés, virtuális kommunikáció, házi feladat elkészítése) a lányok körében jóval népszerűbb, mint a fiúknál, és a korábbi felmérésektől eltérően (Halmai és Németh, 2011; Németh, 2007) előbbiek arányai már fölülmúlják a fiúkét, mind a hét közbeni, mint a hétvégi számítógépezést tekintve. A négy évvel ezelőtti adatokhoz képest a lányok és a 11. évfolyamos fiúk arányai jelentősen nőttek, míg a fiatalabb fiúké csökkent. A korábbi eredményekhez viszonyítva némileg csökkent a hétköznap egyáltalán nem számítógépezők aránya is. Összességében mindkét nem esetében jelentősen nőtt az elmúlt nyolc évben a számítógépet sokat használók aránya. Nemzetközi kontextusban a magyar diákok ilyen jellegű számítógép-használata a fiúk esetében némileg magasabb, a lányoknál kissé alacsonyabb az átlagnál (Ianotti, Kalman, Inchley és mtsai, 2012b).

Eredményeinket összegezve, a kedvező tendenciák ellenére átlagosan még mindig elégtelennek mondható a serdülők fizikai aktivitás-szintje, ezért továbbra is serkenteni kellene a mozgási kedvet, motivációt és több lehetőséget kellene biztosítani a fiatalok – kiemelten a lányok és az idősebb kamaszok – számára. A lányok esetében jelen és korábbi eredményeink azt mutatják, hogy az 5. és 7. évfolyamok között csökken le az elegendőt vagy közel ennyit mozgók aránya, amely összefüggésben lehet a pubertáskori testi változásokkal (ld. a tápláltsági állapotról, testképről szóló fejezetet). Számukra talán a testedzés alakformáló hatását érdemes hangsúlyozni az egészségfejlesztési gyakorlatban, továbbá azt, hogy ez sokkal egészségesebb és eredményesebb formája a testtömeg-kontrollnak, mint a diétázás. Az idősebbek fizikai aktivitási szintjében tapasztalt csökkenésnek is nyilván több oka van, de a növekvő iskolai terhek, a továbbtanuláshoz kapcsolódó többlet-elfoglaltságok biztosan hozzájárulnak ehhez. E probléma megoldásához a közoktatási és felvételi rendszer átalakítása volna szükséges. Az egészségnevelő stratégiák, programok fejlesztéséhez az eddig említetteken (nem, életkor) túl további tényezők is hatással lehetnek a fizikai aktivitásra. Napjainkban a sportolás lehetősége függ az anyagi, illetve a társadalmi helyzettől is (Borraccino, Lemma, Ianotti és mtsai, 2009): például a hátrányos helyzetűek nem engedhetik meg maguknak, hogy egyesületben sportoljanak. Az ingyenes iskolai sportszakkörök segíthetnek e probléma enyhítésében. Másrészt egyértelmű, hogy az idősebb kamaszoknál a testmozgás motivációja egyre inkább a szórakozás,

társas kikapcsolódás elérése és nem a teljesítmény (Wold és Kannas, 1993), ezért az ifjúsági tömegsport fejlesztésére nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a versenysport mellett. A társas fizikai aktivitás elősegítése abból a szempontból is előnyös lehet, hogy a mind a kortársak, mind a szülők támogatása és példája pozitív befolyásoló erővel bír a fiatalok fizikai aktivitására (Bauman, Reis, Sallis és mtsai, 2012). A fizikai környezet (lakókörnyezet) minősége (pl. infrastruktúra, mozgásra alkalmas területek elérhetősége) szintén lényeges elem (Bauman, Reis, Sallis és mtsai, 2012).

Amellett, hogy a serdülők zöme nem mozog életkori szükségletének megfelelő mennyiséget, nagy részük túl sok időt tölt fizikailag passzívan, a képernyő előtt ülve. Bár a tévé- (és DVD-, videó-) nézés átlagos mennyisége csökkenő tendenciát mutat, ugyanakkor a számítógépezésre fordított idő markánsan nőtt az elmúlt évtizedben a kamaszok körében. Úgy tűnik, az 1990-es évek vége óta a tévénézés csökkenésével nem a fizikailag aktív időtöltésre fordított idő, hanem a számítógép- (elsősorban az internet-) használat nőtt, tehát a képernyő előtt töltött *összes* idő valószínűleg szintén növekszik (Költő, Kertész, Zsiros és mtsai, 2012). Ez természetesen várható volt a technika rohamos fejlődésével és az eszközök egyre olcsóbbá válásával. Továbbá a mai tizen- és huszonévesek – az úgynevezett Z-generáció tagjai – „digitális bennszülöttek", vagyis az ő életüknek már szerves és teljesen természetes része a virtuális és internetes világ. Ők a digitális technológiák legnagyobb felhasználói, s a fejlődési irányokat az eszközökben és szolgáltatásokban leginkább az ő igényeik határozzák meg (Ságvári, 2012). Így érthető, hogy ma már a fiatalok nagyobb részének jelentős napi elfoglaltsága a virtuális térben való tevékenykedés.

Figyelembe véve azt is, hogy az ülő életmódnak csak egy szelete a képernyőhasználat, a serdülők zöme napjainak nagyobb részét fizikailag passzívan tölti el, amely hosszú távon egészségveszélyeztető hatású lehet.

Nem könnyű az ülő tevékenységek időtartamát csökkenteni, hiszen egyfajta tevékenységet könnyű helyettesíteni másik, fizikailag passzív elfoglaltsággal – e tekintetben széles a skála. Hatásos beavatkozást csak együttesen, a családon és iskolán keresztül érhetünk el. A szülői korlátozás (pl. tévénézés, számítógépezés idejének ésszerű megszabása), a készülékek számának csökkentése a háztartásban, a szülői önkorlátozás példája és alternatív lehetősek felkínálása (pl. családi, „házon kívüli" programok szervezése) is egyértelműen pozitív hatású (Pate, Mitchell, Byun és mtsai, 2011; Salmon, Tremblay, Marshall és mtsai, 2011; Verloigne, Lippevelde, Maes és mtsai, 2012). Az iskolában idejük nagy részét szintén ülve töltik el a diákok. A mindennapos testnevelés bevezetése növelheti a fizikai aktivitást, de emellett az iskolai órák számának csökkentése, átstrukturálása szintén szükséges lenne, hogy az ülő tevékenységek időtartama is csökkenjen az iskolában.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J., & Martin, B.W. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet, 380*(9838), 258–271.

Borraccino, A., Lemma, P., Iannotti, R. J., Zambon, A., Dalmasso, P., Lazzeri, G., Giacchi, M., & Cavallo, F. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: Comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 41*(4), 749–756.

Bouchard, C., Blair, S. N., & Haskell, W. (Eds.) (2012). *Physical activity and health*. Champaign: Human Kinetics, 456.

Carson, V., Iannotti, R. J., Pickett, W., & Janssen. I. (2011). Urban and rural differences in sedentary behavior among American and Canadian youth. *Health and Place, 17*(4), 920–928.

Chandra, A., Martino, S. C., Collins, R. L., Elliott, M. N., Berry, S. H., Kanouse, D. E., & Miu, A. (2008). Does watching sex on television predict teen pregnancy? Findings from a national longitudinal survey of youth. *Pediatrics, 122*(5), 1047–1054.

Driver, H. S., & Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews, 4*(4), 387–402.

Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health: A systematic review. *Sports Medicine, 36*(12), 1019–1030.

Halmai, R., & Németh, Á. (2011). Fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 26–31). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Iannotti, R. J., Janssen, I., Haug, E., Kololo, H., Annaheim, B., & Borraccino, A. (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *International Journal of Public Health, 54*(Suppl. 2), 191–198.

Iannotti, R. J., Kalman, M., Inchley, J., Tynjälä, J., Bucksch, J., & the HBSC Physical Activity Focus Group (2012a). Energy-expenditure: Moderate-to-vigorous physical activity. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/20010 survey* (pp. 129–132, 236). Copenhagen: World Health Organization.

Iannotti, R. J., Kalman, M., Inchley, J., Tynjälä, J., Bucksch, J., & the HBSC Physical Activity Focus Group (2012b). Energy-expenditure: Sedentary behavior, watching television In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/20010 survey* (pp. 133–138, 237–238). Copenhagen: World Health Organization.

Iannotti, R. J., Kogan, M. D., Janssen, I., & Boyce, W. F. (2009). Patterns of adolescent physical activity, screen-based media use, and positive and negative health indicators in the U.S. and Canada. *Journal of Adolescent Health*, *44*(5), 493–499.

Jago, R., Fox, K. R., Page, A. S., Brockman, R., & Thompson, J. L. (2010). Physical activity and sedentary behaviour typologies of 10-11 year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*, 59. doi:10.1186/1479-5868-7-59

Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*, 40. doi:10.1186/1479-5868-7-40

Kalman, M., Inchley, J., Sigmundova, D., Ronald J. Iannotti, R. J., Tynjala, J. A., Hamrik, Z., Haug, E., Bucksch, J. (2015). Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *European Journal of Public Health, 25*(Suppl. 2), 37–40.

Költő, A., Kertész, K., Zsiros, E., Örkényi, Á., Kökönyei, Gy., & Németh, Á. (2012). A Z generáció figyelmi stratégiái: Magyar serdülők képernyőhasználati szokásainak változása 1997–2010 között. *Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlésén*, Szombathely, 2012. május 31.

Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, *380*(9838), 219–229.

Marshall, S. J., Biddle, S. J. H., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: A meta-analysis. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 28*(10), 1238–1246.

Melkevik, O., Torsheim, T., Iannotti, R. J., & Wold, B. (2010). Is spending time in screen-based sedentary behaviors associated with less physical activity: a cross national investigation. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7*, 46.

Nelson, M. C., & Gordon-Larsen, P. (2006). Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics, 117*(4), 1281–1290.

Németh, Á. (2007). Fizikai aktivitás és fizikailag passzív szabadidős tevékenységek. In Németh Á. (Szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. *Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 67–74). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Nilsson, M., Ohlsson, C., Eriksson, A. L., Frändin, K., Karlsson, M., Ljunggren, Ö., Mellström, D., & Lorentzon, M. (2008). Competitive physical activity early in life is associated with bone mineral density in elderly Swedish men. *Osteoporosis International,19*(11), 1557–1566.

Nilsson, M., Ohlsson, C., Mellström, D., & Lorentzon M. (2009). Previous sport activity during childhood and adolescence is associated with increased cortical bone size in young adult men. *Journal of Bone and Mineral Research, 24*(1), 125–133.

Pate, R. R., Mitchell, J. A., Byun, W., & Dowda, M. (2011). Sedentary behaviour in youth. *British Journal Sports Medicine, 45*(11), 906–913.

Pearson, N., & Biddle, S. J. (2011). Sedentary behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 41*(2), 178–188.

Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry, 18*(2), 189–193.

Pietilainen, K. H., Kaprio, J., Borg, P., Plasqui, G., Yki-Jarvinen, H., Kujala, U. M., Rose, R. J., Westerterp, K. R., & Rissanen, A. (2008). Physical inactivity and obesity: A vicious circle. *Obesity*, 16(2), 409–414.

Powell, K. E., Paluch, A. E., & Blair, S. N. (2011). Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? *Annual Reviews of Public Health*, *32*, 349–365.

Ságvári, B. (2012). A net-generáció törésvonalai – Kultúrafogyasztás és életstílus-csoportok a magyar 20–29 év közötti fiatalok körében. In Tóth-Mózer Sz., Lévai D., & Szekszárdi J. (Szerk.), *Digitális Nemzedék Konferencia.* Tanulmánykötet (pp. 25–33).

Salmon, J., Tremblay, M. S., Marshall, S. J., & Hume, C. (2011). Health risks, correlates, and interventions to reduce sedentary behavior in young people. *American Journal of Preventive Medicine*, *41*(2), 197–206.

Sedentary Behaviour Research Network (2012). Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism,* 37, 540–542.

Sibley, B. A., & Etnier, J. L. (2003). The relationship between physical activity and cognition in children: A meta-analysis. *Pediatric Exercise Science, 15*(3), 243–256.

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

Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., Goldfield, G., & Gorber, S. C. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*, 98.

Uijtdewilligen, L., Nauta, J., Singh, A. S., van Mechelen, W., Twisk, J. W., van der Horst, K., & Chinapaw, M. J. (2011). Determinants of physical activity and sedentary behaviour in young people: A review and quality synthesis of prospective studies. *British Journal of Sports Medicine,45*(11), 896–905.

Vereecken, C., Todd, J., Roberts, C., Mulvihill, C., & Maes, L. (2006). Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. *Public Health Nutrition, 9*(2), 244–250.

Verloigne, M., van Lippevelde, W., Maes, L., Brug, J., & de Bourdeaudhuij, I. (2012). Family- and school-based correlates of energy balance-related behaviours in 10-12-year-old children: a systematic review within the ENERGY (EuropeaN Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project. *Public Health Nutrition, 15*(8), 1380–1395.

Wold, B., & Kannas, L. (1993). Sport motivation among young adolescents in Finland, Norway and Sweden. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 3*, 283–291.
World Health Organization (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health* (p. 57). Geneva: World Health Organization.

RIZIKÓMAGATARTÁS

4. DOHÁNYZÁSI SZOKÁSOK

Arnold Petra

BEVEZETÉS

A dohányzás súlyos népegészségügyi, nemzetgazdasági probléma, amely az egyén egészségi állapotában is károsodást okoz. A dohányzás az egyik leginkább megelőzhető halálok (World Health Organization [WHO], 2011), de továbbra is igen magas – évente közel 6 millió – azok száma, akiknek a halála ezzel hozható összefüggésbe (WHO, 2013); 2012-ben Magyarországon ez a szám 21746 volt (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2014). Ha a jelenlegi trendek folytatódnak, akkor előrejelzések szerint 2030-ban 8,3 millió ember halála lesz a dohányzásnak tulajdonítható (Mathers és Loncar, 2006). Az egészségügyi problémák mellett a dohányzás évente több mint 500 milliárd dollár (114 billió forint) értékű gazdasági kárt okoz (WHO, 2013).

A dohányzás következtében kialakuló leggyakoribb betegségek a tüdőrák, szív-, érrendszeri betegségek (Englander, Kendrick, Gargiullo és mtsai, 2001; Kolas, Nakling és Salvesen, 2000; Sorensen, Norgard, Pedersen és mtsai, 2002). Ugyanakkor a dohányzásnak már rövid távon is káros hatása van az egészségre: a tüdőfunkció romlik, a fizikai állóképesség csökken, köhögés és asztma lép fel (US Department of Health and Human Services [US DHHS], 2004).

A dohányzási szokások kialakulása az esetek túlnyomó részében a serdülőkorra vezethető vissza. A dohányzó felnőttek többsége 18 éves kora előtt szívta el az első cigarettát, vagy lett nikotinfüggő (Jarvis, 2004). A serdülőknél rövidebb idő és kevesebb cigaretta elszívása szükséges ahhoz, hogy kialakuljon a nikotinfüggőség, mint a felnőttek körében (Prokhorov, Winickoff, Ahluwalia és mtsai, 2006). Ez megerősíti a serdülőkori prevenció fontosságát és jelentőségét.

A negatív hatások ellenére a serdülők a dohányzásnak pozitív következményeket is tulajdonítanak: a dohányzás javítja a hangulatot, csökkenti a depressziót (Audrain-McGovern, Rodriguez, Cuevas és mtsai, 2012), a csoporthoz való tartozás érzését adja, a testsúlyt kontrollálja (Lambert, Verduyckt és van den Broucke, 2002), szimbolizálja a felnőttséget (Elekes, 2009; Pikó, 2005). Mindez azt mutatja, hogy a serdülők életében a dohányzás jelentős szociális szerepet tölt be (Fry, Grogan, Gough és mtsai, 2008).

Az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) kutatás eredményei (Elekes, 2012) szerint 2011-ben a 16 évesek kétharmada elszívott már egy cigarettát, és valamivel több mint harmaduk a kérdezést megelőző hónapban is dohányzott. A fiatalok negyede napi rendszerességgel dohányzik. A kipróbálók arányában 1995 és 2007 között nem volt jelentős mértékű változás. A dohányzás életprevalencia-értékében 1999-ig, havi prevalencia-értékében pedig 2003-ig növekedés figyelhető meg. A legnagyobb változás 2003 és 2007 között tapasztalható: mind a cigarettát kipróbálók, mind az elmúlt hónapban dohányzók aránya egyértelműen csökken, azonban 2007 és 2011 között újabb növekedés figyelhető meg. A napi rendszerességgel dohányzók aránya ingadozik az egyes években. A Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés (GYTS) eredményei (Balku, Demjén, Kimmel és mtsai, 2013) szerint 2013-ban a 13–15 évesek 21%-a alkalmi dohányos volt, 10%-a pedig naponta dohányzott.

Mint minden rizikómagatartás, így a dohányzás is a személyen belüli, személyközi és makroszintű tényezők kölcsönhatásából alakul ki. Ebből a komplex folyamatból itt csupán néhány tényezőt emelünk ki, amelyekre az ESPAD kutatás is rámutatott (Elekes, 2009). A kor (Riala, Hakko, Isohanni és mtsai, 2004; Welte, Barnes, Tidwell és mtsai, 2011;), a nem (Branstetter, Blosnich, Dino és mtsai 2012; Okoli, Greaves és Fagyas 2013; Turner, Mermelstein és Flay, 2004;), más szerek (alkohol, drog) használata (Ramo, Liu, Prochaska, 2012;), a családszerkezet (Granado Alcón és Pedersen 2001; Griesbach, Amos és Currie, 2003; Kuntsche és Silbereisen, 2004;), a szülők társadalmi-gazdasági helyzete (Richter, Erhart, Vereecken és mtsai, 2009; Tjora, Hetland, Aar és mtsai, 2011; Welte,

Barnes, Tidwell és mtsai, 2011;) szignifikáns kapcsolatot mutat a dohányzással. Ugyanígy a kortársak is hatással vannak a serdülők dohányzására (Arett, 2007; Carvajal, Wiatrek, Evans és mtsai, 2000; Lakon és Valente, 2012; Mercken, Steglich, Sinclair és mtsai, 2012; Schaefer, Haas és Bishop, 2012; Simons-Morton és Farhat, 2010).

A serdülők pszichoszociális állapota (alacsonyabb önbecsülés, depressziós tünetek) (Audrain-McGovern, Rodriguez, Cuevas és mtsai, 2012), valamint az orientáció és normakövetés nagyobb mértékű hiánya (Elekes, 2009) növeli a dohányzás esélyét. A szülőkkel való konfliktusos kapcsolat és a rossz iskolai teljesítmény is összefügg a dohányzással (Brook, Rubenstone, Zhang és mtsai, 2011; Cisler, Amstadter, Begle és mtsai, 2011; Prokhorov, Winickoff, Ahluwalia és mtsai, 2006; Schepsis és Rao, 2005). A makrotényezők közül pedig fontos kiemelni a médiát, ami jelentős hatással van a serdülők dohányzására. Egy 42 vizsgálatot áttekintő metaelemzésben a kutatások 83%-a szerint egyértelmű kapcsolat volt a média és a fiatalok dohányzása között: a média hatására nőtt a cigaretta kipróbálásának kockázata (Nunez-Smith, Wolf, Huang és mtsai, 2010).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A dohányzás előfordulására és gyakoriságára több időintervallumban (jelenleg, elmúlt hónap, valaha az életben) kérdeztünk rá.

- *Jelenleg milyen gyakran dohányzol*? (Lehetséges válaszok: Naponta / Hetente legalább egyszer, de nem minden nap / Ritkábban, mint hetente / Nem dohányzom.)
- *Hány napon (ha volt ilyen nap) cigarettáztál életedben?* (Lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon /30 (vagy több) napon.)
- *Hány napon (ha volt ilyen nap) cigarettáztál az elmúlt 30 napban?* (Lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon /30 (vagy több) napon.)

Azt is vizsgáltuk, hogy a diákok hogyan észlelik, hány barátjuk dohányzik.

- *Mit gondolsz, hány barátodra igaz, hogy cigarettázik?* (Lehetséges válaszok: Egyikre sem / Kevésre / Néhányra / Sokra / Mindegyikre.)

Csak a 9. és 11. osztályos tanulók körében kérdeztünk rá a dohányzás kipróbálásának életkorára.

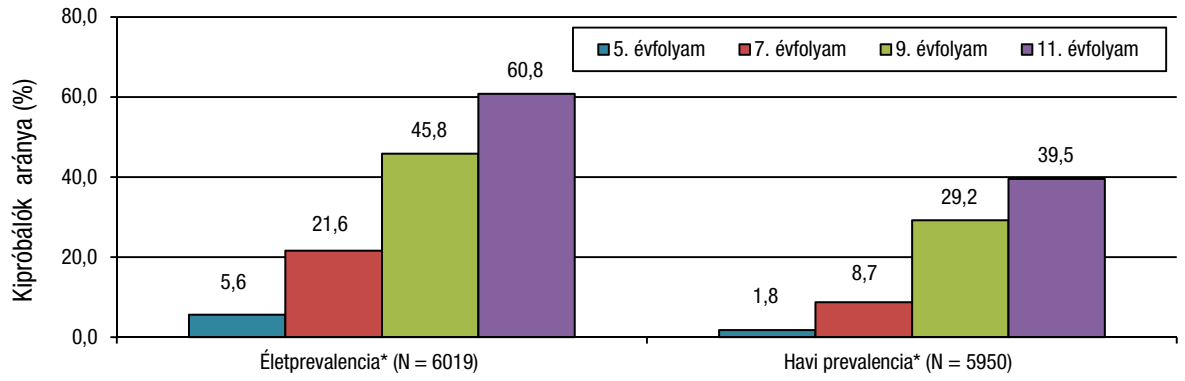
- *Hány éves voltál, amikor végigszívtad az első cigarettát (nemcsak 1-2 szippantást)?* (Lehetséges válaszok: Soha / 11 éves vagy fiatalabb / 12 / 13 /14 / 15 / 16 éves vagy idősebb.)

A dohányzás kipróbálása és az elmúlt hónapban dohányzók aránya

A diákok 36,2%-a szívott már el cigarettát életében, több mint ötödük (21,9%) a megelőző 30 napban is dohányzott. A magasabb évfolyamok felé haladva szignifikánsan egyre magasabb a kipróbálók és a kérdezést megelőző hónapban dohányzók aránya (***4.1. ábra***).

4.1. ábra

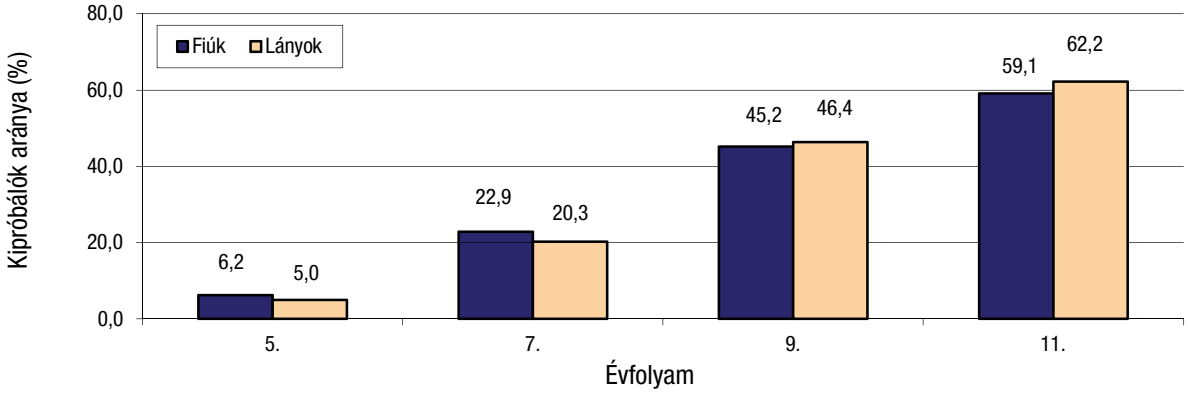
A tanulók dohányzásának élet- és havi prevalencia-értéke[16] évfolyam szerint



A dohányzás életprevalenciája tekintetében a nemek közötti eltérés nem szignifikáns egyik évfolyamon sem (***4.2. ábra***).

4.2. ábra

A dohányzást már kipróbált tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6018)

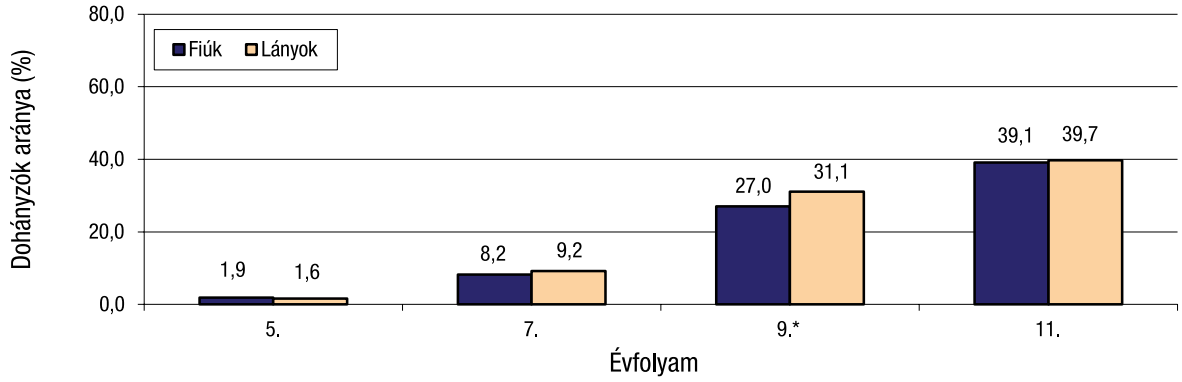


A havi prevalencia esetében azonban nem szerint a 9. évfolyamosok körében szignifikáns különbség figyelhető meg: a lányok nagyobb arányban cigarettáztak a kérdezést megelőző hónapban a fiúkhoz képest (***4.3. ábra***).

[16] Az életprevalencia azt mutatja, hogy mekkora azok aránya, akik valaha cigarettáztak életükben. A havi prevalencia pedig azt mutatja, hogy mekkora azok aránya, akik a kérdezést megelőző 30 napban is dohányoztak.

4.3. ábra

Az elmúlt hónapban dohányzó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 5950)



A dohányzás kipróbálása szignifikáns összefüggést mutat a képzéstípussal és a lakóhely településtípusával. A szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók körében közel másfélszer nagyobb a dohányzást kipróbálók aránya (68,7%) az érettségi adó iskolákban (gimnáziumban, szakközépiskolában) (50,3%) tanulókhoz képest. A községben, faluban, tanyán élő diákok körében a legmagasabb a kipróbálók aránya (38,8%), a legalacsonyabb pedig Budapesten (35,5%), bár e különbség nem jelentős mértékű.

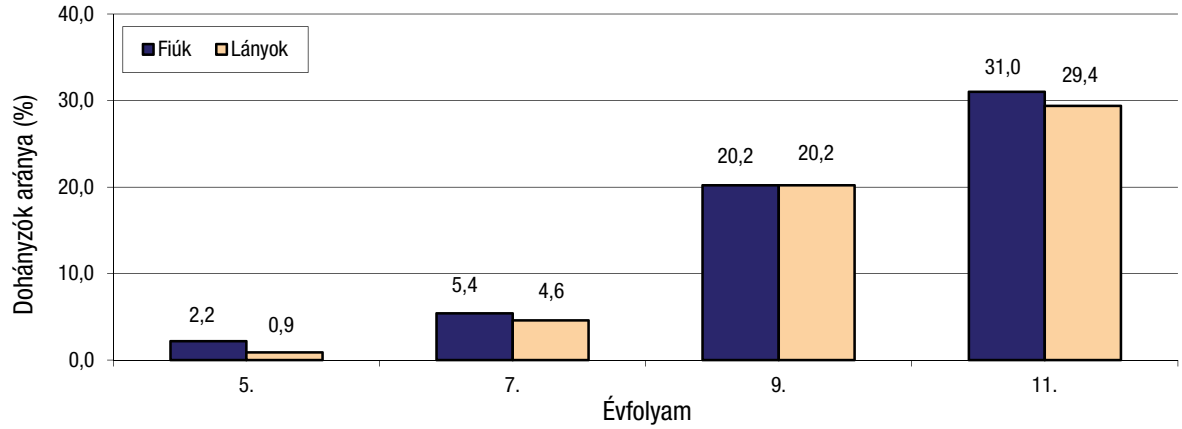
A dohányzás gyakorisága

A diákok több mint tizede (11,9%) naponta dohányzik, 3,9%-uk hetente egyszer, de nem minden nap, 4,7%-uk pedig ritkábban, mint hetente. A jelenleg dohányzó diákok többsége (58,1%) naponta dohányzik. Ötödük (19,0%) hetente legalább egyszer, de nem minden nap cigarettázik, közel negyedük (23,0%) pedig ritkábban, mint hetente dohányzik.

A dohányzás gyakorisága és az évfolyam között szignifikáns összefüggés mutatható ki (***4.4. ábra***). Az idősebb évfolyamokon magasabb a hetente legalább egyszer dohányzók aránya a fiatalabb évfolyamokhoz képest: a 11. évfolyamon a diákok közel harmada, a 9. évfolyamosok ötöde dohányzik heti rendszerességgel, a másik két évfolyamon 5% alattiak ezek az arányok. Nemek szerint egyik évfolyamon sem tapasztalható szignifikáns eltérés.

4.4. ábra

Jelenleg hetente legalább egyszer dohányzó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6055)



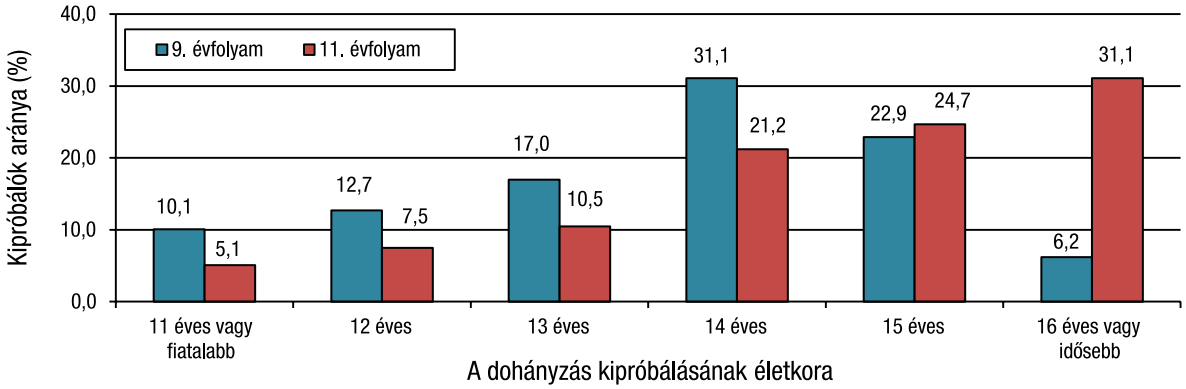
A dohányzás gyakorisága és a képzés típusa, valamint a lakóhely településtípusa között szignifikáns kapcsolat figyelhető meg. A hetente legalább egyszer dohányzók aránya a szakiskolában, szakmunkásképzőben közel két és félszer akkora (50,5%) az érettségi adó iskolákban tanulókhoz képest (20,4%). A legnagyobb arányban azok a diákok dohányoznak heti rendszerességgel, akik községben, tanyán, faluban (22,4%) vagy városban (20,0%) élnek, legkisebb arányban pedig Budapesten (9,2%).

A kipróbálás életkora

A valaha életükben már dohányzó 9. évfolyamosok több mint fele 14 és 15 éves korban próbálta ki a cigarettát (***4.5. ábra***). A 11. évfolyamosok legnagyobb arányban – a cigarettát már kipróbáló diákok közel harmada – 16 éves vagy idősebb korban szívta el az első cigarettát. Összességében a 11. évfolyamosok több mint háromnegyede 14 éves vagy idősebb korban dohányzott először. Jelentősebb ugrás tehát mind a két évfolyamon 14 éves kornál figyelhető meg – a többség ekkor vagy idősebb korban próbálta ki a cigarettát.

4.5. ábra

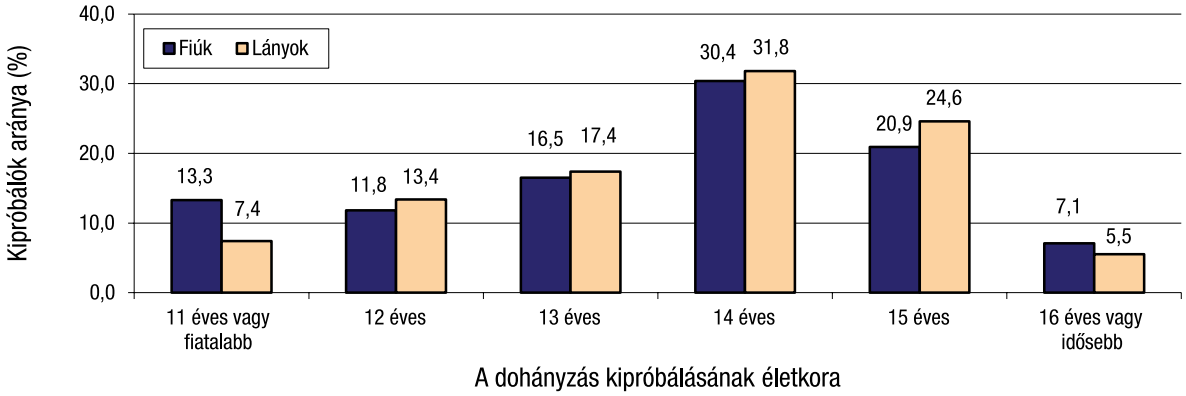
A dohányzás kipróbálásának életkora a dohányzást már kipróbált tanulók körében évfolyam szerint (N = 1743)



A 9. évfolyamon nem mutatható ki szignifikáns összefüggés a dohányzás kipróbálásának életkora és a nem között (***4.6. ábra***), de a 11. évfolyam tanulóinál nemi különbség található (***4.7. ábra***). A legjelentősebb eltérés a 14 és 15 éves, illetve 11 éves vagy annál fiatalabb korban tapasztalható: míg 11 éves vagy fiatalabb és 14 éves korban inkább a fiúk, addig 15 éves korban inkább a lányok próbálják ki nagyobb arányban a cigarettát. A többi életkorban hasonlóak a fiúk és lányok körében megfigyelhető dohányzás prevalencia-értékek.

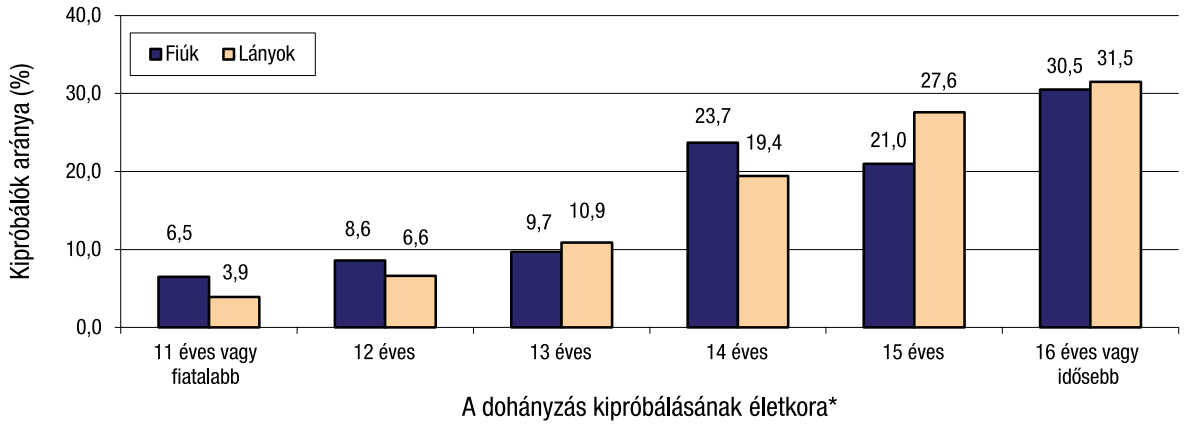
4.6. ábra

A dohányzás kipróbálásának életkora a dohányzást már kipróbált 9. évfolyamos tanulók körében nem szerint (N = 742)



4.7. ábra

A dohányzás kipróbálásának életkora a dohányzást már kipróbált 11. évfolyamos tanulók körében nem szerint (N = 1001)



A dohányzás kipróbálásának életkora szignifikáns összefüggést mutat a képzéstípussal. A szakiskolában és szakmunkásképzőben tanuló diákok körében magasabb azok aránya, akik 11 éves vagy fiatalabb korban próbálták ki a cigarettát, és alacsonyabb azok aránya, akik 14 vagy idősebb korban dohányoztak először, az érettségit adó iskolákban tanulókhoz képest. A községben, tanyán, falun élő diákok fiatalabb korban próbálják ki a cigarettát a többi típusú településen élő tanulókhoz képest.

A serdülők percepciója barátaik dohányzási szokásairól

A diákok kétharmadának van legalább egy olyan barátja, aki dohányzik. A serdülők közel negyede (23,0%) azt állítja, hogy sok vagy mindegyik barátja dohányzik. A többi válaszlehetőség – kevés, néhány barát cigarettázik – esetében is 20% körüli arányok figyelhetőek meg.

Az évfolyam növekedésével szignifikánsan nő azoknak a diákoknak az aránya, akik úgy gondolják, hogy a barátaik közül valahányan dohányoznak. Míg az 5. évfolyamon tanuló diákok négyötöde szerint a barátaik közül senki sem dohányzik, és alig 2%-uk szerint sok barátjuk dohányzik, addig a 11. évfolyamon ezek az arányok kevesebb, mint 10%-ot, illetve közel 40%-ot mutatnak. A 9. évfolyamon egyenletesebb kép rajzolódik ki, közel hasonló arányban fordulnak elő azon diákok, akik úgy vélik, barátaik közül kevesen, néhányan, illetve sokan dohányoznak. A 7. évfolyamon is azok vannak

túlsúlyban, akik szerint senki nem dohányzik barátaik közül, azonban az 5. évfolyamhoz képest lényegesen kisebb arányban.

Az 5. osztályosok kivételével minden évfolyamon szignifikánsan különbözik a fiúk és lányok véleménye. Míg a 7. évfolyamon a lányok körében fordulnak elő nagyobb arányban azok a diákok, akik úgy ítélik meg, hogy barátaik közül sokan vagy mindegyik cigarettázik, addig a 9. és 11. évfolyamon a fiúk körében vannak e diákok többségben. A 11. évfolyamon mutatkozik meg a legnagyobb nemi különbség a fiúk javára.

Az érettségit nem adó iskolában tanuló diákok körében – az érettségit adó iskolában tanuló diákokhoz képest – szignifikánsan alacsonyabb azok aránya, akik úgy gondolják, hogy egyik barátjuk sem dohányzik; magasabb azok aránya, akik szerint sok vagy mindegyik barátjuk dohányzik.

A községben, faluban, tanyán élő tanulók körében legalacsonyabb azok aránya, akik úgy ítélik meg, hogy egyik barátjuk sem cigarettázik, és a megyeszékhelyeken a legmagasabb ez az arány.

Minél több barátjáról állítja azt egy serdülő, hogy dohányzik, annál valószínűbb, hogy már ő is kipróbálta a cigarettát: azok közül a diákok közül, akik szerint mindegyik barátjuk dohányzik, 84,9% már kipróbálta a cigarettát. Ezzel szemben azok körében, akik szerint egyetlen barátjuk sem cigarettázik, ez az arány 5,9%.

MEGBESZÉLÉS

A HBSC 2014-es kutatás 9. évfolyamosokra vonatkozó eredményeit összevetettük más hasonló hazai kutatások eredményeivel.[17] Azt tapasztaltuk, hogy az ESPAD kutatás eredményeihez (Elekes, 2012) képest alacsonyabb (2011-ben a 8–10. évfolyamosok kétharmada dohányzott már), azonban a GYTS felmérés eredményeihez (Balku, Demjén, Kimmel és mtsai, 2013) hasonló értékeket kaptunk (2013-ban a 13–15 évesek 45,5%-a szívott már el egy cigarettát).

A HBSC 2013/14-es adatgyűjtés során – a 2010-es eredményekhez hasonlóan (Halmai és Németh, 2011) – a nemek szerint általában nem tapasztaltunk szignifikáns eltérést, azonban évfolyam szerint igen: minél magasabb évfolyamra jár a diák, annál nagyobb a valószínűség a dohányzás kipróbálására. A korábbi évekhez hasonlóan képzéstípus szerinti különbségek továbbra is jelen vannak: a szakiskolában és szakmunkásképzőben tanuló diákok szignifikánsan érintettebbek dohányzás szempontjából az érettségit adó iskolákban tanulókhoz képest.

Minél több barátjáról véli úgy, hogy kipróbálta már a cigarettát, annál nagyobb a valószínűsége, hogy magának a válaszadó diáknak is van már dohányzási tapasztalata. Ebben a kortársnyomás hatása érhető tetten (Arett, 2007; Carvajal, Wiatrek, Evans és mtsai, 2000; Elekes, 2009; Lakon és Valente, 2012; Mercken, Steglich, Sinclair és mtsai, 2012; Schaefer, Haas és Bishop, 2012; Simons-Morton és Farhat, 2010). A HBSC 2014-es adatai szerint a diákok kétharmada gondolja úgy, hogy legalább egy barátja dohányzik, ezzel szemben a diákok valamivel több, mint harmada próbálta már ki a cigarettát. Ez utalhat egyrészt arra, hogy a dohányzás prevalencia-értéke alulbecsült és/vagy a diákok felülbecsülik a barátaik dohányzását. Azonban a korábbi kutatási eredmények alapján – mely szerint a barátok dohányzása növeli a kipróbálás esélyét – valószínűsíthető, hogy ténylegesen magasabb a kipróbálók és alacsonyabb a dohányzó barátok aránya.

A HBSC 2014-es kutatás dohányzással kapcsolatos eredményei az előző, 2010-es vizsgálathoz (Halmai és Németh, 2011) képest alacsonyabb arányokat mutatnak. Míg 2010-ben a diákok több mint fele próbálta már ki a cigarettát, addig 2014-ben mintegy harmada, ami 30%-os csökkenést jelent. A dohányzás havi prevalencia-értékében és a hetente legalább egyszer dohányzó diákok arányában is hasonló mértékű csökkenés figyelhető meg.

[17] Az összehasonlítás eredményeit az eltérő módszertan, az eltérő életkor és a különböző kérdésfeltevés miatt óvatossággal kell értelmezni.

A markáns csökkenés hátterében számos ok húzódhat meg. A változás oka lehet módszertani – például az, hogy az életprevalenciára vonatkozó kérdés jelentős mértékben változott a 2010-es felméréshez képest (teljesen más kérdéssel kérdeztünk rá a dohányzás kipróbálására). Validációs vizsgálatok kimutatták, hogy a kérdések kismértékű változtatása is jelentős mértékben hatással lehet a prevalencia-értékekre (Brener, Billy és Grady, 2003; Elekes, 2013). A másik ok lehet, hogy az elmúlt években számos dohányzás visszaszorítását célzó szabályozást vezettek be Magyarországon, amely az elmúlt négy évben közvetett módon csökkenthette a fiatalok dohányzásban való érintettségét. Az egyik legfontosabb ilyen intézkedés, amely hatással lehet a fiatalok dohányzására: 2012 szeptemberében fogadták el a fiatalkorúak dohányzásának visszaszorításáról és a dohánytermékek kiskereskedelméről szóló CXXXIV. törvényt, más néven „trafiktörvényt", mely szerint a dohánytermékek csak ellenőrzött keretek között működő szakboltokban (Nemzeti Dohánybolt) forgalmazhatóak kizárólag 18 éven felüliek számára (Demjén, 2014; Kimmel és Vitrai, 2015).[18] A törvény célja egyrészt a dohánytermékek beszerezhetőségének korlátozása, másrészt a bolt kinézetével (kívülről nem lehet betekinteni) a „csábításnak" való ellenállás erősítése, ezzel a fiatalkorúak körében elősegítve a dohányzás visszaszorítását (Demjén, 2014; Kimmel és Vitrai, 2015). Fontos megjegyezni azonban, hogy az intézkedések hatása nehezen mérhető.

A HBSC adatai az elmúlt négy évben történő csökkenés ellenére is azt mutatják, hogy továbbra is magas a dohányzók aránya. Ez felhívja a figyelmet a célzott, a korosztály sajátosságait figyelembe vevő beavatkozások fontosságra. Nemzetközi kutatások kimutatták, hogy a dohányzás iskolában való tiltása, a dohánytermékek beszerezhetőségének korlátozása hatékony eszközöknek bizonyulnak és hozzájárulnak a dohányzás visszaszorításához (Hublet, Schmid Clays és mtsai, 2009). Ugyanígy a dohánytermékek csomagolására, felcímkézésére vonatkozó szabályozás, a reklámozás tiltása stb. befolyásolhatják a fiatalok dohányzásban való érintettséget (Kimmel és Vitrai, 2015). A családon vagy iskolán keresztül történő beavatkozások hatékonysága még kevéssé bizonyított, azonban feltehetően e prevenciós programok is hozzájárulhatnak a diákok dohányzásának csökkentéséhez (Thomas, Baker és Lorenzetti, 2007). A kortárssegítő programok, a megküzdési képességek fejlesztésére valamint a motiváció befolyásolására irányuló programok szintén hatékonynak bizonyultak (Thomas, Baker és Lorenzetti 2007).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Arett, J. J. (2007). The myth of peer influence in adolescent smoking initiation. *Health, Education & Behavior, 34*(4), 594–607.

Audrain-McGovern J., Rodriguez D. Cuevas J., Rodgers K., Sass J., & Riley T. (2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, *120*(1-3), 181–189.

Balku E., Demjén T., Kimmel Zs., & Vitrai J. (2013): *Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés Egészségügyi Világszervezet.* Budapest: Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Branstetter, S. A., Blosnich, J., Dino, G., Nolan, J., & Horn, K. (2012). Gender differences in cigarette smoking, social correlates and cessation among adolescents. *Addictive Behaviors*, *37*(6), 739–742.

Brener, N. D., Billy, J. O. G., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behaviour among adolescents: Evidence from the scientific literature.

[18] További intézkedések, bár ezek nem kizárólag a fiatalokra fókuszálnak: 2012. december 1-én bevezetett adóemelés révén emelkedett a dohánytermékek ára; 2013. január 1-től csak képekkel kombinált figyelmeztetéssel ellátott csomagolással kerülhet dohánytermék forgalomba Magyarországon; 2012. január 1-jén lépett hatályba a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosítása, amely értelmében zárt légterű közintézményekben tilos a dohányzás (Demjén, 2014).

Journal of Adolescent Health, *33*, 436–457.
Brook, D. W., Rubenstone, E., Zhang, C., Morojele, N. K., & Brook, J. S. (2011). Environmental stressors, low well-being, smoking, and alcohol use among South African adolescents. *Social Science and Medicine*, *72*(9), 1447–1453.
Carvajal, S., Wiatrek, D., Evans, R., Knee, R., & Nash S. (2000). Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, *27*(4), 255–265.
Cisler, J. M., Amstadter, A. B., Begle, A. M., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). A prospective examination of the relationships between PTSD, exposure to assaultive violence, and cigarette smoking among a national sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, *36*(10), 994–1000.
Demjén, T. (Szerk.). (2014). *Dohányfüstmentes Magyarország esettanulmány*. Budapest: Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet.
Elekes, Zs. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága*. NDI szakmai forrás sorozat kutatások 12. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
Elekes, Zs. (2012): *ESPAD 2011 Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól*. OTKA kutatási beszámoló. Kézirat. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.
Elekes, Zs. (2013). A kérdésmegfogalmazás hatása az eredményekre. MAT IX. Országos Kongresszusa. *Addictologia Hungarica*, *XII* (Suppl.), 11.
England L. J., Kendrick J. S., Gargiullo P. M., Zahniser C., & Hannon W. H. (2001). Measures of maternal tobacco exposure and infant birthweight at term. *American Journal of Epidemiology*, *153*(10), 954–960.
Fry, G., Grogan, S., Gough, B., & Conner, M. (2008). Smoking in the lived world: How young people make sense of the social role cigarettes play in their lives. *British Journal of Social Psychology*, *47*(4), 763–780.
Griesbach, D., Amos, A., & Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, *56*(1), 42–52.
Granado Alcón, M. C., & Pedersen, J. M. (2001). Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *International Journal of Circulatory Health*, *60*(1), 52–63.
Halmai, R., & Németh, Á. (2011). Dohányzási szokások. In Németh Á. és Költő, A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 35–40). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
Hublet, A., Schmid, H., Clays, E., Godeau, E., Gabhainn, S. N., Joossens, L., Maes, L., & the HBSC Research Network (2009). Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, *104*(11), 1918–1926.
Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke? *British Medical Journal*, *328*(7434), 277–279.
Kimmel, Zs., & Vitrai, J. (2015). Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány*, *59*(3), 71–78.
Kolas, T., Nakling, J., & Salvesen, K. A. (2000). Smoking during pregnancy increases the risk of preterm births among parous women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scand*inavica, *79*(8), 644–648.
Kuntsche, E. N., & Silbereisen, R. K. (2004). Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, *63*(2), 85–92.
Központi Statisztikai Hivatal (2014). *A haláloki struktúra változása Magyarországon, 2000-2012*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
Lakon, C. M., & Valente, T. W. (2012). Social integration in friendship networks: the synergy of network structure and peer influence in relation to cigarette smoking among high risk adolescents. *Social Science and Medicine*, *74*(9), 1407–1417.

Lambert, M., Verduyckt, P., & van den Broucke, S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In M. Lambert, A. Hublet, P. Verduyckt, L. Maes, & S. van den Broucke (Eds.), *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Public Library of Science Medicine*, *3*(11), e442.

Mercken, L., Steglich, C., Sinclair, P., Holliday, J., & Moore, L. (2012). A longitudinal social network analysis of peer influence, peer selection, and smoking behavior among adolescents in British schools. *Health Psychology*, *31*(4), 450–459.

Nunez-Smith, M., Wolf, E., Huang, H. M., Chen, P. G., Lee, L., Emanuel, E. J., & Cary, P. G. (2010). Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Substance Abuse*, *31*(3), 174–192.

Okoli, C., Greaves, L., & Fagyas, V. (2013). Sex differences in smoking initiation among children and adolescents. *Public Health*, *127*(1), 3–10.

Pikó, B. (2005). Ifjúság és modernitás. In Pikó B. (Szerk.), *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban* (pp. 11–20). Szakmai Forrás Sorozat, Elméletek-Modellek 3. Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Prokhorov, A. V., Winickoff, J. P., Ahluwalia, J. S., Ossip-Klein, D., Tanski, S., Lando, H. A., Moolchan, E. T., Muramoto, M., Klein, J. D., Weitzman, M., Ford, K. H., & American Academy of Pediatrics Center for Child Health Research. (2006). Youth tobacco use: A global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics*, *118*(3), e890–e903.

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

Riala, K., Hakko, H., Isohanni, M., Jarvelin, M., & Rasanen, P. (2004). Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *35*(3), 245–254.

Richter, M., Erhart, M., Vereecken, C. A., Zambon, A., Boyce, W., & Nic Gabhainn, S. (2009). The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries. *Social Science and Medicine*, *69*(3), 396–403.

Schaefer, D. R., Haas, S. A., & Bishop, N. J. (2012). A dynamic model of US adolescents' smoking and friendship networks. *American Journal of Public Health*, *102*(6), e12–18.

Schepsis, T. S., & Rao, U. (2005). Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Current Opinion in Pediatrics*, *17*(5), 607–612.

Simons-Morton, B. G., & Farhat, T. (2010). Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *The Journal of Primary Prevention*, *31*(4), 191–208.

Sorensen H. T., Norgard B., Pedersen L., Larseb H., & Johnsen S. P.(2002). Maternal smoking and risk of hypertrophic infantile pyloric stenosis: 10 year population based cohort study. *British Medical Journal, 325*(7371), 1011–1012.

Thomas, R. E., Baker, P. R. A., Lorenzetti, D. (2007). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*(1):CD004493.

Tjora, T., Hetland, J., Aarø, L. E., & Øverland, S. (2011). Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: A longitudinal latent curve model analysis. *BMC Public Health*, *11*, 911.

Turner, L., Mermelstein, R., & Flay, B. (2004). Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 175–197.

US Department of Health and Human Services. (2004). *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention. Washington DC: National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C., & Hoffman, J. H. (2011). Tobacco use, heavy use, and dependence among adolescents and young adults in the United States. *Substance Use and Misuse*, *46*(9), 1090–1098.

World Health Organization (2011). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (2013): *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

5. ALKOHOLFOGYASZTÁSI SZOKÁSOK

Arnold Petra

BEVEZETÉS

Az iparosodott országokban az alkoholfogyasztás jellemzően serdülőkorban kezdődik (Kuntsche, Gmel, Wicki és mtsai, 2006; Kuntsche, Rehm és Gmel, 2004; Kuntsche, Rossow, Simons-Morton és mtsai, 2012; Tucker, Ellickson, Orlando és mtsai, 2005). A serdülőkor korai és késői szakasza között az alkoholfogyasztók aránya és a részegség előfordulásának, gyakoriságának dinamikus növekedése figyelhető meg (Brown, McGue, Maggs és mtsai, 2008; Currie, Nic Gabhainn, Godeau és mtsai, 2008).

Magyarországon a fiatalok alkoholfogyasztási szokásairól a rendszerváltás előtti időkből szórványosan vannak információink, amelyek azt jelzik, hogy a fiatalok körében igen elterjedt volt az alkoholfogyasztás (Elekes, 2009). A kilencvenes évektől az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) kutatások adatai szerint az alkoholfogyasztás jelentős mértékű terjedése figyelhető meg a fiatalok körében (Elekes, 2009; Elekes és Paksi, 2000). A fiatalok körében egyre inkább jellemző a szélsőséges alkoholfogyasztási formák (lerészegedés, nagyivás) elterjedése: az ESPAD vizsgálatok szerint 1999-ről 2011-re mintegy kétszeresére – 23%-ról 45%-ra – nőtt azoknak a 16 éves fiataloknak az aránya, akikre a kérdezést megelőző 30 napban nagyivás (*binge drinking*)[19] volt jellemző (Elekes, 2012). A szélsőséges alkoholfogyasztás sokkal gyakoribb késő serdülőkorban és fiatal felnőttkorban, mint az életút későbbi szakaszaiban (Kuntsche és Gmel, 2013).

Az alkoholfogyasztás mértékletes formái sok társadalomban kulturális és gasztronómiai hagyomány, nem minősül rizikómagatartásnak. A mérsékelt bor- és sörfogyasztás kedvező hatással van a lelki és testi egészségre (pl. a hangulat befolyásolása, illetve a keringési és kiválasztó rendszer működésében fellépő változás révén), továbbá a szélsőséges alkoholfogyasztáshoz és a teljes absztinenciához képest kedvezőbb halálozási és morbiditási mutatókat eredményez (Castelnuovo, Rotondo, Iacoviello és mtsai, 2002; Mukumal, Conigrave, Mittleman és mtsai, 2003). Azonban a gyakori, nagy mennyiségű és tömény alkohol fogyasztása kétségtelenül káros mind a serdülők, mind a felnőttek testi és lelki egészségére. Serdülőkorban a szélsőséges alkoholfogyasztás növeli a későbbi problémás ivás és drogfogyasztás esélyét (Guo, Collins, Hill és mtsai, 2000), negatív hatással van a tanulmányokra (Grunbaum, Kann, Kinchen és mtsai, 2004), növeli a nem biztonságos és a spontán szex (Cooper, 2002; Eaton, Kann, Kinchen és mtsai, 2005), valamint a motorbalesetek (National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA], 2003) bekövetkezésének valószínűségét. A szakirodalom számos más testi és lelki negatív következményt is említ (Brown, McGue, Maggs és mtsai, 2008).

Minél korábban kezd el valaki alkoholt fogyasztani, annál nagyobb az esélye a későbbi problémás használat vagy függés kialakulásának; emellett az ivás korai kezdete növelheti az alkoholfogyasztással töltött évek számát. Ezért a serdülők vizsgálatának egyik kiemelt kérdése az első használat életkora (National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism [NACAAA], 2002).

A szélsőséges alkoholfogyasztás, például a fent említett nagyivási epizódok fokozódó serdülőkori előfordulása számos országban aggodalomra ad okot. Ezekben az államokban figyelmet fordítanak a serdülőkori alkoholfogyasztás monitorozására, és olyan irányelvek, beavatkozások kidolgozására, amelyekkel ez a tendencia megállítható és visszafordítható (Brand, Saisana, Rynn és mtsai, 2007).

A szélsőséges alkoholfogyasztási formák elterjedésének magyarázatára számos szociológiai, pszicho-szociális és pszichológiai elmélet létezik. Egyik ilyen magyarázat például, hogy a fiatalok körében „normalizálódni" látszik a hétvégi lerészegedés, a nagyivás, ugyanis a „dolgozz keményen, játssz/szórakozz keményen" (*work hard, play hard*) (Williams és Parker, 2001) illetve az „élvezet és

[19] Az ESPAD kutatásban a nagyivás egy alkalommal öt vagy több ital fogyasztását jelenti. Egy italnak számít másfél dl bor, vagy egy korsó (fél liter) sör, vagy egy pohár (4-5 cl) égetett szesz, vagy egy koktél vagy két üveg (5dl) előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital.

szabadidő" *(pleasure and leisure)* szemlélet egyre inkább elterjedőben van a fiatalok körében (Parker, 2003). Az alkoholfogyasztásra hatással lehetnek a szocio-kulturális környezeti tényezők (pl. ivási szokások, az alkohol elérhetősége; a szülők és az iskola hozzáállása) és egyes személyiségfaktorok is (Cox és Klinger 1988, 1990; Hawkins, Catalano és Miller, 1992). A szakirodalom szerint a kortársaknak kiemelt szerepe van a serdülők alkoholfogyasztásában (Andrews, Tildesley, Hops és mtsai, 2002; Simons-Morton és Farhat, 2008). Az alkoholfogyasztást magyarázó elméletekről részletesebben írunk a drogfogyasztásról szóló fejezetben, tekintettel arra, hogy a szélsőséges alkoholfogyasztás és a drogfogyasztás hátterében hasonló mechanizmus húzódik meg.

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

Az alkoholfogyasztás gyakoriságát kérdeztük a teljes életre, illetve a kérdezést megelőző hónapra vonatkozóan.

- *Hány napon (ha volt ilyen nap) fogyasztottál alkoholt életedben?* (Lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon /30 [vagy több] napon.)
- *Hány napon (ha volt ilyen nap) fogyasztottál alkoholt az elmúlt 30 napban?* (Lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon /30 [vagy több] napon.)

A különböző alkoholfajtákra és azok jelenlegi fogyasztási gyakoriságára a következőképpen kérdeztünk rá. (Ennél a kérdésnél arra kértük a diákokat, hogy egy kortynál több fogyasztást jelöljenek.)

- *Jelenleg milyen gyakran fogyasztod a különböző alkoholféleségeket?*
    - *Sör*
    - *Bor vagy boros kóla vagy pezsgő*
    - *Röviditalok (pl. konyak, whisky, vodka, pálinka) vagy rumos kóla vagy gin tonikkal vagy vodka naranccsal*
    - *Alkoholos üdítők (pl. Bacardi Breezer, Smash, Smirnoff Ice)*
    - *Édes likőr*
    - *Más alkoholos italok* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Naponta / Hetente / Havonta / Ritkán / Soha.)

A részegséget az alábbi kérdésekkel mértük.

- *Ittál-e már annyi alkoholt, hogy be is rúgtál életedben?* (Lehetséges válaszok: Nem, soha / Igen, egyszer / Igen, 2-3-szor / Igen, 4-10-szer / Igen, több mint 10-szer.)
- *Ittál-e már annyi alkoholt, hogy be is rúgtál az elmúlt 30 napban?* (Lehetséges válaszok: Nem, soha / Igen, egyszer / Igen, 2-3-szor / Igen, 4-10-szer / Igen, több mint 10-szer.)

Az ivás mennyiségére vonatkozóan az alábbi kérdést tettük fel.

- *Egy olyan napon, amikor alkoholt fogyasztasz, általában hány alkoholtartalmú italt iszol meg?* (Lehetséges válaszok: Soha nem iszom alkoholt / Kevesebb mint egy italt / 1 italt / 2 italt / 3 italt / 4 italt / 5 vagy több italt.) Ennél a kérdésnél az alábbi képpel illusztráltuk, hogy mit jelent egy ital.[20]

Példák az átlagos italokra: egy ital =

Sör	Bor	Vermut, likőr	Röviditalok

Azt is vizsgáltuk, hogy a diákok hogyan észlelik, hány barátjuk fogyaszt alkoholt és hány barátjukra igaz, hogy hetente legalább egy alkalommal részeg.

- *Mit gondolsz, hány barátodra igaz, hogy alkoholt fogyaszt?* (Lehetséges válaszok: Egyikre sem / Kevésre / Néhányra / Sokra / Mindegyikre.)
- *Mit gondolsz, hány barátodra igaz, hogy hetente legalább egy alkalommal részeg lesz?* (Lehetséges válaszok: Egyikre sem / Kevésre / Néhányra / Sokra / Mindegyikre.)

Csak a 9. és 11. osztályos tanulók körében kérdeztünk rá, hogy hány évesen próbálták ki az alkoholt, illetve voltak először részegek**.**

- *Hány éves voltál, amikor először valamilyen alkoholt ittál (egy-két kortynál többet)?* (Lehetséges válaszok: Soha / 11 éves vagy fiatalabb / 12 / 13 /14 / 15 / 16 éves vagy idősebb.)
- *Hány éves voltál, amikor először részeg lettél?* (Lehetséges válaszok: Soha / 11 éves vagy fiatalabb / 12 / 13 /14 / 15 / 16 éves vagy idősebb.)

[20] Az ESPAD-hoz hasonlóan, a HBSC-ben is a nagyivás egy alkalommal öt vagy több ital fogyasztását jelenti. Az egy italra vonatkozó arányokat a nemzetközi kutatócsoport határozta meg, a kulturális sokféleséget szem előtt tartva. Az "egy ital" meghatározására a HBSC kutatásban kétféle lehetőség közül lehetett választani, annak megfelelően, hogy melyik illeszkedik inkább az adott kultúra ivási szokásaihoz. A kétféle lehetőség némiképp problémát jelentett számunkra, ugyanis egyik sem felelt meg teljesen a hazai szokásoknak. Jelen vizsgálatban egy italnak számít 2,5 dl sör, vagy 1 dl bor, vagy 6 cl likőr, vermut, vagy 3 cl röviditál. Ezzel a mércével a probléma egyrészt az, hogy nem egységesek a mértékek – a hazai italfogyasztási szokásokhoz viszonyítva a sör inkább fél italnak, a röviditál és bor több mint fél italnak, a vermut pedig egy italnak (vagy több mint egy italnak) felel meg. A másik probléma az, hogy figyelmen kívül hagyja a koktélokat, illetve az alkoholtartalmú üdítőitalokat. Mindezt figyelembe véve óvatosan kell bánnunk a nagyivásra vonatkozó eredmények értelmezésével. Továbbá kérdésként vetődik fel, hogy a diákok tudják-e értelmezni a képet, át tudják-e számolni a mértékegységeket. Az inkonzisztens válaszok meglehetősen nagy aránya is jelzi, hogy e kérdés értelmezése problémát jelenthetett a diákok számára.

Az alkoholfogyasztás előfordulása

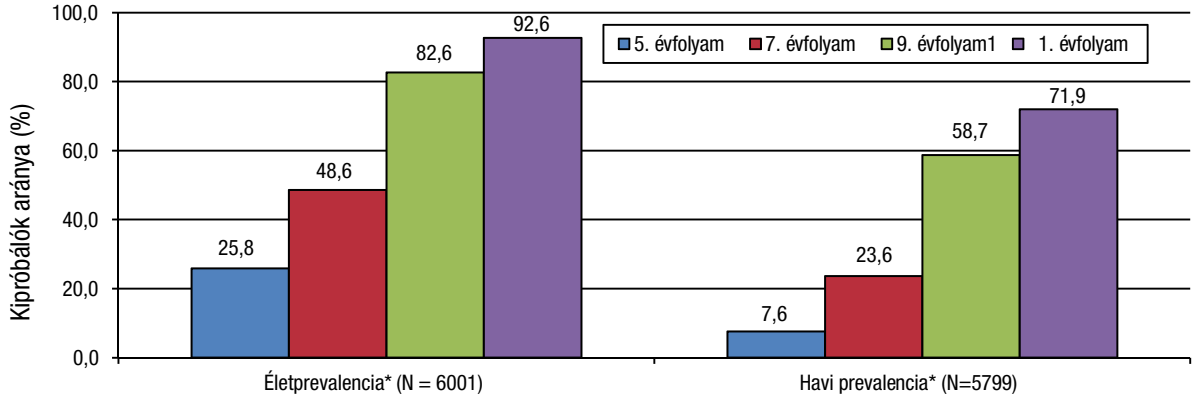
A diákok kétharmada (66,0%) ivott már alkoholt életében, és 44,3%-uk a kérdezést megelőző hónapban.

Az évfolyam növekedésével szignifikánsan nő az alkoholfogyasztás életprevalencia-értéke (***5.1. ábra***). Míg az 5. évfolyamon tanuló diákok negyede, addig a 11. évfolyamos diákok közül tízből kilenc diák fogyasztott már alkoholt életében. Az egymást követő évfolyamok között rendre mintegy duplájára nő az alkoholt már kipróbálók aránya, kivéve a 9. és 11. évfolyam között, ahol kisebb eltérés mutatkozik.

A havi prevalencia-értékek is szignifikánsan nőnek az évfolyam növekedésével: az ötödikesek közel tizede, a tizenegyedikesek közel háromnegyede fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző hónapban.

5.1. ábra

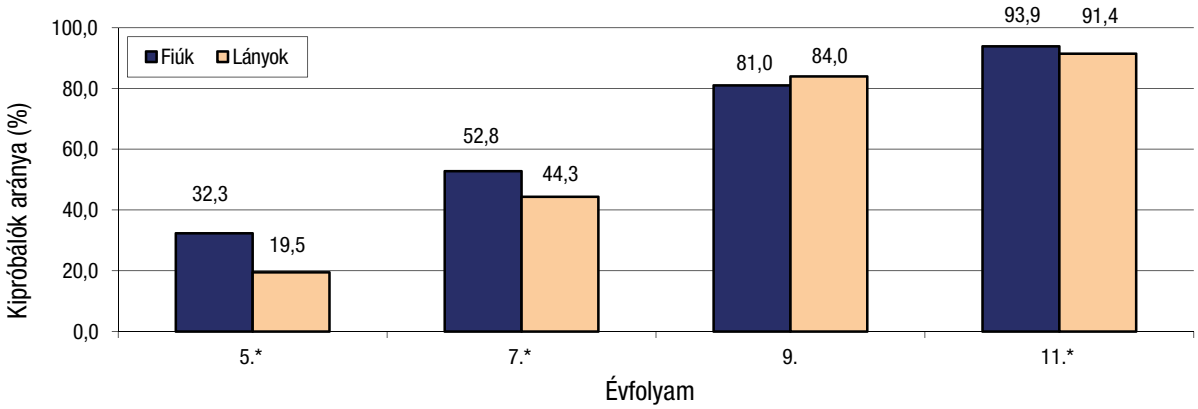
A tanulók alkoholfogyasztásának élet- és havi prevalencia-értéke[21] évfolyam szerint



A 9. évfolyam kivételével az összes évfolyamon szignifikánsan különböznek a fiúk és lányok körében az alkoholt már fogyasztók aránya: mind a három évfolyamon – az 5. és 7. évfolyamon nagyobb, a 11. évfolyamon kisebb mértékben – a fiúk körében magasabb az alkoholt már kipróbáló diákok aránya, a lányokhoz viszonyítva (***5.2. ábra***).

5.2. ábra

A tanulók alkoholfogyasztásának életprevalencia-értéke nem és évfolyam szerint (N = 6004)

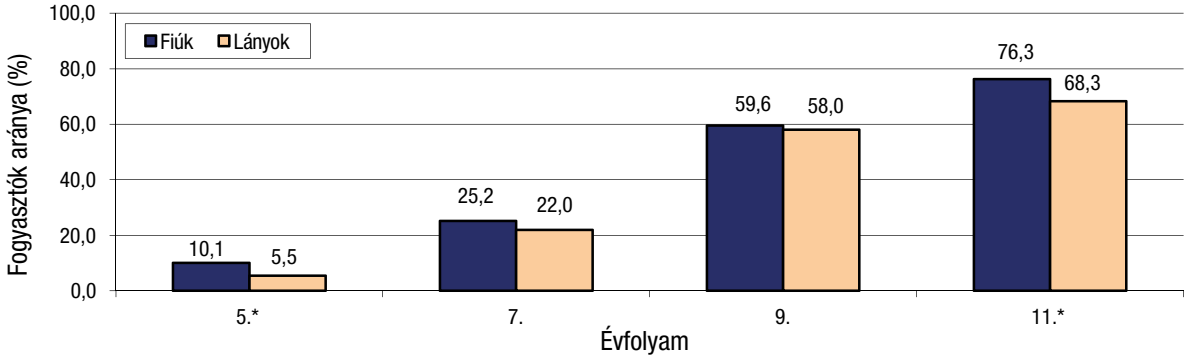


[21] Az életprevalencia azt mutatja, hogy mekkora azok aránya, akik fogyasztottak már alkoholt életükben. A havi prevalencia pedig megmutatja a kérdezést megelőző 30 napban alkoholt fogyasztók arányát.

Az alkoholfogyasztás havi prevalencia-értékei tekintetében csupán az 5. és 11. évfolyamon tapasztalhatóak szignifikáns nemi különbségek, szintén a fiúk javára (***5.3. ábra***).

5.3. ábra

A tanulók alkoholfogyasztásának havi prevalencia-értéke nem és évfolyam szerint (N = 5799)



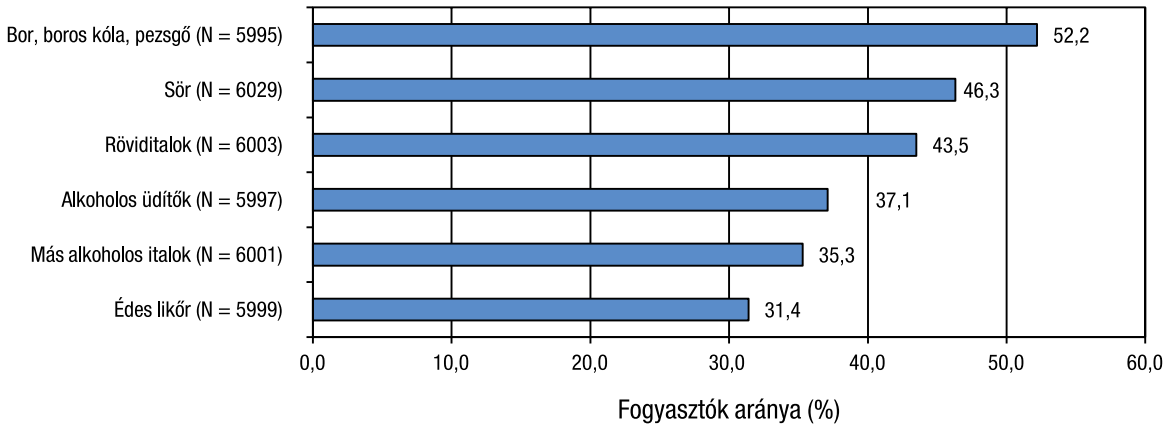
Az alkohol kipróbálása szignifikáns összefüggést mutat a képzéstípussal és a lakóhely településtípusával. Az érettségit nyújtó iskolákban valamivel magasabb (88,0%) az alkoholt kipróbálók aránya, mint a szakiskolában, szakmunkásképzőben (84,8%). Leginkább a városban lakó, legkevésbé pedig a községekben, faluban, tanyán lakó diákok érintettek alkoholfogyasztás tekintetében. E különbségek azonban csekély mértékűek.

Italfajták előfordulása

A diákok körében legnépszerűbb a bor, boros kóla, pezsgő – a tanulók több mint fele fogyasztja ezeket az alkoholtípusokat (***5.4. ábra***). Nem sokkal mögötte második helyen a sör, harmadik helyen pedig a röviditalok szerepelnek.

5.4. ábra

Különböző alkoholfajtákat jelenleg fogyasztó 5–11. évfolyamos tanulók aránya[22]

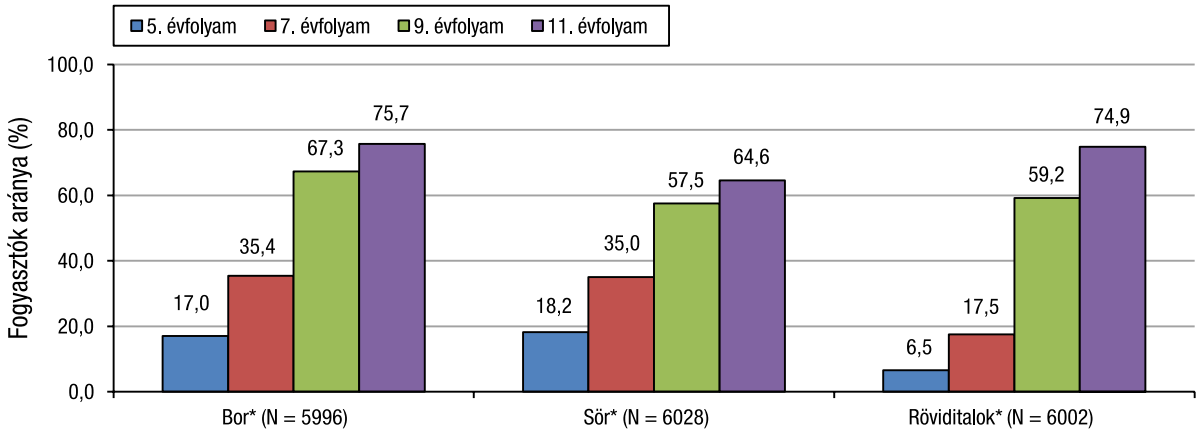


[22] Például a bor, boros kóla, pezsgőt fogyasztók közé azokat soroltuk, akik a „Jelenleg milyen gyakran fogyasztod a bort vagy boros kólát vagy pezsgőt” *kérdésre a Naponta / Hetente / Havonta / Ritkán válaszkategóriák valamelyikét megjelölte.* Ugyanígy jártunk el a többi italfajta (pl. sör, röviditalok) esetében is. Az egyes italfajtákra vonatkozó arányok tehát nem azt mutatják meg, hogy mekkora azok aránya, akik kipróbálták már például a bort vagy boros kólát vagy pezsgőt, hanem azt jelzik, hogy jelenleg milyen arányban vannak azok a fiatalok, akik bármilyen gyakorisággal fogyasztják ezeket az italokat. (Ebben az alfejezetben a többi ábrán is ezt jelenti a fogyasztók aránya.) Fontos azonban megjegyeznünk, hogy e kérdés felvethet néhány értelmezési és így érvényességi problémát, ugyanis azok a serdülők, akik egy hónapnál ritkábban fogyasztanak alkoholt, nemigen tekinthetőek jelenlegi, bizonyos rendszerességű alkoholfogyasztóknak ebben a korosztályban.

Az alábbiakban a három leggyakoribb italfajta – a bor, a sör és a röviditalok – fogyasztását vizsgáljuk nem és évfolyam szerinti bontásban. Mind a három italfajta esetében az évfolyam növekedésével szignifikánsan nő a fogyasztók aránya (***5.5. ábra***). Jelentősebb eltérés az 5. és 7., valamint a 7. és 9. évfolyam között figyelhető meg. A bor és sör esetében a kor növekedésével kétszeresére nő az adott ital fogyasztásának a valószínűsége. A röviditaloknál nagyobb különbségek mutatkoznak – a kilencedikeseknél több mint háromszoros a röviditalok fogyasztásának a valószínűsége a hetedikesekhez viszonyítva. A két középiskolás évfolyam között a bor és sör esetében nem mutatkozik jelentősebb eltérés, a röviditalokat tekintve azonban e két évfolyam között is nagyobb különbség figyelhető meg.

5.5. ábra

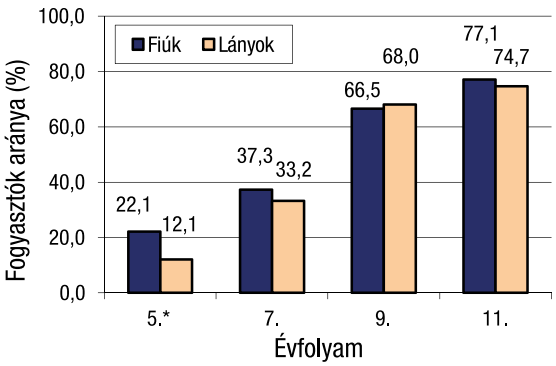
A leggyakrabban fogyasztott italfajtákat jelenleg fogyasztó tanulók aránya évfolyam szerint



A bor, boros kóla, pezsgő esetében csupán az 5. évfolyamon figyelhető meg nemi eltérés: a fiúk kétszer nagyobb arányban fogyasztanak bort, mint a lányok (***5.6. ábra***). Ezzel szemben a sört tekintve mindegyik évfolyamon szignifikáns nemi különbség mutatkozik: az 5. évfolyamon kétszer, a többi évfolyamon mintegy másfélszer nagyobb arányban fogyasztanak sört a fiúk a lányokhoz viszonyítva (***5.7. ábra***). A röviditalok esetében a sörhöz képest kisebb, de szignifikáns különbségek figyelhetők meg a fiúk és lányok között (kivéve a 7. évfolyamot), szintén a fiúk javára (***5.8. ábra***).

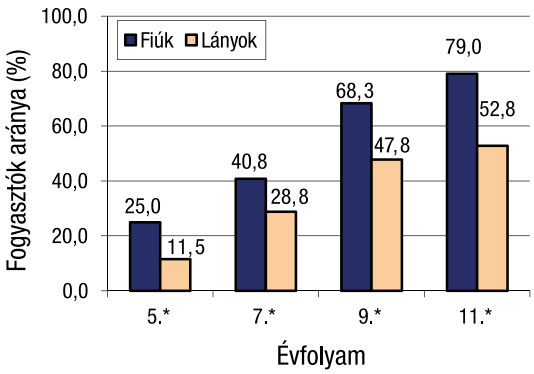
5.6. ábra

Jelenleg bor, boros kóla, pezsgő fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 5995)



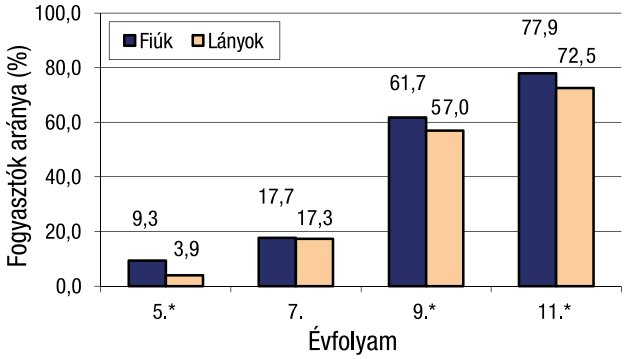
5.7. ábra

Jelenleg sörfogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6028)



5.8. ábra

Jelenleg rövidital-fogyasztó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6004)



Az alkoholfogyasztás gyakorisága

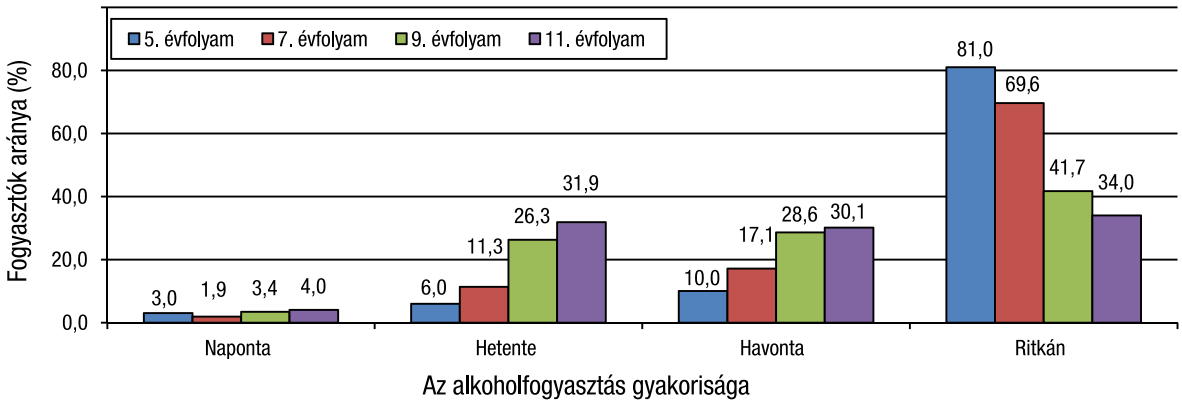
A diákok harmada soha nem fogyaszt alkoholt, ugyanennyi a ritkán fogyasztók aránya is. A fiatalok 17,1%-ra jellemző a havi, 16,1%-ra a heti italfogyasztás. A naponta fogyasztók aránya az előbbiekhez képest elenyésző (2,2%).

Az alkoholt jelenleg fogyasztó diákok mintegy negyede hetente, és szintén negyedük havonta fogyaszt alkoholt (***5.9. ábra***). A legnagyobb arányban a diákok közel fele (47,6%) ritkán, legkisebb arányban (3,3%) naponta iszik alkoholt.

Az alkoholfogyasztás gyakorisága és az évfolyam között szignifikáns összefüggés mutatható ki: az évfolyam növekedésével csökken a ritkán és nő a havonta vagy hetente fogyasztók aránya.

5.9. ábra

Az alkoholfogyasztás gyakorisága[23] az alkoholt jelenleg fogyasztó tanulók körében évfolyam szerint (N = 4103)

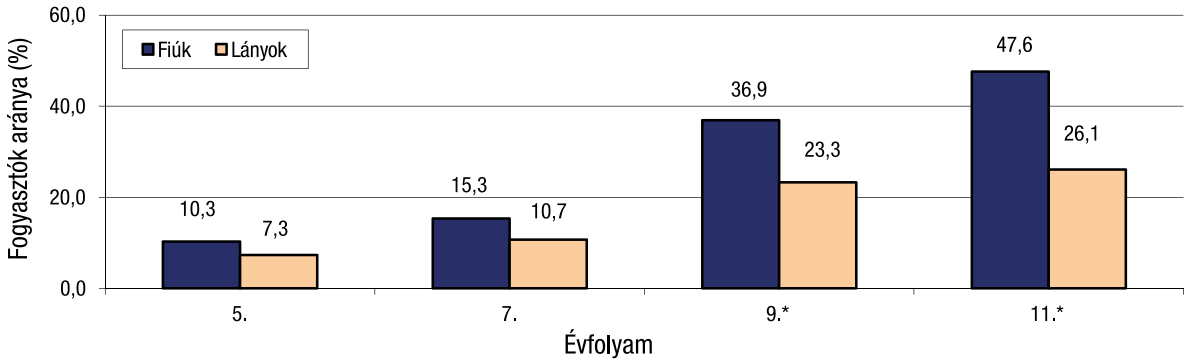


A két idősebb évfolyamon a fiúk szignifikánsan nagyobb arányban fogyasztanak hetente alkoholt a lányokhoz képest (***5.10. ábra***). A 11. évfolyamon nagyobb nemi különbség figyelhető meg, mint a 9. osztályosok körében: a fiúk közel kétszer akkora arányban isznak hetente alkoholt, mint a lányok. A két általános iskolai évfolyamon nem tapasztalható szignifikáns eltérés a fiúk és lányok között.

[23] A naponta alkoholt fogyasztók közé azokat soroltuk, akik a következő italfajták legalább egyikénél azt jelölték, hogy naponta fogyasztják: sör; bor vagy boros kóla vagy pezsgő; röviditalok; alkoholos üdítők; édes likőr; más alkoholos italok. A hetente fogyasztók közé pedig azok a serdülők tartoznak, akik az előbb említett italfajták egyikét sem fogyasztják naponta, de legalább egyikét hetente. A havonta és ritka kategóriába tartozó diákok esetében is az előbbi algoritmus szerint jártunk el.

5.10. ábra

Hetente legalább egyszer alkoholt fogyasztó tanulók aránya[24] nem és évfolyam szerint (N = 4104)



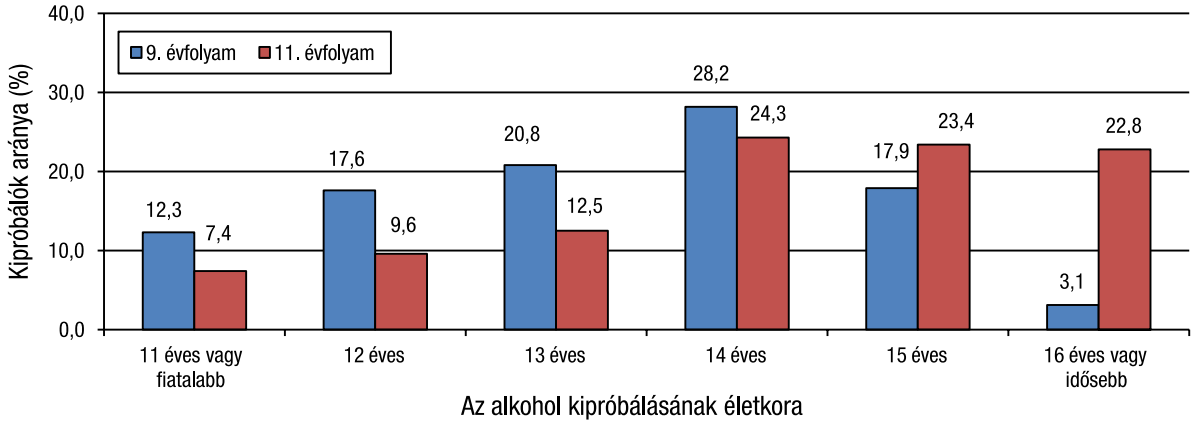
A hetente legalább egyszer alkoholt fogyasztók aránya szignifikánsan magasabb a szakiskolában, szakmunkásképzőben tanuló diákok körében az érettségit nyújtó iskolákban tanulókhoz képest. A hetente legalább egyszer fogyasztók aránya a megyeszékhelyeken a legjellemzőbb, a legalacsonyabb arány pedig Budapesten figyelhető meg.

Az alkohol kipróbálásának életkora

A 9. évfolyamosok legnagyobb arányban 14 évesen fogyasztottak először alkoholt – fokozatosan csökken azoknak az aránya, akik ennél fiatalabb korban ittak először (***5.11. ábra***). A 11. évfolyamosok közel háromnegyede 14 éves vagy idősebb korban ivott először alkoholt: közel hasonló arányban vannak azok a tanulók, akiknél a kipróbálás 14, 15, 16 vagy idősebb korban történt. A legnagyobb ugrás tehát a 14. életévben tapasztalható.

5.11. ábra

Az alkohol kipróbálásának életkora az alkoholt már kipróbált tanulók körében évfolyam szerint (N = 3088)

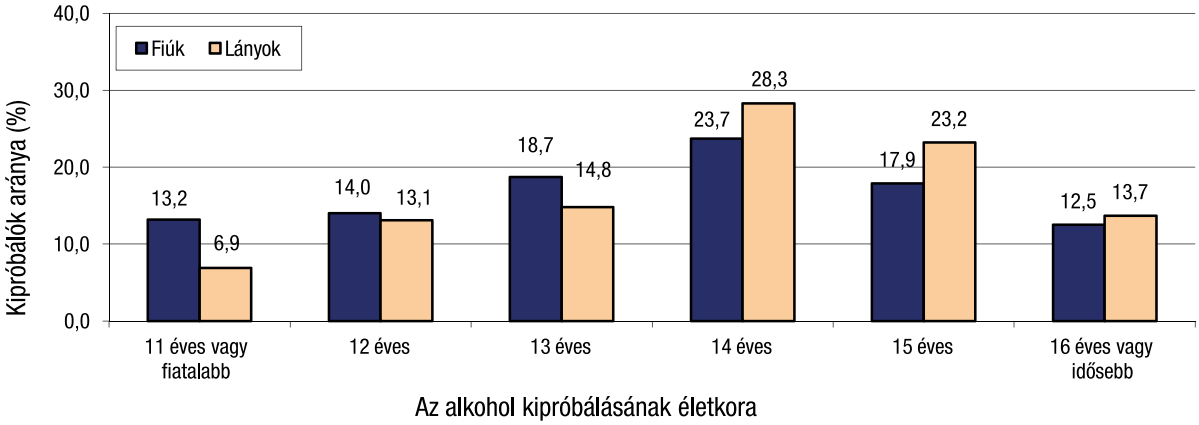


Az alkohol kipróbálásának életkorában szignifikáns nemi különbséget találtunk: a lányok jellemzően idősebb, a fiúk jellemzően fiatalabb korban ittak először alkoholt (***5.12. ábra***).

[24] A naponta és hetente fogyasztók együttes aránya.

5.12. ábra

Az alkohol kipróbálásának életkora az alkoholt már kipróbált 9–11. évfolyamos tanulók körében nem szerint[25] (N = 3088)



A megyeszékhelyen, községben, faluban, tanyán élő fiatalok szignifikánsan fiatalabb korban kezdenek el alkoholt fogyasztani. Az első alkoholfogyasztás a gimnáziumban és szakközépiskolában szignifikánsan fiatalabb korban következik be, mint a szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók körében.

A serdülők percepciója barátaik alkoholfogyasztásáról

A tanulók közel háromnegyedének (71,3%) van legalább egy olyan barátja, aki szerinte alkoholt fogyaszt. A diákok közel harmada (31,1%) úgy gondolja, hogy sok vagy mindegyik barátja fogyaszt alkoholt, ötöde pedig, hogy néhányan fogyasztanak alkoholt. Legnagyobb arányban, 28,7%-ban úgy gondolják, hogy egyik barátjuk sem fogyaszt alkoholt.

Idősebb évfolyamba lépve egyre magasabb azoknak a barátoknak a száma, akik a diákok megítélése szerint fogyasztanak alkoholt. Míg az 5. évfolyamosoknak csak 1,6%-a gondolja úgy, hogy sok barátja fogyaszt alkoholt, addig a tizenegyedikeseknek már 42,6%-a nyilatkozza ezt.

Nemi eltérést a 9. évfolyam kivételével mindegyik évfolyamon tapasztaltunk: a 11. és 5. évfolyamon szignifikánsan magasabb azoknak a fiúknak az aránya, akik szerint sok vagy mindegyik barátjuk fogyaszt alkoholt. A hetedikesek körében épp ellenkező tendencia mutatkozik – inkább a lányok gondolják úgy, hogy sok vagy mindegyik barátjuk fogyaszt alkoholt.

A többi településtípushoz képest a községben, faluban, tanyán és városban élők inkább gondolják úgy, hogy barátaik fogyasztanak alkoholt. A szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók nagyobb arányban vélekednek úgy, hogy sok vagy mindegyik barátjuk alkoholfogyasztó, mint a gimnazisták vagy a szakközépiskolások.

Minél több barátról állítja, hogy alkoholt fogyaszt, annál nagyobb az esély, hogy maga a válaszadó diák is kipróbálta már az alkoholt. Azok közül, akik szerint mindegyik vagy sok barátjuk iszik alkoholt, szinte mindenki maga is kipróbálta már az alkoholt (több mint 90%).

Szélsőséges alkoholfogyasztás: nagyivás és lerészegedés

Szélsőséges alkoholfogyasztás előfordulása

A szélsőséges alkoholfogyasztást a részegség és a nagyivás gyakoriságával mértük.

A diákok 41,9%-a volt már részeg, ezen belül közel harmaduk (30,7%) legalább kétszer is lerészegedett már életében. A tanulók tizede legalább kétszer lerészegedett a kérdezést megelőző

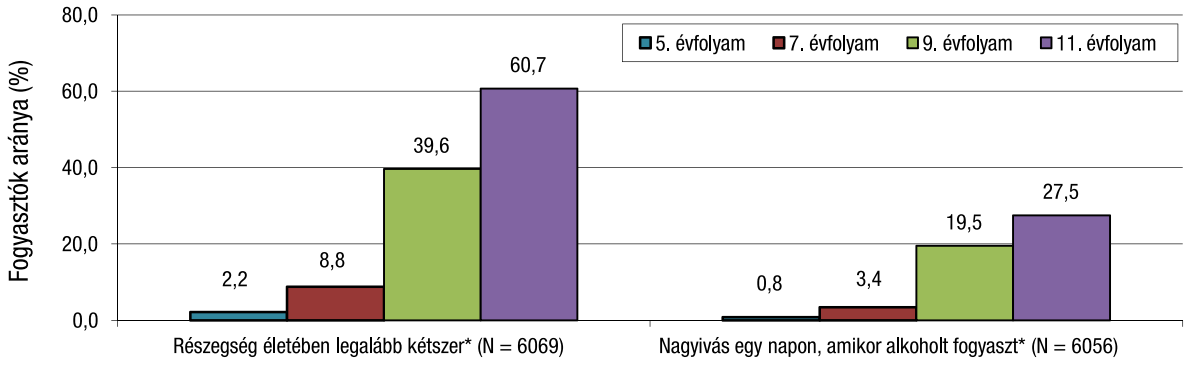
[25] Évfolyamon belül vizsgálva a nemi különbségeket hasonló tendenciák mutatkoznak, mint együttesen, így ezek bemutatásáról itt eltekintünk. A nemi különbség az egyes évfolyamokon belül is szignifikáns.

hónapban. A nagyivás mutatóját illetően a részegségnél valamivel kedvezőbb kép rajzolódik ki. A diákok közel 14,3%-ára jellemző, hogy egy olyan napon, amikor alkoholt fogyasztanak, öt vagy több italt isznak meg – azaz hét diákból egyre jellemző a nagyivás.

Mind a részegség, mind a nagyivás szignifikáns kapcsolatot mutat az évfolyammal: minél magasabb évfolyamra jár a diák, annál nagyobb az esélye, hogy kétszer lerészegedett már, illetve öt vagy több italt fogyaszt el egy átlagos napon, amikor alkoholt fogyaszt (***5.13. ábra***). A 11. évfolyamos diákok közül tíz diákból hat életében már kétszer volt részeg, és negyedükre jellemző a nagyivás.

5.13. ábra

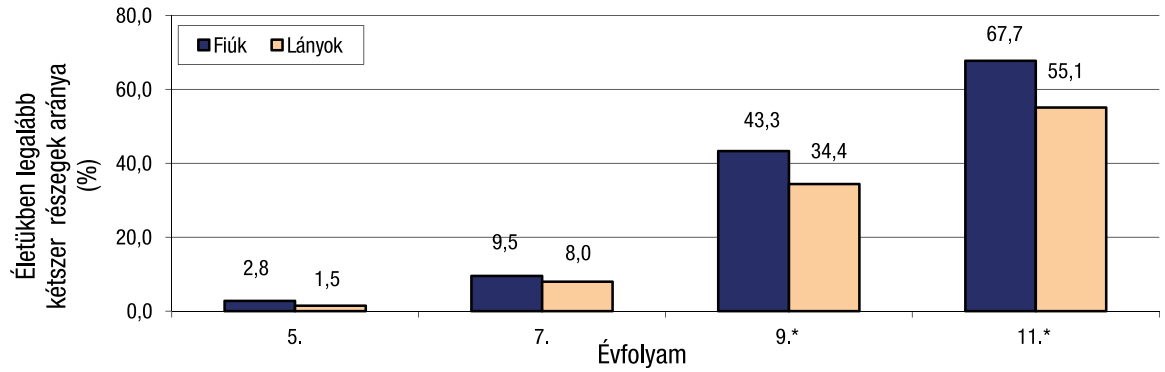
Életükben legalább kétszer részeg és nagyivó tanulók aránya évfolyam szerint



A 9. és 11. évfolyamon szignifikánsan több olyan fiú van, mint lány, aki életében már kétszer volt részeg (***5.14. ábra***). A másik két évfolyamon a lányok és fiúk közötti értékek nem mutatnak szignifikáns különbséget.

5.14. ábra

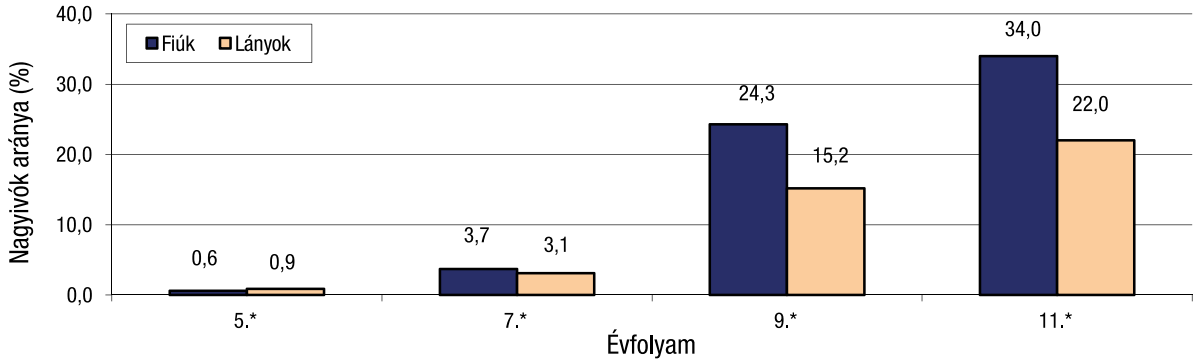
Életükben legalább kétszer részeg tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6069)



A nagyivásban markánsabb eltérések mutatkoznak a fiúk és lányok között, mint a részegség tekintetében. A 9. és a 11. évfolyamon is több mint másfélszer magasabb a nagyivó fiúk aránya a lányokhoz képest (***5.15. ábra***). A másik két évfolyamon is szignifikáns különbséget találtunk, azonban a nagyon alacsony esetszámok miatt ennek a megfigyelésnek korlátozott az érvényessége.

5.15. ábra

A nagyivó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6052)



Mind a részegség, mind a nagyivás mutat képzéstípus szerinti különbségeket. A szakiskolában, szakmunkásképzőben tanuló diákok az érettségit nyújtó iskolák tanulóihoz képest másfélszer nagyobb arányban mutatnak nagyivási epizódokat, illetve kétszer nagyobb arányban fordult elő náluk, hogy legalább kétszer lerészegedtek. Bár a lakóhely településtípusa a nagyivással is összefügg (a legalább kétszeri részegséggel nem), azonban a különbségek nem jelentős mértékűek.

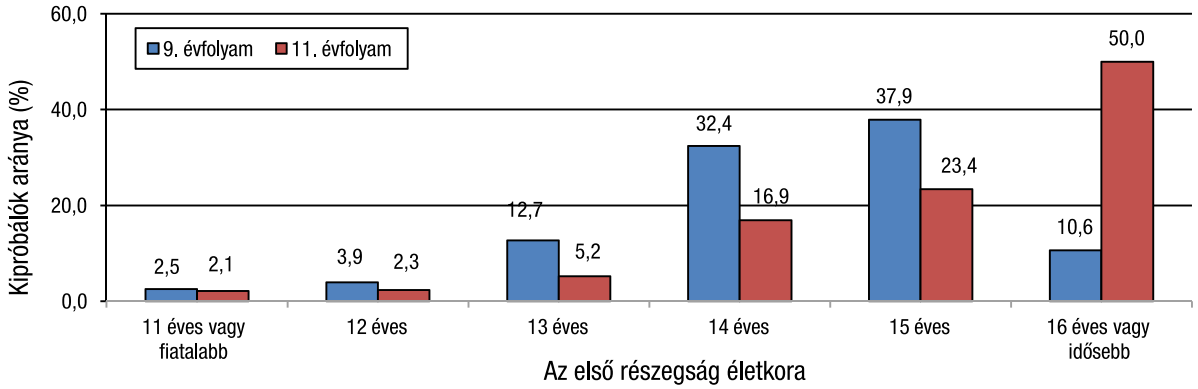
Az első részegség életkora

Az első részegség életkora tekintetében a 9. évfolyamosok körében nagyobb ugrás a 14. életévnél figyelhető meg: két és félszer nagyobb azok aránya, akik 14 évesen, mint akik 13 évesen részegedtek le először (***5.16. ábra***). Összességében az életükben már lerészegedő 9. évfolyamosok több mint 80%-ával 14 éves vagy idősebb korban történt ez meg először.

A 11. évfolyamosok körében nagy ugrás a 16. életévben figyelhető meg: kétszer nagyobb a 16 éves vagy idősebb korban először lerészegedő diákok aránya azokhoz képest, akik 15. életévükben voltak először részegek. Az életükben részegséget már megélők közül tízből kilenc diák 14 éves vagy annál idősebb korban volt először részeg.

5.16. ábra

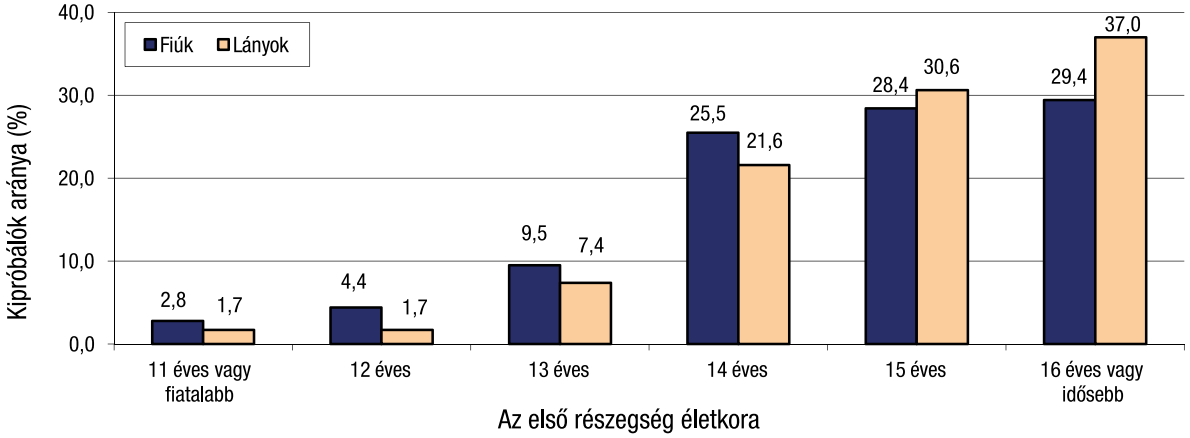
Az első részegség életkora azon tanulók körében, aki voltak már részegek, évfolyam szerint (N = 3088)



Az első alkoholfogyasztáshoz hasonlóan a fiúk első részegsége is korábban fordul elő, mint a lányoké (***5.17. ábra***).

5.17. ábra

Az első részegség életkora azon tanulók körében, aki voltak már részegek, nem szerint (N = 3088)[26]



A kisebb településeken szignifikánsan idősebb korban részegednek le először a fiatalok, mint a városokban. Az első lerészegedés a szakiskolában, szakmunkásképzőben szignifikánsan fiatalabb korban következik be, mint a gimnáziumban és szakközépiskolában tanulók körében.

A serdülők percepciója a barátok lerészegedéséről

A tanulók 47,3%-a szerint legalább egy barátjukra igaz, hogy hetente legalább egyszer lerészegedik: 22,8%-uk szerint kevesen, 13,5%-uk szerint néhányan részegek heti gyakorisággal barátaik közül. A diákok tizede (11,0%) szerint sok vagy mindegyik barátjuk hetente legalább egyszer részeg.

Magasabb évfolyamba lépve egyre több olyan barátról számolnak be a diákok, akik hetente legalább egyszer részegek. Míg az 5. évfolyamosok 0,9%-a vélekedik úgy, hogy sok barátjuk hetente legalább egyszer részeg, addig a 11. évfolyamos tanulók közel negyede ért egyet ezzel az állítással.

A részegség tekintetében csupán a 9. és 11. évfolyamon tapasztalható szignifikáns eltérés: a fiúk nagyobb arányban vélik úgy, mint a lányok, hogy sok vagy mindegyik barátjuk hetente legalább egyszer részeg.

A községben, faluban, tanyán élők gondolják úgy leginkább, hogy barátaik hetente legalább egyszer részegek, legkevésbé pedig a budapesti diákok vélekednek így. A szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók pedig az érettségizőknél nagyobb arányban gondolják úgy, hogy sok vagy mindegyik barátjuk hetente legalább egyszer részeg.

Minél több barátról állítja a válaszadó tanuló, hogy legalább hetente egyszer részeg, annál nagyobb az esély, hogy ő maga is volt már részeg. Azoknak a diákoknak, akik szerint mindegyik vagy sok barátjuk hetente legalább egyszer részeg, túlnyomó többsége (80-90%) saját maga is volt már részeg életében.

[26] Évfolyamon belül vizsgálva a nemi különbségeket hasonló tendenciák mutatkoznak, mint együttesen, így ezek bemutatásáról itt eltekintünk. A nemi különbség a 9. és 11. évfolyamokon belül is szignifikáns.

MEGBESZÉLÉS

A HBSC 9. évfolyamosokra vonatkozó eredményeit a 2011-es ESPAD kutatással (Elekes, 2012) összehasonlítva[27] a jelen vizsgálatban valamivel alacsonyabb életprevalencia-értékeket mértünk az alkoholfogyasztás tekintetében.

A korábbi évekhez hasonlóan az évfolyam növekedésével nő az alkoholt kipróbálók aránya, és a fiúk jellemzően szignifikánsan nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt, mint a lányok. Ugyanígy az alkoholfogyasztás szélsőséges formái (részegség, nagyivás) a szakiskolákban, szakmunkásképzőkben, valamint a fiúk körében jellemzőbb – a korábbi évekhez hasonlóan (Halmai és Németh, 2011).

A jelen adataink szerint tíz diákból hét gondolja úgy, hogy legalább egy barátja fogyaszt alkoholt, és kétharmaduk próbálta ki már az alkoholt. Ez azt mutatja, hogy a barátok alkoholfogyasztásának észlelése és a tényleges alkoholfogyasztás között nincs nagy eltérés – a dohányzással és kannabiszfogyasztással ellentétben, ahol nagyobb különbséget tapasztaltunk –, ami utalhat arra, hogy kérdéseink jól mérnek, vagy, hogy a diákok viszonylag jól becslik meg barátaik alkoholfogyasztási szokásait.

A 2010-es adatokhoz képest csökkent az alkoholt kipróbálók aránya, illetve azok aránya, akik voltak már életükben részegek (Halmai és Németh, 2011). Ennek módszertani oka lehet az, hogy például az alkoholfogyasztás életprevalenciáját teljesen más kérdéssel vizsgáltuk a korábbi adatfelvétel során. Validációs kutatások szerint a kérdés változtatása jelentős hatással lehet a prevalencia-értékre (Brener, Billy és Grady, 2003; Elekes, 2013). Azonban ha nem és évfolyam szerint vizsgáljuk a 2010-hez képest történő elmozdulást, akkor néhány esetben kis növekedést[28], illetve stagnálást tapasztalhatunk. Az alkoholt kipróbálók aránya esetében a 11. évfolyamon kis növekedés mutatkozik mind a két nemnél, a 9. évfolyamon a fiúknál csökkenés tapasztalható, de a lányoknál nem történt változás. A legalább kétszeri részegséget tekintve a hetedikes és tizenegyedikes lányok körében kisebb növekedés figyelhető meg. A többi évfolyam és nem alcsoportjaiban csökkenést figyeltünk meg.

Tekintve, hogy a serdülőkori szélsőséges alkoholfogyasztás növeli a későbbi problémás ivás és drogfogyasztás esélyét, és számos más negatív hatása is lehet (Brown, McGue, Maggs és mtsai, 2008; Guo, Collins, Hill és mtsai, 2000), a szélsőséges alkoholfogyasztók jelen vizsgálatban talált igen magas aránya aggodalomra adhat okot. Azt azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy a részegség sokkal gyakoribb késő serdülőkorban és fiatal felnőttkorban, mint az életút későbbi szakaszaiban (Kuntsche és Gmel, 2013). Az alkoholpolitika (pl. beszerezhetőség, reklám korlátozása) hatékonynak bizonyult a fiatalok alkoholfogyasztásának csökkentésében (Bendtsen, Damsgaard, Huckle és mtsai, 2014). Az iskolai – kimondottan alkoholfogyasztásra irányuló – megelőző programok (Simons-Morton, Pickett, Boyce és mtsai 2010), illetve az egészséges életstílusra, készségek fejlesztésére irányuló programok hatékonysága bizonyított (Koning, Vollebergh, Smit és mtsai, 2009). A családok bevonásával végzett prevenciós programok hatása leginkább abban figyelhető meg, hogy a résztvevő fiatalok később próbálták ki az alkoholt, illetve a fogyasztás ritkább volt (Foxcroft és Tsertsvadze, 2011).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, *21*(4), 349–357.

Bendtsen, P., Damsgaard, M., Huckle, T., Casswell, S., Kuntsche, E., Arnold, P., de Looze, M. E., Hofmann, F., Hublet, A., Simons-Morton, B., ter Bogt, T., & Holstein, B. (2014). Adolescent alcohol use: A reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction, 109*(11), 1857–1868.

Brand, D. A., Saisana, M., Rynn, L. A., Pennoni, F., & Lowenfels, A. B. (2007). Comparative analysis

[27] Az eredmények összehasonlításával a kutatás módszere, az eltérő kérdések, az eltérő életkorú célpopuláció miatt óvatosan kell bánni.

[28] További statisztikai elemzések szükségesek annak megállapítására, hogy a növekedés szignifikáns-e.

of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, *4*(4), e151.
Brener, N. D., Billy, J. O. G., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behaviour among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, *33*(6), 436–457.
Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S. F., Sher, K., Winters, K. C., Lowman, C., & Murphy, S. A. (2008). Developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, *21*(Suppl 4), S290–310.
Castelnuovo, A., Rotondo, S., Iacoviello, L., Donati, M. D., & de Gaetano, G. (2002). Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*, *105*, 2863–2844.
Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, *Suppl. 14*, 101–117.
Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(2), 168–180.
Cox, W. M., & Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. In W. M. Cox (Ed.), *Why people drink: Parameters of alcohol as a reinforcer* (pp. 291–314). New York: Gardner Press, Inc.
Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (Eds.). (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: World Health Organization.
Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., & Wechsler, H. (2005). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, *55*(5), 1–108.
Elekes, Zs. (2009). *Egy változó kor* változó ifjúsága. NDI szakmai forrás sorozat kutatások 12. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
Elekes, Zs. (2012). *ESPAD 2011. Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól*. OTKA kutatási beszámoló. Kézirat. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.
Elekes, Zs. (2013). A kérdésmegfogalmazás hatása az eredményekre. MAT IX. Országos Kongresszusa. *Addictologia Hungarica*, *XII.*(Suppl.), 11.
Elekes, Zs., & Paksi, B. (2000). *Drogok és fiatalok. A középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. ISMertető 8. Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.
Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5), CD009113.
Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris, W. A., McManus, T., Chyen, D., & Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *53*(2), 1–96.
Guo, J., Collins, L. M., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2000). Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, *61*(6), 799–808.
Halmai, R., & Németh, Á. (2011): Alkoholfogyasztási szokások. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 40–47). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 64–105.
Koning, I. M., Vollebergh, W. A., Smit F., Verdurmen J. E., Van Den Eijnden, R. J., ter Bogt, T. F., Stattin, H., & Engels, R. C. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): Cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, *104*(10),

1669–1678.
Kuntsche, E., & Gmel, G. (2013). Alcohol consumption in late adolescence and early adulthood – Where is the problem? *Swiss Medical Weekly*, *143*, w13826.
Kuntsche, E., Gmel, G., Wicki, M., Rehm, J., & Grichting, E. (2006). Disentangling gender and age effects on risky single occasion drinking during adolescence. *European Journal of Public Health*, *16*(6), 670–675.
Kuntsche, E., Rehm, J., & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science and Medicine, 59*(1), 113–127.
Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., ter Bogt, T., Kokkevi, A., & Godeau, E. (2012). Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Elérhető: http://www.nuigalway.ie/hbsc/documents/2013__ja__kuntsche_early_drinkingdrunkenness__jcer.pdf
Mukamal, K. J., Conigrave, K. M., Mittleman, M. A., Camargo, C. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., & Rimm, E. B.(2003). Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *New England Journal Medicine*, 348, 109–118.
National Advisory Council on Alcohol Abuse and Alcoholism, Task Force on College Drinking, Panel on Prevention and Treatment (NACAAA) (2002). *How to reduce high-risk college drinking: Use proven strategies, fill research gaps*. Rockville, MD: NIAAA. Elérhető: http://www.collegedrinkingprevention.gov/media/FINALPanel2.pdf
National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) (2003). *Traffic safety facts 2002*. Elérhető: http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/2002ALCFACTS.PDF.
Parker, H., & Williams, L. (2003). Intoxicated weekends: Young adults' work hard – play hard lifestyles, public health and public disorder. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *10*(4), 345–367.
Simons-Morton, B. G., & Farhat, T. (2008). Recent findings on peer group influences on adolescent substance use. In *Duke University Trans-disciplinary Prevention Research Center Conference, Reducing Substance Use Initiation Among Adolescents: An Interdisciplinary Conversation*; 2008 October 13-14; Durham, NH.
Simons-Morton, B., Pickett W., Boyce W., ter Bogt, T. F. M., & Vollebergh, W. (2010). Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *International Journal on Drug Policy*, *21*(1), 64–69.
Tucker, J. S., Ellickson, P. L., Orlando, M., Martino, S. C., & Klein, D. J. (2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: A comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal of Drug Issues, 35*(2), 307–332.
Williams, L., & Parker, H. (2001). Alcohol, cannabis, ecstasy and cocaine: drugs of reasoned choice amongst young adult recreational drug users in England. *International Journal of Drug Policy*, *12*, 397–413.

6. DROGFOGYASZTÁSI SZOKÁSOK

Arnold Petra

BEVEZETÉS

Hazánkban a serdülők körében a kilencvenes évektől vannak rendszeres országos drog-epidemiológiai kutatások (Elekes 1993, 2009; Elekes és Paksi, 2000a, 2000b). A HBSC kutatás a 2002-es adatfelvételtől kezdve vizsgálja a droghasználatot (Sebestyén, 2003).

Az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) kutatás eredményei szerint a kilencvenes évektől a szerhasználat dinamikus növekedése figyelhető meg (Elekes, 2012). Míg 1995-ben a diákok 5%-a, addig 2011-ben már 20%-uk – azaz minden ötödik diák – próbált már valaha életében tiltott szert. 1999 óta stabilan legnépszerűbb a kannabisz (marihuána, hasis), melynek kipróbálási aránya 2011-ben 20% volt.

Sok fiatal úgy gondolja, hogy a kannabisznak, az LSD-nek, a hallucinogéneknek és a diszkódrogoknak pozitív hatása van, például javítják a hangulatot, ellazítanak, élvezetesebbé teszik a partizást, szórakozást. Azonban e szerek használatának negatív hatásai – az egészségügyi kockázatok, a pszichés problémák, a függőség egyéb tünetei – akkor mutatkoznak meg, amikor nagyobb mennyiségben és gyakrabban kezdik el használni (Solowij, Hall és Lee, 1992; Stephens, 2013, Stine és Kosten, 2013; ter Bogt, Engels, Hibbel és mtsai, 2002; Weaver és Schnoll, 1999).

Különösen azok veszélyeztetettek, akik fiatalon próbálják ki a tiltott szert. Minél korábbi a kipróbálás, annál magasabb a későbbi problémás szerhasználat, a függőség kialakulásának az esélye (Best, Gross, Manning és mtsai, 2005; Kokkevi, Nic Gabhainn, Spyropoulou és mtsai, 2006). A fiatalabb korban történő gyakori szerhasználat eredménye lehet a korai iskolaelhagyás, a védekezés nélküli szexuális kapcsolat, vagy a bűnözés (Brook, Balka és Whiteman, 1999). A korai intenzív kannabiszhasználat rosszabb iskolai teljesítménnyel, iskolaelhagyással, depresszióval, egészségügyi problémákkal, más szerek együttes használatával, bűnözéssel járhat együtt (Kandel, Johnson, Bird és mtsai, 1997; Macleod, Oakes, Copello és mtsai, 2004; Monshouwer, van Dorsselaer, Verdurmen és mtsai, 2006). Kutatások kimutatták, hogy a szerhasználó fiatalok már a kipróbálás előtt is kevésbé szociális, kevésbé megbízható jellemzőket mutattak. Ez arra utal, hogy nem feltétlenül a szerhasználat következményeként alakulnak ki e tulajdonságok, de a szerhasználat felerősítheti azokat (Shedler és Block, 1990).

A fenti negatív hatások ellenére azonban számos vizsgálat kimutatta, hogy néhány fogyasztási mintázat nem feltétlenül jár együtt negatív hatással. Azok a fiatalok, akik kis mennyiségben fogyasztanak alkoholt vagy kannabiszt, jobban alkalmazkodnak és szociálisabbak, mint azok, akik egyáltalán nem, vagy nagy mennyiségben fogyasztják ezeket a szereket (Engels és ter Bogt, 2001; Shedler és Block, 1990).

A droghasználat hátterében meghúzódó tényezők nem írhatók le kizárólag pszichológiai, szociológiai vagy biológiai dimenzió mentén. A jelenség megértéséhez e megközelítéseket együttesen kell alkalmazni.

Az intenzív növekedés magyarázatára számos szociológiai, úgynevezett posztmodern elmélet lelhető fel a szakirodalomban. A „posztmodern” elnevezés arra utal, hogy az illegális szerek használatát magyarázó klasszikus elméletek (pl. Durkheim, 2003) már nem bizonyulnak elégségesnek a jelenség magyarázatára (Arnold, 2015). Egyesek szerint a szerhasználat növekedése a veszélyészlelés megváltozásával hozható összefüggésbe (Järvinen és Room, 2007), illetve azzal, hogy a posztmodern társadalmakban a kisközösségektől való függés fellazult, így e közösségek társadalmi kontrollfunkciója gyengült (Demetrovics, 2010; Stone, Becker, Huber és mtsai, 2012). A droghasználat növekedésében szerepet játszhat az is, hogy a fiatalok számára (még azok számára is, akik egyébként nem élnek ezekkel a szerekkel) a rekreációs droghasználat deviáns magatartásból egyre inkább normalizált viselkedéssé, kulturálisan elfogadottá válik (Csák, Forstner, Márványkövi és mtsai, 2008; Demetrovics,

2009a; Demetrovics, Kun, Nádas és mtsai, 2008; Elekes, 2009; Kuntsche, 2004; Parker, Williams és Aldridge, 2002). A drogfogyasztás elterjedésében jelentős szerepet tölthetnek be a tömegmédiumok, a reklámok. A tömegmédia olyan szerek fogyasztására ösztönöz, amelyek tünetileg alkalmasak a negatív élmények, tapasztalatok, hangulati állapotok kiküszöbölésére, azonban a probléma kiváltó okát nem szüntetik meg (Demetrovics, 2010). A mai társadalmakban a drogok szertartásoktól független, szabad használata, hedonista célú fogyasztása a jellemző. Ennek is jelentős szerepe van a droghasználat elterjedésében, kontrollálatlan fogyasztásában (Demetrovics, 2010; Coomber, McElrath, Measham és mtsai 2013). A fiatalok számára a dohányzás, az alkohol-, drogfogyasztás, a szexuális élet korai kezdete szimbolizálja a felnőtt társadalmat (Elekes, 2009; Pikó, 2006), egy adott társadalmi csoporthoz való tartozást/nem tartozást. E viselkedésformák az érettség, az autonómia elfogadása iránti igény megnyilvánulását is jelentik (Salasuo és Seppälä, 2004). Mindemellett számos más tényező is hatással van a szerhasználatra: a társadalom drogfogyasztással szembeni attitűdje, a drogpolitika, a drogok hozzáférhetősége, a droghasználat kulturális elfogadottsága stb. (Parker, Williams és Aldridge, 2002).

A pszichodinamikus elméletek szerint a következő személyiségjellemzők, mint például az antiszociális és agresszív késztetések, a depressziós, szorongásos tünetek, az alacsony önértékelés, a normakövetés, orientáció nagyobb mértékű hiánya rizikótényezőt jelenthetnek a szerhasználat szempontjából (Elekes, 2009; Pikó, 2006). A problémás droghasználat az énfunkció gyengeségének, az önszabályozás zavarának tudható be. A droghasználat felfogható úgy is, mint az elfogadhatatlan érzésekkel szemben alkalmazott belső elhárító mechanizmus (Conger, 1991; Wurmser, 1995).

A pszichoszociális elméletek között kiemelt jelentőséggel bírnak a családdinamikai magyarázatok. Az autokrata, ellenséges, visszautasító, érzelemmentes, illetve a túlságosan engedékeny nevelés (Barnes, 1984; Blum, 1972); a nem megfelelő szülői gondoskodás, az inkonzisztens nevelési elvek (Windle, 2000); a családi melegség hiánya, a szegényes kommunikáció (Nation és Heflinger, 2006); a gyenge szülői kontroll (Bahr, Hoffmann és Yang, 2005; Elekes, 2009; Kandel és Andrews, 1987; Nation és Heflinger, 2006; Svensson, 2000); a csonka család (Bjarnasson, Andesson, Choquet és mtsai, 2003; Brassai és Pikó, 2005; Elekes, 2009; Madianos, Dadianou, és Stefanis, 1995); a szülőkkel való rossz kapcsolat, a nagyobb szülői anyagi támogatás és a szülői bántalmazás (Elekes 2009; Pikó, 2006) rizikótényezőt jelenthet a szerhasználat tekintetében.

Drogfüggő személyek körében készült kutatások szerint az apák gyakran fizikailag és lelkileg távolságtartók, durvák, inkonzisztensek, gyengék, sokszor maguk is alkohol- vagy drogfüggőségben szenvednek (Harbin és Maziar 1975; Péley, 2002; Schweitzer és Lawton, 1989; Vingender, 2006). A férfi opiátfüggők anyával való kapcsolatára pedig jellemző a szimbiózis; az anya túlvédő, túlóvó, domináns viselkedése (Eldred, Brown és Mahabir, 1974; Demetrovics, 2007, 2009b; Harbin és Maziar, 1975).

A családi integráció hiányához hasonlóan az iskolai integráció hiánya is növeli a szerhasználat esélyét. Minél többet lóg, minél rosszabb tanulmányi eredményt mutat fel, és minél kevésbé fogadja el az iskolai környezetet a serdülő, annál nagyobb valószínűséggel lesz szerhasználó (Elekes, 2009; Pikó, 2006).

Számos kutatás (Bahr, Hoffmann és Yang, 2005; Elekes, 2009; Elliott, Huizinga és Ageton, 1985; Kaplan, Martin és Robbins, 1984; Pikó, 2006) rámutatott arra, hogy a kortársak szerfogyasztása is jelentős hatással van a serdülők szerhasználatára.

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

Az illegális és visszaélésszerűen fogyasztott legális drogok[29] fogyasztásáról a 9. és 11. osztályos diákokat kérdeztük meg. (A továbbiakban a tiltott szerek és/vagy legális visszaélésszerűen fogyasztott szerek használatát együttesen droghasználatnak nevezzük[30]).

A kannabisz kipróbálására és a használat gyakoriságára két kérdést tettünk fel.

- *Fogyasztottál-e marihuánát, hasist (füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit) életedben?* (Lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon / 30 [vagy több] napon.)
- *Fogyasztottál-e marihuánát, hasist (füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit) az elmúlt 30 napban?* (Lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon / 30 [vagy több] napon.)

Más drogok használatának gyakoriságára vonatkozóan az alábbi kérdések szerepeltek.[31]

- *Használtál-e már életedben egyet vagy többet a következő anyagokból?*
    - *Ecstasy, MDMA (diszkó tabletta)*
    - *Amfetaminok (speed, spuri, gyorsító)*
    - *Alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon*
    - *Gyógyszer, hogy feldobjon*
    - *Ragasztó, oldószer (szipuzás)*
    - *Mágikus gomba, növényi drogok*
    - *Dizájner drogok*
    - *Más, éspedig...*[32] (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Soha / 1-2 napon / 3-5 napon / 6-9 napon / 10-19 napon / 20-29 napon / 30 [vagy több] napon.)

A különböző szerek kipróbálásának életkorára is rákérdeztünk.

- *Hány éves voltál, amikor először csináltad a következő dolgokat? – 1. Marihuánát, hasist fogyasztottál (füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit) / 2. Más drogot fogyasztottál (marihuánán, hasison, alkoholon és cigarettán kívül)* (Lehetséges válaszok: Soha / 11 éves vagy fiatalabb / 12 éves / 13 éves /14 éves / 15 éves / 16 éves vagy idősebb.)

---

29 Ebbe a csoportba azok a szerek tartoznak, amelyek használata jogilag nem minősül illegális tevékenységnek, azonban visszaélésszerű fogyasztásuk – például ha egy gyógyszert nem a betegség tüneteinek csillapítására, hanem alkohollal bevéve, módosult tudatállapot elérésére használnak – droghasználatnak tekinthető.

30 A drog kifejezés pontos definíciója a következő: az Egészségügyi Világszervezet ajánlása (World Health Organization [WHO], 1964) alapján minden olyan szer drog, amely a központi idegrendszer működését befolyásolja és függőséget eredményezhet. Ezeket a szereket szokás pszichoaktív anyagoknak is nevezni, amelyek magukban foglalják mind a legális (alkohol, nyugtató, altató, dohánytermékek), mind az illegális (kábítószerek) anyagokat. Ennek megfelelően a drog tágabb kört alkot a tiltott szerek és/vagy legális visszaélésszerű szereknél, azonban a könnyebb olvashatóság végett a drog kifejezést alkalmazzuk.

31 Saját nemzeti kérdésként kérdeztük: alkohol és gyógyszer együtt, hogy feldobjon / mágikus gomba / növényi drogok / dizájner drogok. A zárójelben feltüntetett szlengneveket minden ország a saját fogyasztási szokások, fedőnevek alapján határozta meg, így mi is.

32 A tanulók beírhatták, hogy milyen egyéb – a fentiekben fel nem sorolt – drogot használtak már. A válaszok egy részét be tudtuk sorolni valamelyik nevesített szerkategóriába. Ezeket az adatfeldolgozás során átkódoltuk a megfelelő változóba. Néhány esetben olyan anyag fogyasztását jelölték meg a fiatalok, melyek használata nem minősül illegálisnak vagy visszaélésnek (kávé, energiaital), ezeket érvénytelennek tekintettük. Ha a diákok nem nevezték meg az általuk használt anyagot vagy a leírt információ alapján nem tudtuk beazonosítani a fogyasztott szert, őket az „egyéb szert kipróbálók" kategóriájába soroltuk be.

Azt is vizsgáltuk, hogy a diákok hogyan észlelik, hány barátjuk fogyaszt kannabiszt.

- *Mit gondolsz, hány barátodra igaz, hogy marihuánát, hasist (füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit) fogyaszt?* (Lehetséges válaszok: Egyikre sem / Kevésre / Néhányra / Sokra / Mindegyikre.)

EREDMÉNYEK

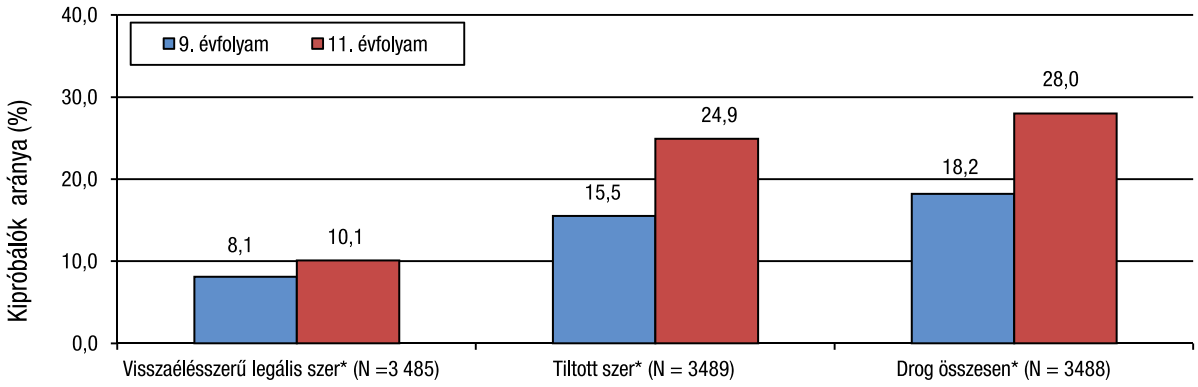
A drogok kipróbálása

A 9. és 11. évfolyamos diákok közel negyede (23,1%) próbálta ki a tiltott szerek és/vagy legális visszaélésszerű szerek legalább egyikét (drog összesen).[33] A diákok ötöde (20,1%) próbált már ki tiltott (illegális) szert,[34] és közel tizede (9,1%) visszaélésszerűen próbált ki legális szert (alkoholt gyógyszerrel és/vagy gyógyszert és/vagy ragasztót, oldószert).

Évfolyam szerint vizsgálva a drogok kipróbálását, azt tapasztaltuk, hogy az idősebbek szignifikánsan érintettebbek szerhasználat szempontjából. Míg a 11. évfolyamon tanulók több mint negyede, addig a 9. évfolyamosok kevesebb mint ötöde próbálta ki a tiltott szerek és/vagy legális visszaélésszerű szerek legalább egyikét. A tiltottszer-használat esetében is több mint másfélszer akkora a kipróbálók aránya a 11. évfolyamosok körében (***6.1. ábra***).

6.1. ábra

A tanulók illegális és visszaélésszerű legális szerfogyasztás, valamint droghasználat életprevalencia-értéke[35] évfolyam szerint



A 9. évfolyamosok körében a visszaélésszerű legális szerhasználat esetében tapasztalható szignifikáns eltérés a fiúk és lányok között: a lányok körében kétszer akkora azok aránya, akik kipróbálták már életükben az alkoholt gyógyszerrel és/vagy gyógyszert visszaélésszerűen és/vagy ragasztót, oldószert (***6.2. ábra***). A tiltottszer-használat életprevalenciája és a droghasználat életprevalenciája tekintetében a nemek között nem mutatható ki statisztikai különbség.

---

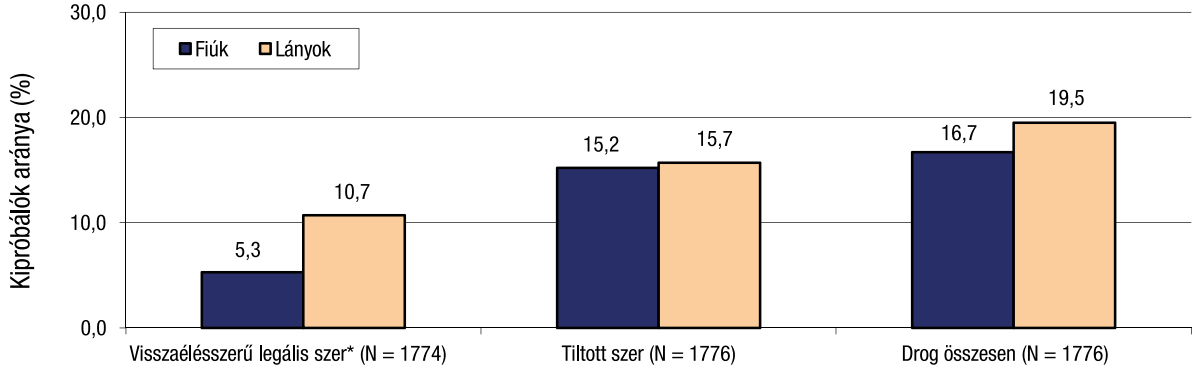
33 A következő szerek legalább egyikét legalább egyszer fogyasztották már életükben: alkohol és gyógyszer visszaélésszerűen, gyógyszer visszaélésszerűen, ragasztó, oldószer, kannabisz, ecstasy, MDMA, amfetaminok, mágikus gomba, növényi drogok, dizájner drogok, egyéb drogok.

34 A következő szerek legalább egyikét próbálták már életükben: kannabisz, ecstasy, MDMA, amfetaminok, mágikus gomba, növényi drogok, dizájner drogok, egyéb drogok. (Az egyéb drogok között jellemzően heroin és kokain szerepelt, az „egyéb drogok" kategóriát emiatt soroltuk a tiltott szerek közé. A dizájner drogok besorolása nem egyértelmű, tekintve, hogy egy részük tiltott listán van, másik részük legális. Jelen kutatásban ezeket a tiltott szerek között tüntettük fel.)

35 Az életprevalencia a kipróbálók arányát jelenti.

6.2. ábra

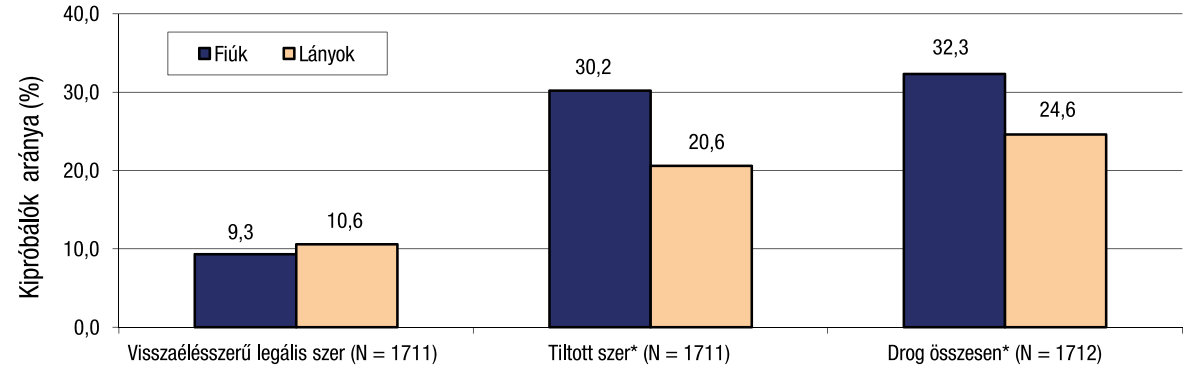
Illegális és visszaélésszerű legális szerfogyasztás életprevalencia-értéke a 9. évfolyamos tanulók körében nem szerint



A 11. évfolyamosok körében viszont épp e két szercsoport esetén figyelhető meg szignifikáns nemi különbség: a fiúk közül majdnem minden harmadik, míg a lányok körében minden ötödik próbált már ki tiltott szert. Minden harmadik fiú és minden negyedik lány próbált ki tiltott szert és/vagy visszaélésszerűen fogyasztott legális szert (***6.3. ábra***).

6.3. ábra

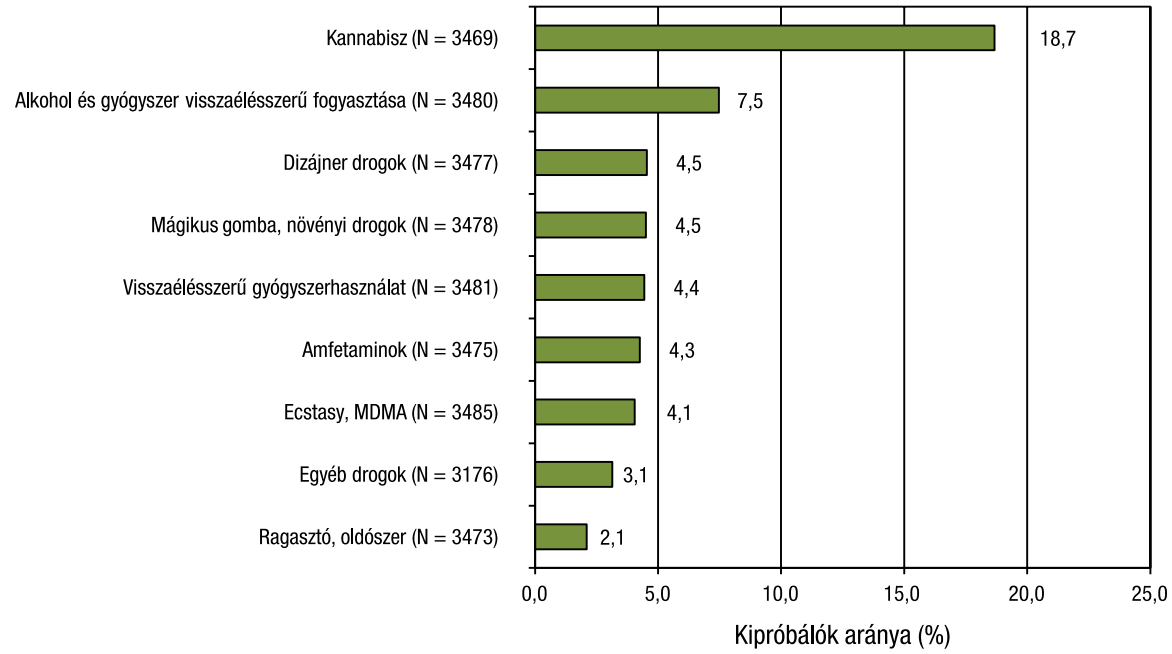
Illegális és visszaélésszerű legális szerfogyasztás életprevalencia-értéke a 11. évfolyamos tanulók körében nem szerint



A legnépszerűbb szer a kannabisz: a diákok közel ötöde próbálta már ki a hasist, marihuánát (***6.4. ábra***), 6,9%-uk a kérdezést megelőző 30 napban is fogyasztott kannabiszt. Második helyen a gyógyszer és alkohol visszaélésszerű használata szerepel 10% alatti értékkel, továbbá 4-5% közötti életprevalencia-értékek figyelhetőek meg a dizájner drogok, a mágikus gomba, növényi drogok esetében. Ezeket a visszaélésszerű gyógyszerhasználat, az amfetaminok és az ecstasy és az MDMA követi (***6.4. ábra***).

6.4. ábra

Az egyes szereket kipróbáló tanulók aránya a 9–11. évfolyamos tanulók körében

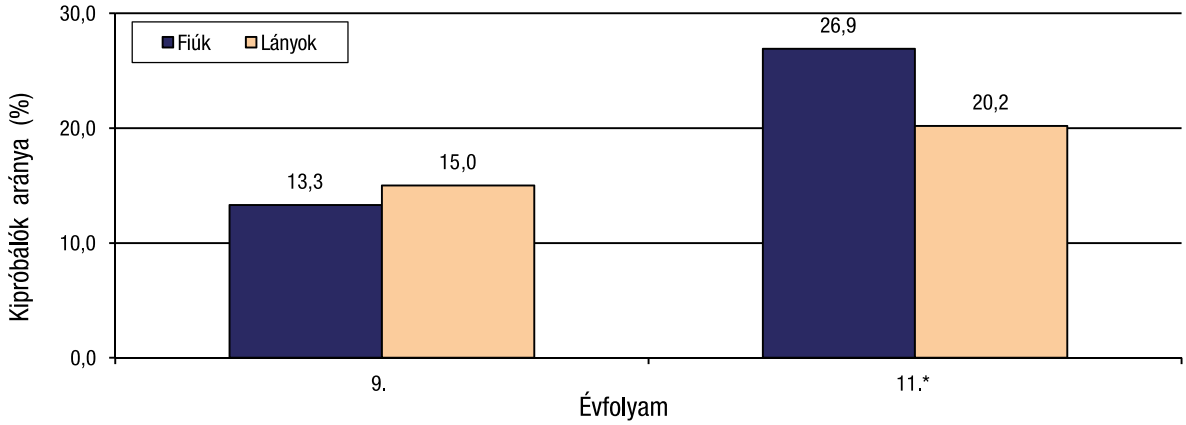


A 11. évfolyamosok körében szignifikánsan magasabb arányban vannak, akik valaha életükben, és/vagy a kérdezést megelőző 30 napban fogyasztottak kannabiszt, mint a kilencedikesek között.

A tizenegyedikes fiúkra szignifikánsan nagyobb arányban jellemző, hogy a múlt hónapban vagy egész életükben fogyasztottak kannabiszt, mint a lányokra; a 9. évfolyamon sem a havi, sem az életprevalencia (***6.5. ábra***) tekintetében nem figyeltünk meg nemi különbséget.

6.5. ábra

A tanulók kannabisz-fogyasztásának életprevalencia-értéke nem és évfolyam szerint (N = 3467)



A tiltott szer és/vagy visszaélésszerűen fogyasztott legális szerek kipróbálása az egyes képzéstípusok szerint különbözik, azonban a lakóhely településtípusa szerint nem. A szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók körében magasabb a kipróbálók aránya (29,0%) az érettségit nyújtó iskolákban tanulókhoz képest (21,9%).

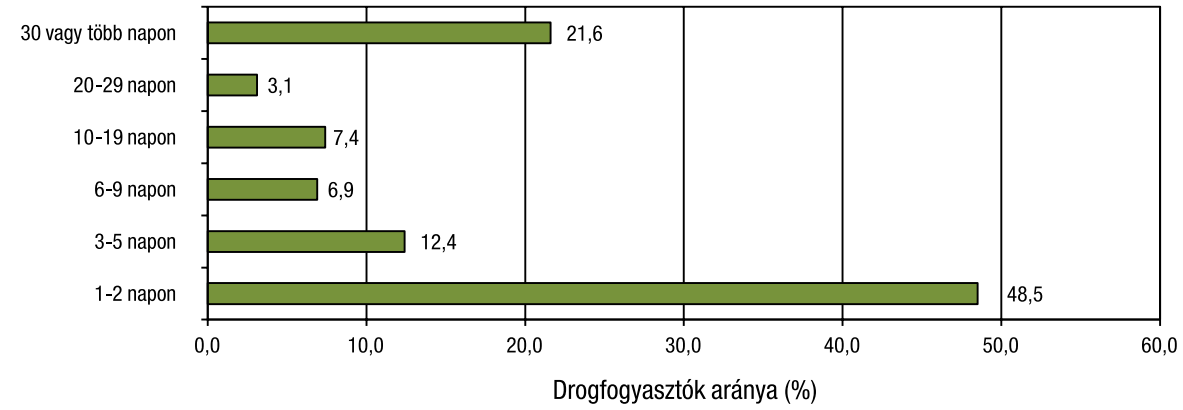
A drogfogyasztás gyakorisága

A diákok legnagyobb arányban egy vagy két napon fogyasztottak drogot életükben (11,2%), míg a második leggyakoribb fogyasztói kategória a 30 vagy több napon használóké (5,0%).

A drogokat már kipróbáló diákok közel fele 1-2 napon használt tiltott szert és/vagy visszaélésszerű legális szert, több mint ötödük pedig 30 vagy több napon is használta már e szerek legalább egyikét (***6.6. ábra***). A drogokat már kipróbáló diákok több mint fele (51,4%) három, vagy annál több napon is használt drogot. Tehát igen magas azoknak az aránya, akik nem csak egy-két alkalommal kísérleteztek, hanem ismételten is fogyasztották a szereket.

6.6. ábra

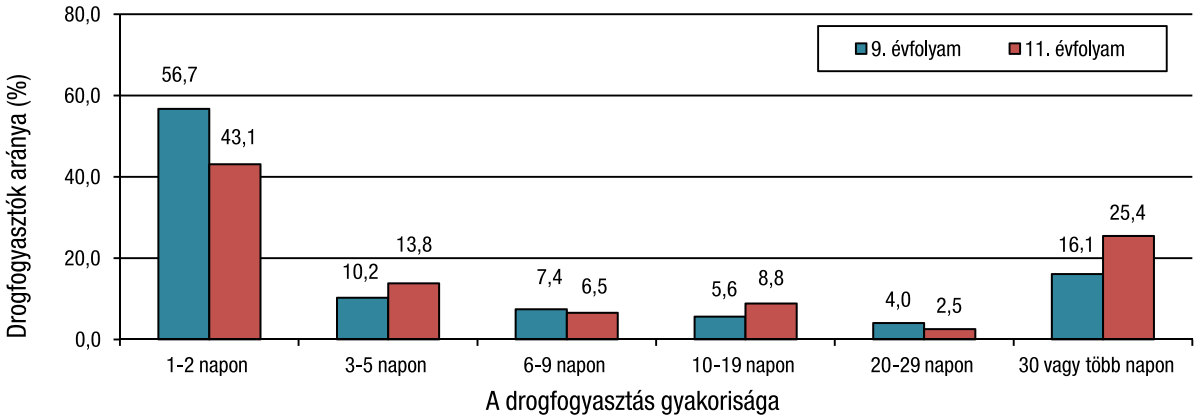
A drogfogyasztás gyakorisága a drogokat már kipróbált 9–11. évfolyamos tanulók körében (N = 804)



A drogfogyasztás gyakorisága a nemmel és az évfolyammal is szignifikánsan összefügg. A 9. évfolyamos diákokhoz képest a 11. évfolyamon tanulók körében szignifikánsan magasabb azok aránya, akik 30 vagy több napon, s alacsonyabb azok aránya, akik egy vagy két napon használtak drogot (***6.7. ábra***).

6.7. ábra

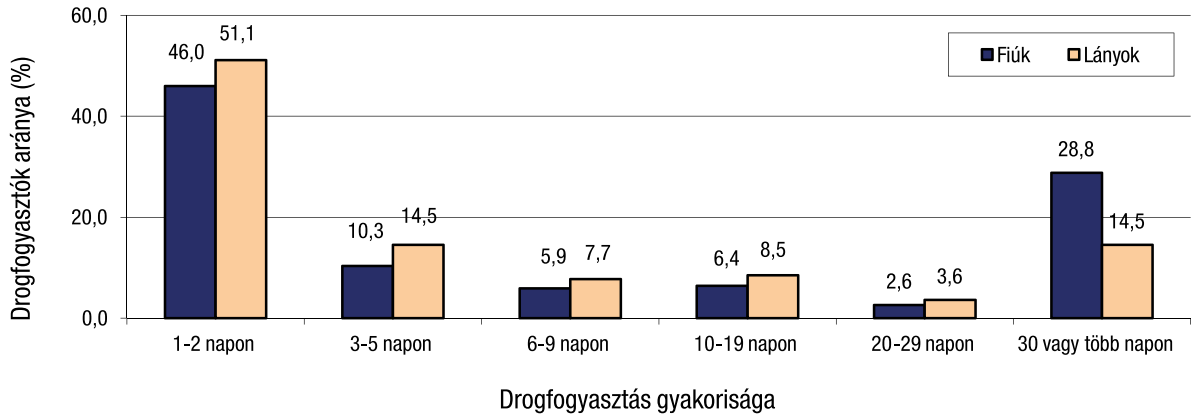
A drogfogyasztás gyakorisága a drogokat már kipróbált tanulók körében évfolyam szerint (N = 803)



A fiúk mintegy kétszer nagyobb arányban (a drogot valaha kipróbált fiúk több mint negyede) 30 vagy több napon fogyasztottak drogot a lányokhoz viszonyítva (***6.8. ábra***).

6.8. ábra

A drogfogyasztás gyakorisága a drogokat már kipróbált 9–11. évfolyamos tanulók körében nem szerint[36] (N = 802)



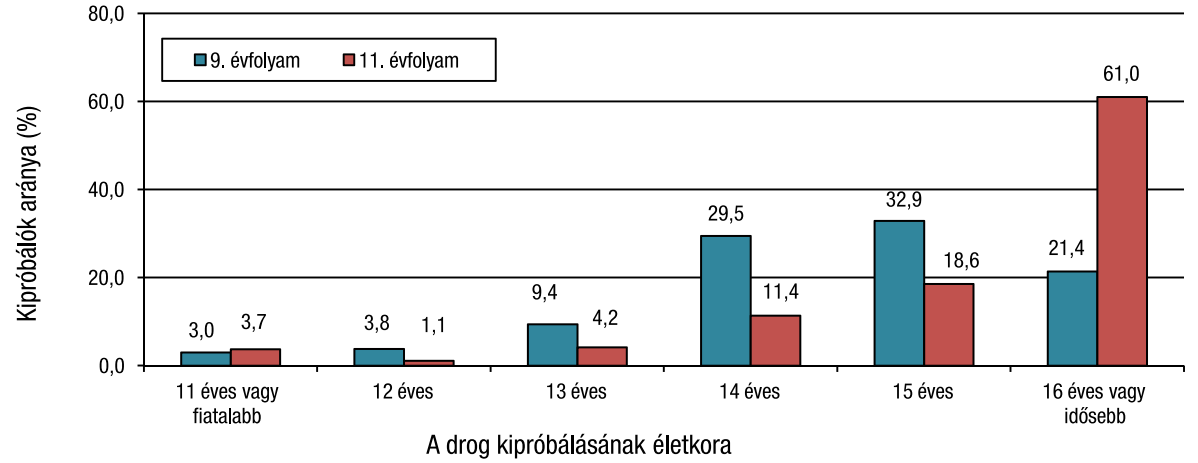
A drogfogyasztás gyakorisága a drogokat már kipróbált tanulók körében nem mutat szignifikáns összefüggést a képzéstípussal, illetve a lakóhely településtípusával.

A kipróbálás életkora

A 9. évfolyamosok legnagyobb arányban – a drogokat már kipróbálók közel harmada – 15 éves korban fogyasztott először drogot (***6.9. ábra***). Ugyanakkor a drogokat már kipróbált 11. évfolyamosok több mint 60%-a 16 éves vagy idősebb korban, mintegy 90%-uk 14 éves vagy idősebb korban próbálta ki a drogokat.

6.9. ábra

A drogok kipróbálásának életkora[37] a drogot már kipróbált tanulók körében évfolyam szerint[38] (N = 611)



[36] Az alacsony elemszámra való tekintettel évfolyamon belül nem vizsgáljuk nemi bontásban a drogfogyasztás gyakoriságát.

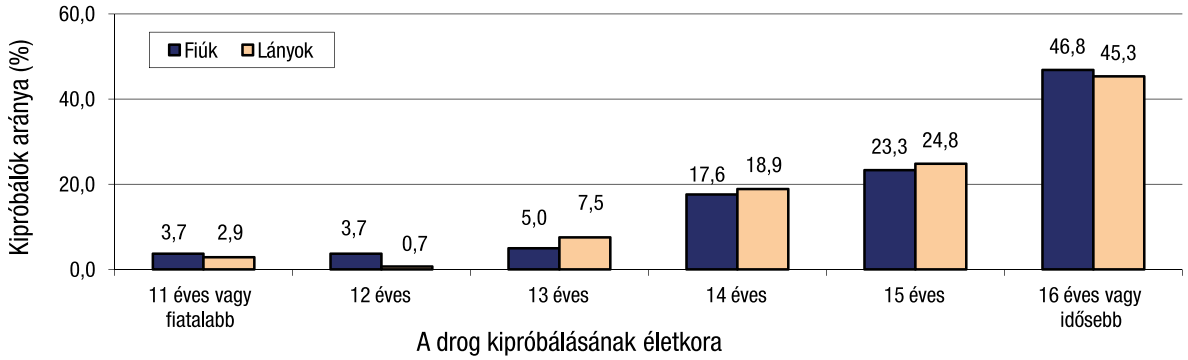
[37] Ahogy a fejezet elején ismertettük, a drog kipróbálásának életkorára két kérdésben kérdeztünk rá. Megkérdeztük, a tanuló hány éves volt, mikor először fogyasztott 1) kannabiszt, 2) összesítve egyéb drogokat (marihuánán, hasison, alkoholon és cigarettán kívül). A táblázatban a kannabisz és egyéb drog első használatának életkora összesítve szerepel. Abban az esetben, ha kannabiszt és egyéb drogot is fogyasztott, akkor a fiatalabb életkort vettük figyelembe.

[38] Az alacsony esetszámra való tekintettel évfolyamon belül nem vizsgáltuk nemi bontásban.

A drogok kipróbálásának életkorában nem volt szignifikáns nemi különbség (***6.10. ábra***).

6.10. ábra

A drogok kipróbálásának életkora a drogot már kipróbált 9–11. évfolyamos tanulók körében nem szerint (N = 608)



A kipróbálás életkora és a képzéstípus összefüggésében nem mutatható ki egyértelmű mintázat. Ezek közlésétől – az alacsony elemszám és az ebből adódó értelmezési nehézségek miatt – eltekintünk. A kipróbálás életkora a lakóhely településtípusával nem mutat szignifikáns kapcsolatot.

A serdülők percepciója barátaik kannabisz-fogyasztási szokásairól

A 9. és 11. évfolyamos tanulók többsége 42,8%-a úgy gondolja, hogy legalább egyik barátja fogyaszt kannabiszt. A tanulók több mint negyede azon az álláspontón van, hogy kevés, tizede pedig, hogy néhány barátja fogyaszt marihuánát vagy hasist. A diákok 6,1%-a szerint sok vagy mindegyik barátjuk fogyaszt kannabiszt.

A 11. évfolyamon szignifikánsan magasabb a 9. évfolyamosokhoz képest azoknak a tanulóknak az aránya, akik szerint van kannabiszfogyasztó barátjuk.

Nemi különbséget csupán a 11. évfolyamon tapasztaltunk a barátok kannabisz fogyasztásának percepciójában: szignifikánsan nagyobb azoknak a fiúknak az aránya, akik szerint sok vagy mindegyik barátjuk fogyaszt kannabiszt.

A diákok percepciója a barátok kannabisz-fogyasztásáról a képzéstípussal és a lakóhely településtípusával is összefügg. A gimnáziumban, szakközépiskolában tanulókhoz viszonyítva a nem érettségiző fiatalok körében kisebb arányban vannak, akik úgy érzékelik, hogy egyik barátjuk sem fogyaszt kannabiszt, és magasabb azok aránya, akik szerint néhány, sok vagy mindegyik barát fogyaszt kannabiszt. A városban élők körében a legmagasabb, a budapesti diákok körében a legalacsonyabb azok aránya, akik szerint egyik barátjuk sem fogyaszt kannabiszt.

Minél több barátra igaz, hogy fogyaszt kannabiszt, annál nagyobb az esély arra, hogy a serdülő is kipróbálta a kannabiszt. Azok közül a diákok közül, akik szerint mindegyik barátjuk fogyaszt kannabiszt, 85,1% próbálta már a hasist, marihuánát. Ezzel szemben azok körében, akik azt állítják, hogy egy barátjuk sem fogyaszt kannabiszt, csak 4,7%-nak van ezzel kapcsolatos tapasztalata.

MEGBESZÉLÉS

Felmérésünk 9. évfolyamosokra vonatkozó eredményeit a 2011-es ESPAD kutatás eredményeivel (Elekes, 2012) összevetve[39] valamivel alacsonyabb értékeket tapasztaltunk mind a tiltott szerek, mind a tiltott és/vagy visszaélésszerűen fogyasztott legális szerek életprevalenciája esetében.

A korábbi adatfelvételhez (Németh, 2011) és az ESPAD kutatáshoz (Elekes, 2012) hasonlóan továbbra is legnépszerűbb szer a kannabisz.

A 9. és 11. évfolyamos diákok jellemzően egy-két napon fogyasztottak drogot, azonban a drogokat már kipróbáló diákok körülbelül fele több mint három napon, körülbelül ötödük 30 vagy több napon is fogyasztott drogot. Ez egyrészt jelzi, hogy magas azok aránya, akik nem csak kipróbálták, hanem ismételten is fogyasztották a szereket. Másrészt igen magas azok aránya, aki rendszeres szerhasználóknak bizonyulnak. A 30 vagy több napos droghasználat nagy kockázatot jelent a problémás szerhasználat kialakulása tekintetében, és negatív hatással lehet az egészségre (Solowij, Hall és Lee, 1992; Stephens, 2013; Stine és Kosten, 2013; ter Bogt, Engels, Hibbel és mtsai, 2002; Weaver és Schnoll, 1999).

A korábbi adatfelvételhez hasonlóan (Németh, 2011) az évfolyam és a képzés típusa összefüggést mutat a szerhasználattal: az idősebbek és szakiskolában, szakmunkásképzőben tanulók érintettebbek szerhasználat tekintetében. Néhány esetben jellegzetes nemi különbségeket tapasztalhatunk: jellemzően a lányok körében magasabb a visszaélésszerűen gyógyszert fogyasztók aránya, a fiúk körében pedig a tiltott szert fogyasztók aránya.

A többi rizikómagatartáshoz hasonlóan a droghasználat esetében is jelen van a kortársnyomás. A valamilyen szert már kipróbált diákoknak jóval nagyobb arányban vannak szerhasználó barátaik, mint az absztinenseknek, ami összhangban van más kutatások eredményeivel (Bahr, Hoffmann és Yang, 2005; Elekes, 2009; Elliott, Huizinga és Ageton, 1985; Kaplan, Martin és Robbins, 1984; Pikó, 2006). Adataink szerint a diákok több mint kétszer akkora arányban gondolják úgy, hogy legalább egy barátjuk fogyaszt kannabiszt, mint ahányan azt jelölték, hogy maguk kipróbálták már. Ez arra utalhat, hogy a kannabiszfogyasztás prevalencia-értéke alulbecsült és/vagy a diákok felülbecsülik a barátaik szerhasználatát. Korábbi kutatási eredmények alapján – melyek szerint a barátok szerhasználata növeli a kipróbálás esélyét (Bahr, Hoffmann és Yang, 2005; Elekes, 2009; Pikó, 2006) – feltételezhetjük, hogy e két érték közelebb áll egymáshoz, és kisebb eltérés van közöttük, mint amit az adatok sugallnak.

A 2010-es HBSC-eredményekhez képest (Németh, 2011) – a dohányzáshoz és alkoholfogyasztáshoz hasonlóan – határozott csökkenés figyelhető meg a drogfogyasztás prevalencia-értékeiben. A négy évvel korábbi adatokhoz viszonyítva az együttes (tiltott és visszaélésszerű legális) szerhasználat életprevalencia esetében mintegy 25%-os, az illegális szerekre vonatkozóan körülbelül 20%-os a csökkenés. A kilencedik évfolyamon a lányok körében azt tapasztaltuk, hogy az elmúlt négy évben nem történt változás a kannabisz kipróbálása tekintetében, a másik évfolyamon azonban csökkent a kipróbálók aránya. A fiúk esetében mindkét évfolyamon a kannabiszfogyasztás életprevalenciájának csökkenése figyelhető meg.

Kérdés, hogy milyen tényezők állhatnak a változás hátterében. A csökkenés magyarázható egyrészt azzal, hogy változtak a kérdések, ami befolyásolhatja a prevalencia-értékeket (Brener, Billy és Grady, 2003; Elekes, 2013). A kérdések változtatása azonban nem jelentős mértékű: a 2014-es adatfelvételben arra kérdeztünk rá, hogy hány napon fogyasztottak drogot, míg korábban azt kérdeztük, hogy hány alkalommal.[40] Ez a módosítás inkább a gyakoriságra, mint az életprevalencia

[39] Itt is fontos megemlíteni, hogy az eredmények összehasonlításával a kutatás módszere, az eltérő kérdések, az eltérő életkorú célpopuláció valamint az eltérő vizsgált szerek miatt óvatosan kell bánni.

[40] A rizikómagatartás nemzetközi munkacsoport amiatt változtatta meg a kérdést, mert arra a következtetésre jutott, hogy a dohányzás esetében a diákok nehezebben tudják értelmezni az alkalmat – nehezebben tudják megszámolni hány alkalommal dohányoztak – és könnyebben tudják megadni, hogy hány napon cigarettáztak már. Az alkohol és drog esetében ez a nehézség kevésbé mutatkozik meg, azonban az egységes kérdésfeltevés miatt a két másik szer esetében is változott a kérdés.

értékére lehet hatással. Holland kutatók egy validációs vizsgálat során (van Dorsselaer, Gommans, Monshouwer és mtsai, 2014) arra a megállapításra jutottak, hogy a kérdés megváltoztatása nincs jelentős hatással a prevalencia-értékekre.

A csökkenés inkább magyarázható azzal, hogy megkérdőjelezhető a dizájner drogokra vonatkozó adatok érvényessége. A drogpiac 2010 nyara óta jelentősebb mértékben átalakult, ugyanis ekkor robbant be Magyarországra az első, „Kati" nevű dizájner drog (mefedron). A lefoglalási adatok és a kezelés-ellátás adatai (Nemzeti Drog Fókuszpont [NDF], 2014) azt jelzik, hogy a klasszikus szerek visszaszorulóban, a dizájner drogok pedig térnyerésben vannak. Ebből arra következtethetünk, hogy a 2013/14-es HBSC-vizsgálatban a dizájner drogok prevalenciája alulbecsült, s így az összesített droghasználat prevalenciája is alacsonyabb lehet a ténylegesnél. Ennek magyarázata, hogy az epidemiológiai vizsgálatokban igen nehéz a dizájner drogok mérése, mert azok neve, fedőneve, összetétele rendkívül gyorsan változik (akár egy hónap alatt). Ezt a gyors ütemű változást a fogyasztók és árusítók tudják követni, de mire az addiktológiával, droghasználattal foglalkozó szakemberekhez eljut az információ, már újfajta szer van a piacon. A felgyorsult drogpiac kihívás elé állítja a kutatókat, ugyanis nehéz olyan dizájner drogok fogyasztására vonatkozó kérdést megfogalmazni, amely biztosítja az adatok érvényességét – a kérdőív összeállításakor forgalomban lévő dizájner drogok (szlengnevek) már kifutóban vannak, mikor az adatfelvétel lezajlik, illetve sokféle szlengnév létezik, amelyeket képtelenség mind feltüntetni a kérdőívben. Ezt jelen vizsgálatban úgy próbáltuk kiküszöbölni, hogy dizájner drog név alatt kérdeztünk rá a szerre, azaz nem adtunk meg „szlengneveket".[41] Nem tudjuk azonban, hogy értik-e a fiatalok, mit jelent a „dizájner drog" kifejezés. (Erre egy validációs vizsgálat keretében lehetne választ kapni, amire jelen esetben nem volt lehetőség.) A következő adatfelvétel egyik legnagyobb kihívása e probléma kiküszöbölése mind hazai, mind nemzetközi színtéren.

Adataink azt jelzik, hogy a drogprobléma jelen van a diákok körében. Olyan iskola- és családcentrikus beavatkozásokra van szükség, amelyek növelik a diákok drogokkal kapcsolatos ismereteit, erősítik döntéshozatali képességüket, fejlesztik önbecsülésüket és a kortársnyomásnak való ellenállás képességét növelik. Az ilyen fókuszú prevenciós tevékenységek csökkenthetik hatékonyan a drogok kipróbálásának esélyét (Porath-Waller, Beasley és Beirness, 2010). A komplex megközelítésű, például a családra, az iskolára és az egyéni jellemzőkre egyaránt fókuszáló programoknak is igen nagy szerepe lehet a droghasználat visszaszorításában (Bender, Tripodi, Sarteschi és mtsai, 2011). Ugyanígy a drogpolitika is hatással lehet a fiatalok szerhasználatára – bár egy Hollandiában, Egyesült Államokban és Kanadában készült kutatás eredménye szerint a kannabisz tiltása nem volt hatékony (Simons-Morton, Pickett, Boyce és mtsai, 2010). Nincs egyértelmű kutatási bizonyíték arról, hogy melyik drogpolitikai intézkedés bizonyul leghatékonyabb megoldásnak a szerhasználat csökkentésére.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Arnold, P. (2015). *Drogfogyasztás és felnőtté válás a fiatal felnőtt populáció körében Magyarországon.* (Doktori [PhD] értekezés, kézirat). Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Szociológia Doktori Iskola.

Bahr, S. J., Hoffmann, J. P., & Yang X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention*, *26*(6), 529–551.

Barnes, G. M. (1984). Adolescent alcohol abuse and other problem behaviours: their relationships and common parental influences. *Journal of Youth and Adolescence*, *13*(4), 329–348.

Bender, K., Tripodi, S. J., Sarteschi, C., & Vaughn, M. G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, *21*(2),153–164.

[41] A dizájner drogokkal kapcsolatosan nem szerepelt nemzetközi útmutató, ez hazai fejlesztésű kérdés.

Best, D., Gross, S., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., & Strang, J. (2005). Cannabis use in adolescents: The impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug and Alcohol Review*, *24*(6), 483–488.

Bjarnasson, T., Andesson, B., Choquet, M., Elekes, Zs., Morgan, M., & Rapinett, G. (2003). Alcohol, culture, family structure and adolescent alcohol use: multi-level modelling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in eleven European countries. *Journal of Studies on Alcohol*, *64*(2), 200–208.

Blum, R. H. (1972). *Horatio Alger's children: The role of the family in the origin and prevention of drug risk*. San Francisco: Jossey-Bass.

Brassai, L., & Pikó, B. (2005). A szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addictologia Hungarica*, *4*(1), 7–28.

Brener, N D., Billy, J. O. G., Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behaviour among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health, 33*(6), 436–457.

Brook, J., Balka, E., & Whiteman, M. (1999). The risks for late adolescence of early marijuana use. *American Journal of Public Health*, *89*, 1549–1554.

Conger, J. J. (1991). *Adolescence and youth. Psychological development in a changing world*. New York: HarperCollins.

Coomber, R., McElrath, K., Measham, F., & Moore, K. (2013). *Key concepts in drugs and society*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Csák, R., Forstner, M., Márványkövi, F., & Rácz, J. (2008). Kvalitatív panelvizsgálat a budapesti elektronikus zenei partiélet szereplői, valamint a drogpolitika megvalósítói körében. In Demetrovics Zs. & Rácz J. (Szerk.), *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcénában* (pp. 225–291). Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Demetrovics, Zs. (2007). *A droghasználat funkciói*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Demetrovics, Zs. (2009a). Hungary. In P. Hadfield (Ed.), *Nightlife and crime: Social order and governance in international perspective* (pp. 169–182). Oxford: Oxford University Press.

Demetrovics, Zs. (2009b). A droghasználat családi háttere. In Demetrovics Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai, III.* (pp. 130–143). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Demetrovics, Zs. (2010). A megszaladás jelenségének szerepe az addiktológiai zavarok értelmezésében. In Csányi V. & Miklósi Á. (Szerk.), *Fékevesztett evolúció. Megszaladási jelenségek az emberi evolúcióban* (pp. 135–160). Budapest: Typotex.

Demetrovics, Zs., Kun, B., Nádas, E., & Vadász, P. (2008). A magyarországi táncos-zenés rekreációs színtéren megjelenő droghasználat jellemzői. In Demetrovics Zs. & Rácz J. (Szerk.), *Partik, drogok, ártalomcsökkentés. Kvalitatív kutatások a partiszcénában* (pp. 25–223). Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Durkheim, É. (2003). *Az öngyilkosság*. Budapest: Osiris Kiadó.

Eldred, C. A., Brown, B. S., & Mahabir, C. (1974). Heroin addict clients' description of their families of origin. *Substance Use and Misuse*, *9*(2), 315–320.

Elekes, Zs. (1993). *Magyarországi droghelyzet a kutatások tükrében.* Budapest: Országos Addiktológiai Intézet.

Elekes, Zs. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága*. NDI szakmai forrás sorozat kutatások 12. Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Elekes, Zs. (2012). *ESPAD 2011. Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól*. OTKA kutatási beszámoló. Kézirat. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem.

Elekes, Zs. (2013). A kérdésmegfogalmazás hatása az eredményekre. MAT IX. Országos Kongresszusa. *Addictologia Hungarica*, *XII.*(Suppl.), 11.

Elekes, Zs., & Paksi, B. (2000a). *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon.* ISMertető 8. Budapest: Ifjúsági és Sportminisztérium.

Elekes, Zs., & Paksi, B. (2000b). A család hatása a fiatalok alkohol- és drogfogyasztására, valamint egyéb viselkedészavaraira. In Spéder Zs. & Tóth P. P. (Szerk.), *Emberi viszonyok – Cseh-Szombathy László tiszteletére* (pp. 161–180). Budapest: ARTT-Századvég.

Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Engels, R. C. M. E., & ter Bogt, T. (2001). Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *30*(6), 675–695.

Harbin, H. T., & Maziar, H. M. (1975). The families of drug abusers: A literature review. *Family Process*, *14*(3), 411–431.

Järvinen, M., & Room, R. (eds.) (2007). *Youth Drinking*. Gower House, Hampshire: Ashgate Publishing, Ltd.

Kandel, D. B., & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *The International Journal of the Addictions*, *22*(4), 319–342.

Kandel, D., Johnson, J., Bird, H., & Canino, G. (1997). Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: Findings from the Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*(2), 121–132.

Kaplan, H. B., Martin, S. S., & Robbins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: Self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behaviour*, *25*(3), 270–289.

Kokkevi, A., Nic Gabhainn, S., Spyropoulou, M., & the Risk Behaviour Focus Group of the HBSC (2006). Early initiation of cannabis use: A cross-national European perspective. *Journal of Adolescent Health*, *39*(5), 712–719.

Kuntsche, E. (2004). Progression of a general substance use pattern among adolescent in Switzerland: Investigating the relationship between alcohol, tobacco, and cannabis use over a 12-year period. *European Addiction Research*, *10*(3), 118–125.

Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M., Hickman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H., & Davey Smith, G. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, *363*(9421), 1579–1588.

Madianos, M. G., Dadianou, D., & Stefanis, C. (1995). Familial correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology*, *28*(2), 85–94.

Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., de Graaf, R., & Vollebergh, W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children: findings from a Dutch survey. *British Journal of Psychiatry*, *188*(2), 148–153.

Nation, M., & Heflinger C. A. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: The role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, *32*(3), 415–433.

Nemzeti Drog Fókuszpont (2014). *A kábítószer-helyzet Magyarországon 2004–2014*. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

Németh, Á. (2011): Illegális szerek és egyéb drogok fogyasztása. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 47–55). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The Normalization of 'sensible' recreational drug use: Further evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*, *36*(4), 941–964.

Péley, B. (2002). *Rítus és történet. Beavatás és a kábítószeres létezésmód*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.

Pikó, B. (2005). Ifjúság és modernitás. In Pikó B. (Szerk.), *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban* (pp. 11–20). Szakmai Forrás Sorozat, Elméletek-Modellek 3. Budapest:

L'Harmattan Kiadó .
Pikó, B. (2006). A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In Bíró J. (Szerk.), *Biopolitika – drogprevenció* (pp. 81–103). Budapest: L'Harmattan Kiadó.
Porath-Waller, A. J., Beasley, E., & Beirness, D. J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education and Behavior*, *37*(5), 709–723.
Salasuo, M., & Seppälä, P. (2004). Drug use within the Finnish club culture as marks of distinction. *Contemporary Drug Problems*, *31(2)*, 213–229.
Sebestyén, E. (2003): Illegális szerek használata. In Aszmann A. (Szerk.), *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* (pp. 61–76). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
Schweitzer, R. D., & Lawton, P. A. (1989). Drug abusers' perceptions of their parents. *British Journal of Addiction 84*(3), 309–314.
Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal enquiry, *American Psychologist*, *45*(5), 612–630.
Simons-Morton, B. G., Pickett, W., Boyce, W., ter Bogt, T. F. M., & Vollebergh W. (2010). Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *The International Journal on Drug Policy*, *21*(1), 64–69.
Solowij, N., Hall, W., & Lee, N. (1992). Recreational MDMA use in Sydney: a profile of 'Ecstasy' users and their experiences with the drug. *British Journal of Addiction*, *87*(8), 1161–1172.
Stephens, R. S. (2013). Cannabis and hallucinogens. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (pp. 215–239). New York: Oxford University Press.
Stine, S. M., & Kosten, T. R. (2013). Opioids. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A Comprehensive Guidebook* (pp. 240–267). New York: Oxford University Press.
Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviours*, *37*(7), 747–775.
Svensson, R. (2000). Risk factors for different dimensions of adolescent drug use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 9*(3), 67–90.
ter Bogt, T., Engels, R., Hibbel, B., Van Wel, F., & Verhagen, S. (2002). Dancestasy: Dance and MDMA use in the Netherlands. *Contemporary Drug Problems*, *29*(1), 157–181.
van Dorsselaer, S., Gommans, R., Monshouwer, K., & Vollebergh, W. (2014). Additional research because of the changes in wording of items related to substance use between 2009 and 2013. Manuscript. Utrecht: The Trimbos Institute.
Vingender, I. (2006). Adalékok a droghasználat társadalmi mintázatához. *Addictologia Hungarica, 2006/3*. 161–190.
Windle, M. (2000). Parental, sibling, and peer influences on adolescent substance use and alcohol problems. *Applied Development Science*, *4*(2), 98–110.
Weaver, M. F., & Schnoll, S. H. (1999). Stimulants: Amphetamines and Cocaine. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A Comprehensive Guidebook* (pp. 105-120). New York: Oxford University Press.
World Health Organization (1964). *Expert Committee on Addiction-producing Drugs. Thirteenth Report of the WHO Expert Committee.* Geneva: World Health Organization.
Wurmser, L., (1995). The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use. Nortshvale: Jason Aronson Inc.

7. SÉRÜLÉSEK, BALESETEK

Várnai Dóra, Arnold Petra

BEVEZETÉS

A gyermekbalesetek egész Európában és Magyarországon is az egyik legjelentősebb népegészségügyi problémát jelentik (World Health Organization [WHO], 2006). Több gyermek hal meg balesetek és bántalmazás (úgynevezett külső halálokok) következtében, mint együttvéve az összes betegség miatt (Peden, Oyegbite, Ozanne-Smith és mtsai, 2008). Becslések szerint világszerte a 15 év alattiak esetében a halálozás 36%-áért, illetve a 19 év alattiak esetében 23%-áért a sérülések felelősek (Valent, Little, Bertollini és mtsai, 2004).

A baleset a test szervi sérülése, amit olyan heveny külső energiahatás okoz (mechanikai, hő, elektromos, kémiai, sugárzás), amely meghaladja az élettani tűréshatár szintjét (Baker és mtsai, 1992). Véletlen baleseteken az olyan baleseteket értjük, ahol szándékosság az elszenvedő vagy más személy részéről nem feltételezhető. A véletlen és szándékos balesetek határa főként a gyermekek esetében gyakran nem éles, hiszen az elhanyagolás véletlen balesetekhez vezet, illetve a sérülés hátterében a gyermekbántalmazás ténye rejtve maradhat. Fontos tehát hangsúlyoznunk, hogy ebben a fejezetben a véletlen balesetekről lesz szó. Előfordul azonban, hogy a szándékosság megítélése egy gyermeket ért sérülés esetén nem egyértelmű. Ezért a sérülések esetében a véletlen és szándékos (erőszak miatti) események összeérhetnek (Peden, Oyegbite, Ozanne-Smith és mtsai, 2008).

Véletlen balesetek következtében az utóbbi években Magyarországon évente 120-150 (0–19 éves korú) gyermeket és fiatalt veszítettünk el (Páll, 2010). A 2013-as esztendőben 132 fiatal halt meg (Valek, 2014). A 2009-es évben a közlekedési balesetek halálozása a közlekedésbiztonsági intézkedések következményeként jelentős mértékben csökkent. Örvendetes tény, hogy 2006 és 2013 között a közlekedési balesetekből adódó halálozás és sérülés mind a 0–17, mind a 18–24 éves korosztályban (és a teljes népességben is) csökkent (Páldy és Málnásy, 2014). A nem-közlekedési balesetek közül a 18 év alatti korosztályban sorrendben a fulladás, stranguláció/félrenyelés, mérgezés, esés és égés a leggyakoribb balesettípusok. A mérgezéses esetek száma a 2008–2013 közötti időszakban emelkedett (Valek, 2014).

Az életet nem veszélyeztető baleseteknek is lehetnek hosszú vagy rövid távú következményeik a sérült személyre. A balesetek gyakran hosszantartó egészségügyi ellátást, rehabilitációt tesznek szükségessé, és maradandó egészségkárosodást, életminőség-romlást és munkaképesség-csökkenést okoznak. A következmények nemcsak az egyén, hanem az egész család jövőjét befolyásolják, és a társadalom számára is komoly terhet jelentenek (Sethi, Towner, Vincenten és mtsai, 2008). Véletlen balesetek következményei miatt évente mintegy 25 000 kórházi felvételre kerül sor a 0–19 éves korcsoportban (Páll, 2010).

A sérülések nem azonos mértékben veszélyeztetnek minden gyermeket és fiatalt. A balesetek szempontjából kockázatot jelent a 0–4 éves kor közötti életkor és a serdülőkor, a fokozott kockázatvállaló magatartás (Pickett, Molcho, Simpson és mtsai, 2005; Pickett, Schmid, Boyce és mtsai, 2002), a mozgásszervi, szellemi és érzékszervi fogyatékosság, illetve az alacsony társadalmi-gazdasági helyzet (Black, Morris, Smith és mtsai, 1982; Cubbin, LeClere és Smith, 2000). A fiúkat minden életkorban több baleset éri.

A sérülések nemcsak akut egészségügyi problémákat okoznak. A kamaszkorban átélt baleset a többszörös rizikóvállaló életstílus, a kísérletező viselkedés egyik előrejelzőjének is tekinthető (Jessor & Jessor, 1980; Michaud, Blum & Ferron, 1998).

Mindemellett a balesetek nagy része megelőzhető (Peden, McGee és Sharma, 2002): becslések szerint három halálos balesetből kettő, valamint a legtöbb nem halálos baleset is kivédhető lenne (Valent, Little, Bertollini és mtsai, 2004; WHO, 2006). Magyarországot a jelenleg legbiztonságosabb

Hollandiához hasonlítva az évi 200-250 gyermekkori (0–19 éves) haláleset közül több mint 40% lenne megmenthető, ha hazánkat a Hollandiában elért gyermekbiztonsági szint jellemezné (MacKay & Vincenten, 2009; Páll, 2010). A balesetek többsége megfelelő intézkedésekkel megelőzhető. A balesetek megelőzésére bizonyítottan hatásos eljárások állnak rendelkezésre (pl. jogi szabályozás, oktatás, közösségfejlesztés, biztonságos környezet kialakítása, termékbiztonság).

A magas halálozási arány, a súlyos sérüléses balesetek hosszú távú következményei a nemzetközi szervezetek figyelmét is a balesetek megelőzésére irányították. Hazánk 2007-ben, nemzetközi együttműködés keretében kidolgozta a Nemzeti Gyermek- és Ifjúságbiztonsági Akciótervet, mely egy helyzetelemzésére épülő nemzeti cselekvési stratégia a gyermek- és ifjúkori balesetek megelőzésére. A dokumentum a 0–24 éves korosztály véletlen baleseteinek megelőzését szolgálja. Az akcióterv legfontosabb célja, hogy ebben a korcsoportban a véletlen balesetek miatt bekövetkező halálozás 10 év alatt 30%-kal csökkenjen. Az akcióterv a közlekedésbiztonságra, az otthonok és a gyermekintézmények biztonságára, a biztonságos játékra, szabadidőtöltésre és sportolásra, valamint a baleset-megelőzés hazai tevékenységeinek összehangolására, követésére és elemzésére összpontosít.

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A sérülésekre vonatkozóan az alábbi kérdéseket tettük fel:[42]

- *Az elmúlt 12 hónapban hányszor sérültél meg annyira, hogy orvosnak vagy ápolónőnek kellett ellátnia?* (Lehetséges válaszok: Nem sérültem meg az elmúlt 12 hónapban / 1-szer / 2-szer / 3-szor / 4-szer vagy többször sérültem meg).
- *Ezt a legsúlyosabb sérülésedet az orvosnak vagy nővérnek kötözéssel, összevarrással, műtéttel kellett ellátnia, és/vagy úgy, hogy a kórházban kellett maradnod legalább egy éjszakára?* (Lehetséges válaszok: Nem sérültem meg az elmúlt 12 hónapban / Igen / Nem)
- *Hol voltál, amikor ez a legsúlyosabb sérülésed történt?* (Lehetséges válaszok: Nem sérültem meg az elmúlt 12 hónapban / Otthonomban, vagy másvalaki otthonában, pl. házban, lakásban, kertben / Az iskolában vagy az iskolaudvaron, tanításai idő alatt / Az iskolában vagy az iskolaudvaron, tanításai idő után / Nem iskolai sportlétesítményben vagy sportpályán / A utcán, úton, parkolóban, járdán / Máshol)
- *Mit csináltál, amikor ez a legsúlyosabb sérülésed történt* (Lehetséges válaszok: Nem sérültem meg az elmúlt 12 hónapban / Bicikliztem / Sportoltam, edzettem vagy más mozgással járó szabadidős tevékenységet végeztem / Sétáltam vagy futottam (nem sportolási, edzési céllal / Autót, motort vezetettem vagy autóban, motoron utaztam / Verekedtem / Fizetett vagy fizetés nélküli munkát végeztem / Mást csináltam.)

EREDMÉNYEK

Balesetek előfordulása

A tanulók 59,4%-a egyszer sem sérült meg.[43] Közel negyedrészük (24,1%) legalább egyszer, 9,7% kétszer, 3,6 % háromszor és 3,1% négyszer vagy annál többször sérült meg úgy, hogy orvosnak vagy ápolónőnek kellett ellátnia. Tehát az 5–11. osztályos iskolások 40,6%-a legalább egyszer megsérült

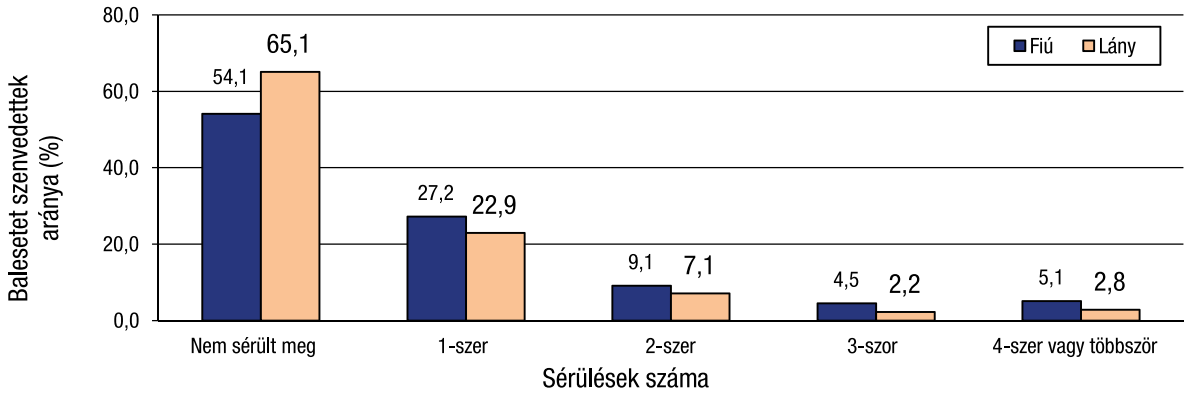
[42] A kérdések előtt a következő definíciót adtuk meg a diákoknak a balesetre vonatkozóan: „Sok fiatal sérül meg, vagy éri őt baleset, sportolás vagy verekedés közben különféle helyeken: például az utcán vagy otthon. A sérülések közé tartozik a mérgezés, az égés is. Nem tartoznak a sérülésekhez a betegségek, pl. a kanyaró vagy az influenza." Később pedig megkértük őket, hogy csak a legsúlyosabb sérülésükre gondoljanak (arra, ami a leghosszabb idő alatt gyógyul meg).

[43] A sérülésekre vonatkozó kérdések mindegyikében nagyon magas (17% feletti) volt a nem válaszolók aránya, ami arra utalhat, hogy a tanulók jelentős része nem tudta értelmezni a kérdést.

az elmúlt 12 hónapban.Minden évfolyamon szignifikánsan több fiú, mint lány van, aki legalább egyszer sérülést szenvedett az elmúlt 12 hónapban (***7.1. ábra***).

7.1. ábra

Az elmúlt 12 hónapban balesetet szenvedett 5–11. évfolyamos tanulók aránya nem szerint (N = 5123)



A sérülések a 9. és 11. osztály között csökkenő tendenciát mutatnak. Az 5. osztályban a tanulók 40,3%-a, a 7. osztályban 42,2%-uk, a 9. osztályban 42,7%-uk sérült meg, de a 11. évfolyamon ez az arány már csak 37,5%. Az évfolyamok közti különbségek szignifikánsak.

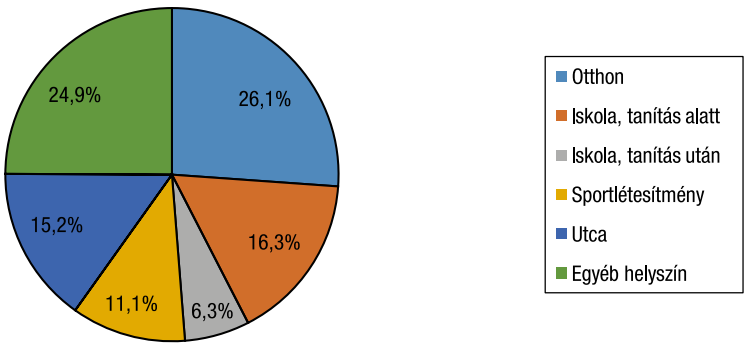
A balesetet szenvedő fiatalok 38,0%-a nyilatkozott úgy, hogy a legsúlyosabb sérülését orvosnak vagy nővérnek kötözéssel, varrással, műtéttel kellett ellátnia.

Balesetek körülményei

A tanulók legnagyobb arányban (több mint negyedük) otthon szenvedett balesetet (***7.2. ábra***) Közel ennyien egyéb helyszínen sérültek meg. Arányosan a legkevesebb sérülés az iskolában, tanítás után történt (***7.2. ábra***).

7.2. ábra

Balesetet szenvedettek aránya az 5–11. évfolyamos tanulók körében baleseti helyszínek szerint (N = 2189)

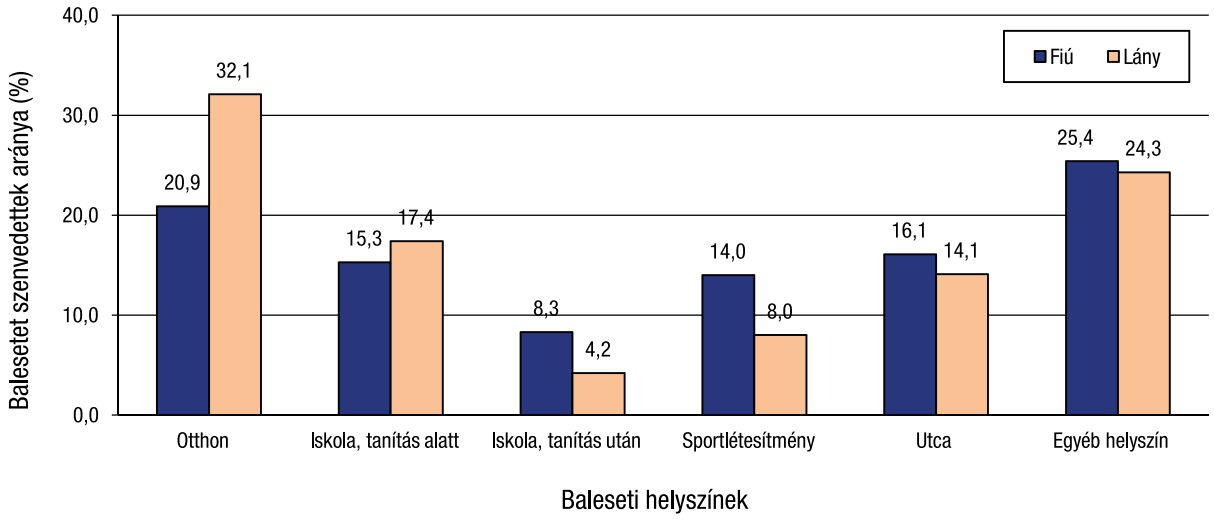


A balesetek előfordulásának helyszíne jellegzetes különbségeket mutat nem tekintetében (***7.3. ábra***). A fiúk és lányok között legnagyobb különbség az otthon, a sportlétesítményben, valamint az iskola, tanítás után történő baleseteknél figyelhető meg. Míg a lányok nagyobb arányban szenvednek otthoni balesetet, mint a fiúk – a balesetet szenvedett lányok harmada, a fiúk ötöde otthon sérült meg –, addig a sportlétesítményben és iskola, tanítás után épp fordított tendencia

figyelhető meg. A fiúk szignifikánsan nagyobb arányban sérülnek meg ezeken a helyszíneken, mint a lányok. A többi helyszínen az előbbiekhez képest kisebb nemi eltéréseket tapasztaltunk. Az iskolában, tanítási idő alatt bekövetkező balesetek is valamivel jellemzőbbek a lányok esetében, ugyanakkor a fiúk valamivel nagyobb arányban sérülnek meg utcán, úttesten.

7.3. ábra

Balesetet szenvedett 5–11. évfolyamos tanulók aránya nem és baleseti helyszínek szerint (N = 2189)

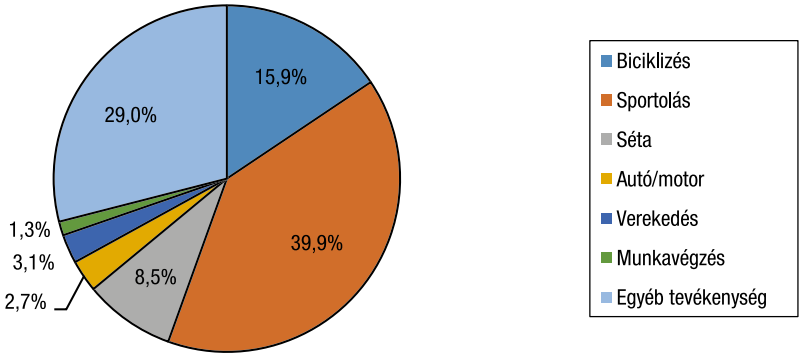


A baleseti helyszínek évfolyam szerinti elemzéséből az derül ki, hogy az általános iskolás tanulók otthon vagy az iskolában sérülnek meg nagyobb arányban, a középiskolásoknál valószínűbb, hogy egyéb helyszíneken, utcán sérülnek meg.

A tevékenységtípusok és a balesetek kapcsolatáról elmondható, hogy összességében sportolás közben történt a legtöbb sérülés, de a tanulók több mint negyede egyéb tevékenység, közel hatoda pedig biciklizés közben sérült meg. A balesetek viszonylag kis része történt verekedés közben (***7.4. ábra***).

7.4. ábra

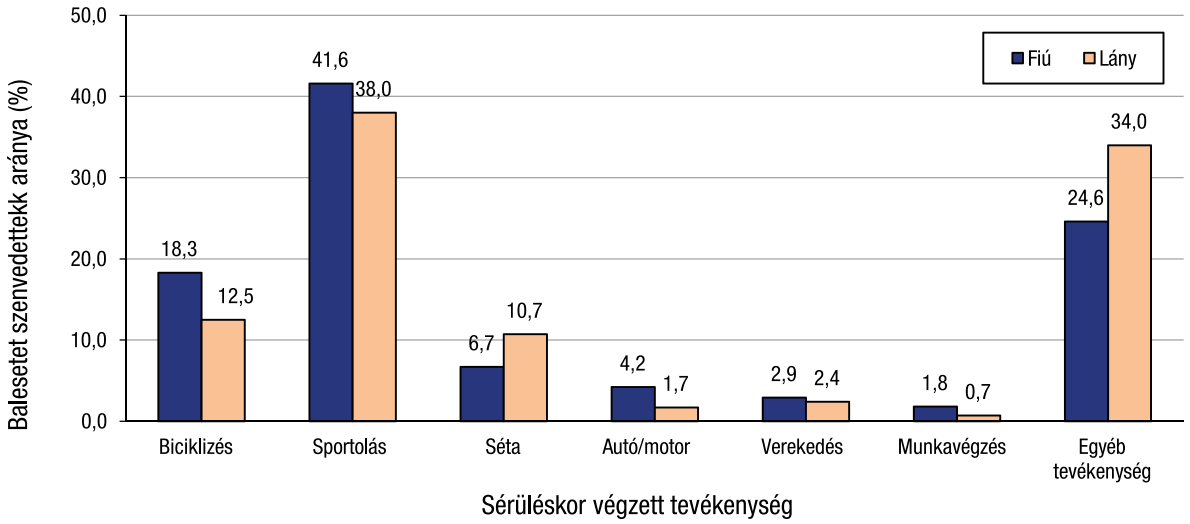
Balesetet szenvedett 5–11. évfolyamos tanulók aránya a sérüléskor végzett tevékenységek szerint (N = 2328)



A sportolás, biciklizés, autó/motor-vezetés közben szerzett sérülés a fiúk körében szignifikánsan nagyobb arányban fordul elő, mint a lányok körében, míg a séta, egyéb tevékenységek közben bekövetkező balesetek inkább a lányokra jellemzőbbek (***7.5. ábra***).

7.5. ábra

Balesetet szenvedett 5–11. évfolyamos tanulók aránya nem és a sérüléskor végzett tevékenységek szerint (N = 2328)



Bizonyos tevékenységek alatt bekövetkező balesetek szignifikáns összefüggést mutatnak az évfolyammal is. Az 5. és 7. osztályos tanulók az idősebb évfolyamokhoz képest nagyobb arányban sérülnek meg biciklizés, sétálás közben. A 9. és 11. osztályosoknál pedig – a fiatalabbakhoz viszonyítva – a sportolás közben szerzett sérülés jellemzőbb.

MEGBESZÉLÉS

Az 5–11. osztályos tanulóknak több mint harmada legalább egyszer megsérült az adatfelvételt megelőző egy év során oly módon, hogy egészségügyi szakembernek kellett őt ellátnia. Ez az adat a korábbi 2010-es megfigyeléshez képest növekedést jelzett a sérülések arányában: akkor az iskolások 32,3%-a nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt 12 hónapban legalább egyszer megsérült (Páll, 2011). A nemi különbségek a korábbi felmérésekhez hasonlóan alakultak, vagyis a fiúk minden korcsoportban szignifikánsan nagyobb arányban sérülnek meg, mint a lányok. Ez a nemi különbség nemzetközi szinten is megfigyelhető: a HBSC vizsgálat 2009/2010-es nemzetközi jelentése szerint a résztvevő országok felében a fiúk prevalenciája a sérülések tekintetében 10%-kal magasabb a lányokénál (Molcho, 2012). A fiúkra és a lányokra jellemző baleseti körülményekben is azok a különbségek jelentek meg, amelyeket korábbi hazai és nemzetközi vizsgálatokban találtak. A lányok esetében valószínűbbek az otthoni balesetek, míg fiúk esetében a sportolás közben szerzett sérülések. Ezek az eltérések azt tükrözhetik, hogy a fiúknál nagyobb eséllyel jelennek meg a rizikómagatartások (Granié, 2009), és inkább jellemző rájuk a fizikai aktivitás (Molcho és mtsai, 2006), mint a lányokra. A baleseti helyszínek az életkor szerint is változhatnak. Az idősebb serdülők kevesebb időt töltenek otthon vagy az iskolákban, ezért gyakrabban sérülhetnek meg utcán vagy egyéb helyszíneken.

Annak ellenére, hogy a véletlen balesetekből adódó halálozás és súlyos sérülések is általános csökkenő tendenciát mutatnak, a gyermekeknél és serdülőknél a balesetek továbbra is vezető haláloknak számítanak az Európai Régióban, ezért a balesetek csökkentése rendkívül fontos népegészségügyi cél. A balesettípusokat a gyakoriság, a súlyosság, a halálos kimenet vagy az élethosszig tartó fogyatékosság mellett a jól azonosítható és hatékony megelőzési stratégiák is jellemzik. Hatékony prevenciós lehetőségek például a biztonsági gyermekülés használata az autókban, kerékpáros és motorkerékpáros sisak viselése, füstjelzők alkalmazása, védőfelszerelés használata sportolás

közben, a vezetői engedélyek fokozatos megszerzésének gyakorlata, az alkohol hatása alatti gépjárművezetés visszaszorítása (Molcho, 2012). Általánosabb értelemben tehát a sikeres stratégiák törvénymódosításokra, termékbiztonságra, biztonságos környezetre, biztonsági felszerelések használatának elősegítésére és oktatásra fókuszálnak.

Az eredmények értelmezésében fontos szempont, hogy a HBSC vizsgálat adataiból – az adatfelvétel sajátosságaiból adódóan – a nem halálos kimenetelű, egészségügyi ellátást igénylő balesetek előfordulására lehet következtetni.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Baker, S. P., O'Neill, B., Ginsburg, M. J., & Li, G. (Eds.). (1992). *The injury fact book* (2nd ed.). Lexington, MA: Lexington Books.

Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1982). *Inequalities in health. The Black Report.* Markham: Penguin Books, 26–34.

Cubbin, C., LeClere, F. B., & Smith, G. S. (2000). Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States. *American Journal of Public Health*, *90*(1), 70–77.

Granié, M. A. (2009). Sex differences, effects of sex-stereotype conformity, age and internalisation on risk taking among pedestrian adolescents. *Safety Science, 47*(9), 1277–1283.

Jessor, R., & Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. *NIDA Research Monographs, 30*, 102–109.

MacKay, M., & Vincenten, J. (2009) *Child safety report card 2009. Europe summary for 24 countries*. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe.

Michaud, P. A., Blum, R. W., & Ferron, C. (1998): "Bet you I will!" Risk or experimental behavior during adolescence? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 152*(3), 224–226.

Molcho, M. (2012). Medically attended injuries. In Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdahl, O., Smith, O.R.F. & Barnekow, V. (eds). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2009/2010 survey* (pp. 83–88). Copenhagen: World Health Organization.

Molcho, M. & the HBSC Violence and Injury Writing Group (2006). The epidemiology of non-fatal injuries among 11-,13-, and 15-year-old youth in 11 countries: Findings from the 1998 WHO HBSC cross-national survey. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 13*(4), 205–211.

Páldy, A., & Málnási, T. (2014). A közlekedési balesetek alakulása a gyermekek és fiatalok körében Magyarországon 2006–2013. *Előadás a Gyermekbiztonsági Tanács ülésén*, Budapest, 2014. november 19.

Páll, G. (2010). Gyermekbalesetek epidemiológiája és megelőzése. *Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle, 15*(2), 70–73.

Páll, G. (2011). Sérülések, balesetek. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 55–58). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Peden, M., McGee, K., & Sharma, G. (2002*). The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries.* Geneva: World Health Organization.

Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A .A., Branche, C., Fazlur Rahman, A. K. M., Rivara, F., & Bartolomeos, K. (Eds.). (2008). *World report on child injury prevention.* Copenhagen: World Health Organization.

Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., Harel, Y., & Boyce, W. (2005). Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention, 11*(4), 213–218.

Pickett, W., Schmid, H., Boyce, W. F., Simpson, K., Scheidt, P. C., Mazur, J., Molcho, M. King, M. A., Godeau, E., Overpeck, M., Aszmann, A., Szabó, M., & Harel, Y. (2002). Multiple risk behavior and injury: An international analysis of young people. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 156*(8), 786–793.

Sethi, D., Towner, E., Vincenten, J., Segui-Gomez, M., & Racioppi, F. (2008). *European report on child injury prevention: Burden of unintentional injuries* (pp. 7–12). Copenhagen: World Health Organization.

Valek, A. (2014). Külső ok miatt történő halálozás értékelése a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján. *Előadás a Gyermekbiztonsági Tanács ülésén*, Budapest, 2014. november 19.

Valent, F., Little, D., Bertollini, R., Nemer, L. E., Barbone, F., & Tamburlini, G. (2004). Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *The Lancet, 363*(9426), 2032–2039.

World Health Organization (2006). Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe*. Factsheet EURO/02/06.* Copenhagen: World Health Organization.

KORTÁRSKAPCSOLATOK

8. KORTÁRSBÁNTALMAZÁS ÉS VEREKEDÉS

Várnai Dóra, Zsiros Emese

BEVEZETÉS

A kortársbántalmazás (bullying) egy másik személy feletti agresszív hatalomgyakorlás (Pepler és Craig, 2000).[44] Fontos ismérve, hogy szándékos, ismétlődő jelenség, valamint az elkövető és az áldozat közötti egyenlőtlen erőviszony jellemzi. Az áldozat általában védtelen a bántalmazással szemben, ezért stresszt, negatív érzéseket élhet át (Olweus, 1991; Pepler és Craig, 1995). A kortársbántalmazásnak számos formája van: leggyakrabban fizikai, verbális, kapcsolati, illetve online típusról beszélhetünk. Egyes szakirodalmi források nem határolják el egyértelműen a hagyományos közegben (iskolában) és az online térben elkövetett bántalmazást. Ez utóbbit meghatározhatjuk úgy, mint az internet vagy más digitális technológiák használata mások zaklatására (Tabby Projekt, 2011). Az online bántalmazás (vagy cyberbullying) nem korlátozható az iskola területére vagy a tanítás idejére, de nagyrészt az iskolai közösség tagjai érintettek. A pedagógusok általában a fizikai bántalmazás eseteit, a tanulók pedig az online bántalmazás különböző formáit (kompromittáló képek megosztása, rosszindulatú támadások a közösségi felületeken stb.) sorolják a legsúlyosabb bántalmazási formák közé (Simon, Zerinváry és Velkey, 2015). Az ismételt bántalmazás során a hatalmi viszonyok rögzülnek: a bántalmazó hatalma nő, az áldozaté pedig csökken.

A kortárs bántalmazás áldozatai általában visszahúzódóak, esetükben előfordulhat depresszió, szorongás (ami szélsőséges esetben öngyilkossággal is végződhet) (Craig, 1998; Olweus, 1991), illetve iskolai problémák, például a társak elutasítása, az alacsony iskolai teljesítmény és a hiányzás (Olweus, 1991). A bántalmazott gyermekek nehezebben barátkoznak, az áldozattá válás összefügg a magányossággal (Nansel, Overpeck, Pilla és mtsai, 2001), az iskola kedvezőtlen megítélésével (Glew, Fan, Katon és mtsai, 2008), pszichoszomatikus tünetekkel (Due, Holstein, Lynch és mtsai, 2005), alacsonyabb önértékeléssel, kedvezőtlenebb testképpel (Várnai, Németh és Zakariás, 2009), valamint gyakoribb szerfogyasztással (Molcho, Harel és Lash, 2004). A bántalmazás – az előbb felsorolt közvetlen következmények mellett – a kamaszkor későbbi szakaszára és felnőttkorra is kihatással lehet (Bond, Carlin, Thomas és mtsai, 2001; Clapper, 1995). Az iskolai áldozattá válás szignifikánsan növeli a felnőttkori depresszió valószínűségét (Ttoffi, Farrington, Lösel és mtsai, 2011).

Nemcsak az áldozatok, de a bántalmazók körében is magasabb a kockázat olyan egészségkárosító magatartásokra, mint a dohányzás, a nagyivás (Nansel, Overpeck, Pilla és mtsai, 2001), a verekedés, illetve ennek következtében szerzett sérülés (Nansel, Overpeck, Haynie és mtsai, 2003). A másokat bántalmazó gyermekek szüleikkel való kapcsolatukat kevésbé bensőségesnek írják le, és nem kedvelik az iskolájukat sem (Harel, 1999). Hatalomgyakorlás és erőszak alkalmazása kortárs helyzetekben (úgynevezett játszótéri zaklatás) előrejelzője lehet a későbbi szexuális zaklatásnak, házastársi erőszaknak, gyermekek és idősek bántalmazásának (Glew, Fan, Katon és mtsai, 2008) és egyéb deviáns viselkedésformáknak is (Olweus, 2011). Az iskolai hangulatra, a tanulási teljesítményre, a pedagógusok önértékelésére és az iskola presztízsére ugyancsak kedvezőtlen hatást gyakorol a bántalmazás előfordulása (Buda, 2009).

Nemzetközi kutatásokból tudjuk (Gini, Albiero, Benelli és mtsai, 2008; Salmivalli, 1999), hogy az iskolában zajló kortársbántalmazásra a diákok többsége felfigyel, sőt jelenlévő szemtanúja is annak. Mivel az elkövetőt gyakran a csoportban betöltött magasabb státusz és domináns pozíció elérése motiválja, szüksége van közönségre, amely erősíti figyelmével. Bár a jelenségben a mindkét oldalról érintett elkövető-áldozat típus a leginkább veszélyeztetett, nemzetközi és hazai kutatások azt is igazolták, hogy a kortársbántalmazás az áldozat- vagy elkövető-szerepben lévő tanulók és a szemtanúk

[44] A kortársbántalmazás (vagy bullying) nemcsak iskolai környezetben fordulhat elő, de a HBSC vizsgálatban kortársbántalmazás alatt a tanulók (iskolatársak, osztálytársak) egymás közt előforduló bántását, zaklatását értjük.

egészségmutatóira is károsan hat (Nishina és Juvonen, 2005; Zsiros, Arnold, Huhn és mtsai, 2013). Mindemellett a diákok (akár áldozatok, akár szemtanúk) ritkán fordulnak segítségért (Coloroso, 2014), részben érzelmi okok miatt (szégyen, félelem), részben pedig azért nem, mert nem egyértelmű, hogy a jelzésüket érdemi reakció követi. Ez pedig további megerősítés a bántalmazó számára (Olweus, 1993). A kortársbántalmazásban betöltött szerepek kapcsán kiemeljük a jelenség csoportfolyamat jellegét és azt a tényt, hogy számos egyéni-, osztály- és iskolaszintű védőfaktor és prevenciós tevékenység azonosítható a kortárs bántalmazás megelőzésére.

A fiatalok közti erőszak egy másik megnyilvánulási formája a verekedés, mely a bántalmazással részben átfedő, de számos jellemzőjét tekintve elkülönülő jelenség (Várnai, Németh és Zakariás, 2009). A verekedés általában két egyformán erős fél közti fizikai agresszió, mely orvosi ellátást igénylő sérülésekkel is járhat (Molcho, Harel és Lash, 2004; Nansel, Overpeck, Haynie és mtsai, 2003; Walsh, Molcho, Harel-Fisch és mtsai, 2010). A verekedésben több alkalommal részt vevő fiataloknál gyakoribb lehet a szerhasználat (Kuntsche és Gmel, 2004; Molcho, Harel és Lash, 2004; Sousa, Correia, Ramos és mtsai, 2010). Előfordulhat, hogy a verekedésben érintett tanulók veszélyes tárgyakat (vágó- és szúróeszközök) birtokolnak (Pickett, Craig, Harel és mtsai, 2005; Walsh, Molcho, Harel-Fisch és mtsai, 2010). A verekedésben részt vevő gyermekek alacsonyabb élettel való elégedettségről, gyengébb családi és kortárskapcsolatokról számolnak be (Laufer és Harel, 2003), illetve iskolájukat is kevésbé kedvelik, mint a nem verekedők (Sosin, Koepsell, Rivara és mtsai, 1995).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

Két kérdésünk vonatkozott az iskolában zajló kortársbántalmazás[45] elmúlt néhány hónapban történő előfordulására és gyakoriságára.

- *Az elmúlt néhány hónapban milyen gyakran bántalmaztak így téged az iskolában*? (Lehetséges válaszok: Az elmúlt hónapokban egyszer sem bántalmaztak az iskolában / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is.)
- *Az elmúlt néhány hónapban te milyen gyakran vettél részt tanulótársaid bántalmazásában?* (Lehetséges válaszok: Az elmúlt hónapokban egyszer sem vettem részt mások bántalmazásában / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is.)

Az online zaklatás előfordulására és gyakoriságára két kérdést tettünk fel.
Milyen gyakran bántalmaztak téged az alábbi módokon?

- Valaki bántó, gúnyos üzenetet küldött nekem chatprogramon keresztül, e-mailben vagy SMS-ben; ilyen üzenetet tett ki a falamra egy közösségi oldalon; vagy egy olyan weboldalt hozott létre, ami engem gúnyol.
- *Valaki kellemetlen vagy kínos fényképeket készített rólam és az engedélyem nélkül feltette az internetre.* (Mindkét állítás esetében lehetséges válaszok: Nem bántalmaztak így az elmúlt néhány hónapban / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is.) A tanulók több válaszlehetőséget is jelölhettek egyszerre, mindkét bántalmazási formára vonatkozóan.

A bántalmazással kapcsolatos jelzés és segítségkérés vizsgálatára az alábbi kérdést tettük fel.

- *Szóltál-e valakinek erről (ezekről) az eset(ek)ről?* (Lehetséges válaszok: Osztálytársaimnak / Tanáraimnak / Iskolapszichológusnak, gyermekvédelmi felelősnek / Szüleimnek vagy más rokonaimnak / Nem szóltam senkinek / Nem történt velem ilyesmi.)

[45] A kortársbántalmazás fogalmát meghatároztuk a tanulók számára: *Akkor mondjuk, hogy egy tanulót bántalmaznak, ha egy másik tanuló vagy tanulók egy csoportja durva és kellemetlen dolgokat mond neki vagy tesz vele. Az is bántalmazás, ha ismétlődően bántóan gúnyolnak, ugratnak valakit vagy szándékosan kihagyják dolgokból. Nem számít bántalmazásnak, ha két kb. egyformán erős fiatal vitatkozik, vagy verekszik, vagy ha barátságosan, játékosan ugratják egymást.*

A *verekedés* előfordulását és gyakoriságát a következő módon mértük fel.

- *Az elmúlt 12 hónapban hányszor verekedtél?* (Lehetséges válaszok: Egyszer sem / Egyszer / Kétszer / Háromszor / Négyszer vagy többször.)

EREDMÉNYEK

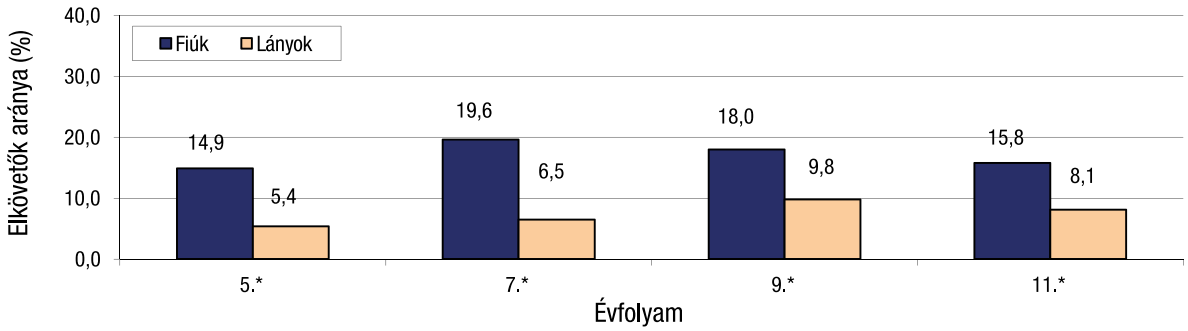
Kortársbántalmazás

A bullyingban való érintettség négy alaptípusára[46] vonatkozóan a megoszlás a következő: az elkövetők aránya 12,2%, áldozatszerepbe került a tanulók 14,2 %-a. Elkövető-áldozat minden tizedik diák, míg a tanulók nagyobb része, közel kétharmada közvetlenül nem érintett a bántalmazásban (ez vagy azt jelenti, hogy az adott közösségben nincs bántalmazás, illetve nem tudnak róla; vagy azt, hogy bár nem közvetlenül érintettek, de bántalmazás passzív szemtanúi).

Mind a négy bántalmazástípus tekintetében, minden évfolyamon szignifikáns nemi különbség található: a fiúk között nagyobb az elkövetők (***8.1. ábra***) és az elkövető-áldozatok aránya (***8.3. ábra***), illetve kisebb az áldozatok (***8.2. ábra***) és a bántalmazásban közvetlenül nem érintettek aránya (***8.4. ábra***) a lányokhoz képest. A bántalmazásban közvetlenül nem érintett tanulók aránya a felsőbb évfolyamokba lépve rendre szignifikánsan növekszik.

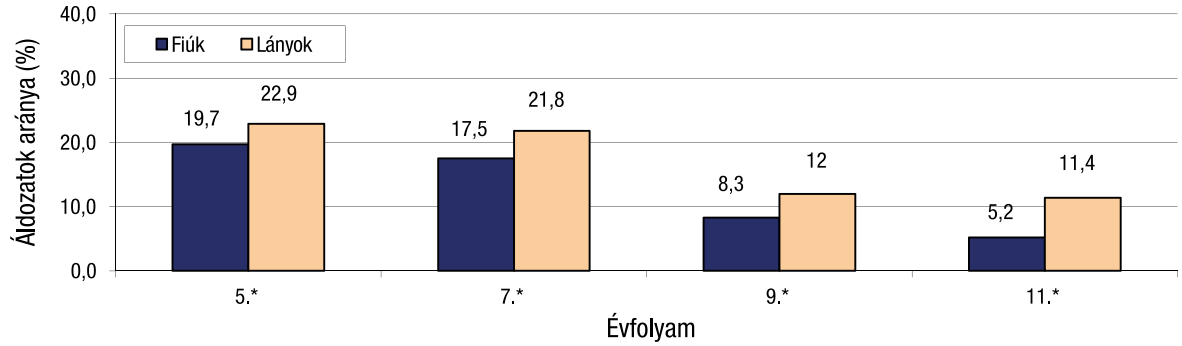
8.1. ábra

Bántalmazást elkövető tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6012)



8.2. ábra

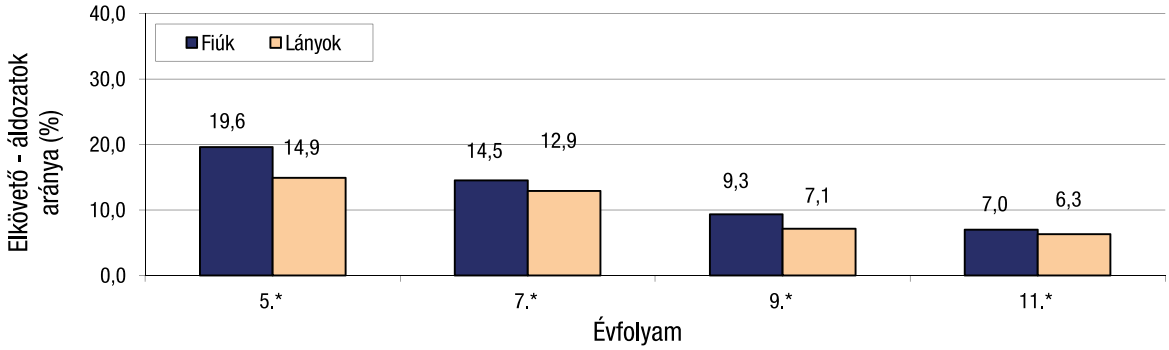
Bántalmazásban áldozat tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6012)



[46] A bántalmazásban való érintettség négy típusát határoztuk meg. Elkövetőnek tekintettük azokat, akik másokat legalább egyszer-kétszer bántalmaztak, de őket nem bántalmazták. Áldozatnak számítanak, akiket legalább egyszer-kétszer zaklattak, de ők senkit sem bántalmaztak. Elkövető-áldozat az olyan tanuló, akit legalább egyszer-kétszer bántalmaztak és ő is legalább egy-két alkalommal részt vett tanulótársai zaklatásában. A bántalmazásban (közvetlenül) nem érintettek másokat sem bántalmaztak és őket sem bántották egyszer sem.

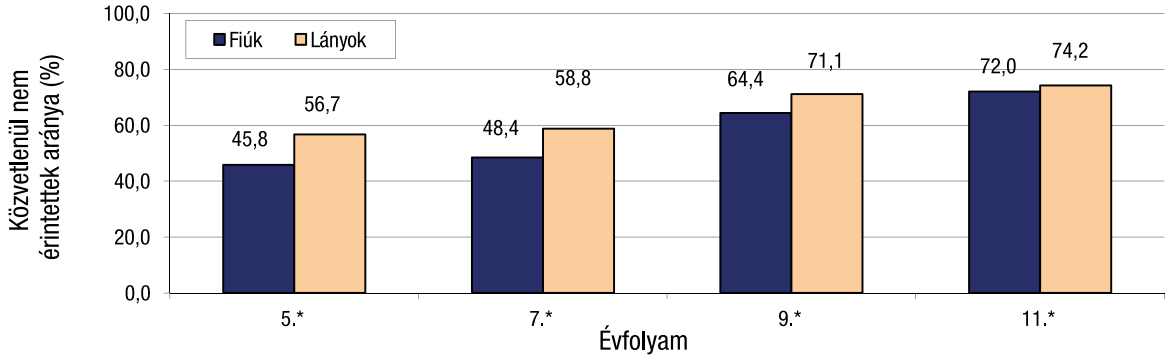
8.3. ábra

Bántalmazásban elkövető-áldozat tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6012)



8.4. ábra

Bántalmazásban közvetlenül nem érintett tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6012)



Képzéstípus szerinti bontásban vizsgálva, a bántalmazásban való érintettségben nincs szignifikáns különbség az érettségit adó, illetve nem adó iskolák diákjai között.

Áldozattá válás

Ha kizárólag az áldozattá válás gyakoriságát vizsgáljuk (függetlenül attól, hogy áldozatról vagy elkövető-áldozatról van szó), akkor azt találjuk, hogy a diákok háromnegyedét egyszer sem, közel negyedét egyszer-kétszer bántalmazta osztálytársa az elmúlt hónapokban (***8.1. táblázat***). A rendszeres (heti vagy hetente többszöri) bántalmazás előfordulása 5% körüli.

A bántalmazott tanulók aránya, hasonlóan a bántalmazásban résztvevők arányához, az életkor növekedésével szignifikánsan csökken.

8.1. táblázat

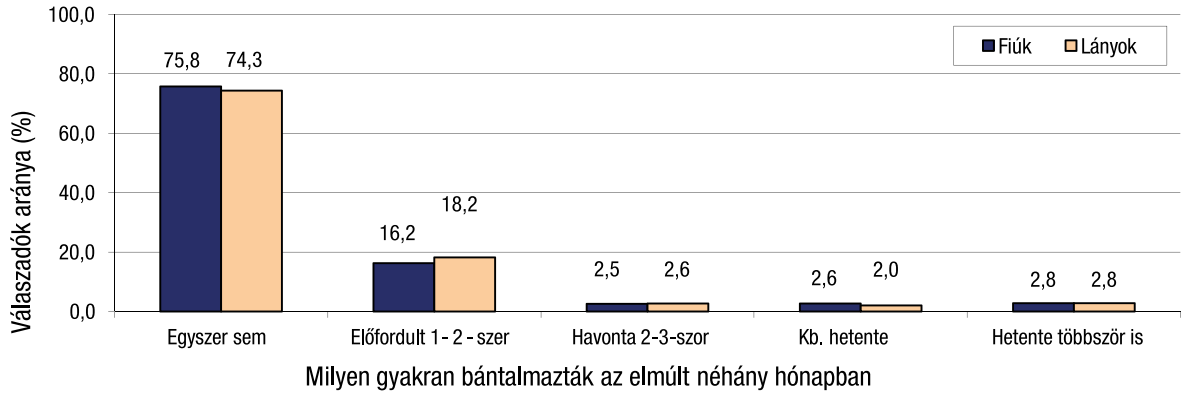
A tanulók áldozattá válásának gyakorisági aránya évfolyam szerint (N = 6046)

Évfolyam	Az elmúlt hónapokban egyszer sem (%)	Előfordult 1-2-szer (%)	Havonta 2-3-szor (%)	Hetente/ hetente többször is[47] (%)
5.	61,5	25,9	4,5	8,2
7.	66,6	22,2	3,0	8,2
9.	81,7	13,6	1,5	3,2
11.	84,7	10,9	1,8	2,5
Összesen	75,0	17,3	2,6	5,2

A fiúk és a lányok áldozattá válásának gyakoriságában nincs szignifikáns különbség (***8.5. ábra***).

8.5. ábra

Az 5–11. osztályos tanulók bántalmazás áldozatává válásának gyakorisága nem szerint (N = 6038)



Bántalmazás elkövetése

A bántalmazás elkövetését tekintve, a tanulók háromnegyede nem bántott másokat az adatfelvételt megelőző hónapokban, míg közel ötöde 1-2-szer, több mint 3%-a pedig rendszeresen (heti vagy hetente többszöri gyakorisággal) bántalmazta társait (***8.2. táblázat***).

8.2. táblázat

Bántalmazást elkövető tanulók aránya évfolyam szerint (N = 6036)

Évfolyam	Az elmúlt hónapokban egyszer sem (%)	Előfordult 1-2-szer (%)	Havonta 2-3-szor (%)	Hetente/ hetente többször is[48] (%)
5.	72,5	21,3	3,4	2,7
7.	72,9	22,3	1,8	3,0
9.	78,2	17,9	1,4	2,4
11.	81,8	13,8	0,8	3,7
Összesen	76,9	18,4	1,7	3,0

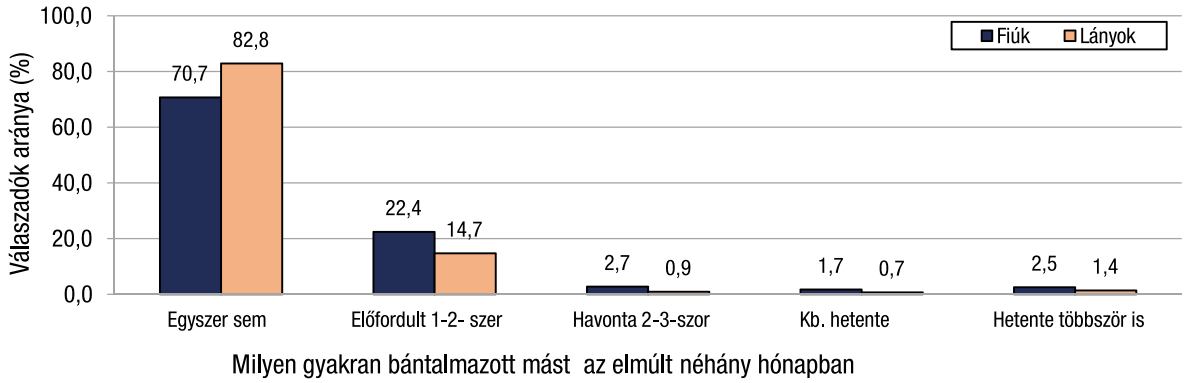
[47] Az áttekinthetőség és könnyebb értelmezés érdekében a táblázatban összevonva tüntettük fel a körülbelül hetente és a hetente többször bántalmazás gyakoriság arányát.

[48] Az áttekinthetőség és könnyebb értelmezés érdekében a táblázatban összevonva tüntettük fel a körülbelül hetente és a hetente többször bántalmazás gyakoriság arányát.

A fiúkhoz képest a lányok közt szignifikánsan magasabb azoknak az aránya, akik egyszer sem vettek részt bántalmazásban (***8.6. ábra***). A fiúk körében a bántalmazásban részt vevők (elkövetők) aránya minden gyakorisági kategóriában magasabb.

8.6. ábra

Bántalmazás elkövetésének gyakorisága az 5–11. osztályos tanulók körében, nem szerint (N = 6042)



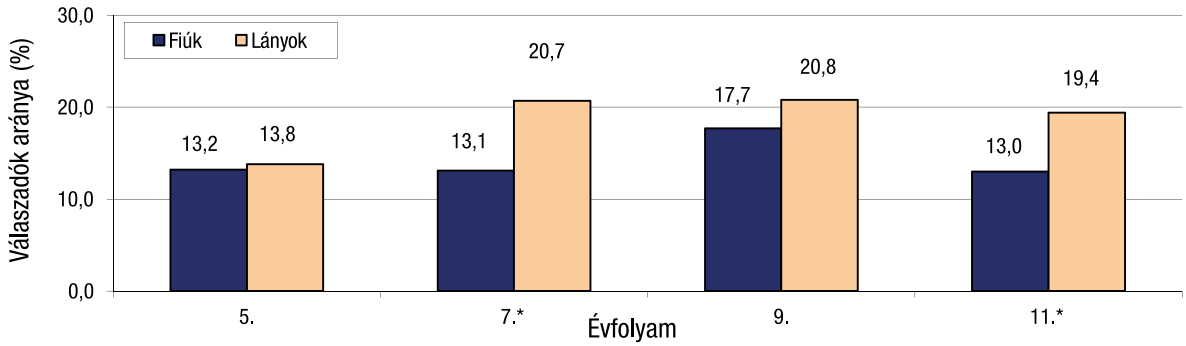
Online bántalmazás

A tanulók alacsony arányban számoltak be arról, hogy cyberbullying áldozatává váltak: 11,7%-uk kapott bántó vagy gúnyos üzenetet, de nem osztottak meg róla kellemetlen vagy kínos képet az interneten. A diákok 5,0%-áról beleegyezése nélkül megosztottak ilyen jellegű tartalmakat, de nem kaptak zaklató üzenetet. Szintén 5,0% azok aránya, akiket mindkét módon zaklattak társaik.

Mindkét bántalmazási formában a nemek közti különbség szignifikáns a 7. és 11. évfolyamon (***8.7. ábra*** és ***8.8. ábra***). A lányok több bántalmazó tartalmú üzenetet kaptak társaiktól, míg kínos képet 7. évfolyamon inkább lányokról, 11. évfolyamon inkább a fiúkról osztottak meg társaik.

8.7. ábra

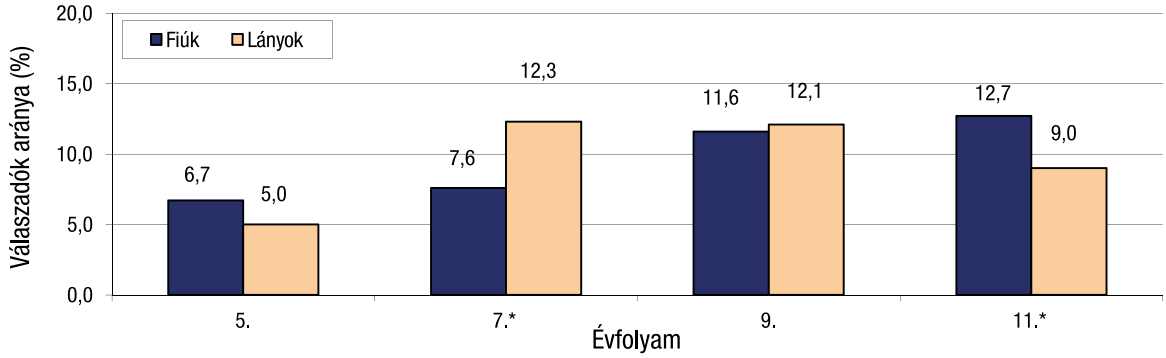
A tanulók online zaklatásának (bántó üzenetet kapott)[49] előfordulása az elmúlt néhány hónapban, nem és évfolyam szerint (N = 6046)



[49] Az áttekinthetőség és könnyebb értelmezés érdekében a táblázatban egy oszlopban tüntettük fel az „Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is" válaszlehetőségek gyakorisági arányát.

8.8. ábra

A tanulók online zaklatásának (kínos képet osztottak meg róla)[50] előfordulása az elmúlt néhány hónapban, nem és évfolyam szerint (N = 6027)

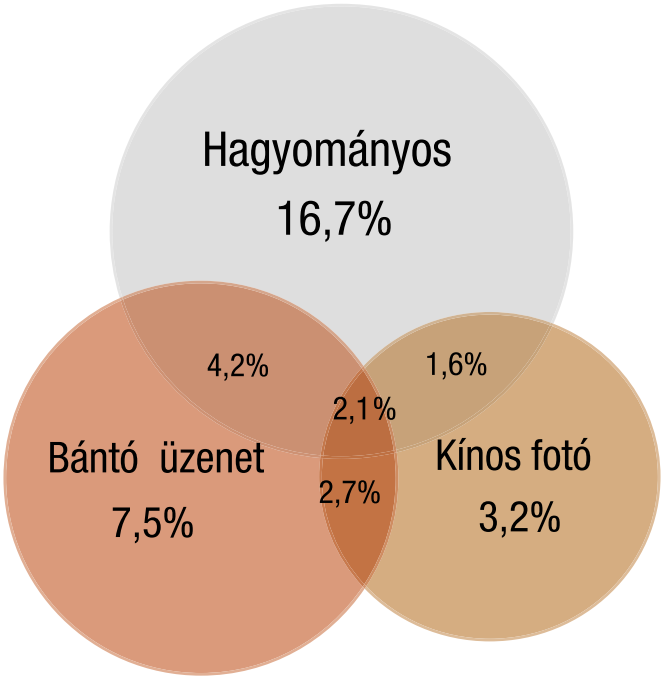


A hagyományos és online bántalmazás közti összefüggés

Megvizsgáltuk, hogy a hagyományos és az online bántalmazás átfednek-e egymással. A tanulók 61,6%-át semmilyen formában nem érte bántalmazás. A hagyományos (iskolai térben történő) bántalmazás nagyobb arányban fordul elő, mint az online bántalmazás (***8.9. ábra***). A cyberbullying általunk vizsgált formái közül a zaklató üzenet írása az elterjedtebb. A diákok több mint 2%-át mind a három módon zaklatták már társai: vagyis osztottak meg róla kínos fényképet, írtak neki zaklató üzenetet és bántalmazták az iskolában is.

8.9. ábra

Az 5–11. osztályos tanulók bántalmazás áldozatává válásának aránya a bántalmazás formája szerint (N = 5972)



[50] Az áttekinthetőség és könnyebb értelmezés érdekében a táblázatban egy oszlopban tüntettük fel az „Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is" válaszlehetőségek gyakorisági arányát.

Segítségkérés, jelzés

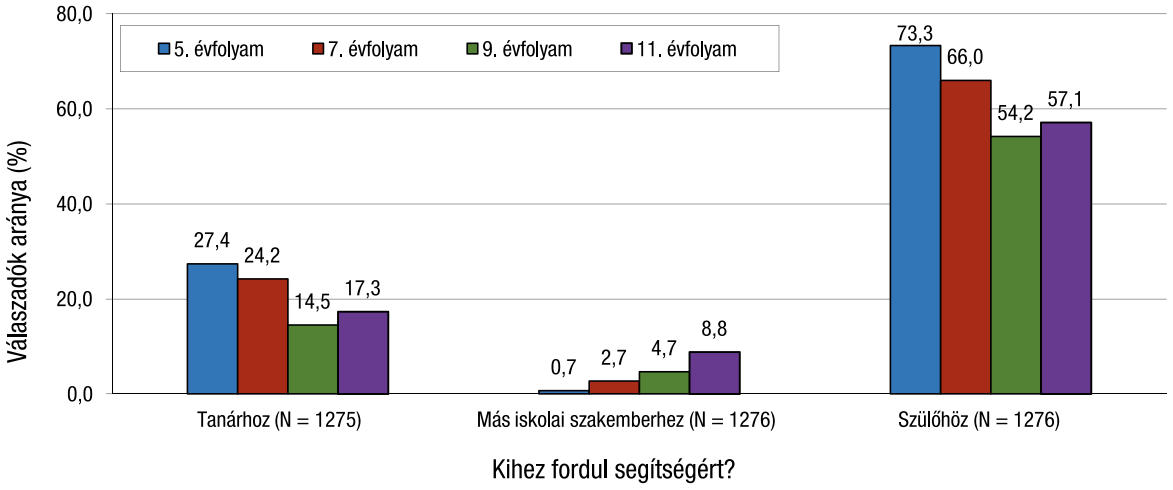
A diákok 9,5%-a nem kért segítséget (internetes bántalmazás esetén sem). A segítséghez fordulók leggyakrabban a szüleiknek vagy más rokonuknak (14,3%), továbbá osztálytársuknak (12,4%) és tanáruknak (4,8%) szóltak. Legkisebb arányban (0,9%) említették az iskolapszichológust és gyermekvédelmi felelőst.

Mivel egyszerre több embert is megjelölhettek, külön vizsgáltuk az együttes előfordulás gyakoriságát azoknál a diákoknál, akikkel történt hasonló eset, és valakihez segítségért fordultak. E diákok majdnem harmada (30,9%) csak a szüleihez fordult, több mint negyedük (26,4%) csakis osztálytársával osztotta meg a történteket. Gyakori volt még a szülő és az osztálytárs (16,5%), a szülő, az osztálytárs és a tanár értesítése egyszerre (8,7%) illetve a szülőhöz és a tanárhoz való fordulás (3,7%). Kizárólag tanárához a tanulók 3,7%-a, más iskolai szakemberhez 1,1%-uk fordult segítségért.

A fiúk szignifikánsan magasabb arányban fordulnak tanáraikhoz és alacsonyabb arányban szüleikhez, mint a lányok. Évfolyamok között jellemző tendencia, hogy az életkor növekedésével szüleikhez, tanáraikhoz egyre kevésbé fordulnak a tanulók, iskolapszichológushoz vagy gyermekvédelmi felelőshez pedig épp fordítva, a magasabb évfolyamokon egyre inkább (***8.10. ábra***).

8.10. ábra

Tanáraikhoz, iskolapszichológushoz vagy gyermekvédelmi felelőshöz, és szülőkhöz, rokonokhoz forduló tanulók aránya évfolyam szerint



Verekedés

A tanulók mintegy kétharmada az utóbbi 12 hónapban nem vett részt verekedésben, míg 7,0%-uk négyszer vagy többször is verekedett. A fiúk szignifikánsan nagyobb arányban vettek részt verekedésben; figyelemre méltó tény, hogy a lányok ötöde is verekedett valamilyen gyakorisággal az elmúlt évben.

Az általános iskola felső tagozatán a verekedő tanulók aránya magasabb a középiskolai tanulókéhoz képest (***8.3. táblázat***). Igaz ez mind az egyszeri, mind a többszöri verekedésekben résztvevők esetében.

8.3. táblázat

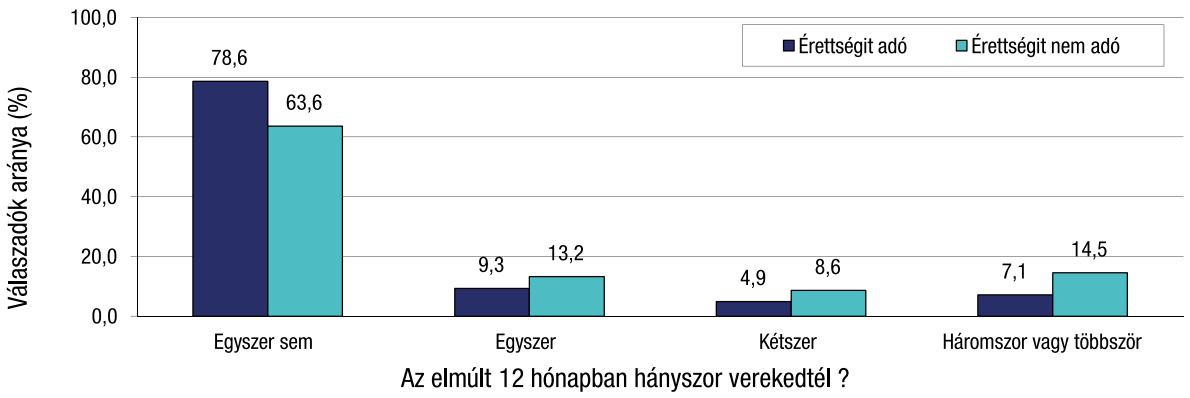
Az elmúlt 12 hónapban verekedő tanulók aránya[51] nem és évfolyam szerint (N = 6065)

Évfolyam	Egyszer sem (%)			Egyszer (%)			Kétszer (%)			Háromszor vagy többször (%)		
	Össz.	Fiú	Lány	Össz.	Fiú	Lány	Össz.	Fiú	Lány	Össz.	Fiú	Lány
5.*	56,3	37,6	74,5	16,7	22,3	11,3	10,7	16,4	5,2	16,3	23,8	9,0
7.*	58,1	44,0	73,3	16,7	20,9	12,2	10,8	15,0	6,3	14,4	20,1	8,3
9.*	73,1	64,0	81,3	12,0	15,8	8,6	6,2	8,5	4,2	8,7	11,7	5,9
11.*	79,6	72,7	85,3	7,8	10,8	5,2	4,7	6,7	3,1	7,9	9,8	6,4
Összesen	68,1	55,9	79,4	12,8	17,1	8,9	7,7	11,2	4,5	11,4	15,8	7,2

Középiskolai képzéstípusokra bontva elmondható, hogy a szakiskolai és szakmunkástanulók között a verekedés bármilyen gyakoriságban magasabb arányú az érettségit adó iskolák tanulóihoz képest (***8.11. ábra***).

8.11. ábra

A 9–11. évfolyamos tanulók verekedésben való részvételének gyakorisága képzéstípus szerint (N = 3469)



MEGBESZÉLÉS

Az iskolai agresszió elemzésekor többféle bántalmazási formáról kérdeztük a diákokat. Eredményeink alapján elmondható, hogy az agresszió általunk vizsgált mindhárom megnyilvánulási formája, a kortársbántalmazás (bullying), az online bántalmazás (cyberbullying), valamint a verekedés jelen van az iskolákban, kortárs közösségekben. A magasabb évfolyamokon tanulók között azonban mindhárom forma ritkábban fordul elő. Tehát az áldozattá válás az általános iskolások körében gyakoribb, mint a középiskolás osztályokban. Hazánkban a korábbi felmérésekben is megtaláltuk ezt az eredményt, bár nemzetközi kutatásokban az életkor hatása nem egyértelmű. Előfordulhat, hogy az idősebbeknél jobban előtérbe kerülnek az iskolán kívüli kapcsolatok, a párkapcsolat vagy kevésbé nyilvánvaló módokon bántják egymást az iskolában.

[51] Az áttekinthetőség és könnyebb értelmezés érdekében a táblázatban egy oszlopban tüntettük fel a háromszor és a négyszer vagy többször verekedők gyakorisági arányát.

A bántalmazás előfordulásának gyakorisága hasonló az előző, 2009/10-es adatfelvétel során mért adatokhoz (Zsiros és Örkényi, 2011), vagyis a tanulók közel 40%-a valamilyen gyakorisággal közvetlenül is érintett. Eredményeink szerint a hetente vagy hetente többször is bántalmazott tanulók aránya 3% körüli, ugyanakkor egy másik hazai, hasonló korcsoportban végzett reprezentatív vizsgálat (Simon, Zerinváry és Velkey, 2015) jóval magasabbnak,[52] mintegy 15%-osnak mérte az 5–8. osztályos diákok körében a heti rendszerességgel áldozattá válók arányát. Fontos lenne feltárni az eltérő eredmények okait, és ennek fényében összehangolni a további kutatásokat. Nemcsak a különböző módszerekkel végzett kutatások, de az egyes országok között is jelentős eltérést mutat a bántalmazás előfordulása: az egyes korcsoportokban mért gyakoriságok között akár 20% különbség is lehet (Molcho, 2012a). Ez utóbbi adat arra is utalhat, hogy a bántalmazás felismerését, az elfogadottság küszöbét kulturális tényezők is befolyásolhatják.

A bántalmazás elkövetésében és az áldozattá válásban a korábbi adatfelvételekhez hasonló és nemzetközi szakirodalommal is egybevágó nemi különbségeket találtunk: az elkövetők és az elkövető-áldozatok között több a fiú, míg az áldozatok között magasabb a lányok aránya. A fiúk és lányok különböző módon agresszívak társaikkal. A fiúkra jellemzőbb a jól észrevehető testi agresszió, gyakrabban vesznek részt fizikai, verbális és online bántalmazásban, míg a lányok inkább a kapcsolati agresszióra (pletykálás, kiközösítés, levegőnek nézés stb.) hajlamosak (Wang, Iannotti és Nansel, 2009).

Az online bántalmazás eredményei szerint a tanulók közel ötöde kapott már bántó üzeneteteket és tizedükről kínos fényképet tettek fel az internetre – összességében a tanulók ötöde (a két forma közti átfedést leszámítva) már szerzett kellemetlen online tapasztalatokat. Hagyományos és cyberbullyinggal foglalkozó 80 tanulmány metaanalízise szerint ez a két bántalmazási típus összefüggést mutat, de a hagyományos bántalmazás prevalenciája összességében körülbelül kétszer olyan magas, mint az online formáké (Modecki, Minchin, Harbaugh és mtsai, 2014). A 2010-ben végzett EUKids Online átfogó nemzetközi vizsgálatban résztvevő 9–16 éves magyar gyermekek 6%-a állította, hogy zaklatták társai online az elmúlt egy évben (EU Kids Online II, 2011). Eredményeink megerősítik a fenti vizsgálatokból is kirajzolódó trendet, miszerint az online bántalmazás ritkábban fordul elő, mint a hagyományos iskolai zaklatás.[53] Fontos megjegyezni, hogy – a kínos tartalom gyors potenciális elterjedése és „visszavonhatatlan" jellege miatt – a virtuálisan elkövetett zaklatás akár egyetlen esete is komoly következményekkel járhat az áldozat számára (Tabby Projekt, 2011). Fontos eredmény továbbá, hogy míg a hagyományos bántalmazás esetében minden évfolyamon szignifikáns nemi különbség tapasztalható az áldozattá válásban (a lányokat nagyobb arányban zaklatják), addig ez a nemi különbség online bántalmazás esetében csak a 7. és 11. évfolyamosokat érinti. A számítógéphasználatra vonatkozó adatokból láthatjuk, hogy a lányok gyakrabban használják a számítógépeket, okostelefonokat kifejezetten kapcsolattartásra, ráadásul 7. és 11. évfolyamon a társas kapcsolatok osztályszinten már jól beláthatók.

Vizsgáltuk a bántalmazás helyzeteiben támogatásért fordulók arányát: az érintett tanulók többsége elsősorban szüleihez és osztálytársaihoz fordul segítségért. Tekintettel arra, hogy az áldozatok csak bizonyos esetekben jeleznek a környezetüknek, a bántalmazás-prevenció részeként fontos, hogy a szakemberek tudatosítják a gyermekekben, iskolai dolgozókban, szülőkben, hogy a zaklatás elfogadhatatlan, nem az áldozat hibája, és hogy kell róla szólni (ez pedig nem „árulkodás"). Szükséges a digitális írástudás fejlesztése és hosszútávon az online biztonság fokozása.

Jelen adataink szerint a tanulók harmada valamilyen gyakorisággal részt vett verekedésben. Ez a szám elég magas, de csökkenést mutat a 2010-es adatokhoz képest (Zsiros és Örkényi, 2011), ahol a verekedők aránya közel 40% volt. A verekedésben résztvevők között nagyobb arányban vannak a

[52] Az eltérő módszer (online adatfelvétel) és kérdésfeltevés miatt e vizsgálatok eredményei nem feltétlenül hasonlíthatók össze közvetlenül.

[53] Megjegyezzük, hogy az online bántalmazás esetében csak az áldozattá válást vizsgáltuk, az elkövetés gyakoriságát nem. Így ebben az esetben az áldozattá vált tanulók között egyébként lehet olyan diák, aki egyben online bántalmazás elkövetője is.

fiúk, de a lányok egyötöde is verekedett valamilyen gyakorisággal az elmúlt 12 hónapban. Az évfolyamok közti különbségek alapján a verekedés előfordulása az életkorral csökkenő tendenciát mutat.

A 2010-es nemzetközi adatok (Molcho, 2012b) szerint is átlagosan a fiúk 25%-a és a lányok 7%-a nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt évben legalább három alkalommal vett részt verekedésben. Hazánkban 2014-ben ez az arány mintegy 16% a fiúknál és a nemzetközi arányhoz hasonlóan 7% a lányoknál. Ez a nemi különbség – a fiúknál gyakoribb a verekedésben való részvétel – minden országban és minden korcsoportban megfigyelhető. A legtöbb országban a verekedés előfordulása ritkább a 15 éveseknél, mint a 11, illetve 13 éveseknél (Molcho, 2012b).

A verekedés, a kortársbántalmazás és az online bántalmazás az agresszió némiképp eltérő – de egymással némileg átfedő – megnyilvánulásai. Adataink alapján az erőszak a kamaszok legalább 38%-át közvetlenül is érinti. Ez felhívja rá a figyelmet, hogy hazánkban is szükséges a kifejezetten kortársbántalmazásra specializálódott iskolai beavatkozások kidolgozása. Egy ilyen kezdeményezés az Iskolai Konfliktusok Tudásközpont, amelyet az Oktatáskutató- és Fejlesztő Intézet 2015-ben hozott létre, valamint megszületett a finn nemzeti alapprogram hazai adaptációjának előkészítése (Jármi, Péter-Szarka és Fehérpataky, 2015).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, *323*(7311), 480–484.

Buda, M. (2009). Közérzet és zaklatás az iskolában. *Iskolakultúra. 19*(5-6), 3–15.

Clapper, R. L. (1995). Adolescent problem behaviors as predictors of adult alcohol diagnoses. *The International Journal of the Addictions*, *30*(5), 507–523.

Coloroso, B. (2014). *Zaklatók áldozatok, szemtanúk: az iskolai erőszak - Óvodától középiskoláig: hogyan szakíthatja meg a szülő és a pedagógus az erőszak körforgását?* Budapest: Harmat Kiadó.

Craig, W. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and agression in elementary school children. *Personality and Individual Differences, 24*(1), 123–130.

Due, P., Holstein, B., Lynch, J., Diderichsen, F., Nic Gabhain, S., Scheidt, P., & Currie, C. (2005). Bullying and symptoms among school aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, *15*(2), 128–132.

EU Kids Online II (2011). *A magyarországi kutatás eredményei.* Budapest: Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság. Elérhető: http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20%282009-11%29/National%20reports/Hungarian%20report.pdf

Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoè, G.(2008). Determinants of adolescents' active defending and passive bystanding behavior in bullying. *Journal of Adolescence, 31*(1), 93–105.

Glew, G. M., Fan, M. Y., Katon, W., & Rivara, F. (2008). Bullying and school safety. *The Journal of Pediatrics*, *152*(1), 123–128.

Harel, Y. F. (1999). A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 11,* 121–134.

Jármi, É., Péter-Szarka, Sz., & Fehérpataky, B. (2015). A KiVa-program hazai adaptálásának lehetőségei. Budapest: Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet. Elérhető: http://iskon.opkm.hu/admin/upload/KIVA_adaptacios_tanulmany.pdf

Kuntsche, E. N., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitarí risk single occassion drinkers in adolescence. *Addiction*, *99*(3), 331–339.

Laufer, A., & Harel, Y. (2003). The role of family, peers and school preception in predicting involvement in youth violence, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *15*(83), 235–244.

Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contets: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health, 55*(5), 602–611.

Molcho, M. (2012a). Bullying. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, D., M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey* (pp. 185–190). Copenhagen: World Health Organization.

Molcho, M. (2012b). Fighting. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, D., M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey* (pp. 83–88). Copenhagen: World Health Organization.

Molcho, M., Harel, Y., & Lash, D. (2004). The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *16*(3), 223–251.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Haynie, D. L., Ruan, W. J., & Scheidt, P. (2003). Relationship between bullylying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(4), 348–353.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. A., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviour among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, *The Journal of American Medical Association, 285*(16), 2094–2100.

Nishina, A., & Juvonen, J. (2005). Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Development,76*(2), 435–440.

Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school childen: some basic facts and effects of a school based intervention program. In D. Pepler, & K. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhoood aggression* (pp. 411–448). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What we know and what we can do.* Oxford: Blackwell Publishers.

Olweus, D. (2011). Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Criminal Behaviour and Menthal Health, 21*(2), 151–156.

Pepler, D. J., & Craig, W. M. (1995). A peek behind the fence: Naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, *31*(4), 548–553.

Pepler, D. & Craig, W. (2000). *Making a difference in bullying.* Toronto: LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University.

Pickett, W., Craig, W., Harel, Y., Cunnigham, J., Simpson, K., Molcho, M., Mazur, J., van Dorsselaer, S., Overpeck, M., Currie, C., & The HBSC Violence and Injuries Writing Group (2005). Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics*, *116*(6), 855–863.

Salmivalli, C. (1999). Participant role approach to school bullying: Implications for intervention. *Journal of Adolescence, 22*(4), 453–459.

Simon, D., Zerinváry, B., & Velkey, G. (2015). *Zárótanulmány a TÁMOP-3.1.1-11/1-2012-0001 „Iskolai agresszió, online és hagyományos zaklatás vizsgálata az iskolai közérzet alakulásával és az alkalmazott pedagógiai és konfliktuskezelési eszközökkel összefüggésben" c. projekthez*. Kézirat. Budapest: Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.

Sousa, S., Correia, T., Ramos, E., Fraga, S., & Barros, H. (2010). Violence in adolescents: Social and behavioural factors. *Gaceta Sanitaria*, *24*(1), 47–52.

Sosin, D. M., Koepsell, T. D., Rivara, F. P., & Mercy, J. A. (1995). Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *16*(3), 209–215.

Tabby Projekt (2011). *Online bullying: Kézikönyv pedagógusoknak*. Elérhető: http://hun.tabby.eu/uploads/1/6/8/6/16865702/booklet_hun.pdf

Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, *3*(2), 63–73.

Várnai, D., Németh, Á., & Zakariás, I. (2009). Kortárs bántalmazás és verekedés a magyar iskoláskorúak körében. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Walsh, S., Molcho, M., Harel-Fisch, Y., Huynh, Q., Kukaswadia, A., Aasvee, K., Várnai, D., Ottova, V., Ravens-Sieberer, U.,& Pickett, W. (2010). Physical and emotional health problems experienced by youth engaged in violent behaviour. *Injury Prevention*, *16*, A4.

Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United Sates: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, *45*(4), 368–375.

Zsiros, E., Arnold, P., Huhn, Zs., Költő, A., Simon, D. & Németh, Á. (2013). Egészség és társas kapcsolatok kamaszkorban: Az iskola, a kortársak és a család szerepe a magyar serdülők életmódjában. *Kapocs, 12*(4), 22–39.

Zsiros, E., & Örkényi, Á. (2011). Iskola és kortárskapcsolatok. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 103–113). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

9. KORTÁRSKAPCSOLATOK

Zsiros Emese

BEVEZETÉS

Serdülőkorban átrendeződnek a társas viszonyok. A családi és kortárskapcsolatok átalakulnak, a serdülők egyre kevesebb időt töltenek szüleikkel, és egyre többet kortársaikkal (Nickerson és Nagle, 2005). A barátokkal töltött idő fontossá válik a serdülők számára, és megfigyelhető, hogy bizonyos tevékenységekben egyre inkább társaikhoz, mint szüleikhez csatlakoznak (Larson és Richards, 1991). A kortársakkal eltöltött idő olyan viselkedésformák kipróbálásához is teret biztosít, amelyeket felnőtt felügyelete gátolna, nem tenne lehetővé (pl. agresszív magatartás vagy párkapcsolat kialakítása, szexuális magatartás). Számos tanulmány pozitív összefüggést talált a barátokkal töltött esték száma és olyan rizikómagatartások között, mint például a nagyivás, és a védekezés nélküli szexuális élet (Jaccard, Blanton és Dodge, 2005).

Legyen szó közvetlen vagy virtuális baráti kapcsolatokról (Gommans, Stevens, Finne és mtsai, 2015), a fiatalok gondjaik, problémáik esetén is gyakran fordulnak társaikhoz segítségért (Buhrmester, 1990). A barátok ebben az életkorban érzelmi támogatást nyújtanak, és biztonságos környezetet jelentenek a serdülők számára személyközi és társas kompetenciáik fejlesztéséhez (Pérez, Maldonado, Andrade és mtsai, 2007), önmaguk megismeréséhez és identitásuk alakításához (Due, Lynch, Holstein és mtsai, 2003). Megerősítőként szolgálhatnak egy adott viselkedés vagy attitűd kialakításában, szerepmodellt nyújtanak, viszonyítási alapként szolgálnak a társas összehasonlításhoz. Társaságuk önmagában lehetőséget teremt a szocializációra, tanulásra és játékra.

A kortársakkal fenntartott minőségi kapcsolatok magasabb serdülőkori önértékeléssel, magabiztossággal (Berndt, 2002), kisebb mértékű magányossággal (Newcomb és Bagwell, 1995), kevesebb depresszív tünettel (Demir és Urberg, 2006), szélesebb körű társas elfogadottsággal és jobb iskolai alkalmazkodással (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson és mtsai, 2007) járnak. Azok a fiatalok, akik barátaikat támogatónak észlelik, pszichológiai jóllétről, jobb társas készségekről és kevesebb érzelmi, viselkedéses problémáról számolnak be (Colarossi és Eccles, 2003; Lenzi, Vieno, Perkins és mtsai, 2012). A társak támogatása a stresszorokkal szemben is védőhatású lehet (Cohen és Wills, 1985; Wilkinson, 2004). A serdülőkori barátság megbízható előrejelzője a boldogságnak, a szubjektív jóllétnek, és az érzelmi tanulásnak (Laftman és Östberg, 2006). A társak közötti állandó konfliktusok és elutasítás rosszabb egészséggel járnak együtt (Bagwell, Newcomb és Bukowski, 1998).

A barátok hiányának egészségre gyakorolt negatív hatása megerősíti, hogy a serdülők fizikai és lelki egészségében kritikus a barátoktól kapott társas támogatás mértéke. Bender és Loser (1997) szerint a gyermekkori és serdülőkori társas izoláltság romboló hatású a pszichés jóllét szempontjából, és olyan szociális státushoz vezet, amelyet nehéz megváltoztatni. Tomé, Matos, Diniz és munkatársai (2008) szerint a barátok hiánya összefügg a fokozott szerhasználattal. Laursen, Bukowski, Aunola és mtsai (2007) kimutatták, hogy a társas elszigeteltség nagymértékben előrejelzi az externalizáló és internalizáló tüneteket. Az elszigetelt gyermekek emellett kimaradnak a kortárskapcsolatokban megélhető élményekből, például a közös tevékenységekből, a barátok támogatásából, a közösségi szabályok kialakításából és a közös döntéshozatalból. A közösségen belül szeparációt átélő fiataloknak ezeket a társas készségeket nincs lehetőségük kipróbálni, fejleszteni, ami önrontó körként tovább fokozhatja a későbbi társas kudarcok esélyét.

A serdülőkor kezdeti és későbbi szakasza között minőségi változást okoz a baráti kapcsolatokban a kölcsönösség, bizalom és érzelmi közelség iránti igény megjelenése (Hays, 1988). Az intimitás észlelése a serdülőkori barátságok sarkalatos pontja, mert ez jelzi a másikhoz való közelséget és az iránta való nyitottságot, ezen keresztül a gondolatok és érzések megosztásának lehetőségét (Gifford-Smith és Brownell, 2003). A fiatalok gyakran mondják, hogy a legjobb barátok mindent elmondanak

egymásnak, a legszemélyesebb gondolatokat és érzéseket is. Ez a személyes önfeltárás szintén egy közeli barátság szerves részét képezi.

Az elektronikus médiakommunikáció térnyerésével (Valkenburg és Peter, 2010) a serdülők közötti interakciók a fizikai (offline) világ mellett a virtuális (online) világra is kiterjednek (Brechwald és Prinstein, 2012). Ez utóbbi kapcsolattartási formák napjainkban már alapvetőek a fiatalok kommunikációjában. Az elektronikus eszközök fontos szerepet játszanak a tanulásban, szórakozásban és a szocializációban is. A kortársak közötti elektronikus kapcsolattartásnak pozitív (pl. a társas készségekre és a pszichés jóllétre), illetve negatív (pl. szerhasználatra, alvási szokásokra, étkezési szokásokra gyakorolt) hatásai is lehetnek (Huang, Unger, Soto és mtsai, 2014; Jackson, von Eye, Fitzgerald és mtsai, 2011; Leena, Tomi és Arja, 2005; Li, Jin, Wu és mtsai, 2007; Stoddard, Bauermeister, Gordon-Messer és mtsai, 2012). Az elektronikus kapcsolattartás máshogy hat a fiatalok egészségére, mint a személyes kommunikáció. A képernyő előtt töltött idő (tévénézés és számítógépezés, lásd kutatási jelentésünk 3. fejezetét) bizonyos mértékig összefügg az elektronikus kapcsolattartással (Iannotti, Janssen, Haug és mtsai, 2009; Iannotti, Kogan és Janssen, 2009). Az elektronikus kommunikáció fordított U-alakú összefüggést mutat az élettel való elégedettséggel: azok a serdülők, akik nagyon gyakran vagy nagyon ritkán alkalmazzák az „e-kommunikáció" eszközeit, alacsonyabb élettel való elégedettségről számoltak be, mint azok, akik közepes gyakorisággal használják ezeket a csatornákat (Boniel-Nissim, Tabak, Mazur és mtsai, 2015). Az eredmények szerint tehát bizonyos mennyiségű elektronikus kapcsolattartás a serdülők mindennapi életének részévé vált, és mint életmódbeli tényező meghatározója egészségüknek és jóllétüknek.

A serdülők társas életéről és kapcsolatairól kimutatták, hogy összefüggenek egészségükkel, szubjektív jóllétükkel és életminőségükkel, vagyis a kortárskapcsolatokat az egészség és jóllét indikátorainak tekintjük (Kerr, Stattin, Biesecker és mtsai, 2003). Ezért elengedhetetlen, hogy a HBSC kutatás – más társas jellemzők, mint például a családi (ld. 15. fejezet) vagy iskolai kapcsolatok (ld. 16. fejezet) mellett – a kortárskapcsolatok vizsgálatára is kiterjedjen. A családi és kortárskapcsolatokat egyszerre vizsgáljuk annak érdekében, hogy feltárjuk, kölcsönhatásaik hogyan befolyásolják a fiatalok fejlődését (Bokhorst, Sumter és Westenberg, 2010). Úgy tűnik, a szülők viselkedése inkább a pályaválasztásban, a továbbtanulásban és a jövőbeli életcélok kitűzésében fontos. A kortársak pedig a barátválasztásban, a személyközi viselkedésben, a szórakozás és az öltözködés, divat területén játszanak nagyobb szerepet (Hartup, 1983). Az azonos és ellenkező nemű barátokkal kialakított társas kapcsolatok a romantikus párkapcsolatok, szerelmi élmények előfutárainak tekinthetők. E témával tanulmánykötetünk 8. fejezete foglalkozik.

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A tanulókat kérdeztük a fiú- és lány barátok számáról, illetve hogy e baráti kapcsolatokban milyen könnyen tudják megbeszélni problémáikat.

- *Jelenleg hány közeli fiú- vagy lánybarátod van?* (Lehetséges válaszok külön mindkét nemre: Egy sincs / Egy / Kettő / Három vagy több.)
- Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató vagy zavaró dolgokat a következő személyekkel?
    - Legjobb barátoddal
    - *Azonos nemű barátaiddal*
    - *Ellenkező nemű barátaiddal* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Nagyon könnyen / Könnyen / Nehezen / Nagyon nehezen / Nincs ilyen személy vagy nem találkozom vele).

A baráti támogatás mértékének mérésére a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS], Zimet, Dahlem, Zimet és mtsai, 1988)

Kortársak alskáláját alkalmaztuk, amely az alábbi négy tételből áll.

- *A barátaim tényleg próbálnak segíteni nekem.*
- *Ha a dolgok rosszul mennek, számíthatok a barátaimra.*
- *Vannak barátaim, akikkel megoszthatom az örömömet és a bánatomat.*
- *Tudok beszélgetni a problémáimról a barátaimmal.* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: 1-től [„Egyáltalán nem értek egyet”] 7-ig [„Teljesen egyet értek”].)

A kapcsolattartás során a serdülők különböző elektronikus eszközöket is használnak. A kérdések a beszélgetésen alapuló (telefonos), írásos (SMS, e-mail és közösségi médián alapuló) és minden egyéb közösségi médián keresztül történő kapcsolattartási formára vonatkoznak. A kapcsolattartási formák különböznek abban, hogy online, illetve szinkronikus (egyidejű) jelenlétet feltételeznek-e.

- *Milyen gyakran beszélsz a barátaiddal telefonon, interneten vagy olyan internet-alapú programok, mint a Skype vagy a Face Time használatával?*
- *Milyen gyakran írsz SMS-t a barátaidnak?*
- *Milyen gyakran küldesz e-mailt a barátaidnak?*
- *Milyen gyakran küldesz üzenetet a barátaidnak chatprogramokon (pl. Facebook chat, Gmail csevegő vagy BBM) keresztül?*
- *Milyen gyakran tartod a kapcsolatot a barátaiddal a közösségi oldalakon, például a Facebook üzenőfalra írással (nem chatelésével), a MySpace-szel, Twiterrel, a különböző alkalmazásokkal, „appokkal” (pl. az Instagrammal), játékokkal (pl. Xbox-szal), a YouTube-bal stb.?* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: *Ritkán vagy soha / Ritkábban, mint hetente / Hetente / Naponta, éspedig … alkalommal.*)

A tanítás utáni személyes délutáni és esti találkozások gyakoriságát az alábbi kérdések segítségével vizsgálatuk.

- *Milyen gyakran találkozol a barátaiddal a tanítási időn kívül, este 8 óra előtt?*
- *Milyen gyakran találkozol a barátaiddal a tanítási időn kívül, este 8 óra után?* (Lehetséges válaszok: *Ritkán vagy soha / Ritkábban, mint hetente / Hetente / Naponta, éspedig … alkalommal.*)

EREDMÉNYEK

A barátok száma

A tanulók több mint háromnegyede (77,1%) válaszolta, hogy van legalább három azonos nemű, közel felüknek (51,6%) van három vagy több ellenkező nemű barátja is. A fiú- és lánybarátokat együttesen véve figyelembe, a diákok kevesebb mint 1%-ának nincs egyáltalán barátja (***9.1. táblázat***).

9.1. táblázat

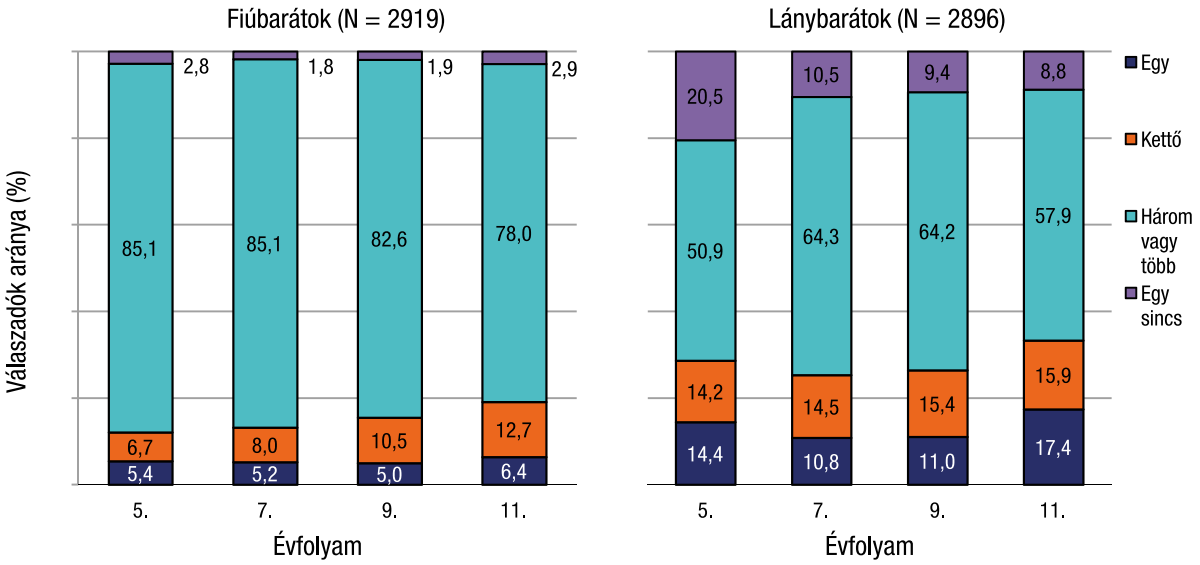
Az 5–11. évfolyamos tanulók közeli fiú- és lánybarátainak száma

Lánybarátok száma (%) (N = 6055)	Fiúbarátok száma (%) (N = 6065)				
	Egy sincs	Egy	Kettő	Három vagy több	Összesen (%)
Egy sincs	0,8	0,7	1,0	2,3	4,8
Egy	1,0	2,9	3,3	4,3	11,5
Kettő	1,5	3,8	3,6	7,5	16,4
Három vagy több	3,4	6,1	8,5	49,4	67,3
Összesen	66,6	13,5	16,4	63,5	

A fiúknál az idősebb korcsoportokban valamivel kisebb azoknak az aránya, akiknek három vagy több fiúbarátjuk van, és nagyobb azoknak az aránya, akiknek két barátja van. Lánybarátok számában az évfolyamok között szintén szignifikáns a különbség a fiúk csoportjában: az idősebb fiúk között rendre kisebb azoknak az aránya, akiknek egyáltalán nincs lánybarátjuk (***9.1. ábra***).

9.1. ábra

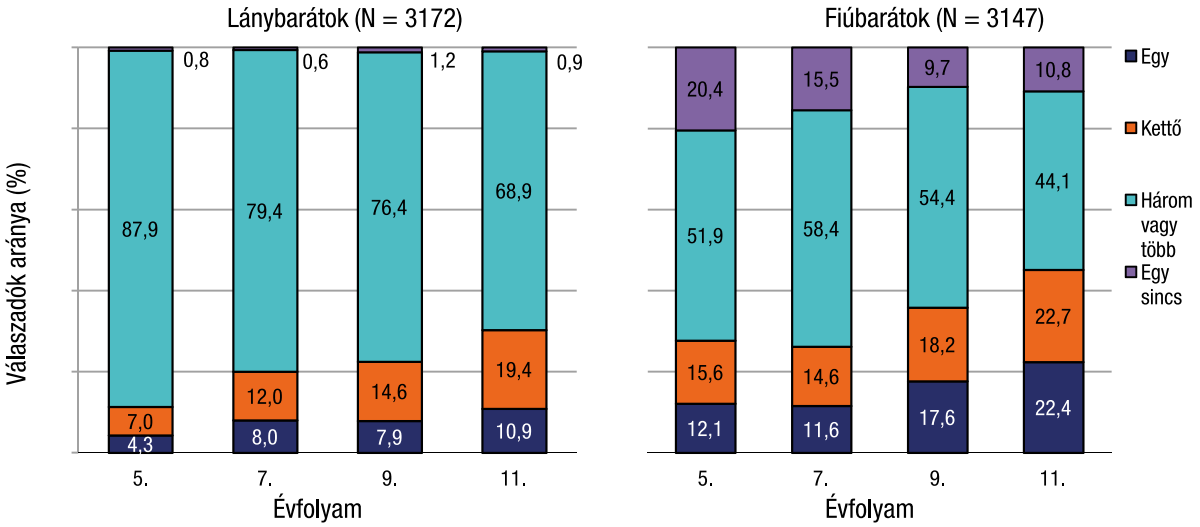
A fiúk fiú- és lánybarátainak aránya évfolyam szerint



A lányoknál az idősebb évfolyamok felé haladva jelentősen nő azoknak a fiataloknak az aránya, akiknek egy vagy két barátnőjük van; csökken az ennél több baráttal rendelkezőké. A lányok fiúbarátai esetében is szignifikáns különbség található, közel felére csökken azoknak a lányoknak az aránya, akiknek egyáltalán nincs közeli fiúbarátjuk, és nő azoké, akiknek egy-két barátja van (***9.2. ábra***).

9.2. ábra

A lányok lány- és fiúbarátainak aránya évfolyam szerint

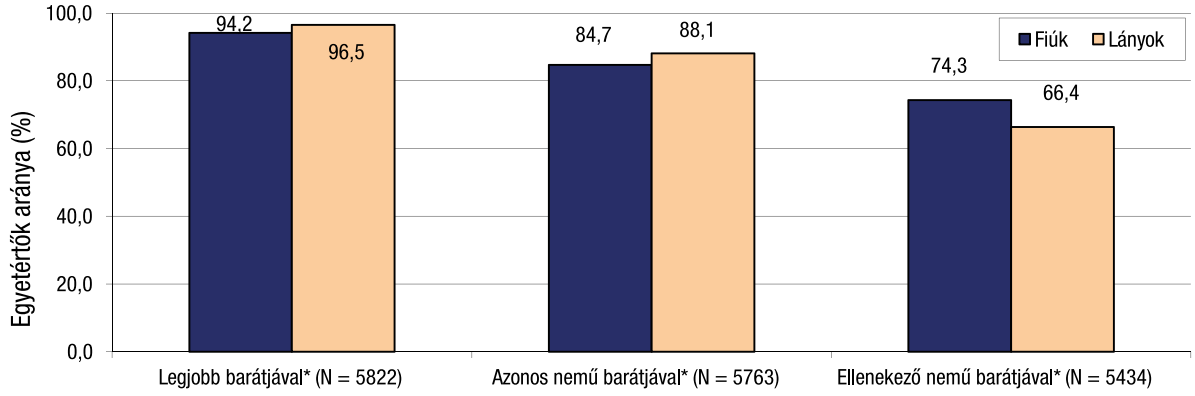


Probléma-megbeszélés a barátokkal[54]

A tanulók túlnyomó többsége könnyen meg tudja beszélni problémáit legjobb barátjával és azonos nemű barátaival. Ellenkező nemű barátjával is közel kétharmaduk könnyen tudja megosztani az őt foglalkoztató kérdéseket, problémákat. A lányok nagyobb arányban beszélnek „könnyen" a legjobb és az azonos nemű barátokkal, mint a fiúk; a fiúk pedig nagyobb arányban beszélnek „könnyen" az ellenkező nemű baráttal, mint a lányok (***9.3. ábra***). Míg a fiúk háromnegyede könnyen tudja megbeszélni problémáját lánybarátjával, a lányoknak csak kétharmada érzi úgy, hogy meg tudja fiúbarátaival beszélni az őt foglalkoztató kérdéseket.

9.3. ábra

A problémáikról barátaikkal könnyen vagy nagyon könnyen kommunikáló 5–11. évfolyamos tanulók aránya nem szerint



A tanulók számára az életkor növekedésével egyre könnyebb lesz a probléma-megbeszélés a legjobb baráttal, és még inkább az ellenkező nemű barátokkal (***9.2. táblázat***).

9.2. táblázat

A problémáikról barátaikkal könnyen vagy nagyon könnyen kommunikáló tanulók aránya nem és évfolyam szerint

Évfolyam	Legjobb barátjával (%) (N = 5552)		Azonos nemű barátaival (%) (N = 4986)		Ellenkező nemű barátaival (%) (N = 3810)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5.	89,2	92,6	89,5*	86,7	50,6*	36,6
7.	92,0*	96,9	80,0*	87,5	67,4*	56,6
9.	97,0	97,8	87,6	87,9	83,1*	76,2
11.	97,0	97,6	89,9	89,8	86,3*	79,6
Összesen	94,2*	96,5	84,8*	88,2	74,2*	66,4

**Az adott évfolyamon az adott változó értékei szignifikánsan eltérnek a fiúk és lányok között.*

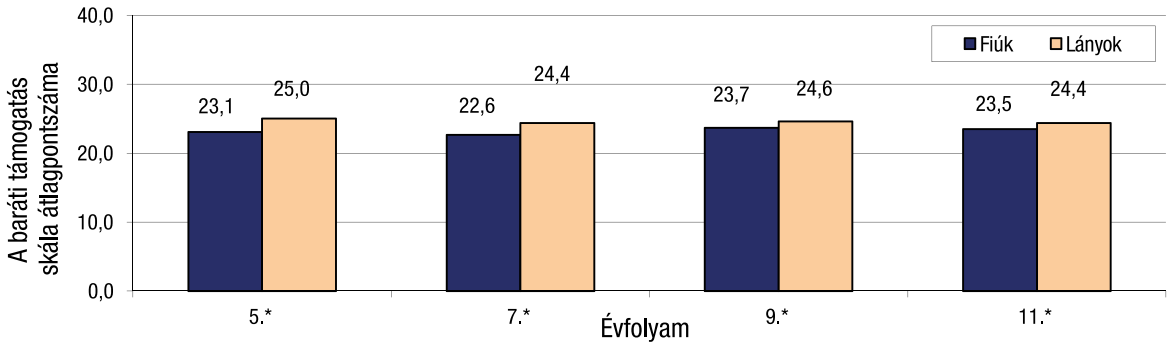
[54] Az értelmezhetőség érdekében a „Nincs ilyen személy vagy nem találkozom vele" válaszkategóriát választókat kihagytuk az elemzésből. A legjobb barát esetében a megkérdezettek 1,8%-a, az azonos nemű barát esetében 2,1% -a és az ellenkező nemű barát esetében 6,8%-a jelölte be ezt a válaszlehetőséget.

Baráti támogatás

A baráti támogatás skála[55] átlagpontszáma a teljes mintán M = 23,92 (SD = 5,31). A lányok átlaga (M = 24,56; SD = 0,94) szignifikánsan magasabb, mint a fiúké (M = 23,73; SD = 0,97) vagyis a lányok inkább érzik támogatónak barátaikat, mint a fiúk. Ez a különbség minden évfolyamon tapasztalható (***9.4. ábra***). Az adatokat nemenként és korosztály szerinti bontásban elemezve eltérő mintázatot találunk. Fiúknál a 7. osztályosok átlaga szignifikánsan alacsonyabb, mint a 9. és 11. osztályosoké, a lányoknál a 11. osztályos tanulók átlaga alacsonyabb a többi osztály átlagánál.

9.4. ábra

A tanulók által észlelt baráti támogatás skála átlagpontszáma nem és évfolyam szerint (N = 5992)



Elektronikus kapcsolattartás (e-kommunikáció) a barátokkal

A kortárskapcsolatok mutatója az elektronikus kapcsolattartási formák használatának gyakorisága, vagyis az ilyen eszközökkel történő kommunikáció. A tanulók több mint fele naponta küld üzenetet barátainak chatprogramon keresztül. Hasonló arányú a barátaikkal naponta telefonon vagy internet-alapú programokon beszélőké. SMS-t több mint egyharmaduk, e-mailt közel kétharmaduk ritkán vagy soha nem ír. A közösségi oldalakon keresztül történő kapcsolattartás leginkább napi (egyharmad részben) és heti rendszerességgel (közel egyharmad részben történik (***9.3. táblázat***). A legnépszerűbb kommunikációs forma tehát a telefonos beszélgetés és a chatprogramon keresztül történő üzenetküldés.

9.3. táblázat

Az 5–11. évfolyamos tanulók barátokkal való elektronikus kapcsolattartásának gyakorisági aránya eszközök és csatornák szerint

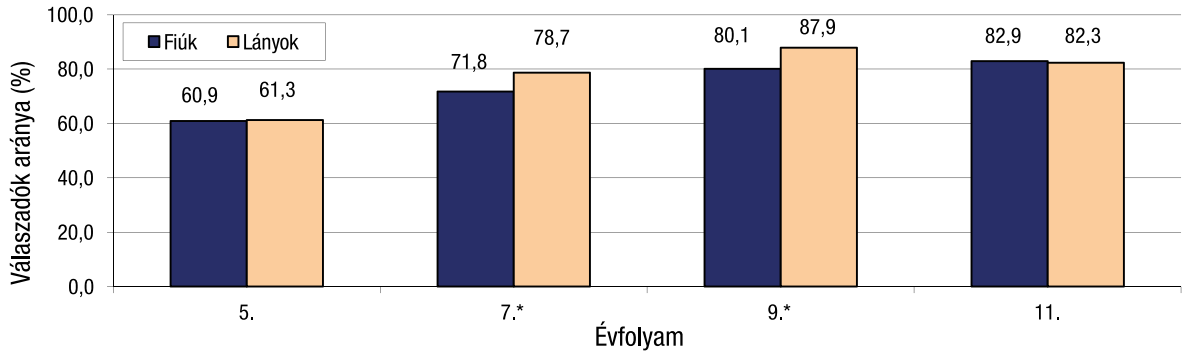
Elektronikus kapcsolattartás	Ritkán vagy soha (%)	Ritkábban, mint hetente (%)	Hetente (%)	Naponta (%)
Beszélgetés telefonon (N = 6133)	11,9	11,2	25,0	51,9
SMS írás (N = 6131)	37,6	29,0	23,2	10,2
E-mail írás (N = 6131)	61,8	21,4	10,3	6,5
Üzenet chatprogramon (N = 6120)	11,4	8,8	20,4	59,5
Közösségi oldalon keresztül (N = 6113)	18,9	17,5	29,9	33,7

[55] A skála lehetséges összpontszáma: 4–28, a magasabb skálapontszám nagyobb baráti támogatásra utal; a skála belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa megfelelő, 0,89.

A legalább hetente történő e-mail küldés és a közösségi oldalakon történő rendszeres (legalább hetente előforduló) kommunikáció arányában a teljes mintát vizsgálva nincs szignifikáns nemi különbség. Az e-mail küldés esetében ugyanez látható évfolyamos bontásban (***9.7. ábra***), míg a közösségi oldalakon történő információcsere a 11. évfolyamos fiúk körében gyakoribb, mint a lányoknál (***9.9. ábra***). A lányok a fiúkhoz képest minden más elektronikus formát magasabb gyakorisággal használnak szinte minden évfolyamon (9.5., 9.6. és 9.8. ábrák). A magasabb évfolyamokon szignifikánsan gyakrabban – folyamatosan növekvő arányban – használják az elektronikus kapcsolattartás különböző formáit, kivéve az e-mailek írását.

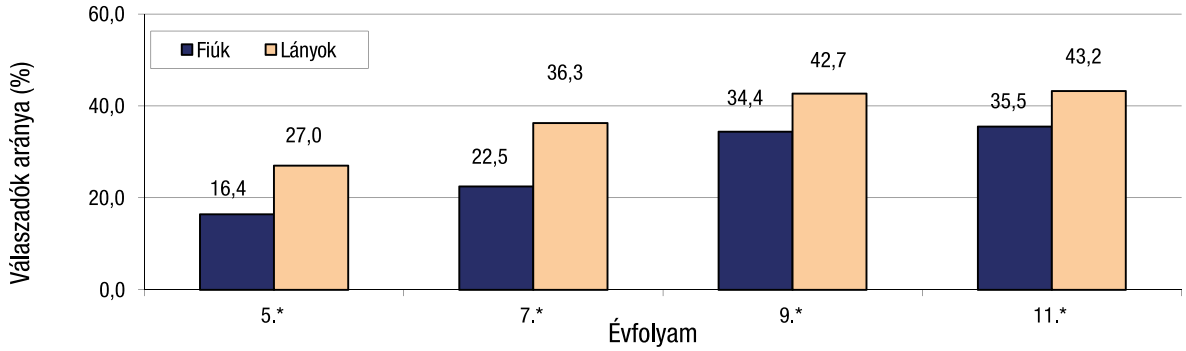
9.5. ábra

Legalább hetente telefonáló tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6132)



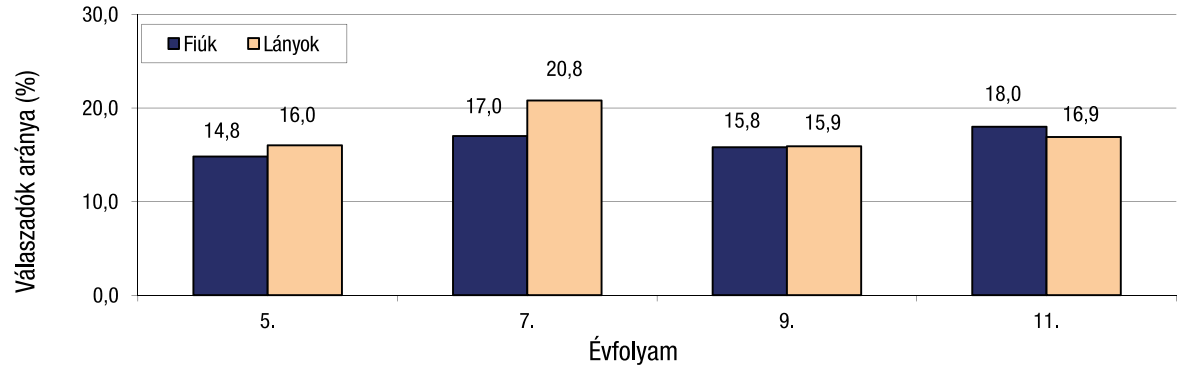
9.6. ábra

Legalább hetente SMS-t író tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6130)



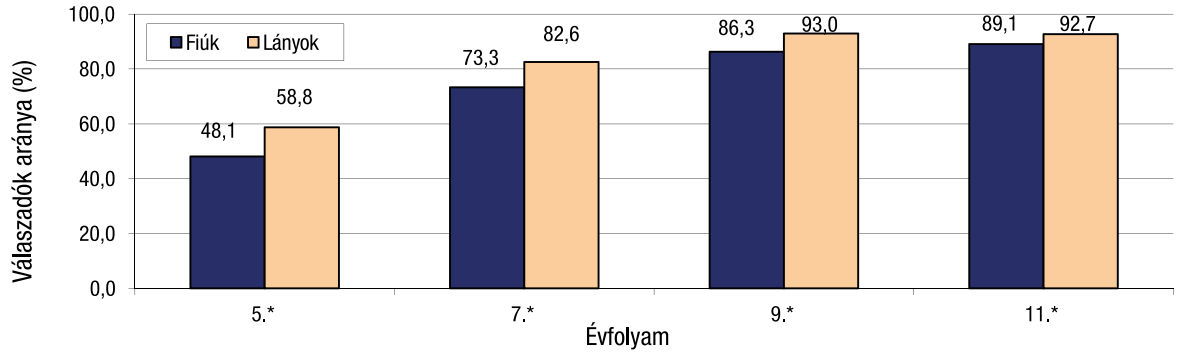
9.7. ábra

Legalább hetente e-mailt író tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6131)



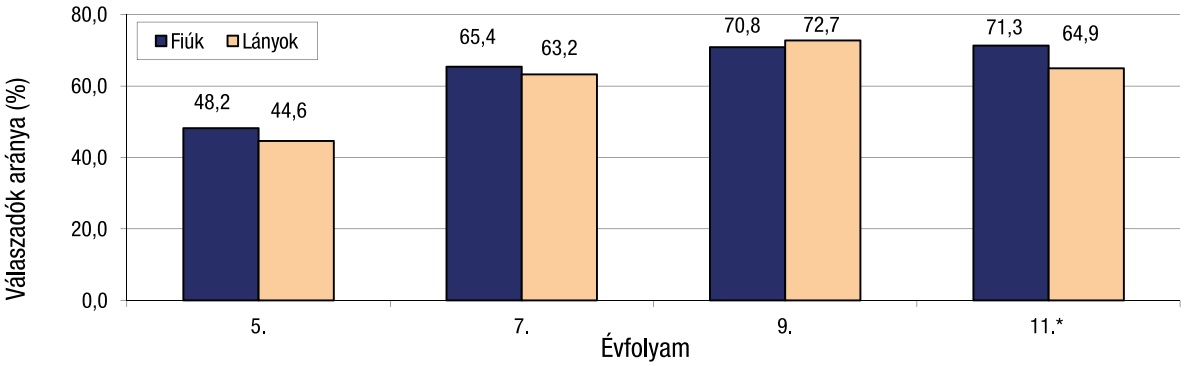
9.8. ábra

Legalább hetente chatprogramon üzenetet író tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6120)



9.9. ábra

Legalább hetente közösségi oldalon üzenő tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6112)



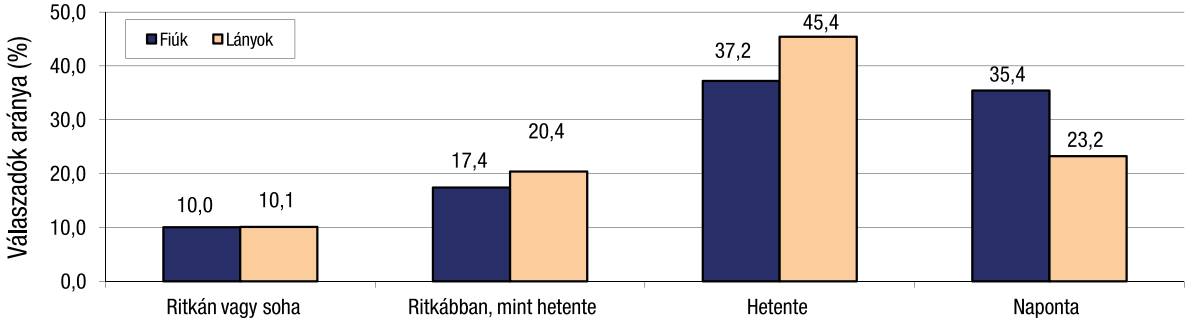
Személyes kapcsolattartás

A barátokkal együtt töltött délutánok gyakorisága tanítás után

A tanulók 10,0%-a ritkán vagy soha sincs együtt iskola után barátaival, míg közel harmaduk minden tanítási nap délutánján találkozik velük. Szignifikáns nemi különbség figyelhető meg a barátokkal töltött időben: a lányok aránya magasabb a hetente és alacsonyabb a naponta találkozók között a fiúkhoz képest (***9.10. ábra***).

9.10. ábra

Tanítás után barátokkal együtt töltött délutánok gyakorisága az 5–11. évfolyamos tanulók körében nem szerint (N = 6106)



A nemek közti különbségek évfolyamonként is szignifikánsak (**9.4. táblázat**). Az idősebb tanulók között gyakoribb a tanítás utáni mindennapos találkozás, de minden korosztályban ez a legjellemzőbb. Az évfolyamok között szignifikáns a különbség: az 5. osztályos tanulók 18,9%-a ritkán vagy soha nem találkozik barátaival, míg a 11. osztályosok körében ez az arány már csak 6,6%. Ez a különbség nemenként vizsgálva is fennáll.

9.4. táblázat

Tanítás után barátokkal együtt töltött délutánok gyakorisága nem és évfolyam szerint (N = 6105)

Évfolyam	Ritkán vagy soha (%)		Ritkábban, mint hetente (%)		Hetente (%)		Naponta (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5. *	17,8	20,0	22,9	28,6	31,7	31,5	27,6	19,9
7.*	11,4	13,2	18,9	18,9	34,7	44,5	35,1	23,4
9.*	6,7	6,1	14,7	16,9	41,1	48,8	37,5	28,3
11.*	5,8	7,2	14,4	19,3	39,7	52,6	40,1	20,9

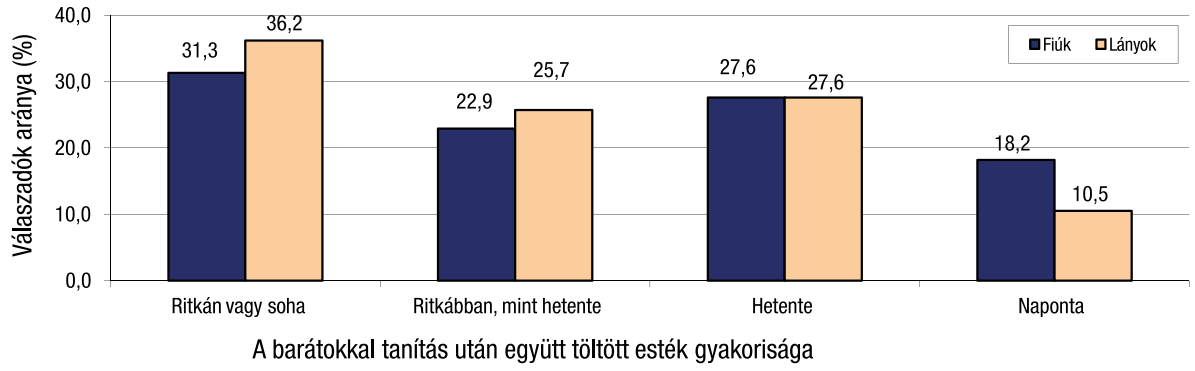
A barátokkal együtt töltött esték gyakorisága tanítás után

Általánosságban a tanulók kétharmada tölt időt barátaival valamilyen gyakorisággal este 8 óra után. Ez az arány a felsőbb évfolyamokon rendre szignifikánsan magasabb. Míg az általános iskolások felére jellemző, hogy ritkán vagy sohasem találkoznak este, addig a középiskolások már több mint harmada számolt be arról, hogy hetente ezt az időszakot barátaival tölti. Közel minden nyolcadik tanuló minden hétköznap este találkozik barátaival.

A nemek közötti különbség minden évfolyamon szignifikáns: a lányok kisebb arányban töltenek naponta időt esténként barátaikkal, mint a fiúk (**9.11. ábra**).

9.11. ábra

Tanítás után barátokkal együtt töltött esték gyakorisága az 5–11. évfolyamos tanulók körében nem szerint (N = 6107)



A nemek közötti különbség minden évfolyamon szignifikáns: a lányok kisebb arányban töltenek naponta időt esténként barátaikkal, mint a fiúk. Az összes évfolyamon jellemző, hogy a lányok a fiúkhoz képest nagyobb arányban válaszolták, hogy nem találkoznak esténként barátaikkal (**9.5. táblázat**).

9.5. táblázat

Tanítás után a barátokkal töltött esték gyakorisága nem és évfolyam szerint (N = 6106)

Évfolyam	Ritkán vagy soha (%)		Ritkábban, mint hetente (%)		Hetente (%)		Naponta (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5. *	52,7	63,3	20,4	17,8	15,2	11,2	11,7	7,7
7.*	42,9	49,5	23,5	23,8	17,8	18,6	15,8	8,1
9.*	21,5	25,6	26,2	27,6	31,5	32,1	20,7	14,8
11.*	14,0	19,1	20,8	30,5	42,2	40,8	23,0	9,7

MEGBESZÉLÉS

Serdülőkorban a fiataloknak nemcsak az iskolai környezet változásaival és kihívásaival, hanem testük, érzelmeik és társas kapcsolataik átalakulásával is szembe kell nézniük. Baráti kapcsolataik alakulását ebben az életkorban a bizalom, az önfeltárás és a hűség határozzák meg. Fejlődéspszichológiai szempontból a korai, családban tapasztalt kötődési mintázatok melegsége és biztonsága, majd a serdülőkori kortárskapcsolatokban megélt bensőségesség minősége – számos érzelmi és kognitív változáson keresztül – befolyásolja a fiatal felnőttkori párkapcsolatban átélhető intimitást (Meus, Oosterwegel és Vollebergh, 2002). Az a képesség, hogy a serdülők közeli barátaikkal megbeszéljék problémáikat és segítsék egymást ezek megoldásában, magas szintű társas és érzelmi alkalmazkodást és kognitív érettséget igényel (Savin-Williams és Berndt, 1990). A kortárskapcsolatok abban segítik a serdülőt, hogy egyszerre megőrizze saját autonómiáját, de megértse egy másik személy szempontját is. A kortárscsoport fontos közege, segítő forrása és útmutatója ennek a társas tanulási folyamatnak.

A közeli barátok segítséget jelentek a stresszel való megküzdésben, és pozitívan befolyásolják a pszichoszociális jóllétet (Pretty, Andrewes és Collett, 1994; Vedder, Boekaerts és Seegers, 2005). A pozitív pszichológia szerint legalább egy közeli barát az egészség egyik legjobb bejóslója (Hartup, 1983). A tanulók közel háromnegyedének legalább három azonos nemű barátja van, és több mint felüknek ellenkező nemű barátja is három vagy több van. A közeli barátok száma és a velük problémáikat megosztók aránya az elmúlt felmérések eredményeihez képest nem változott jelentősen (Zsiros, 2011).

Adatainkból kiderült, hogy az idősebb serdülők egyre függetlenebbekké válnak, vagyis egyre kevesebb időt töltenek szüleikkel és egyre többet kortársaikkal. A fiúk gyakrabban találkoznak délután és esténként barátaikkal, mint a lányok. Ez a nemi különbség az eltérő szocializációs folyamatoknak tulajdonítható. E szerint az elmélet szerint a serdülőkorban a lányok szülei szigorúbban korlátozzák gyermekeik önállóságát, magasabb szülői monitorozást alkalmaznak (Rose és Rudolph, 2006). A nők feminin szereptulajdonságai – habár ezek folyamatosan változnak, és kultúránként és korszakonként eltérő képet mutatnak – a meleg, támogató, gondozó és mások érzéseire érzékeny, valamint érzelmileg kifejező vonások.

A társak száma mellett fontosak a fiatalok számára a kapcsolatok minőségi jellemzői, a tőlük kapott társas támogatás mértéke. Az eredmények párhuzamba állíthatók a nemzetközi megfigyelésekkel: az észlelt társas támogatás mértéke magasabb a lányok között (Reevy és Maslach, 2001). Társas kapcsolataik magasabb fokú személyes kötődéssel, kiterjedt diádikus kapcsolatokkal, mélyebb önfeltárással jellemezhetők, és még hatékonyabb érzelmi kölcsönösségen alapulnak. A fiúk inkább hasonló tevékenység vagy érdeklődési kör köré szerveződő, nagyobb létszámú csoportokba tömörülnek. Ezzel egybecseng az az eredményünk, hogy a legjobb barátjuk után, a fiúk számára könnyebb az ellenkező nemű barátjukkal (a lányokkal) megbeszélni problémáikat.

A leggyakoribb elektronikus kapcsolattartási forma a „hagyományos” telefonhívás mellett az üzenetküldés chatprogramokon és közösségi oldalakon. A lányok gyakrabban küldenek SMS-t, telefonálnak, mint a fiúk hasonló életkorokban. Ez összefügghet a fentebb említett nemi különbséggel (Rose és Rudolph, 2006; Rose és Smith, 2009): a lányok sokkal inkább verbálisak, illetve hálózat- és kapcsolatorientáltabbak, mint a fiúk. Az e-kommunikációval kapcsolatos eredmények is megerősítik a más vizsgálatokban leírtakat: az idősebb serdülők gyakrabban használják ezeket az eszközöket (Lenhart, 2012). Az idősebb korosztályt nagyobb autonómia jellemzi, jobban hozzáférnek az elektronikus eszközökhöz, és kevésbé állnak szülői felügyelet alatt, mint a fiatalabbak. Ezért több lehetőségük van rá, hogy a virtuális térben is fenntartsák és bővítsék társas kapcsolataikat. Mivel az e-kommunikáció gyakori módja a fiatalok kapcsolattartásának, érdemes a fiatalok kompetenciáját és felelősségét hangsúlyozni a kortársakkal folytatott online interakciók tekintetében. Ezzel hozzájárulhatunk olyan viselkedéses problémák, mint az internetfüggőség és a cyberbullying megelőzéséhez. Elengedhetetlen ugyanakkor, hogy a felnőttek is felelősséget vállaljanak a biztonságos internethasználat, az adatvédelem és a netikett elsajátításában. Ma már magyar programok is segítik a serdülők szüleit és pedagógusait abban, hogy az internet tudatos és felelős felhasználóivá váljanak (SAFERINTERNET, Tabby projekt).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bagwell, C. L., Newcomb, A. F., & Bukowski, W. M. (1998). Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child Development*, *69*(1), 140–153.

Bender, D., & Loser, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence, 20*(6), 661–678.

Berndt, T. J. (2002). Friendship quality and social development. *Current Directions in Psychological Science*, *11*(1), 7–10.

Bokhorst, C. L., Sumter, S. R., & Westenberg, P. M. (2010). Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: Who is perceived as most supportive? *Social Development*, *19*(2), 417–426.

Boniel-Nissim, M., Tabak, I., Mazur, J., Borraccino, A., Brooks, F., Gommans, R., van der Sluijs, W., Zsiros, E., Craig, W., Harel-Fisch, Y., & Finne, E. (2015). Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *International Journal of Public Health*, *60*(2), 189–198.

Brechwald, W. A., & Prinstein, M. J. (2011). Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 166–179.

Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, *61*(4), 1101–1111.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.

Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research, 27*(1), 19–30.

Demir, M., & Urberg, K. A. (2006). Friendship and adjustment among adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology, 88*(1), 68–82.

Due, P., Lynch, J., Holstein, B., & Modvig, J. (2003). Socio-economic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: The role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*, 692–698.

Gifford-Smith, M. E., & Brownell, C. A. (2003). Childhood peer relationships: Social acceptance, friendships, and peer networks. *Journal of School Psychology, 41*(4), 235–284.

Gommans, R., Stevens, G. W. J., Finne, E., Cillessen, A. H., Boniel-Nissim, M., & ter Bogt T. F. (2015). Frequent electronic media communication with friends is associated with higher substance use. *International Journal of Public Health*, *60*(2), 167–177.

Hall-Lande, J. A, Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence, 42*(166), 265–286.

Hartup, W. W. (1983). Peer Relations. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (pp. 103–196). New York: Wiley.

Hays, R. B. (1988). Friendship. In S. W. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships: Theory, Research, and Interventions* (pp. 391–408). New York: Wiley.

Huang, G. C., Unger, J. B., Soto, D., Fujimoto, K., Pentz, M. A., & Jordan-Marsh, M. (2014). Peer influences: the impact of online and offline friendship networks on adolescent smoking and alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, *54*(5), 508–514.

Iannotti, R. J., Janssen, I., Haug, E., Kololo, H., Annaheim, B., Borraccino, A., & the HBSC PhysicalActivityFocus Group (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *International Journal of Public Health*, *54*(Suppl. 2), 191–198.

Iannotti, R. J., Kogan, M. D., Janssen, I., & Boyce, W. F. (2009). Patterns of adolescent physical activity, screen-based media use, and positive and negative health indicators in the U.S. and Canada. *Journal of Adolescent Health*, *44*(5), 493–499.

Jaccard, J., Blanton, H., & Dodge, T. (2005). Peer influences on risk behavior: An analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology, 41*(1), 135–147.

Jackson, L. A., von Eye, A., Fitzgerald, H. E., Witt, E. A., & Zhao, Y. (2011). Internet use, video game playing and cellphone use as predictors of children's body mass index (BMI), body weight, academic performance, and social and overall self-esteem. *Computers in Human Behaviour*, *27*(1), 599–604.

Kerr, M., Stattin, H., Biesecker, G., & Ferrer-Wreder, L. (2003). Relationships with parents and peers in adolescence. In R. Lerner, M. A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.), *Developmental Psychology* (Vol. 6.) (pp. 395–419). New York: Wiley.

Laftman, S. B., & Östberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents'health complaints. *Social Science & Medicine*, 63(3), 611–623.

Larson, R., & Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental context. *Child Development, 62*(2), 248–300.

Laursen, B., Bukowski, W. M., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2007). Friendship moderates prospective associations between social isolation and adjustment problems in young children. *Child Development, 78*(4), 1395–1404.

Leena, K., Tomi, L., & Arja, R. (2005). Intensity of mobile phone use and health compromising behaviours: How is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *Journal of Adolescence, 28*(1), 35–47.

Lenhart, A. (2012). *Teens, smartphones, and texting*. Washington, DC: Pew Research Center's Internet & American Life Project.

Lenzi, M., Vieno, A., Perkins, D. D., Santinello, M., Pastor, M., & Mazzardis, S. (2012). Perceived neighbourhood social resources as determinants of prosocial behaviour in early adolescence. *American Journal of Community Psychology, 50*(1-2), 37–49.

Li, S., Jin, X., Wu, S., Jiang, F., Yan, C., & Shen, X. (2007) The impact of media use on sleep patterns and sleep disorder samong school-aged children in China. *Sleep, 30*(3), 361–367.

Newcomb, A., & Bagwell, C. (1995). Children's friendship relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 117*(2), 306–347.

Meeus, W., Oosterwegel, A., & Vollebergh, W. (2002). Parental and peer attachment and identity development in adolescence. *Journal of Adolescence*, *25*, 93–106.

Nickerson, A., Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 25*(2), 223–249.

Pérez, J., Maldonado, T., Andrade, C., & Diaz, D. (2007). Judgments expressed by children between 9 to 11 years old, about behaviours and attitudes that lead to acceptance or social rejection in a schoolgroup. *Revistas Diversitas-Perspectivasen Psicologia, 3*(1), 81–107.

Pretty, G. M. H., Andrewes, L., & Collett, C. (1994). Exploring adolescents' sense of community and its relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology, 22*(4), 346–358.

Reevy, G. M., & Maslach, C. (2001) Use of social support: Gender and personality differences. *Sex Roles, 44*(7), 437–459.

Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioural development of girls and boys. *Psychological Bulletin, 132*(1), 98–131.

Rose, A. J, & Smith, R. L. (2009). Sex differences in peer relationships. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski & B. Laursen (Eds.), *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups* (pp. 379–393). New York: Guilford Press.

SAFERINTERNET: Elérhető: http://saferinternet.hu/

Savin-Williams, R. C, & Berndt, T. J. (1990). Friendships and peer relations during adolescence. In S. S. Feldman, & G. Elliott (Eds.), *At the Threshold: The Developing Adolescent* (pp. 277–307). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Stoddard, S. A., Bauermeister, J. A., Gordon-Messer, D., Johns, M., & Zimmerman, M. A. (2012). Permissive norms and young adults' alcohol and marijuana use: The role of online communities. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73*(6), 968–975.

Tomé, G., Matos, M., & Diniz, A. (2008). Consumo de substâncias eisolamento social durantea adolescência [Substance consumption and socialisation during adolescences] in M. Matos (Ed.), *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de umestilo?*[*Substance Consumption: Lifestyle? Searchingfor a style?*] (pp. 95–126). Lisboa: IDT.

Tabby Projekt. Elérhető: http://hun.tabby.eu/

Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2010). Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health, 48*(2), 121–127.

Vedder, P., Boekaerts, M., & Seegers, G. (2005). Perceived social support and well-being in school: The role of students' ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(3), 269–278.

Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 33*(6), 4–41.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41.

Zsiros, E. (2011). Kortárskapcsolatok. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 113–119). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

10. SZEXUÁLIS MAGATARTÁS ÉS ROMANTIKUS TAPASZTALATOK

Költő András

BEVEZETÉS

A reproduktív és szexuális egészség – amely magába foglalja az érett, biztonságos és mindkét félnek örömet okozó szexuális magatartást – a holisztikus egészség és általában az emberi jóllét egyik lényeges összevetője.

Az érett szexualitás elérése a gyermek- és felnőttkor közötti átmenet egyik legnehezebb feladata. A serdülők szexuális tapasztalatszerzése az egész életen át tartó pszichoszexuális fejlődés egyik állomásának tekinthető. Az ipari társadalmakban élő, tanköteles korból kinőtt személyek nagy részének már vannak szexuális tapasztalatai, és jelentős hányaduk már kipróbált kockázatosnak minősülő szexuális aktivitást, például védekezés nélküli közösülést (Avery és Lazdane, 2010; Godeau, Nic Gabhainn, Vignes és mtsai, 2008). Ezért a fiatalok szexuális egészségének védelme – a biztonságos szex iránti elköteleződésük növelésén keresztül – az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakmák egyik legfontosabb feladata.

A középiskolás korosztályban a szexualitással összefüggő kockázatok elsősorban a serdülőkor sajátos érzelmi és viselkedéses jellemzőivel függenek össze. A korai (14 éves vagy annál fiatalabb korban elkezdett) szex negatívan hat az önészlelésre, a jóllétre, a társas helyzetre és a későbbi egészségviselkedésre (Fergus, Zimmerman és Caldwell, 2007). A szexuális élet korai kezdete az egészségkockáztató viselkedések közé tartozik, akárcsak a szerhasználat, vagy a védekezés nélküli szex (Poulin és Graham, 2001). A korai és a védekezés nélküli szex a nem kívánt terhesség, a vetélés, a korai anyaság/apaság, valamint a nemi úton terjedő betegségek kockázatát hordozza.

Egy nemrég publikált, 21 országra kiterjedő nemzetközi összehasonlító vizsgálat (Sedgh, Finer, Bankole és mtsai, 2015) szerint hazánkban volt a legnagyobb a 10–14 év közötti lányok terhességének aránya: ezer ilyen korú lányra 1,19 terhesség jutott. Ebben a korosztályban a terhességmegszakítások (ezer főre vetítve 0,71) és a kihordott terhességek (0,34) számát tekintve Magyarország a vizsgált országok közül a második volt. A 10–14 éves lányok terhességeinek 60%-a, a 15–19 éves lányok terhességeinek 41%-a végződött terhességmegszakítással. Hazánkban a 15–19 éves lányok terhességeinek, abortuszainak és gyermekszüléseinek aránya is magas. Ezek az adatok azt mutatják, hogy túl sok lány nagyon fiatalon lesz várandós, és kénytelen vagy elvetetni, vagy megszülni gyermekét. Az abortuszon átesett lányok az abortusz okaként leggyakrabban a kényszert és az információk hiányát említik. Mind a serdülőkori terhesség, mint a művi terhességmegszakítás nagy lelki terhet jelent (Sz. Makó és Péley, 2014).

Egy harminc korábbi kutatás eredményeit összegző metaelemzés (Pilgrim és Blum, 2012) szerint a serdülők szexuális egészségével összefüggő tényezők a következők:

- Személyes szinten: a nem, a pszichoszociális jóllét és a mentális egészség;
- Az egyént körülvevő mikrorendszer szintjén: a szülő-serdülő viszony minősége, az erőszak jelenléte, a családon belüli szerhasználat vagy mentális betegségek, valamint a serdülő kortárskapcsolatai;
- Makroszinten: a kultúra;
- Kronológiai szinten: a serdülő által átélt fizikai, illetve szexuális visszaélés.

A HBSC kutatásban részt vevő országokat a szexualitás megítélése szerint három csoportba lehet sorolni. A restriktív országokban a szexualitást és a róla való közbeszédet korlátozzák, és – legalábbis a nőktől – a házasság előtti nemi élettől való teljes tartózkodást kívánnak meg. A szupportív országokban bátorítják a fiatalok szexuális tapasztalatszerzését, és a felelős szexhez szükséges információkat biztosítanak. Végül a többséget alkotó permisszív országokban (hazánk is ide tartozik) a serdülőkori szexualitással szemben az emberek legnagyobb része elnéző, ezt normális jelenségnek tekintik (Saxena, Copas, Mercer és mtsai, 2006). Az 1980-as évek óta számos kutatás bizonyította,

hogy a társadalom hozzáállása és a szexualitással kapcsolatos problémák összefüggenek. Minél „nyitottabb” egy társadalom, annál alacsonyabb a serdülőkorban szülő anyák aránya, noha a fiatalok szexuális aktivitásának gyakoriságában nincs különbség (Avery és Lazdane, 2010). Ez az eredmény is azt mutatja, hogy a serdülők szexuális tevékenységének tárgyilagos – megbélyegzés, kriminalizálás, értékítélet nélküli – vizsgálata és a szexualitás közbeszédbe emelése hozzájárul a serdülők érett és felelős viselkedéséhez, és ahhoz, hogy a szex növelje testi-lelki jóllétüket.

A szerelem az emberi lét egyik legalapvetőbb élménye, amely életünk számos vonatkozását meghatározza. A serdülőkori romantikus tapasztalatok kihatnak a mentális egészségre, a fejlődésre és a felnőtt párkapcsolatok minőségére. Pozitív következményeik közé tartozik az önbecsülés növekedése, a népszerűség és a társas pozíció, a szociális kompetencia és az autonómia érzése, valamint a társas szorongás csökkenése (Larson, Clore és Wood, 1999). A romantikus kapcsolattal – vagy annak hiányával – összefüggő negatív tényezők a szerhasználat, a deviáns tevékenységekben való részvétel, a tanulmányi eredmények romlása, a szorongás és a problémákon való rágódás (Scanlan, Bailey és Parker, 2012). A kora serdülőkori romantikus kapcsolatok szexuális problémákkal és a nem kívánt terhesség kockázatával járhatnak (Blum, Beurhing és Rinehart, 2000). A szakítások pedig depressziós epizódot és kortizolszint-emelkedést válthatnak ki; ez utóbbi a pszichoszomatikus betegségek egyik kóroka (Goodyer, Tamplin, Herbert és mtsai, 2000).

A romantikus vonzódás a szexuális identitás egyik összetevője. Az identitás kialakítása a serdülőkor pszichológiai feladata (Erikson, 1950), vagyis ebben az időszakban a fiatalok szerelmi és szexuális orientációja nem feltétlenül végleges. Azok a serdülők, akik azonos neműekhez vonzódnak, gyakran élnek át erős pszichés stresszt, szégyent, félelmet, mert kívülállónak érezhetik magukat, és az iskolában gúnyolódásnak és verbális vagy fizikai erőszaknak lehetnek kitéve (Headspace National Youth Mental Health Foundation, é.n.). Mindez veszélyt jelenthet az egészségükre serdülőként (Savin-Williams, 1999) és felnőttkorukra kihatóan is (Cochran, Sullivan és Mays, 2003; Cochran és Mays, 2007). A részben vagy kizárólag azonos nemű partnerekhez vonzódó fiatalok mintegy kétszer gyakrabban kísérelnek meg öngyilkosságot, és másfélszer nagyobb a kockázatuk depresszív és szorongásos zavarokra, valamint a szerhasználatra, mint azoknak, akik ellenkező nemű partner iránt éreznek vonzalmat (King, Semlyen, Tai és mtsai, 2008).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A szexualitással kapcsolatos kérdéseket csak a 9. és 11. évfolyamos tanulóknak tettük fel, a szexuális aktivitásra, a szexuális élet kezdetére, és a legutóbbi aktus során történt védekezésre vonatkozóan.[56]

- *Volt-e már szexuális kapcsolatod? (Lefeküdtél-e már egy fiúval vagy lánnyal?).* (Lehetséges válaszok: Igen / Nem.)
- *Hány éves voltál, mikor először lefeküdtél egy fiúval/lánnyal?* (Lehetséges válaszok: Soha nem volt szexuális kapcsolatom / 11 éves vagy fiatalabb / 12 éves/ 13 éves/ 14 éves/ 15 éves / 16 éves vagy idősebb voltam.)
- *A legutóbbi alkalommal használtál-e te vagy a partnered óvszert (kotont)?* (Lehetséges válaszok: Igen / Nem / Nem tudom.)
- *A legutóbbi alkalommal használtál-e te vagy a partnered fogamzásgátló tablettát?* (Lehetséges válaszok: Igen / Nem / Nem tudom.)
- *A legutóbbi alkalommal használtál-e te vagy a partnered valamilyen más módszert a védekezésre?* (Lehetséges válaszok: Igen / Nem / Nem tudom.)

[56] A korábbi kutatási ciklusokban alkalmazott kérdésekhez és azok struktúrájához képest a 2013/14-es felmérésben a szexuális tapasztalatokra vonatkozó kérdések szerkezetét egyszerűsítettük, az adatbázis kialakítása során az inkonzisztens választ adó tanulókat pedig eleve kiszűrtük. Az adatokat ennek fényében érdemes összevetni a korábbi felmérések eredményeivel.

Egy kérdéssel vizsgáltuk, hogy a tanulók hogyan észlelik kortársaik szexuális aktivitását.

- *Mit gondolsz, hány barátodra igaz, hogy már volt szexuális kapcsolata (lefeküdt valakivel)?* (Lehetséges válaszok: Egyikre sem / Kevésre / Néhányra / Sokra / Mindegyikre.)

A tanulók szerelmi tapasztalataival kapcsolatban a következő kérdéseket tettük fel.

- *Voltál-e már szerelmes valakibe?* (Lehetséges válaszok: Igen, egy lányba vagy lányokba / Igen, egy fiúba vagy fiúkba / Igen, lány(ok)ba és fiú(k)ba is / Nem, még soha nem voltam szerelmes.)
- *Jártál-e már valakivel?* (Lehetséges válaszok: Igen, egy lánnyal vagy lányokkal / Igen, egy fiúval vagy fiúkkal / Igen, lánnyal (lányokkal) és fiúval (fiúkkal) is / Nem, még soha nem jártam senkivel.)

EREDMÉNYEK

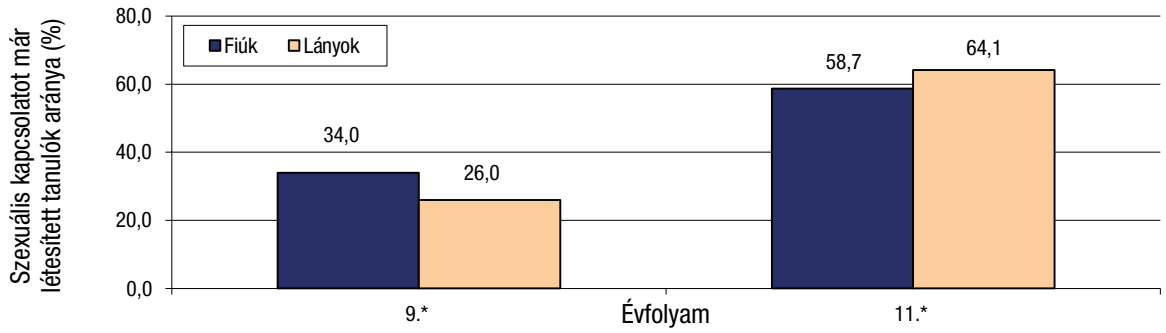
Szexuális aktivitás[57]

A tanulók 45,4%-a számolt be arról, hogy már volt szexuális kapcsolata (a két nem közel azonos arányban: a fiúk 46,0%-a, a lányok 44,9%-a). A fiúk 54,0%-ának, a lányok 55,1%-ának még nem volt szexuális kapcsolata.

Az adatokat évfolyam szerinti bontásban vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az idősebb tanulók között szignifikánsan nagyobb a szexuálisan aktív tanulók aránya. A 9. évfolyamon 8,0%-kal több fiúnak van már szexuális tapasztalata, mint lánynak, míg a tizenegyedikesek körében a nemek közötti különbség – a lányok javára – 5,4%-os. A nemi különbség mindkét évfolyamon statisztikailag jelentős (***10.1. ábra***).

10.1. ábra

Szexuális kapcsolatot már létesített tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 3366)



A képzéstípus szerint is szignifikáns különbséget találtunk: míg a gimnazisták, szakközépiskolások 40,7%-a, addig a szakmunkás- és szakiskolai tanulók 71,5%-a nyilatkozott úgy, hogy már volt szexuális kapcsolata.

A szexuális élet kezdete[58]

Azok közül a kilencedikes tanulók közül, akik saját bevallásuk szerint már szexuálisan aktívak, 45,0% első ilyen jellegű tapasztalatát 14 évesen vagy korábban szerezte. A 11. osztályosok körében ez az arány 21,6% (***10.1. táblázat***). A fiúk 36,6%-a, a lányok 22,9%-a 14 évesen vagy annál fiatalabban kezdte a szexuális életet; a különbség szignifikáns.

[57] Körülbelül 4% (évfolyam és nem szerinti bontásban 2,6-5,4% között) volt azok aránya, akik erre a kérdésre nem válaszoltak. Az ő adataik az itt bemutatott elemzésekben nem szerepelnek.

[58] A szexuális aktivitással kapcsolatos további elemzésekben a szexuális tapasztalattal még nem rendelkező, illetve válaszmegtagadó tanulók nem szerepelnek.

10.1. táblázat

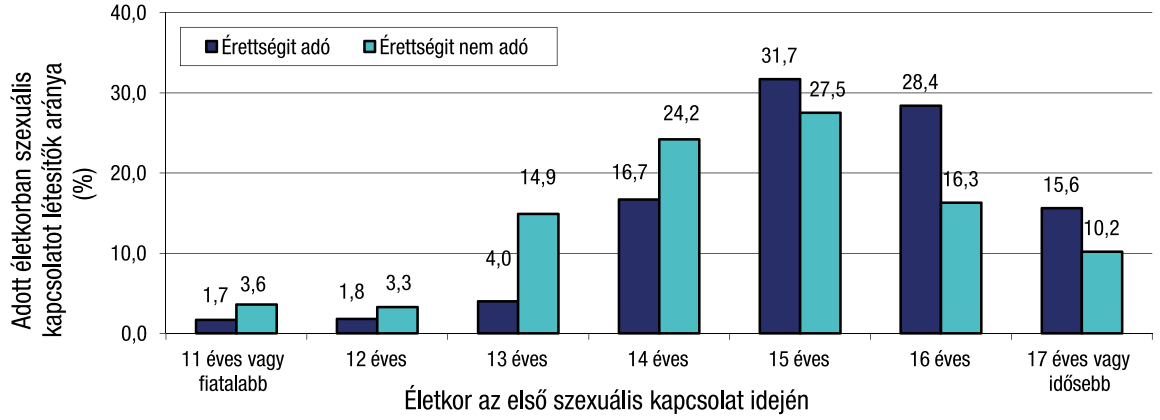
Szexuális kapcsolatot már létesített tanulók életkora az első szexuális kapcsolat idején nem és évfolyam szerint (N = 1514)

Életkor a szexuális aktivitás kezdete idején	9. évfolyam (%)*		11. évfolyam (%)*	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
11 éves vagy fiatalabb	4,4	1,7	3,7	0,2
12 éves	5,5	0,8	2,3	0,9
13 éves	12,1	7,6	8,2	2,3
14 éves	26,8	30,5	14,9	12,3
15 éves	37,1	41,5	29,3	24,5
16 éves	12,1	16,9	25,9	35,2
17 éves vagy idősebb	1,8	0,8	15,8	24,6

Az érettségit adó és nem adó iskolák tanulói között szignifikáns különbséget találtunk a nemi élet kezdetének életkorában. A szakiskolás és szakmunkás tanulók hamarabb kezdik a szexuális életet, mint a gimnazisták, szakközépiskolások (a különbség a két képzéstípus összes tanulója között szignifikáns, ***10.2. ábra***). Bár a csúcs mind az érettségiző, mind a nem érettségiző diákok esetében 15 évnél van, arányaiban több szakmunkás- és szakiskolás tanuló szerzi első tapasztalatait 14 évesen vagy fiatalabban. A szakközépiskolások és gimnazisták között viszont többségben vannak, akik 15 éves vagy idősebb korukban élik át első szexuális élményüket.

10.2. ábra

Szexuális kapcsolatot már létesített 9–11. évfolyamos tanulók életkora az első szexuális kapcsolat idején képzéstípus szerint[59] (N = 1514)



Védekezés

A szexuálisan aktív tanulók által a leggyakrabban használt védekezési mód az óvszerhasználat. Önmagában a tanulók 46,7%-a, más módszerrel kombinálva 17,8%-uk használt óvszert a legutóbbi szexuális együttlét során. Más módszert használt a tanulók 16,9%-a. A válaszadók 4,4%-a nem tudja, hogy az utolsó szexuális együttlét alatt védekezett-e ő vagy a partnere.

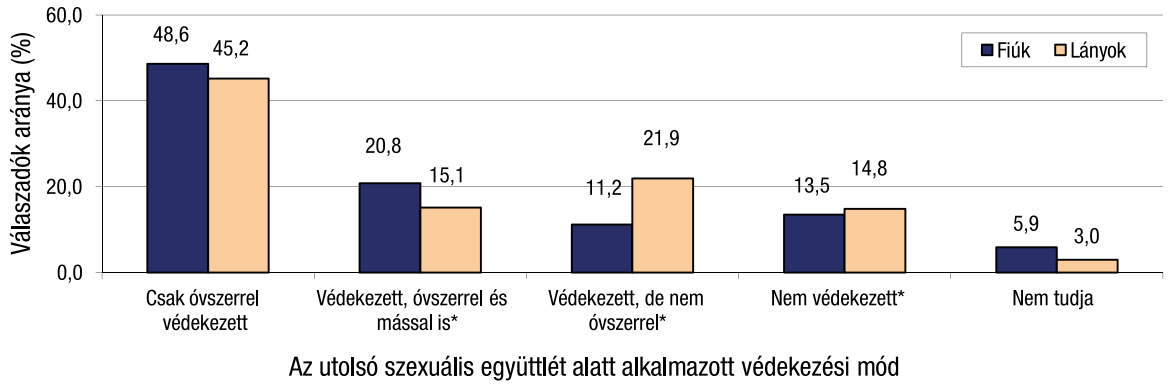
Nem védekezett a szexuális életet élő tanulók 14,2%-a (212 fő). A védekezési módszerek használatában a nemek között szignifikáns különbségeket találtunk (***10.3. ábra***). A fiúk és a lányok között

[59] Az ábrázolt populáció nem tartalmazza a válaszmegtagadó vagy szexuálisan még nem aktív tanulókat.

a csak óvszerrel való védekezés arányában nincs jelentős különbség, a lányok azonban kétszer gyakrabban (21,9%) számolnak be nem óvszerrel való védekezésről, mint a fiúk (11,2%).

10.3. ábra

A legutóbbi együttlét alkalmával használt védekezési módok a szexuális kapcsolatot már létesített 9–11. évfolyamos tanulók körében, nem szerint (N = 1495)



Ha a nem mellett évfolyam szerinti bontásban is vizsgáljuk az adatokat (***10.2. táblázat***), kiderül, hogy a módszerek kombinációja a kilencedikes fiúkra szignifikánsan nagyobb arányban jellemző, mint a lányokra, míg a tizenegyedikeseknél nincs jelentős nemi különbség. A „nem tudom, védekeztünk-e az utolsó együttlét alkalmával" választ azonban szignifikánsan több tizenegyedikes fiú, mint lány adja, míg a kilencedikesek között nincs nagy nemek közti eltérés. Ezeket az adatokat – az alacsony elemszámok miatt – óvatosan kell értelmezni.

10.2. táblázat

A legutóbbi együttlét alkalmával használt védekezési módok a szexuális kapcsolatot már létesített tanulók körében, nem és évfolyam szerint (N = 1495)

Védekezési mód	9. évfolyam (%)		11. évfolyam (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Csak óvszerrel védekezett	49,8	48,9	47,7	43,6
Védekezett, óvszerrel és mással is[60]	24,2	15,0	18,7	15,2
Védekezett, de nem óvszerrel*	5,9	11,6	14,5	26,1
Nem védekezett	13,0	17,6	13,8	13,6
Nem tudja[61]	7,1	6,9	5,4	1,4

Az érettségit nem adó iskolákban tanulók jóval kisebb arányban (a fiúk 21,7%-kal, a lányok 20,6%-kal kevesebben) használnak óvszert, mint érettségizni fogó társaik. Azok aránya, akik semmilyen védekezést nem alkalmaztak az utolsó együttlét alkalmával, a szakmunkás- és szakiskolai tanulók között több mint kétszeres (a fiúknál közel háromszoros), mint a gimnazisták és szakközépiskolások között (***10.3. táblázat***). Az érettségiző tanulók között minden védekezési mód esetében, míg a szakmunkás- és szakiskolai tanulóknál csak a nem óvszerrel történő védekezésben találtunk szignifikáns nemi különbséget, ezeket az adatokat azonban az alacsony elemszámok miatt óvatosan kell értelmezni.

[60] A nemi különbség a 9. osztályos tanulók almintájában szignifikáns.

[61] A nemi különbség a 11. osztályos tanulók almintájában szignifikáns.

10.3. táblázat

A legutóbbi együttlét alkalmával használt védekezési módok a szexuális kapcsolatot már létesített 9–11. évfolyamos tanulók körében, nem és képzéstípus szerint (N = 1495)

Védekezési mód	Gimnázium / Szakközépiskola (%)[62]		Szakmunkásképző / Szakiskola (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Csak óvszerrel védekezett	55,3	48,6	33,6	28,0
Védekezett, óvszerrel és mással is	17,8	12,8	27,3	27,3
Védekezett, de nem óvszerrel*	11,5	22,1	10,5	19,7
Nem védekezett	8,4	13,1	24,5	23,5
Nem tudja	6,9	3,3	4,1	1,5

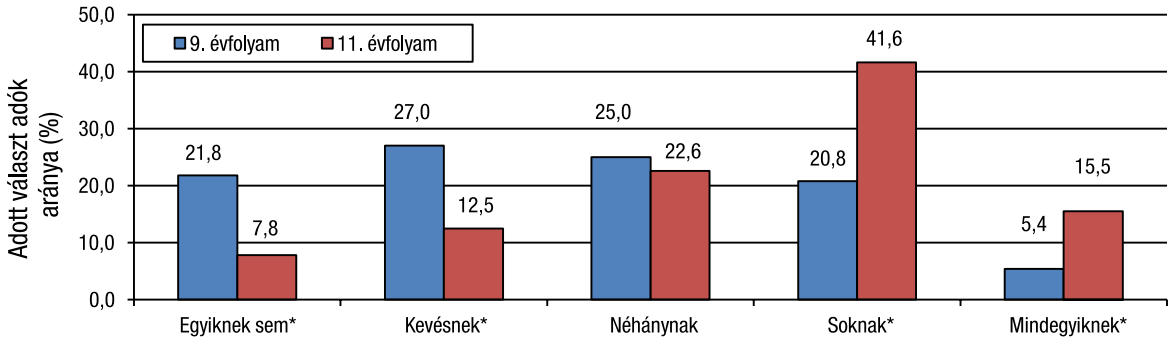
A serdülők percepciója barátaik szexuális aktivitásáról

A tanulók 85,0%-a számolt be arról, hogy van legalább egy olyan barátja, aki szexuálisan aktív. Kevés barátra igaz ez 19,9% szerint, néhány barátra 23,8% szerint, sokra 31,0% szerint és mindegyikre 10,3% szerint. A fiúk és a lányok percepciójában nincsen jelentős mértékű eltérés.

A kilencedikesek 78,2%-a, a tizenegyedikeseknek 92,1%-a észleli úgy, hogy legalább egy barátjuknak már volt szexuális kapcsolata. A magasabb évfolyamba lépve a válaszok aránya úgy rendeződik át, hogy a fiatalabb tanulók legnagyobb része szerint kevés, míg az idősebbek zöme szerint sok barátjuk van, akinek már volt szexuális kapcsolata (***10.4. ábra***). A fiúk és a lányok véleménye az egyes évfolyamokon belül hasonló eloszlást követ.

10.4. ábra

A tanulók percepciója barátaik szexuális aktivitásáról évfolyam szerint (N = 3471)



Hány barátjáról gondolja, hogy volt már volt szexuális kapcsolata
*Az adott válasz gyakorisága az évfolyamok között szignifikánsan eltér

A barátok szexuális tapasztalatára vonatkozó vélekedés a képzéstípus szerint is szignifikánsan különbözik. Míg az érettségit adó iskolákban tanulók 39,3%-a gondolja úgy, hogy már sok vagy mindegyik barátjának volt szexuális kapcsolata, addig a szakmunkás- és szakiskolai tanulók 52,3%-a számol be erről.

A saját szexuális tapasztalatot még nem szerzett tanulók 22,5%-a szerint nincs olyan barátjuk, aki már szexuálisan aktív; a szexuális tapasztalattal már rendelkező tanulók körében ez az arány 4,6%.

[62] A gimnazisták / szakközépiskolások almintájában a nemi különbség minden védekezési mód esetén szignifikáns.

Romantikus tapasztalatok, vonzódás

A tanulók túlnyomó többsége – mintegy 85-87%-uk – már érzett szerelmet ellenkező nemű partner(ek) iránt (***10.4. táblázat***), s ugyancsak jelentős, 75% körüli arányban már volt is romantikus kapcsolatuk ellenkező neművel (***10.5. táblázat***). Nem volt még szerelmes a fiúk 10,4%-a, a lányok 11,0%-a; a kizárólag azonos vagy mindkét nemű személybe szerelmes tanulók aránya 0,6-1,8% közötti, s körülbelül hasonló azoknak az aránya, akiknek már volt is kapcsolata azonos vagy mindkét nembeli partnerrel. Meg kell jegyeznünk, hogy a fiúk 17,3%-a és a lányok 13,6%-a már volt szerelmes, de nem volt tapasztalata a párkapcsolatok terén. Noha mind a nemek, mind az évfolyamok között találtunk szignifikáns különbséget, ezek viszonylag csekélyek.

10.4. táblázat

A tanulók romantikus érzései nem és évfolyam szerint (N = 3424)

Voltál-e már szerelmes valakibe?	9. évfolyam (%)		11. évfolyam (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Igen, ellenkező nemű(ek)be[63]	87,7	81,6	86,8	87,3
Igen, azonos nemű(ek)be	0,6	0,9	1,4	1,8
Igen, mindkét nembéli(ek)be	1,2	1,6	1,4	1,9
Még nem voltam szerelmes[64]	10,5	15,9	10,3	9,0

10.5. táblázat

A tanulók romantikus tapasztalatai nem és évfolyam szerint (N = 3413)

Jártál e már valakivel?	9. évfolyam (%)		11. évfolyam (%)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Igen, ellenkező nemű partnerrel (partnerekkel)*	73,9	69,2	74,2	84,9
Igen, azonos nemű partnerrel (partnerekkel)	0,6	0,9	1,2	0,9
Igen, mindkét nembéli partnerrel	1,7	1,4	1,2	2,3
Még nem jártam senkivel*	23,8	28,5	23,5	15,0

63 A nemi különbség a 9. osztályos tanulók almintájában szignifikáns.

64 A nemi különbség a 9. osztályos tanulók almintájában szignifikáns.

MEGBESZÉLÉS

Az adatok értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy az előző két adatgyűjtési ciklusban alkalmazott kérdésekhez képest a 2013/14-ben felvett kérdőív szexualitással kapcsolatos kérdéseit jelentősen egyszerűsítettük. Ez valószínűleg azzal jár, hogy kevesebb tanuló adott inkonzisztens választ. A 2009/10-es jelentéssel szemben az itt bemutatott elemzések nem terjednek ki az adott kérdés(ek)re nem válaszoló tanulókra.

A két korábbi felmérésünkben a tanulóknak körülbelül 40%-a számolt be arról, hogy volt már szexuális kapcsolata (Költő, 2011; Várnai és Németh, 2007), míg a jelen vizsgálatban ezekhez képest kb. 5%-os emelkedést tapasztaltunk, ami összhangban van a kelet-európai régióra jellemző változásokkal (Ramiro, Windlin, Reis és mtsai, 2015). Az adatok nem és évfolyam szerinti bontásban való elemzése során nem találtunk jelentős eltérést az előző felmérésekre jellemző válaszmintázatokhoz képest.

A 2006-os és 2010-es felméréshez hasonlóan, 2014-ben átlagosan a tanulók egyharmada állította, hogy 14 évesen vagy annál korábban élte át az első nemi aktust. Ezért is hangsúlyozzuk, hogy – a korcsoport fejlettségének megfelelően – már az általános iskola alsó tagozatában fontos lenne elkezdeni a szexuális felvilágosítást, tágabb szemléleti keretű, életkészségeket fejlesztő programok keretében. Harmincöt, szexualitással foglalkozó egészségfejlesztő program metaelemzése cáfolta azt a tévhitet, hogy a nemiséggel kapcsolatos felvilágosító-oktató programok fokozzák a szexuális aktivitást (Kirby és Coyle, 1997).

Emelkedő irányú trendet találtunk a nem védekező tanulók arányában: 2006-ban mintegy 7% (Várnai és Németh, 2007), 2010-ben 10% körüli (Költő, 2011), a jelen kutatási ciklusban pedig kb. 14% azok aránya, akik az utolsó szexuális együttlét során nem használtak semmilyen védekező módszert. Ezek az eredmények is alátámasztják, hogy a szexet nem kriminalizáló, viszont a szociális készségeket fejlesztő és a serdülő felelősségét és kompetenciáját hangsúlyozó felvilágosító programok (Kirby, 2002) intenzív alkalmazására volna szükség a hazai egészségfejlesztésben.

A legutóbbi szexuális aktus során csak óvszert használó tanulók aránya 2006-ban és 2010-ben hasonló, 56% körüli volt; a jelen felmérésben azonban mintegy 10%-kal alacsonyabb arányban számoltak be erről. Kis mértékben növekedett viszont azoknak az aránya (a 2006-ban mért 15%-hoz képest közel 3%-kal), akik az óvszert valamilyen más védekezési móddal kombinálva alkalmazták. A nem kívánt terhesség és a szexuális úton terjedő betegségek ellen ez jelenti a legnagyobb biztonságot.

Jelentős eltérés van a szexuális tapasztalatszerzés önbevalláson alapuló prevalencia-értéke és a kortársak szexuális aktivitásának észlelése között: a középiskolás tanulók majdnem kétszer annyian gondolják úgy, hogy legalább egy barátjuknak volt már szexuális kapcsolata, mint ahányan magukról állították ezt. Ez az eredmény alátámasztja: a serdülő saját tapasztalatszerzése nem függ össze azzal, hogy legjobb barátjának volt-e már szexuális kapcsolata. Azok a fiatalok, akik már szexuálisan aktívak, népszerűbbek kortársaik körében (Prinstein, Meade & Cohen, 2003), ami ugyancsak hozzájárulhat a valós és vélt gyakoriság közötti különbséghez.

A 2010-es felméréshez képest sajnos nem változtak a szexuális szokások képzéstípus szerinti különbségei sem. A csak szakmát tanulók fiatalabban szerzik első szexuális tapasztalataikat, mint a gimnazisták és szakközépiskolások. A kortársak szexuális tevékenységével kapcsolatos percepcióban is tetten érhető ez a különbség: a szakiskolások és szakmunkástanulók nagyobb arányban gondolják úgy, hogy kortársaik már szexuálisan aktívak, mint az érettségizők. Az érettségit nem adó iskolákban tanuló fiatalok körében – az érettségit adó iskolák diákjaihoz képest – háromszoros azoknak az aránya, akik a legutolsó alkalommal nem védekeztek. Közöttük az óvszerhasználók aránya is kisebb. Ez a szakmunkás- és szakiskolás fiatalok nem kívánt terhességnek, nemi úton terjedő betegségeknek való súlyos kitettségét jelzi.

A 2014-es felmérés volt az első, ahol szisztematikusan vizsgáltuk a fiatalok romantikus orientációját, szerelmi tapasztalatait. A 9–11. osztályos fiatalok nagy többsége (tíz diákból kilenc) már volt szerelmes, s több mint háromnegyedüknek párkapcsolata is volt.

A fiatalok 0,6-1,9%-a azonos vagy mindkét nemű partner iránt érzett vonzalmat. Számos kutatás bizonyítja, hogy a részben vagy kizárólag azonos neműekhez vonzódó fiatalok különösen nagy veszéllyel vannak kitéve a kortársbántalmazásnak, a verbális és fizikai erőszaknak. Ez egyéb negatív következmények mellett a serdülő depresszív hangulatának, öngyilkossági kísérletének kockázatával járhat, és a testi-lelki egészség tartós – felnőttkorra is kiható – károsodásához vezethet (Cochran, Sullivan és Mays, 2003; Cochran és Mays, 2007).

A „szerelembe esés", a szexuális és párkapcsolati tapasztalatszerzés a serdülőkori identitásformálódás fontos része (Erikson, 1950). Adataink is alátámasztják, hogy a serdülőkre jellemző intenzív érzelmi élet a romantikus érzések terén is általánosan jelen van. A késői kamaszkorra szinte minden fiatal átélt már ilyen élményeket, nagyobb részüknek párkapcsolata is volt már. Eredményeinkből áttételesen arra is következtethetünk, hogy a párkapcsolatok zömében a serdülőkorú fiatalok nagy része szexuálisan is aktív, azaz már eljutott a közösülésig. Az egészségnevelés fontos feladata a fiatalok attitűdjét úgy alakítani, hogy az érzelemteli – és biztonságos – szexuális életet tekintsék értéknek.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Avery, L., & Lazdane, G. (2010). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 15*(S2), S54–S66.

Blum, R. W., Beuhring, T., & Rinehart, P. M. (2000). *Protecting teens: Beyond race, income, and family structure.* Minneapolis, USA: Center for Adolescent Health.

Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*, *97*(11), 2048–2055.

Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(1), 53–61.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society.* New York: Norton.

Fergus, S., Zimmerman, M. A., & Caldwell, C. H. (2007). Growth trajectories of sexual risk behavior in adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health, 97*(6), 1096–1101.

Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Vignes, C., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: Results from 24 countries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162*(1), 66–73.

Goodyer, I. M., Tamplin, A., Herbert, J., & Altham, M. E. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry, 177*(6), 499–504.

Headspace National Youth Mental Health Foundation (é.n.). *Sexuality and gender identity.* Fact Sheet 19.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*(1), 70.

Kirby, D. (2002). Effective approaches to reducing adolescent protected sex, pregnancy, and childbearing. *Journal of Sex Research, 39*(1), 51–57.

Kirby, D., & Coyle, K. (1997). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Children and Youth Services Review, 19*(5-6), 415–436.

Költő, A. (2011). Szexuális magatartás. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 55–58). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Larson, R. W., Clore, G. L., & Wood, G. A. (1999). The emotions of romantic relationships: Do they wreak havoc on adolescents? In W. Furman, B. B. Brown & C. Feiring (Eds.), *The development of Romantic Relationships in Adolescence* (pp. 14–49). Cambridge: Cambridge University Press.

Pilgrim, N. A., & Blum, R. W. (2012). Protective and risk factors associated with adolescent sexual and reproductive health in the English-speaking Caribbean: A literature review. *Journal of Adolescent Health, 50*(1), 5–23.

Poulin, C., & Graham, L. (2001). The association between substance use, planned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction, 96*(4), 607–621.

Prinstein, M. J., Meade, C. S., & Cohen, G. L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology, 28*(4), 243-249.

Ramiro, L., Windlin, B., Reis, M., Nic Gabhainn, S., Jovic, S., Matos, M. G., Magnusson, J. & Godeau, E. (2015). Gendered trends in early and very early sex and condom use in 20 European countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health, 25*(Suppl. 2), 65–68.

Savin-Williams, R. C. (1994). Verbal and physical abuse as stressors in the lives of lesbian, gay male, and bisexual youths: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(2), 261–269.

Saxena, S., Copas, A. J., Mercer, C., Johnson, A. M., Fenton, K., Eren, B., Nachahal, K., Macdowall, W., & Wellings, K. (2006). Ethnic variations in sexual activity and contraceptive use: national cross-sectional survey. *Contraception, 74*(3), 224–233.

Scanlan, F., Bailey, A., & Parker, A. (2012). *Evidence Summary: Adolescent romantic relationships – Why are they important? And should they be encouraged or avoided?* Manuscript. Orygen Youth Health Research Centre, Headspace National Youth Mental Health Foundation, 1–3.

Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), 223–230.

Sz. Makó, H., & Péley, B. (2014). A terhesség megszakításával járó döntéshozatali folyamat és a preabortusz időszaka a nők mentális állapotával összefüggésben. *Orvosi Hetilap, 155*(17), 647–652.

Várnai, D., & Németh, Á. (2007). Szexuális magatartás. In Németh Á. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. *Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 99–102). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

SZUBJEKTÍV JÓLLÉT, MENTÁLIS EGÉSZSÉG

11. SZUBJEKTÍV JÓLLÉT ÉS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

Költő András

BEVEZETÉS

A serdülőkor változás, átmenet a gyermek- és a felnőttkor között. Ennek az átmenetiségnek köszönhető – részben biológiai okokkal, az idegrendszer átalakulásával is magyarázható –, hogy a serdülők hangulata nagy ingadozásokat mutat. A fiataloknál megjelenő pszichés tünetek és problémák részben ennek a hullámzásnak, illetve a saját identitás kialakításával járó nehézségeknek tulajdoníthatók (Költő és Zsiros, 2013). A mentális egészség és pszichés jóllét azonban kihat a testi egészségre is, és megalapozza a „teljes" életet. A HBSC kutatás ötvözi ezt a két szempontot: kiterjed a serdülők pszichés és szomatikus problémáira (pl. depresszív hangulat, egészségi panaszok), és nagy hangsúlyt fektet a mentális egészség pozitív összetevőire (pl. élettel való elégedettség, pszichés jóllét) (Ottova, Wollebergh, van Dorsselaer és mtsai, 2011). A testi-lelki egészség olyan erőforrás, amely hozzájárul az optimális működéshez, a betegségek megelőzéséhez, és a mindennapi élet kihívásaival és követelményeivel való megküzdéshez. Fontos, hogy a serdülők jóllétét leíró legfontosabb tényezőket elkülönítsük és mérhetővé tegyük. Ez szükséges ahhoz, hogy bármilyen egészségfejlesztő program, tevékenység hatását objektíven igazolhassuk, s a különböző országokban, kultúrákban élő (vagy különböző pszichoszociális hatásoknak kitett) fiatalokat össze tudjuk hasonlítani.

Az *önminősített egészség* azon alapul, hogy az egyén milyennek észleli saját egészségi állapotát; ennek az értékelésnek a forrása általában az egyén környezetében élő kortársakkal való – tudatos vagy tudattalan – összehasonlítás (Bjorner, Kristensen, Orth-Gomer és mtsai, 1996). Olyan folytonos dimenziónak tekinthetjük, amelynek egyik végén a „nagyon kedvező", a másik végén a „nagyon kedvezőtlen" észlelt állapot található. Az önészlelt egészségi állapot nagyon fontos mutatója a serdülő jóllétének. A fiatalkori egészségi állapot nagymértékben előrejelzi a felnőttkori egészség minőségét (Viner, Ozer, Denny és mtsai, 2012), vagyis a serdülők egészségfejlesztésére irányuló programok és támogatások hosszú távon az egész társadalom életminőségét és termelékenységét javíthatják.

A serdülők kutatásában egyre nagyobb szerepet kap a *szubjektív egészségi panaszok* előfordulásának és életre gyakorolt hatásának a vizsgálata (Eminson, 2007). Ez magába foglal számos testi tünetet, amelyek a múló rossz érzésektől kezdve a személy mindennapi funkcionálását megakadályozó, tartós, állandó orvosi ellenőrzést követelő klinikai állapotokig terjedhetnek. A „szubjektív" kifejezés rávilágít a személyes élmény és értelmezés szerepére: ez határozza meg, hogy az adott tünet hogyan és mennyire befolyásolja a személy életminőségét. A szubjektív egészségi panasz kifejezés semleges abban az értelemben, hogy nem hordoz előfeltevéseket a kóroktanról, a tünetek hátterében álló biológiai vagy lelki okokról (Ursin, 1997). Bár szokás megkülönböztetni „szomatikus" (pl. fájdalom) és „pszichés" (pl. rossz hangulat) egészségpanaszokat, fontos tudni, hogy ezek nem azonosíthatók a tünet okával. Például a depresszió egyik tünete is lehet a fáradtság, míg gyulladásos betegségek járhatnak visszahúzódással, nyomott kedélyállapottal (Kulcsár és Kökönyei, 2004). Az egyéni élmények és reakciók sokfélesége miatt a szubjektív egészségi panaszokban nehéz általánosan érvényes küszöböt, klinikai határértéket állítani (Eriksen és Ursin, 2004). Noha a serdülők – részben a testi-lelki átalakulás miatti fokozott önmegfigyelés miatt – rendszeresen számolnak be ilyen tünetek jelenlétéről, ezek általában nem korlátozzák őket a mindennapi funkcionálásban, és nem utalnak érzelmi zavarra sem (Kökönyei, Sebestyén, Kovacsis és mtsai, 2007). Fontos azonban megemlíteni, hogy a felnőttkorban gyakori testi panaszokról beszámoló felnőttek nagy részére már serdülőkorban is jellemző volt a testi tünetek gyakori megjelenése (Poikolanien, Aalto-Setälä, Marttunen és mtsai, 2000).

A serdülők egészségi állapotának vizsgálatára két objektív mutató is szerepel a HBSC eszköztárában. A rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő *krónikus egészségi problémák* stresszforrást

jelenthetnek, és megakadályozhatják a serdülőt fokozott autonómia-igényének kiteljesítésében, noha kutatócsoportunk egy korábbi vizsgálata szerint a krónikus betegséggel élő és egészséges serdülők testi és lelki tüneteinek gyakoriságában nem volt számottevő különbség (Aszmann és mtsai, 2004). A krónikus egészségi problémákba, a korábbi kutatásokhoz képest kissé szélesebb értelemben, nem csak a krónikus betegségeket, de a fogyatékosságokat (pl. mozgásban való korlátozottság) is beleértjük. Ezek vizsgálata azért fontos, mert az ilyen problémával élő serdülők jobban ki vannak téve az érzelmi terheknek (Mazur, Sentenac, Brooks és mtsai, 2012) és a kortársbántalmazásnak (Sentenac, Gavin, Arnaud és mtsai, 2011), mint egészséges társaik. A *gyógyszerfogyasztás* pedig – amellett, hogy számos kockázattal jár (Holstein, Andersen és mtsai, 2013) – viszonylag érzékenyen jelzi a testi-lelki tünetek jelenlétét és a kedvezőtlen egészségi állapotot (Gobina, Vällimaa, Tynjälä és mtsai, 2011).

A mentális tünetek egy különálló, hazánkban sajnos igen gyakori csoportja a *depresszív hangulat*, amely magába foglalhatja a rosszkedvet, a levertséget, a kezdeményezőerő hiányát, az alacsony önértékelést, önhibáztatást, illetve súlyosabb esetben az öngyilkossági gondolatokat. A korábbi felmérésekben (Kökönyei, 2003; Kökönyei, 2007; Költő és Kökönyei, 2011) a fiúk körülbelül ötödénél, a lányok 25-30%-ánál egyértelműen kimutatható volt a depresszív tünetegyüttes jelenléte. A serdülőkori depresszív hangulat összefügg az egészségkockáztató magatartásformák – dohányzás, alkoholfogyasztás, tiltottszer-fogyasztás – gyakoriságával, mind a serdülőknél (Pikó, 2005), mind a későbbi életszakaszokban (Dierker, Vesel, Sledjeski és mtsai, 2007). A serdülő depresszív hangulata az egyik legnagyobb erejű előrejelző tényezője a felnőttkori, pszichiátriai és pszichoterápiás kezelést igénylő klinikai depressziós epizódoknak (Mayer, 2008).

A mentális egészség fontos összetevője az *önértékelés*. A serdülőkorban fokozottan tudatosul, hogy mások értékelésének tárgyai vagyunk (Fenigstein, Scheier és Buss, 1975), ezért a mások, elsősorban a kortársak általi elfogadottság egyre fontosabbá válik. Az önértékelést sokan funkcionálisan írják le, például Harter (1983) szerint az egyén fizikai megjelenéséről, társas pozíciójáról, tanulmányi teljesítményéről, magatartásáról és sportkompetenciájáról kialakított szubjektív benyomása határozza meg. Ugyanakkor éppen a társas elfogadottság serdülőkori kimagasló szerepe miatt fontos, hogy az önértékelés – nagyon érzékeny mutatóként – jelezheti azt is, hogy az egyén a társas környezetben milyen pozíciót foglal el. Emiatt nevezi Leary és Baumeister (2000) „szociométernek” az önértékelést.

Az *élettel való elégedettség* a szubjektív jóllét globális, mennyiségileg kifejezhető értékelése. Nem csupán az egészség dimenzióját fedi le, hanem az egyén átfogó életminőségének kifejezője. Viszonylag nagy az időbeli stabilitása, és mivel inkább kognitív jellegű, a pillanatnyi érzelmek, hangulatok kevéssé befolyásolják (Pavot és Diener, 1993). A serdülők élettel való elégedettségét erősen befolyásolják az élettapasztalatok és a kapcsolatok, elsősorban a család kontextusában (Levin és Currie, 2010). Az élettel való elégedettség és az iskolával kapcsolatos tényezők (pl. a tanulmányi teljesítmény, az osztálytársakkal és a tanárokkal való viszony, a bántalmazásnak való kitettség) kölcsönösen hatnak egymásra (Diseth, Danielsen és Samdal, 2012).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

Az egészségi állapot szubjektív mutatói

Az önminősített egészségi állapotot a következő kérdéssel vizsgáltuk.

- *Szerinted milyen az egészséged?* (Lehetséges válaszok: Kitűnő / Jó / Megfelelő / Rossz.) A kérdés felnőtt és serdülő populáción megbízhatónak bizonyult (pl. Pikó, 1998; Pikó, Barabás és Boda, 1995).

Megkérdeztük a tanulókat kilenc szubjektív egészségi panasz (pszichés és szomatikus tünetek) előfordulásáról.

- *Az elmúlt 6 hónapban milyen gyakran érezted a következőket?*
    - *Fájt a fejem*
    - *Fájt a gyomrom vagy a hasam*
    - *Fájt a hátam*
    - *Kedvetlen, rosszkedvű voltam*
    - *Ingerlékeny, indulatos, veszekedős voltam*
    - *Ideges voltam*
    - *Nem tudtam elaludni*
    - *Szédültem*
    - *Fáradt, kimerült voltam* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Szinte naponta / Hetente többször / Kb. hetente / Kb. havonta / Ritkábban vagy soha.)

Az egészségi állapot objektív mutatói

Három kérdéssel vizsgáltuk a tanulók krónikus egészségi problémáit és azok körülményeit.

- *Van-e olyan tartós betegséged vagy egészségügyi problémád (cukorbetegség, szívbetegség, ízületi gyulladás, allergia, születés közben szerzett sérülés, stb.), amit orvos állapított meg?* (Lehetséges válaszok: Van / Nincs.)
- *Szedsz-e gyógyszert emiatt a tartós betegség, fogyatékosság vagy egészségi probléma miatt?* (Lehetséges válaszok: Nincs tartós betegségem, fogyatékosságom vagy egészségi problémám / Szedek miatta gyógyszert / Nem szedek miatta gyógyszert.)
- *Befolyásolja-e ez a tartós betegség, fogyatékosság vagy egészségi probléma az iskolába járásodat, iskolai munkában való részvételedet?* (Lehetséges válaszok: Nincs tartós betegségem, fogyatékosságom vagy egészségi problémám / Igen / Nem.)

A különböző problémák miatti gyógyszerszedést a következő kérdéssel vizsgáltuk.

- Szedtél-e gyógyszert az alábbi okok miatt az elmúlt hónapban?
    - *Fájt a fejem*
    - *Fájt a gyomrom vagy a hasam*
    - *Nem tudtam elaludni*
    - *Ideges voltam*
    - *Valami más miatt* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Nem / Igen, egyszer / Igen, többször.)

A pszichés jóllét mutatói

Ezeket a kérdéseket a 7–11. évfolyamos tanulóknak tettük fel.
A hangulat mérésére a *Gyermek Depresszió Kérdőív* (Kovacs, 1985; magyarul I. Rózsa, Vetró, Komlósi és mtsai, 1999) rövidített változatát alkalmaztuk, amely nyolc tételből áll.

- *a szomorúság,*
- *az anhedónia,*
- *az öngyűlölet,*
- *a sírás,*
- *a döntésképtelenség,*
- *az öngyilkossági gondolat,*
- *a másokkal való rossz viszony,*
- *a szeretetlenség.*

Minden tételnél három válaszlehetőség szerepel. Ezeket az anhedónia (örömre való képtelenség) tételre adható válaszokkal szemléltetjük. Az egyik lehetőség, hogy az adott jelenség a válaszolóra

egyáltalán nem jellemző („Sok mindenben örömöm telik”), ennek jelölése 0 pontot ad hozzá a végső pontszámhoz. A második lehetőség azt fejezi ki, hogy az adott tulajdonság némileg jellemzi a személyt („Néhány dologban lelem csak örömöm”), ez a válasz 1 ponttal számít az összpontszámba. A harmadik válaszlehetőség azt jelzi, hogy a depresszív hangulat adott vonatkozása jellemző a válaszadóra („Semmi sem szerez nekem örömöt”). Ha a tanuló ezt jelölte be, akkor az összpontszámhoz 2 pontot adtunk.

A tanulók önértékelését Rosenberg (1965) 10 tételes skálájával vizsgáltuk. A skála az általános (globális) önértékelést az önelfogadásra és az önmagunk értékességére vonatkozó tételekkel méri.

- *Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest.*
- *Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.*
- *Mindent egybevetve hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam.*
- *Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások.*
- *Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.*
- *Jó véleménnyel vagyok magamról.*
- *Mindent fontolóra véve elégedett vagyok magammal.*
- *Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni.*
- *Időnként értéktelennek érzem magam.*
- *Néha azt gondolom, hogy semmiben sem vagyok jó.* (Az egyes tételekkel való egyetértés mértéke szerint a válaszadó a következők közül választhat: Egyáltalán nem értek egyet / Nem értek egyet / Egyetértek / Teljesen egyetértek.)

A skála más hazai kutatások szerint megbízható és érvényes (Sallay, Martos, Földvári és mtsai, 2014).

A jóllét átfogó értékelése

Az élettel való elégedettséget egy tizenegy fokú skálával (Cantril-létra, Cantril, 1965) mértük. A Cantril-létra úgynevezett „vizuális analóg skála”, azaz a megjelölt fokozat mutatja, hogy a válaszadó hova helyezi saját magát a dimenzió két végpontja között.

- *A létra teteje (10. fokozat) a lehető legjobb életet jelöli, a létra alja (0. fokozat) a lehető legrosszabb életet jelöli. Gondolj magadra és jelöld be, hol állsz most a létrán!* (A lehetséges válaszok 0-tól [„A lehető legrosszabb élet”] 10-ig [„A lehető legjobb élet”] terjednek.)

A kutatásban más, a pszichoszociális jóllét szempontjából szintén nagyon fontos jelenségeket (észlelt családi és baráti támogatás, társas elfogadottság, párkapcsolat, alvás stb.) is elemeztünk. Az ezekre vonatkozó eredményeket a jelen kutatási beszámoló megfelelő fejezeteiben közöljük.

EREDMÉNYEK

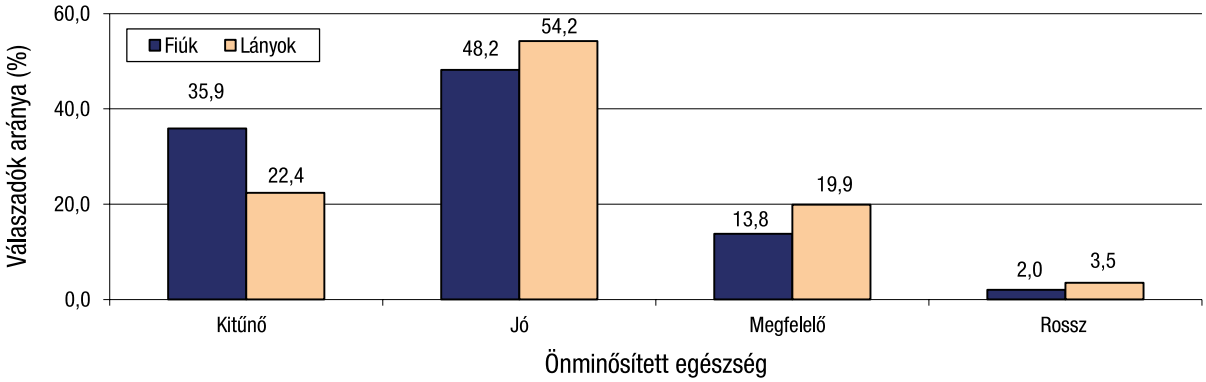
Az egészségi állapot szubjektív mutatói

Önminősített egészség

A tanulók nagyobb része egészségi állapotát kitűnőnek (28,9%) vagy jónak (51,4%) minősítette. Kisebb részük azonban csak megfelelőnek (17,0%) vagy rossznak (2,8%) ítéli egészségét. A fiúk és a lányok véleményének megoszlása szignifikánsan különbözik: a fiúk körében többen vannak, akik kitűnőnek tartják az egészségüket, míg a három másik válaszlehetőséget több lány jelölte meg (***11.1. ábra***).

11.1. ábra

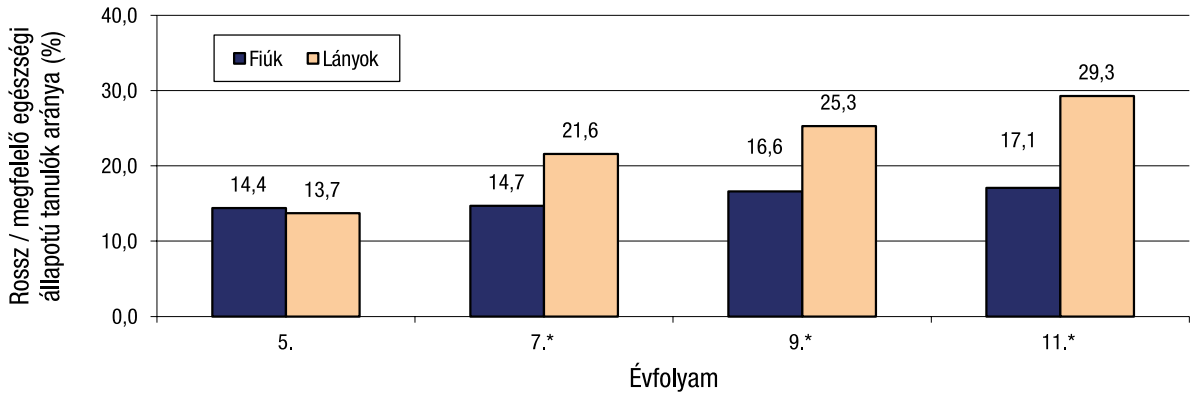
Az 5–11. évfolyamos tanulók önminősített egészségi állapota nem szerint (N = 6062)



Az összmintában a lányok statisztikailag jelentősen nagyobb arányban tartják egészségüket megfelelőnek vagy rossznak, mint a fiúk. Ha azonban évfolyam szerint is felbontjuk az adatokat, azt találjuk, hogy csak a 7., 9. és 11. évfolyamon van szignifikáns különbség. Az idősebb korcsoportokban a kedvezőtlen egészségi állapotról beszámolók aránya is egyre magasabb (***11.2. ábra***).

11.2. ábra

Egészségi állapotukat megfelelőnek vagy rossznak minősítő tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6062)



Az érettségit nem adó képzésben tanuló diákok között szignifikánsan kevesebben vannak, akik egészségüket kitűnőnek tartják (21,8%), mint a gimnazisták, szakközépiskolások között (26,2%); viszont többen vannak olyan szakmunkás- és szakiskolai tanulók, akik egészségüket megfelelőnek tartják (25,3% az érettségit adó képzések tanulóira jellemző 17,6%-hoz képest).

Testi-lelki tünetek előfordulása

A tünetskála[65] átlagpontszáma az egész mintán: 20,93 (SD = 7,67). A lányok (M = 22,52, SD = 7,86) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint fiúk (M = 19,16, SD = 7,05), és gyakrabban számolnak be a tünetekről (***11.1. táblázat***). A nemi különbség mind a négy évfolyamon statisztikailag szignifikáns, a magasabb évfolyamokban rendre egyre nagyobb lesz (az 5. osztályos fiúk és lányok között még csak 0,97 pont, míg a tizenegyedikeseknél 4,06 pont).

[65] Az eredmények bemutatásához többféle megközelítést alkalmazunk. Megadjuk a kilenc tünet előfordulásából számított összpontszám átlagát és szórását (a skála lehetséges pontszáma: 9–45, a magasabb pontérték nagyobb érintettséget jelent a pszichoszomatikus tünetek előfordulásában; a belső konzisztenciát mérő Cronbach-alfa érték 0,86). Továbbá bemutatjuk az egyes tüneteket gyakran (szinte naponta vagy hetente többször) tapasztaló tanulók arányát.

11.1. táblázat

A tanulók tünetskálán elért átlagértékei nem és évfolyam szerint (N = 5744)

Nem	5. évfolyam*		7. évfolyam*		9. évfolyam*		11. évfolyam*	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	17,59	7,23	18,95	6,82	20,11	7,11	19,50	6,83
Lányok	18,56	7,47	22,65	8,17	23,92	8,01	23,56	6,85

A szakmunkás- és szakiskolás tanulók és a gimnazisták, szakközépiskolások átlagos tünetpontszáma statisztikailag nem különbözik egymástól.

Mindkét nembe és minden évfolyamba tartozó tanulóknál gyakran fordul elő a kedvetlenség, az idegesség és a fáradtság (***11.2. táblázat***, ***11.3. ábra***). A gyakori fáradtság 9. és 11. osztályban lányoknál, fiúknál egyaránt kiugró, de már az 5. osztályosok körülbelül harmada panaszkodik hetente többszöri fáradtságérzésről, a középiskolásoknak pedig a fele érzi magát hetente többször is fáradtnak.

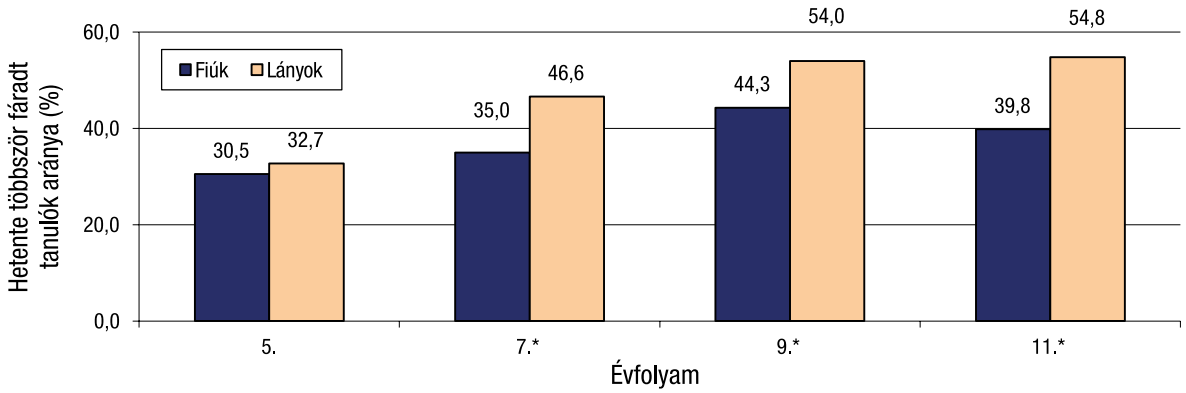
11.2. táblázat

Hetente többször kedvetlen és ideges tanulók aránya nem és évfolyam szerint

	Kedvetlen (N = 5988)		Ideges (N = 5984)	
Évfolyam	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)
5.	16,7	17,9	19,0	20,9
7.*	20,4	35,8	20,4	33,8
9.*	21,2	32,9	25,1	36,5
11.*	16,5	27,6	24,1	35,9

11.3. ábra

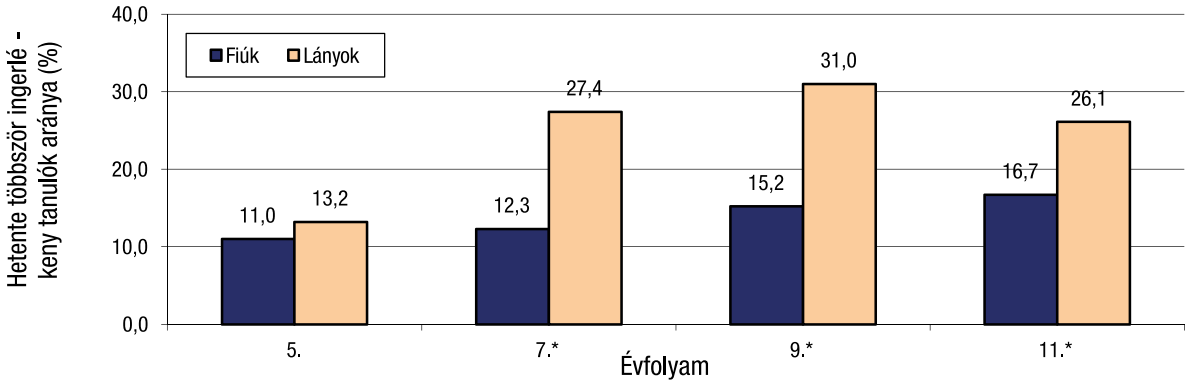
Hetente többször fáradt tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6001)



A pszichés tünetek közül az ingerlékenység is magas arányban fordul elő mindkét nemnél, a középiskolás korosztály mintegy negyedét-ötödét érinti (***11.4. ábra***).

11.4. ábra

Hetente többször ingerlékeny tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 5975)



A testi tünetek közül a fej- és a gyomorfájás gyakori előfordulásáról a lányok minden évfolyamon szignifikánsan magasabb arányban számolnak be. A hátfájás esetében csak a középiskolás évfolyamoknál figyeltünk meg statisztikailag jelentős különbséget (***11.3. táblázat***).

11.3. táblázat

Hetente többször fej-, a gyomor- és a hátfájásra panaszkodó tanulók aránya nem és évfolyam szerint

	Fejfájás (N = 6024)		Gyomorfájás (N = 6014)		Hátfájás (N = 5996)	
Évfolyam	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)
5. [66]	13,4	19,9	9,8	17,5	9,8	9,5
7. [67]	13,3	27,5	9,5	21,3	11,6	14,4
9.*	11,8	33,1	7,9	19,4	12,9	23,9
11.*	11,9	30,1	7,7	17,4	16,1	26,0

Míg a fiúknál a gyakori fejfájásra panaszkodók aránya a 14%-ot egyik osztályban sem éri el, addig a lányoknál ez körülbelül 20% és 33% között mozog. Hasonló mintázat figyelhető meg gyomorfájás esetében is: míg a fiúknál a 10%-ot sem haladja meg a gyakori gyomorfájásra panaszkodók aránya, addig a lányoknál 20% körüli értékeket találunk. Érdemes megjegyezni, hogy a 9. és 11. osztályos lányok egynegyede gyakori hátfájást is átél.

A szédülés előfordulása a fájdalomtünetekhez képest alacsonyabb mindkét nemnél. Fiúknál a szédülés 6-9%, lányoknál 9-15% közötti értéket mutat. Az alvási problémák – nehezen tud elaludni – is jelentősen érintik a tanulókat, a lányok ötödénél-negyedénél, a fiúk 12-17%-ánál jelentkeznek (***11.4. táblázat***). Az ötödikeseket kivéve a lányok minden évfolyamon szignifikánsan gyakrabban tapasztaltak szédülést, elalvási problémát, mint a fiúk.

[66] Az 5. évfolyamos tanulóknál a hátfájás gyakoriságában nincs szignifikáns nemi különbség.

[67] A 7. évfolyamos tanulóknál a hátfájás gyakoriságában nincs szignifikáns nemi különbség.

11.4. táblázat

Hetente többször szédülésre és elalvási problémákra panaszkodó tanulók aránya nem és évfolyam szerint

	Szédülés (N = 5938)		Elalvási probléma (N = 5973)	
Évfolyam	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)
5.	7,6	7,8	15,2	18,9
7.*	6,8	14,5	14,1	25,6
9.*	8,6	13,5	17,2	25,9
11.*	5,3	9,0	12,2	23,2

Az érettségit adó képzések tanulói 6,5%-kal nagyobb arányban számolnak be gyakori fáradtságról, mint a szakmunkás- és szakiskolai tanulók. Az utóbbiakra azonban inkább jellemző a gyakori idegesség (5,3%-kal magasabb arányban), az ingerlékenység (4,1%-kal magasabb arányban) és a szédülés (3,8%-kal magasabb arányban). A gyakori kedvetlenség, fej-, gyomor- és hátfájás és elalvási nehézségek előfordulásában nem volt képzéstípus szerinti szignifikáns különbség.

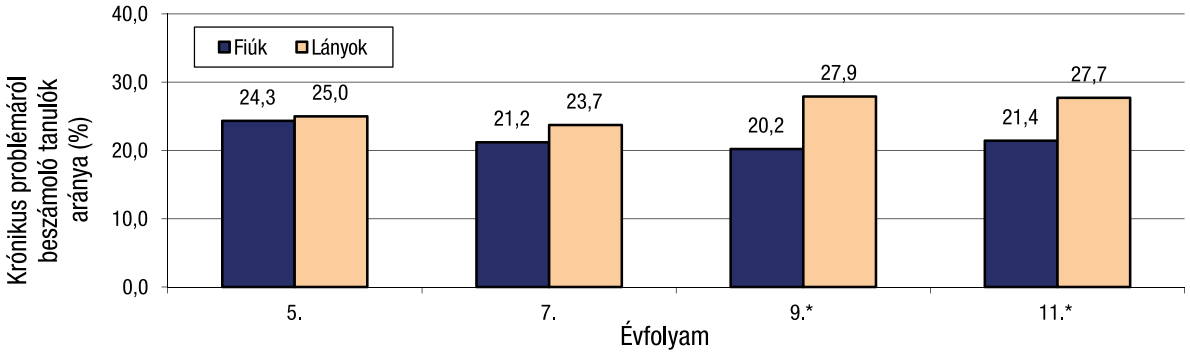
Az egészségi állapot objektív mutatói

Krónikus egészségügyi problémák

Orvos által megállapított krónikus egészségügyi problémát a tanulók 24,1%-a (1446 fő) jelzett. Az egyes évfolyamok között nem volt szignifikáns a gyakoriságbeli különbség, és nem szerinti bontásban az általános iskolás fiúk és lányok is hasonló arányban számoltak be krónikus problémáról. Azonban a középiskolás korosztályban a lányok szignifikánsan nagyobb hányada (mintegy 28%) szenved ilyen problémától, mint a fiúké (mintegy 21%) (***11.5. ábra***).

11.5. ábra

Orvos által megállapított, krónikus egészségügyi problémáról beszámoló tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 5995)



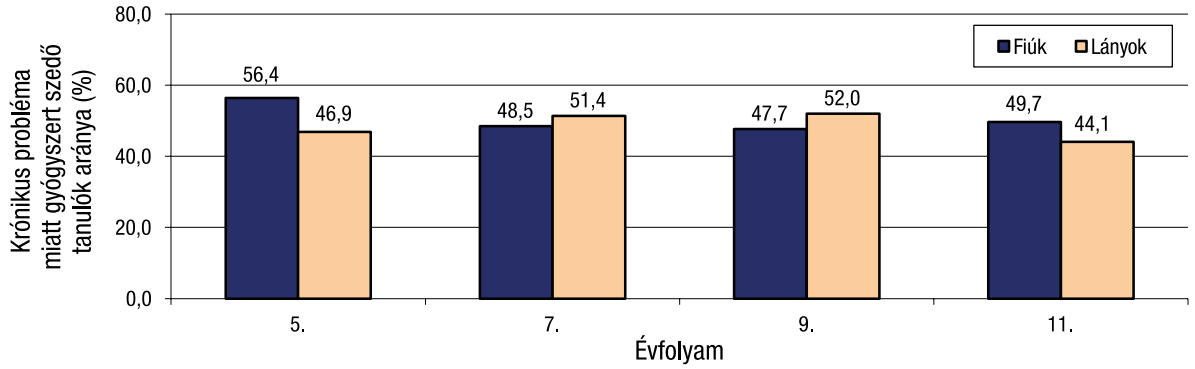
Arányaiban szignifikánsan kevesebb szakmunkás- és szakiskolai tanuló számolt be krónikus egészségügyi problémáról (18,9%), mint ahányan a gimnazisták, szakközépiskolások közül (25,6%).

Azok közül a tanulók közül, akik beszámoltak krónikus egészségügyi problémáról,[68] 49,3% válaszolt úgy, hogy a probléma miatt rendszeresen gyógyszert kell szednie; nem és évfolyam szerinti bontásban vizsgálva, ebben az arányban nem volt szignifikáns különbség (***11.6. ábra***).

[68] A krónikus egészségügyi problémákkal kapcsolatos kérdésekre inkonzisztens választ adó tanulók válaszai (kb. 8%) a krónikus probléma miatti gyógyszerhasználat és akadályozottság elemzésében nem szerepelnek.

11.6. ábra

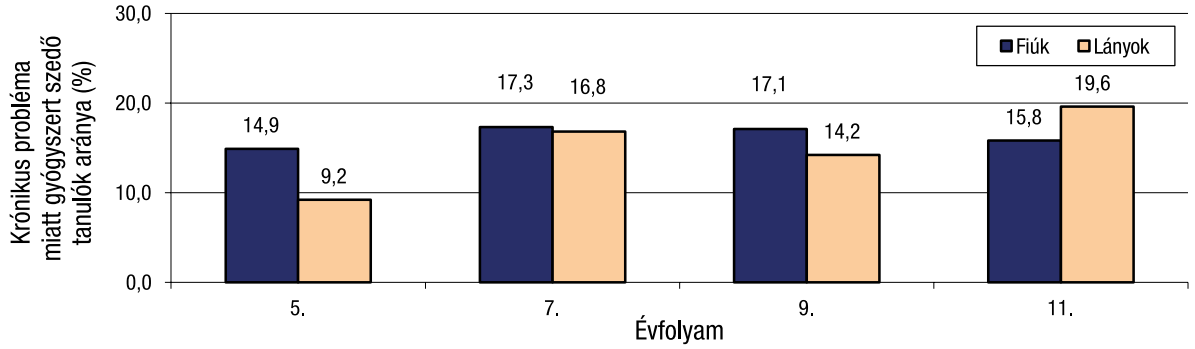
Krónikus probléma miatt gyógyszert szedő tanulók aránya a krónikus egészségügyi problémáról beszámoló tanulók körében, nem és évfolyam szerint (N = 1320)



A krónikus problémával élő tanulók 15,9%-a érezte úgy, hogy állapota megakadályozza őt mindennapi tevékenységeiben. Hasonlóan a probléma miatti gyógyszerszedéshez, itt sem találtunk statisztikailag jelentős eltérést a nemek és évfolyamok között (***11.7. ábra***).

11.7. ábra

Krónikus probléma miatt magukat akadályozva érző tanulók aránya a krónikus egészségügyi problémáról beszámoló tanulók körében nem és évfolyam szerint (N = 1309)



Gyógyszerhasználat

Az elmúlt hónapban legalább egyszer vett be gyógyszert a tanulók 48,6%-a fejfájás miatt; 31,1%-uk gyomorfájás miatt; 6,4%-uk alvási problémák miatt; 7,6%-uk idegesség miatt; 24,0%-uk egyéb tünet miatt. A fiúk fejfájás miatti gyógyszerszedését kivéve mindkét nemben szignifikáns különbség van az évfolyamok között: általában a 9. osztályos tanulókra a legjellemzőbb a gyógyszerek alkalmazása.

A fejfájás az a tünet, ami miatt a legtöbben egy hónapban többször is bevesznek gyógyszert. Az 5. osztályt kivéve a lányok nagyobb arányban alkalmazzák többször a gyógyszert a fejfájás és a gyomorfájás kezelésére (***11.5. táblázat***).

11.5. táblázat

Az elmúlt hónapban fejfájásra, illetve gyomorfájásra többször is gyógyszert használó tanulók aránya nem és évfolyam szerint

	Fejfájás (N = 5889)		Gyomorfájás (N = 5981)	
Évfolyam	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)
5.	12,4	12,3	6,8	9,7
7.*	12,0	20,5	7,0	13,6
9.*	15,2	24,0	5,2	15,1
11.*	10,2	23,5	5,9	14,9

Az elalvási problémára, illetve az idegességre többször is gyógyszert szedők aránya mindkét nem esetében 2-5% között változik (nincs szignifikáns különbség). Az egyéb kategória esetében a „többször" válaszlehetőséget megjelölők aránya körülbelül 11-15%. Átlagosan a fiúk 10,5%-a, a lányok 13,0%-a vett be az elmúlt hónapban többször is gyógyszert; a nemi különbség a középiskolás évfolyamokon szignifikáns (***11.6. táblázat***).

11.6. táblázat

Az elmúlt hónapban elalvási problémára, idegességre, illetve valami másra többször is gyógyszert használó tanulók aránya nem és évfolyam szerint

	Alvásprobléma (N = 5970)		Idegesség (N = 5960)		Valami más (N = 5969)	
Évfolyam	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)	Fiúk (%)	Lányok (%)
5.	2,9	2,7	5,4	4,2	13,2	11,0
7.	2,1	2,2	3,8	2,9	12,0	15,0
9.[69]	2,7	2,6	2,7	4,0	8,2	12,7
11.[70]	2,0	2,1	2,2	3,0	9,3	13,3

A pszichés jóllét mutatói

Hangulat

A Gyermek Depresszió skála[71] átlagpontszáma az összmintában M = 3,19 (SD = 5,25), a fiúknál M = 2,89 (SD = 5,81), a lányoknál M = 3,48 (SD = 4,68); a különbség szignifikáns. Évfolyam szerinti bontásban azonban csak a hetedik osztályos lányok CDI-pontszámának átlaga különbözik szignifikánsan a fiúkétól (***11.8. ábra***).

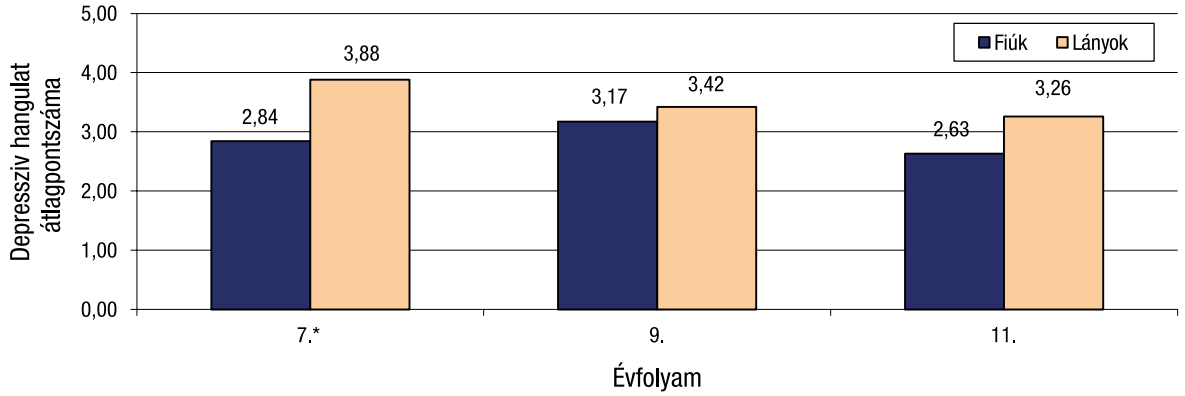
69 A valami más okból többször is gyógyszert szedő 9. évfolyamos fiúk és lányok aránya közötti különbség szignifikáns.

70 A valami más okból többször is gyógyszert szedő 11. évfolyamos fiúk és lányok aránya közötti különbség szignifikáns

71 A skála lehetséges pontszáma: 0–16, a magasabb pontérték rosszabb hangulatot jelent. A belső konzisztenciát jelző Cronbach-alfa érték (0,92) megfelelőnek bizonyult. A kérdés fontossága miatt külön ismertetjük az öngyilkossági gondolat gyakoriságára vonatkozó adatokat.

11.8. ábra

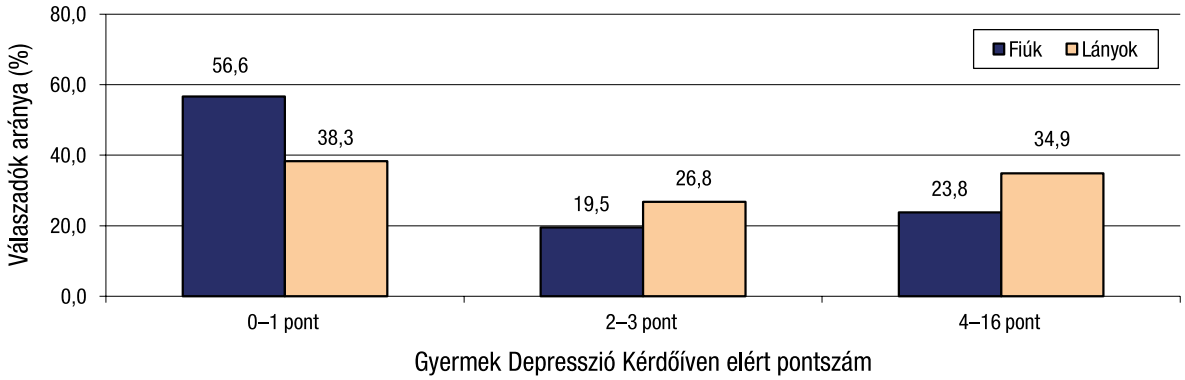
A tanulók Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatával mért depresszív hangulat átlagpontszáma nem és évfolyam szerint (N = 4834)



A Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatában övezeteket szokás kialakítani a serdülők hangulati jellemzői szerint. A 4 pontot tekintjük kritikus értéknek (Rózsa, személyes közlés, 2006). A tanulók többsége (47,0%) mindössze 0–1 pontot ért el a skálán (***11.9. ábra***), ami azt fejezi ki, hogy nem jellemzik a válaszadót depresszív tünetek. A tanulók 23,3%-a 2-3 pontot kapott, ami zavart hangulatot jelezhet. A fiúk közel negyede, a lányok mintegy harmada összesen 4 vagy több pontot ért el. Ez a pontszám depresszív hangulatra utal. Az évfolyamok között nincs eltérés az egyes csoportokba tartozók arányában, a lányok azonban minden évfolyamon nagyobb arányban kerülnek a zavart vagy depresszív hangulatú csoportba.

11.9. ábra

A Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatán elért pontszámok alapján kialakított csoportokba tartozó 7–11. évfolyamos tanulók aránya nem szerint (N = 4754)



A válaszadó 4740 tanuló közül 1197-nek (25,3%) már eszébe jutott az öngyilkosság gondolata, és 157 fő (3,3%) úgy nyilatkozott, hogy legszívesebben megölné magát.[72]

A szakmunkás- és szakiskolai tanulók CDI-pontszáma (M = 3,86, SD = 6,33) szignifikánsan magasabb, mint a gimnazisták, szakközépiskolások pontszáma (M = 3,00, SD = 4,88). Az előbbiek nagyobb eséllyel kerülnek a zavart hangulattal jellemző csoportba (33,6%-uk tartozik ide, míg az érettségit adó képzések tanulói közül csak 28,8%), és kétszer olyan gyakori náluk az aktuális öngyilkossági gondolat (31 fő, a nem érettségiző fiatalok 5,9%-a), mint a gimnazistáknál, szakközépiskolásoknál (78 fő, az alminta 2,7%-a).

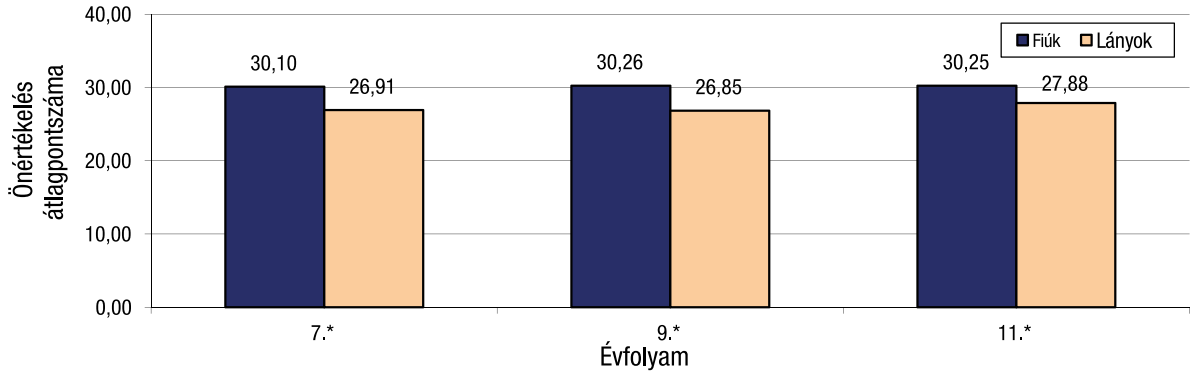
[72] Ez a kérdés „érzékeny”, azaz akut, súlyos pszichés problémát jelez. Szükséges volna, hogy az aktuális öngyilkossági gondolatot megfogalmazó fiatalok azonnali mentálhigiénés vagy pszichiátriai segítséget kapjanak. Kutatásunkban az anonimitásból fakadóan nem volt mód erre a segítségnyújtásra, de a kérdőív végén feltüntettük a kutatócsoport e-mail címét, amelyen keresztül a válaszadó tanulók felvehették velünk a kapcsolatot.

Önértékelés

Az összmintában a Rosenberg Önértékelési Skála[73] átlaga 28,65 pont (SD = 5,68). A fiúk szignifikánsan magasabb átlagpontszámot (M = 30,21, SD = 5,41) értek el, mint a lányok (M = 27,57, SD = 5,56), a különbség minden évfolyamon megfigyelhető (***11.10. ábra***). Az egyes évfolyamok pontszámai között nincs statisztikai értelemben jelentős különbség.

11.10. ábra

A tanulók önértékelési átlagpontszáma nem és évfolyam szerint (N = 4482)



Az érettségit adó és nem adó képzések tanulóinak önértékelésében nem figyeltünk meg szignifikáns eltérést.

A jóllét átfogó értékelése

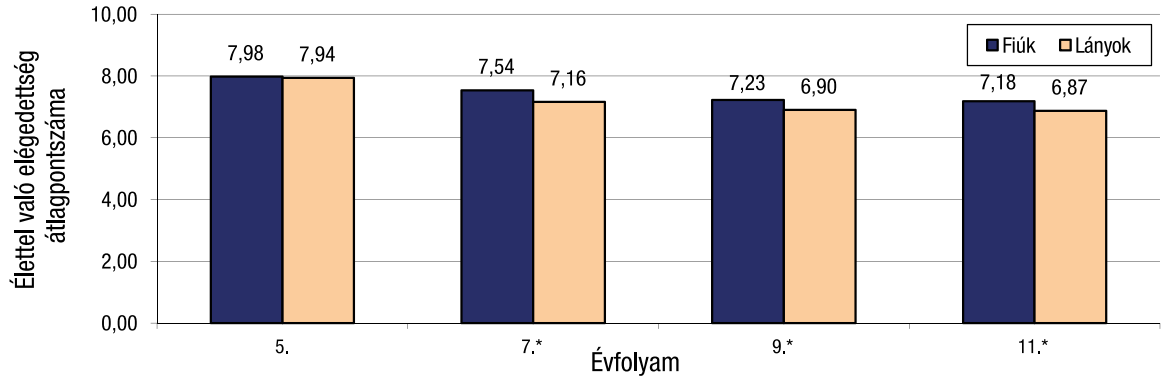
Élettel való elégedettség (Cantril-létra)

A tanulók élettel való elégedettségének [0–10 közötti] átlagértéke 7,30 (SD = 1,88). A fiúk (M = 7,45, SD = 1,83) szignifikánsan elégedettebbek az életükkel, mint a lányok (M = 7,16, SD = 1,90), de a különbség igen csekély.

Az idősebb korcsoportokban az élettel való elégedettség egyre alacsonyabb (***11.11. ábra***), az évfolyamok közötti különbség – a két középiskolai osztályt kivéve – szignifikáns. A fiúk és lányok átlaga között az 5. osztályban nincs különbség, de a 7–11. évfolyamokon a fiúk elégedettebbnek bizonyultak.

11.11. ábra

A tanulók élettel való elégedettségének átlaga nem és évfolyam szerint (N = 5965)

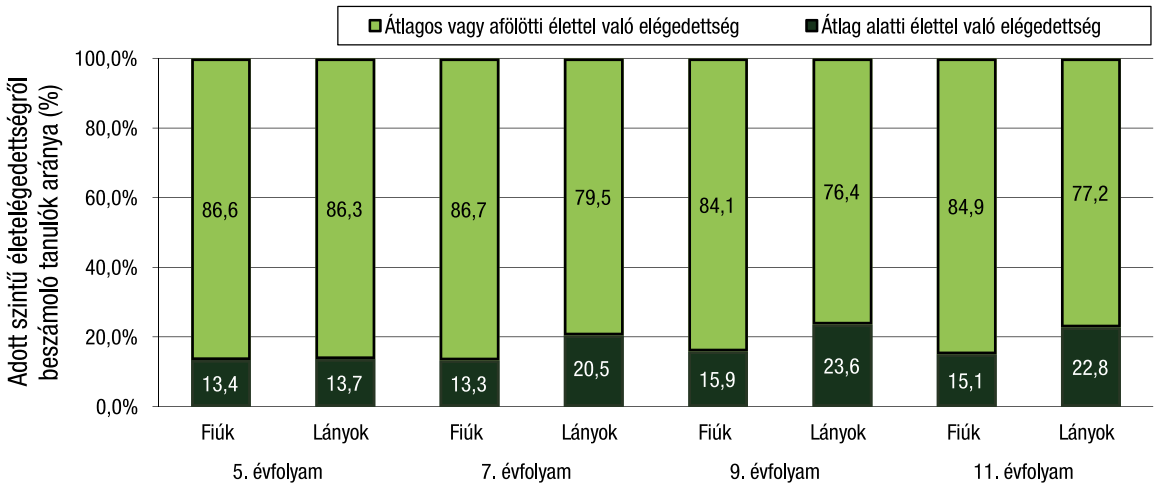


[73] A skála összpontszáma 10–40 pont lehet, a magasabb pontszám pozitívabb önértékelést jelez. Mintánkban a skála belső konzisztenciája megfelelő (Cronbach-alfa=0,87).

A korábbi kutatási ciklusokban alkalmazott módszer szerint két kategóriát képeztünk a tanulókból. Az egyik csoportba az élettel való elégedettségüket 5 vagy kevesebb pontra („átlagon alul") minősítő tanulók kerültek. A másik csoportot a 6–9 pontot („átlagos") és 10 pontot („átlagon felüli") adók alkotják. Az élettel való elégedettségüket kedvezőtlenül megítélő tanulók aránya a középiskolások körében magasabb, mint az általános iskolásoknál (***11.12. ábra***).

11.12. ábra

Átlag alatti, illetve átlagos vagy afölötti élettel való elégedettségről beszámoló tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 5966)



Az érettségit adó és nem adó képzések tanulóinak élettel való elégedettségében nem volt szignifikáns különbség.

MEGBESZÉLÉS

Az itt bemutatott 2014-es adatokban a korábbi, 2002-es, 2006-os és 2010-es adatfelvételhez képest tapasztaltunk bizonyos változásokat, de megfigyeltünk stagnálást is. Összességében elmondhatjuk, hogy a 11–18 éves tanulók nagyobb része egészségi állapotát – a korábbi felmérésekhez hasonló arányban – kedvezően értékeli. Azonban a korábbi ciklusokhoz viszonyítva a lelki tünetekről való beszámolás mértékében aggasztó változásokat figyeltünk meg. Főleg a 7. és 9. évfolyamos lányok körében 10%-ot is megközelítő vagy meghaladó növekedést tapasztaltunk a gyakran kedvetlen, ideges, fáradt és ingerlékeny tanulók arányában. Bár a fiúknál nem volt ekkora volumenű a változás, ezeknek a pszichés tüneteknek a gyakori előfordulása náluk is nőtt.

Jelentésünk iskoláról szóló fejezetében bemutatjuk, hogy a tanulók által észlelt iskolai terhelés szintje az elmúlt négy évhez képest nem változott jelentősen. Azonban korábbi kutatások alapján (pl. Ottova, Erhart, Vollebergh és mtsai, 2011) arra következtethetünk, hogy az iskolai tényezők okozta stressz áttételesen, a mentális jóllét, pszichoszomatikus egészség mutatóiban is megjelenhet. Az alapvető jogok biztosának jelentése – különböző kutatási eredmények és statisztikai adatok alapján – megállapítja, hogy a 2010/11-es tanévhez képest 2013/14-re jelentős mértékben nőtt a magyar közoktatásban részt vevő tanulók oktatással kapcsolatos munkaterhelése (Székely, 2015). A gyermekek pszichés jóllétének egyes mutatóiban a 2009/10-es adatfelvételhez képest tapasztalt kedvezőtlen változásokat részben a terhelés növekedésével is magyarázhatjuk.

Az általános iskolából a középiskolába való átmenet különösen megterhelő, stresszteljes időszak, amely – komoly egzisztenciális következményei miatt – rányomja bélyegét a fiatalok szubjektív jóllétére (Zsiros, Költő, Kökönyei és mtsai, 2013). Ugyanezekben a korcsoportokban a testi tünetek

(pl. fej- és hátfájás) gyakorisága ugyancsak emelkedett. Ezek közül a szédülés (6-14%) a legritkább, gyakoribbak az alvási problémák (14-26%) és a fej-, gyomor- és a hátfájás is (8-33%).

Az egészségi állapot objektív mutatóiként a krónikus egészségügyi problémák jelenlétét és a gyógyszerfogyasztást vizsgáltuk. A négy évvel ezelőtti adatokhoz képest a tanulók mintegy 10%-kal nagyobb arányban számoltak be krónikus egészségügyi problémáról. Ez valószínűleg – legalábbis részben – a kérdés megfogalmazásában tett változtatásnak tulajdonítható (2010-ig „orvos által megállapított krónikus problémák" helyett „orvosi ellenőrzést igénylő krónikus betegségek"-re vonatkozó kérdést tettünk fel). A krónikus problémával – betegséggel vagy fogyatékkal – élő tanulók mintegy felének rendszeresen kell gyógyszert szednie az állapota miatt. Mintegy hatoduk arról számolt be, hogy ez a probléma akadályozza őt a mindennapi életvitelében (pl. iskolába járásban). Ők korábbi kutatások szerint fokozottan ki vannak téve a depresszív hangulatnak (Mazur, Sentenac, Brooks és mtsai, 2012) és a kortársbántalmazásnak (Sentenac, Gavin, Arnaud és mtsai, 2011), ezért inkluzív nevelésük és mentálhigiénés védelmük fokozott erőfeszítést követel. A válaszadó tanulók jelentős része szed gyógyszert. A kérdőív kitöltését megelőző egy hónapban minden második diák vett be legalább egyszer gyógyszert fejfájás ellen, ami 8%-kal haladja meg a 2010-ben mért értéket (Költő és Kökönyei, 2011). Fontos említeni, hogy az alvászavart vagy idegességet a tanulók 6–8%-a ebben az időszakban többször is gyógyszerrel próbálta megszüntetni. Ez az érték a korábbi adatfelvételhez képest azonban nem magasabb.

Az élettel való elégedettséget illetően az előző adatfelvételhez képest kis javulást tapasztaltunk mind az átlagpontszámban, mind az életükkel elégedett serdülők arányában: mintegy 3-7%-kal magasabb az életükkel elégedett tanulók aránya a jelenlegi mintában. (Hasonló nagyságrendű növekedést figyeltünk meg 2006 és 2010 között is).

Az előző kutatási ciklushoz képest jelentős és aggodalomra okot adó változás, hogy átlagosan 1 pontos emelkedést tapasztaltunk a serdülők hangulatát mérő (0–16 közötti pontértékű) Gyermek Depresszió Skálán, azaz általában romlott a fiatalok hangulata a négy évvel ezelőtti méréshez képest. Az adatok kategóriák szerinti finomelemzése kimutatta, hogy a nem depresszív hangulatú lányok aránya kiugróan, a 2010-ben mért értékhez képest 10%-kal csökkent, míg a depresszív hangulatú lányok aránya ugyanennyivel nőtt. A fiúknál is tapasztaltunk hasonló irányú, bár kisebb méretű átrendeződést. Összességében a két adatfelvétel között valószínűleg szignifikánsan különbözik egymástól a fiatalok hangulat szerinti megoszlása: a 2014-es mintában – arányosan – több depresszív hangulatú és kevesebb nem depresszív hangulatú fiatal volt, mint a 2010-es felmérés mintájában. Ezek az adatok egybevágnak a hazai (Kopp és Skrabski, 2009) és nemzetközi (Collishaw, Maughan, Natarajan, és mtsai, 2010) trendelemzések eredményével. Bár a serdülőkori depresszív hangulat még nem feltétlenül utal mentális betegségre, a felnőttkori depresszió egyik legerősebb előrejelző tényezője (Pine, Cohen, Cohen és mtsai, 1999). Ezért fontos, hogy a nyomott, kedvetlen, ingerlékeny hangulatú serdülőkre fokozott mértékben figyeljünk oda, és bátorítsuk őket a szakember (iskolapszichológus) felkeresésére. Az öngyilkossági gondolat előfordulásában az előző adatfelvételhez képest nem találtunk jelentős eltérést (2010-ben 3,9%, 2014-ben 3,3%).

A mentális jóllét másik mutatójában, az önértékelésben a fiúknál növekedést, a lányoknál csökkenést tapasztaltunk a 2010-es adatokhoz képest, de a változás nagyon csekély mértékű.

A fiúk – hasonlóan a korábbi kutatási ciklusok eredményéhez – minden korosztályban jobb egészségi állapotról, kevesebb tünetről számolnak be, mint a lányok. Hangulatuk kevésbé depresszív, önértékelésük pedig magasabb a lányoknál mért értékeknél. Ez alátámasztani látszik azt a megfigyelést, hogy a lányok jobban ki vannak téve mind a pszichés, mind a szomatikus zavarok kockázatának. Ez részben a nemi érés és az azt kísérő testi és lelki változások különbségeinek, részben a nemi szerepek szerinti viselkedésnek tulajdonítható. A nőknek testi és lelki állapotukkal kapcsolatban a társadalom több és intenzívebb kommunikációt „engedélyez" (Gijsbers van Wijk és Kolk, 1997).

A szubjektív jóllét és a mentális egészség mutatói nem mutatnak konzisztens képzéstípus szerinti különbségeket. Az érettségit nem adó iskolák tanulói kedvezőtlenebbül ítélik meg saját egészségi állapotukat, mint érettségizni fogó társaik. Valamivel több körükben azoknak az aránya, akik gyakran

éreznek idegességet, ingerlékenységet, szédülést. Az érettségit adó képzések tanulói azonban nagyobb arányban számolnak be gyakori fáradtságról. A tartós egészségügyi problémák, illetve az aktuális fájdalompanaszok miatti gyógyszerszedés is inkább a gimnazistákra, szakközépiskolásokra jellemző. Az önértékelésben és az élettel való elégedettségben nincs képzéstípus szerinti különbség; a szakmát tanuló fiatalok hangulata azonban depresszívebb, és az öngyilkossági gondolat is gyakrabban jelenik meg náluk, mint érettségizni fogó társaiknál. Ezek az eredmények összefügghetnek azzal, hogy a szakiskolás, szakmunkás tanulók kevésbé érzik nyomasztónak az iskolai terheket, mint a gimnazisták, szakközépiskolások (lásd kutatási jelentésünk 16. fejezetét az iskola szerepéről). Ugyanakkor az érettségi hiánya behatárolja a karrierlehetőségeket, gátolja a társadalmi mobilitást, ami magyarázatot adhat rosszabb hangulatukra, nagyobb reménytelenség-érzésükre.

Egyes kutatási eredményeink (Zsiros, Arnold, Huhn és mtsai, 2013) alátámasztották, hogy a mentális és testi egészségre a serdülőket körülvevő társas közegek jelentős hatást gyakorolnak. Elemzésünkben igazoltuk, hogy a kortársbántalmazás áldozatává váló fiatalok testi-lelki tüneteinek gyakoriságára az egyéni szintű változók (nem, évfolyam, családi jómódúság) mellett az is hatással van, hogy az adott fiatal osztályában hányan vannak kortársbántalmazásnak kitéve. A társas aktivitás összefügg a drog- és alkoholfogyasztás mutatóival, ami indirekt módon utal a mentális jóllét szintjére is.

Ugyanakkor úgy tűnik, a jó családi kapcsolatok szerepe igen lényeges a fiatalok egészségében (Költő, Zsiros, Simon és mtsai, 2013). Azok a tanulók, akik arról számoltak be, hogy problémáikat könnyen meg tudják beszélni szüleikkel, kétszer nagyobb eséllyel tartoztak a viszonylag jó egészségű (kevés testi-lelki tünetről beszámoló) csoportba. Ezzel szemben azok, akiknek nem volt könnyű, hogy problémáikról beszélgessenek a szülőkkel, inkább számoltak be több tünetről. Az idősebb testvérekkel való problémamegbeszélés észlelt könnyűsége másfélszeresre növelte a relatíve alacsony tünetgyakoriság esélyét. A problémák barátokkal való megosztása azonban nem mutatott statisztikailag jelentős védőhatást. Ez is bizonyítja, hogy bár a serdülőkorban a referenciacsoportot egyre inkább a kortársak jelentik, a fiatalok egészsége szempontjából a támogató, szeretetteljes családi háttér alapvető jelentőségű.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Aszmann, A., Kökönyei, Gy., Németh, Á., Páll, G., Szabadi, I., & Várnai, D. (2004). *Komplex egészségi állapot mérés. Kutatási beszámoló.* Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Bjorner, J. P., Kristensen, T. O., Orth-Gomer, K., Tibblin, G., Sullivan, M., & Westerholm, P. (1996). *Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine.* Uppsala: Forskningsrådsnämnden.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.

Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(8), 885–894.

Dierker, L. C., Vesel, F., Sledjeski, E. M., Costello, D., & Perrine, N. (2007). Testing the dual pathway hypothesis to substance use in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence, 87*(1), 83–93.

Diseth, Å., Danielsen, A. G., & Samdal, O. (2012). A path analysis of basic need support, self-efficacy, achievement goals, life satisfaction and academic achievement level among secondary school students. *Educational Psychology, 32*(3), 335–354.

Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 855–871.

Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research, 56*(4), 445–448.

Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*(4), 522–527.

Gijsbers van Wijk, C. M. T., & Kolk, A. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine, 45,* 231–246.

Gobina, I., Välimaa, R., Tynjälä, J., Villberg, J., Villerusa, A., Iannotti, R. J., Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Andersen, A., Holstein, B. E, HBSC Medicine Use Writing Group, Griebler, R., Borup, I., Kokkev,i A., Fotiou, A., Boraccino, A., Dallago, L., Wagener, Y., Levin, K., & Kuntsche, E. (2011). The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 20(4), 424–431.

Harter, S. (2003). Az önbecsülés. In V. Komlósi A., & Nagy J. (Szerk.), *Énelméletek. Személyiség és egészség. Szemelvények az én lélektani kutatásának irodalmából* (pp. 257–291). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Holstein, B. E., Andersen, A., & the HBSC Medicine Writing Group (2013). Medicine use behaviour. In F. Wild, A. Y. Alemán-Díaz, J. Inchley, C. Currie, M. Molcho, M. Lenzi, & Z. Veselska (Eds.), *Internal Protocol 2013/2014. Health Behaviour in School-Aged Children WHO Collaborative Cross-National Study* (pp. 723–726). Manuscript. St. Andrews: HBSC International Coordinating Centre.

Kopp, M., & Skrabski, Á. (2009). Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok, 86,* 32–52.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacological Bulletin, 21*(4), 995–998.

Kökönyei, Gy. (2003). Szubjektív jóllét. In Aszmann A. (Szerk.), *Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása. Az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti jelentés" 2002* (pp. 93–109). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Kökönyei, Gy. (2007). Szubjektív jóllét. In Németh Á. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. *Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti* jelentése (pp. 112–125). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Kökönyei, Gy., Sebestyén, E., Kovacsics, L., Örkényi, Á., & Valek, A. (2007). Bevezetés. In Németh Á. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 8–51). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Költő A., & Kökönyei Gy. (2011). Szubjektív jóllét. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 67–76). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Költő, A., & Zsiros, E. (2013). Serdülők lelki egészsége. *Educatio, 22*(2), 187–200.

Költő, A., Zsiros, E., Simon, D., Arnold, P., Huhn, Zs., & Németh, Á. (2013). A probléma-megbeszélés észlelt könnyűsége és a testi-lelki tünetek gyakorisága serdülőknél. *Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlésén*, Budapest, 2013. június 6.

Kulcsár, Zs., & Kökönyei, Gy. (2004). A szomatizáció biológiai modelljei. Összefoglaló. In Kulcsár Zs., Kökönyei Gy., & Rózsa S. (Szerk.), *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek II. kötet* (pp. 695–751). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 32* (pp. 1–62). San Diego: Academic Press.

Levin, K. A., & Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education, 110*(3), 152–168.

Mayer, L. (2008). *A stresszteli életesemények és a gyermekkori depresszió kapcsolatának vizsgálata populációs és klinikai mintán*. (Doktori [PhD] értekezés, kézirat). Budapest: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.

Mazur, J., Sentenac, M., Brooks, F., Małkowska-Szkutnik, A., Gajewski, J., & Gavin, A. (2012). Burden of chronic health conditions in adolescence measured by school surveys. *Medycyna wieku rozwojowego, 17*(2), 157–164.

Ottova, V., Erhart, M., Vollebergh, W., Kökönyei, G., Morgan, A., Gobina, I., Jericek, H., Cavallo, F., Vallimaa, R., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Schnor, C. W., & the HBSC Positive Health Focus Group (2011). The role of individual-and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *Journal of Early Adolescence, 32*(1), 126–158.

Ottova, V., Vollebergh, W., van Dorsselaer, S., Jericek Klanscek, H., Välimaa, R., Gobina, I., Gaspar, T., Mazur, J., Torsheim, T., Ravens-Sieberer, U., & the HBSC Positive Health Focus Group (2013). Health and well-being. In F. Wild, A. Y. Alemán-Díaz, J. Inchley, C. Currie, M. Molcho, M. Lenzi, & Z. Veselska (Eds.), *Internal Protocol 2013/2014. Health Behaviour in School-Aged Children WHO Collaborative Cross-National Study* (pp. 299–321). Manuscript. St. Andrews: HBSC International Coordinating Centre.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5*(2), 164–172.

Pikó, B. (1998). Social support and health in adolescence: a factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, *3,* 333–344.

Pikó, B. (2005). A serdülőkori depressziós tünetegyüttes egészségszociológiai összefüggései. *Fejlesztő Pedagógia, 16*(5-6), 16–20.

Pikó, B., Barabás, K., & Boda, K. (1995). Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap, 136*(31), 1667–1671.

Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (2014). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry, 156*(1), 133–135.

Poikolainen, K., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., & Lönquist, J. (2000). Predictors of somatic symptoms: A five year follow up of adolescents. *Archives on Disease in Childhood, 83*(5), 388–392.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rózsa, S. (2006). A nyolc tételes Gyermek Depresszió Kérdőívben a depresszív hangulatot a 4 vagy több pont elérése valószínűsíti. Szóbeli közlés. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Rózsa, S., Vetró, Á., V. Komlósi, A., Gádoros J., Kő, N., & Csorba, J. (1999). Gyermek és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia, 19*(4), 459–482.

Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittzés, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 15*(3), 259–275.

Sentenac, M., Gavin, A., Arnaud, C., Molcho, M., Godeau, E., & Gabhainn, S. N. (2011). Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers: a cross-national study between Ireland and France. *Journal of Adolescent Health, 48*(5), 461–466.

Székely, L. (2015). Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-7619/2013. számú ügyben Letölthető: http://www.ajbh.hu/documents/10180/1957691/Jelent%C3%A9s+a+fogyat%C3%A9kkal+%C3%A9l%C5%91%20gyermekek+jogair%C3%B3l+7619_2013/58c40f78-c952-4b90-9a4a-bbb8e63a9737

Ursin, H. (1997). Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(2), 105–116.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet, 379*(9826), 1641–1652.

Zsiros, E., Költő, A., Kökönyei, Gy., Arnold, P., Huhn, Zs., & Németh, Á. (2013). Érzelmi hullámvölgy és iskolai átmenet: Serdülőkorú fiatalok önértékelése és depresszív hangulata. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlésén, Győr, 2013. január 24.

Zsiros, E., Arnold, P., Huhn, Zs., Költő, A., Simon, D,, & Németh, Á. (2013). Egészség és társas kapcsolatok kamaszkorban: Az iskola, a kortársak és a család szerepe a magyar serdülők életmódjában. *Kapocs: a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata, 12*(4), 22–39.

12. ALVÁSI SZOKÁSOK

Költő András

BEVEZETÉS

Életünk körülbelül egyharmadát alvással töltjük. Az alvás minősége meghatározó a testi-lelki jóllét szempontjából. Az „alvási szokások" vagy „alvásmintázat" kifejezés arra utal, hogy egy személy általában mikor fekszik le, alszik el, ébred fel, kel fel, illetve szokott-e szundikálni. A fogalom kiterjed az alvás megszakadásainak gyakoriságára és időtartamára is (Thorpy, 1990).

Az ébrenlét-alvás periódusokat az úgynevezett cirkadián ritmus szabályozza, ami azt jelenti, hogy az álmosságérzés és az elalvás gyorsasága a késő esti óráktól, míg az éberség a reggeli órák-tól kezdve fokozódik. A cirkadián ritmus és az éjszakai órákra jellemző sötétség indítja be az agy tobozmirigyében a melatonin nevű hormon termelődését, mely a testhőmérséklet csökkenése és az álmosságérzet növekedése révén vezet az elalváshoz (Bódizs, 2000). A tévé, számítógép-képernyők és az okostelefonok kijelzői által kibocsátott fény hullámhossza megakadályozza a melatonin felszabadulását (Wood, Loughran és Stough, 2006); részben ennek tulajdonítható, hogy a serdülők esti-éjszakai okostelefon-használata összefügg az alvászavarral (rövidebb és megszakított alvási periódusokkal). Az éjszakai okostelefon-használat – és valószínűleg a képernyőhasználat más módjai, így a lefekvés előtt nézett, illetve alvás idejére is bekapcsolva hagyott tévé, számítógép is – az alvás minőségének romlásán keresztül a depresszív tünetek gyakoriságának növekedéséhez vezethet (Lemola, Perkinson-Gloor, Brand és mtsai, 2014).

Az alvás alapvető fontosságú a fiatalok napi funkcionálásában, érzelemszabályozásában és viselkedésében (Sadeh, Gruber és Raviv, 2002). Az alvás alatt az idegrendszer hálózatainak „dinamikus stabilizációja" történik, ezért a tanulásban, érzelemszabályozásban is alapvető jelentősége van a kellően hosszú, mély és kiegyensúlyozott alvásnak (Bódizs, 2000). A kialvatlanság és a napközbeni álmosság gyakori és súlyos problémát jelent az iskolai környezetben, mert az optimum alatti alvásidő és a megzavart alvás a tanulmányi eredmények romlásával, a figyelem zavarával, egészségi problémákkal és hiányzással járhat együtt. A nem elegendő alvásidő és a nem megfelelő minőségű alvás negatív hatással van a fiatalok mentális-fizikai egészségére, jóllétükre és mindennapi aktivitására, valamint növeli a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát (Pilcher, Ginter és Sadowsky, 1997). A gyermekkori alacsony alvásminőség megmaradhat a későbbi életszakaszokban (Paavonen, Solantaus, Almqvist és mtsai, 2003). Így a gyermek alvási szokásai, alváskultúrája kihat a felnőttkori életminőségre is. A serdülők alvási szokásait ennek ellenére eddig csak nagyon kevés nemzetközi összehasonlító kutatásban vizsgálták (Tynjälä, Kannas és Välimaa, 1993).

Az 1986-ban elvégzett HBSC felmérés nagy különbséget mutatott a részt vevő tíz ország fiataljainak alvásidejében (Tynjälä, Kannas és Välimaa, 1993). A felnőtt embereknek átlagosan 7–7,5 órát kell aludniuk a megfelelő kipihentség eléréséhez, de vannak, akiknek ennél kevesebb, másoknak több alvásra van szüksége (Purebl, 2014). Az életkorral ugyancsak változik az alvásidő: előrehaladtával a kipihentség eléréséhez szükséges alvásmennyiség csökken. A serdülőknek – az egész serdülőkor folyamán, tehát a 10 és 18 éves életkor között *végig* – átlagosan 9,5 óra alvásra lenne szüksége (Carskadon, 1999), amit a 10–11 évesek általában még meg is kapnak. A 17–18 éves korosztály azonban már csak a felnőttekre jellemző 7-7,5 órát alszik. A serdülőkoron belül a lefekvés időpontja egyre későbbre tolódik, a felkelést viszont a hétköznapokon az iskolába járás határozza meg.

A lefekvés időpontjában nagy szerepet játszik a fiatal kronotípusa is. Ez a fogalom arra vonatkozik, hogy az illető mely napszakban a legaktívabb. A korán ébredő és a reggeli órákban legaktívabb – ún. „pacsirta" kronotípusúak a délelőtti iskolai időszakban tudnak a legjobban koncentrálni. A „baglyok" ezzel szemben az esti-éjszakai órákban érik el az aktivitási maximumot; ha tehetik, sokáig alszanak, és figyelmi, koncentrálási képességük délelőtt alacsonyabb, mint este. A bagoly-típusú kamaszoknak

nehézséget okoz az iskola, mely – mint általában a felnőtt munka világa is – a pacsirtákra van szabva (Purebl, 2014).

Az 1986-os HBSC vizsgálatban azt kérdezték a tanulóktól, hogy iskolai napokon mikor fekszenek le aludni, és mikor kelnek fel. Később egy finn kutatásban a tanulók hétvégi alvásidejét is tanulmányozták, hogy össze lehessen hasonlítani az iskolai- és szünnapi alvási szokásokat (Tynjälä, 1999; Tynjälä, Kannas és Välimaa, 1993). Arra vonatkozóan is vannak kutatási bizonyítékok, hogy a tanítási időszakban, a hétfő és péntek közötti napokon mért alvási idő nem különbözik jelentősen. A hétköznapok és a hétvége között azonban nagy különbségek vannak: a hétvégi napokon a fiatalok akár 1-2 órával is tovább alszanak, mint a tanítási napokon (Gradisar, Gardner és Dohnt, 2010; Loessl és mtsai, 2008).

A korábbi HBSC felmérések alapján az elmúlt évtizedekben a képernyőhasználat folyamatos növekedését tapasztaltuk (Költő, Kertész, Zsiros és mtsai, 2012), s ez a passzívan, mozgás nélkül töltött idő növekedésében is megjelenik (Halmai és Németh, 2010), ami valószínűleg kihat a fiatalok alvásminőségére és -idejére. Ezek mellett az iskolában töltött idő kitolódása és a koffeintartalmú serkentőszerek fogyasztása (ld. a jelen kötet 2. fejezetét) is jelzik, hogy szükség van a serdülő korosztály alvási szokásainak szisztematikus vizsgálatára. Ezért a 2014/15-ös tanévben elvégzett HBSC kutatásban külön kérdezzük a lefekvési és felkelési időt a tanítási- és a szünnapokra vonatkozóan (Nuutinen, Tynjälä, Välimaa és mtsai, 2013).

Az alvás bizonyítottan összefügg a jóllét és az egészség számos mutatójával. Azok az emberek, akik életkoruknak megfelelő időn át alszanak, általában jobb pszichés jóllétről és testi egészségről számolnak be, mint akiknek nincs része elegendő alvásban. A nem elégséges alvás ellenben az egészségtelen életstílus jelzője. A közelmúltban elvégzett, fent idézett kutatások is igazolják, hogy az alvásmegvonás súlyos egészségkockázatot jelent, és jelentős terheket ró az egészségügyi ellátórendszerre.

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

Az alvási szokásokat a következő négy kérdéssel vizsgáltuk:

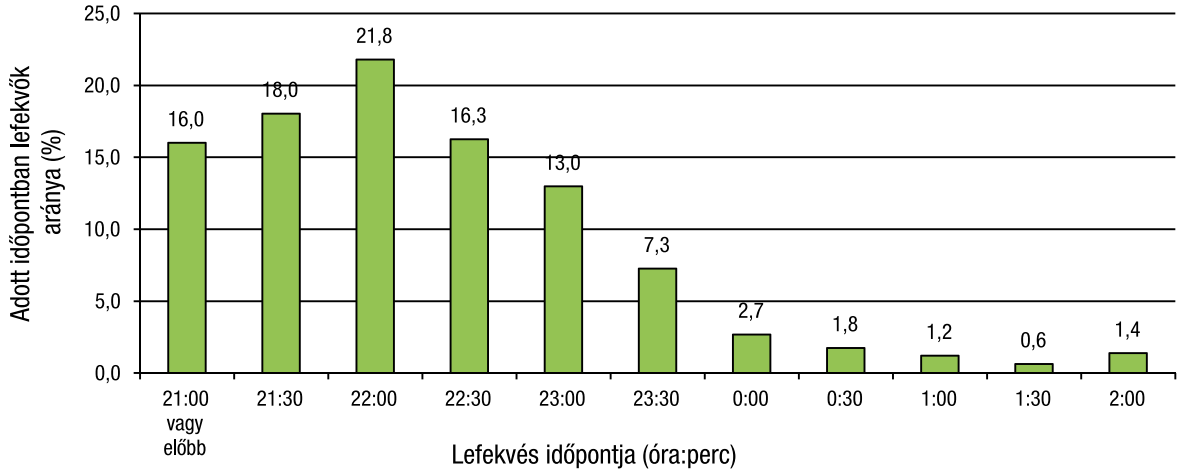
- *Általában mikor mész lefeküdni, ha másnap reggel iskolába kell menned?* (Lehetséges válaszok: Nem később, mint 21:00 / 21:30 / 22:00 / 22:30 / 23:00 / 23:30 / 24:00 / 00:30 / 01:00 / 01:30 / 02:00.)
- *Általában mikor mész lefeküdni a hétvégén vagy ünnepnapokon?* (Lehetséges válaszok: Nem később, mint 21:00 / 21:30 / 22:00 / 22:30 / 23:00 / 23:30 / 24:00 / 00:30 / 01:00 / 01:30 / 02:00 / 02:30 / 03:00 / 03:30 / 04:00 órakor vagy később.)
- *Általában mikor kelsz fel, ha másnap reggel iskolába kell menned?* (Lehetséges válaszok: Nem később, mint 05:00 / 05:30 / 06:00 / 06:30 / 07:00 / 07:30 / 08:00 órakor vagy később.)
- *Általában mikor kelsz fel a hétvégén vagy ünnepnapokon?* (Lehetséges válaszok: Nem később, mint 07:00 / 07:30 / 08:00 / 08:30 / 09:00 / 09:30 / 10:00 / 10:30 / 11:00 / 11:30 / 12:00 / 12:30 / 13:00 / 13:30 / 14:00 órakor vagy később.)

Lefekvési és felkelési időpontok

A tanulók átlagos lefekvési ideje[74] hétköznap 22:17 (SD = 62 perc), legnagyobb arányban – a tanulók kb. ötöde – 22 óra körül megy aludni (***12.1. ábra***).

12.1. ábra

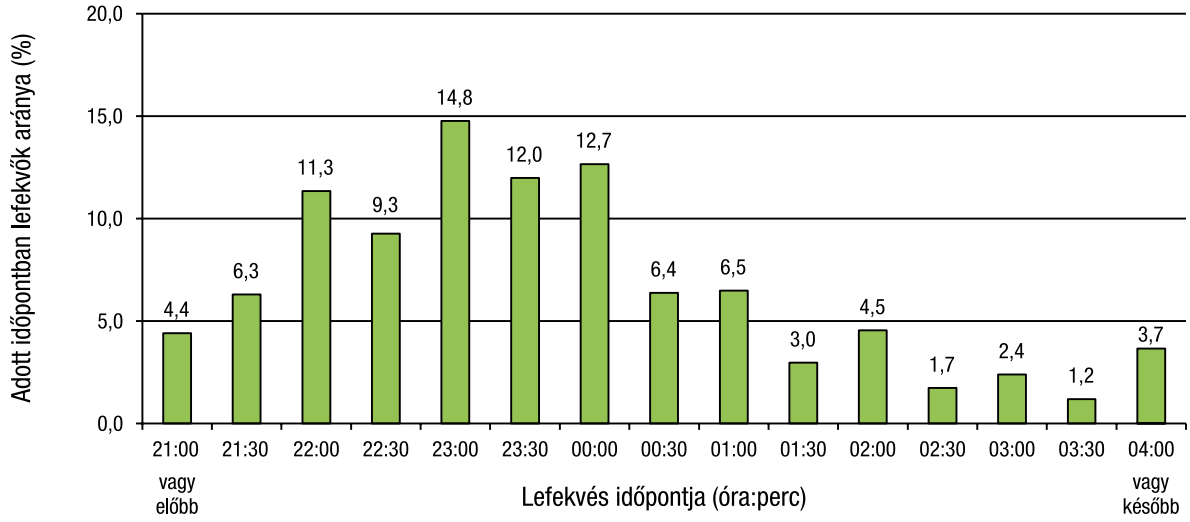
Az 5–11. évfolyamos tanulók lefekvési időpontjai hétköznapokon (N = 5897)



Hétvégenként, ünnepnapokon átlagosan több mint másfél órával később fekszenek le (23:40-kor), bár ebben az időpontban nagyobb változatosság van, mint a hétköznapi lefekvésben (SD =102 perc). A leggyakoribb lefekvési időpont 23 órára tolódik (***12.2. ábra***)

12.2. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók lefekvési időpontjai hétvégéken (N = 5896)



Nem és évfolyam szerinti bontásban azt látjuk, hogy a felsőbb évfolyamokba lépve mind a fiúk, mind a lányok egyre később fekszenek le hétköznapokon (***12.1. táblázat***) és hétvégéken is (***12.2. táblázat***): az egyes évfolyamok között a különbség szignifikáns. A hétköznapi lefekvési

[74] A lefekvési és felkelési időpontoknál mindenhol az óra:perc formátumban kifejezett időt adjuk meg.

időpontok esetében az 5. és 11. évfolyamon, a hétvégi időpontok esetében az 5., 9. és 11. évfolyamon szignifikánsan később fekszenek le a fiúk, mint a lányok, de a különbség egyik esetben sem éri el a 30 percet.

A hétvégéken minden évfolyamon, mind a fiúk, mind a lányok átlagosan egy-másfél órával később fekszenek le, mint hétköznapokon.

12.1. táblázat

A tanulók átlagos lefekvési időpontjai hétköznapokon nem és évfolyam szerint (N = 5897)

	5. évfolyam*		7. évfolyam		9. évfolyam		11. évfolyam*	
Nem	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	21:49	0:47	22:02	0:57	22:32	1:02	22:49	1:05
Lányok	21:31	0:40	22:07	0:55	22:30	1:01	22:36	0:58

12.2. táblázat

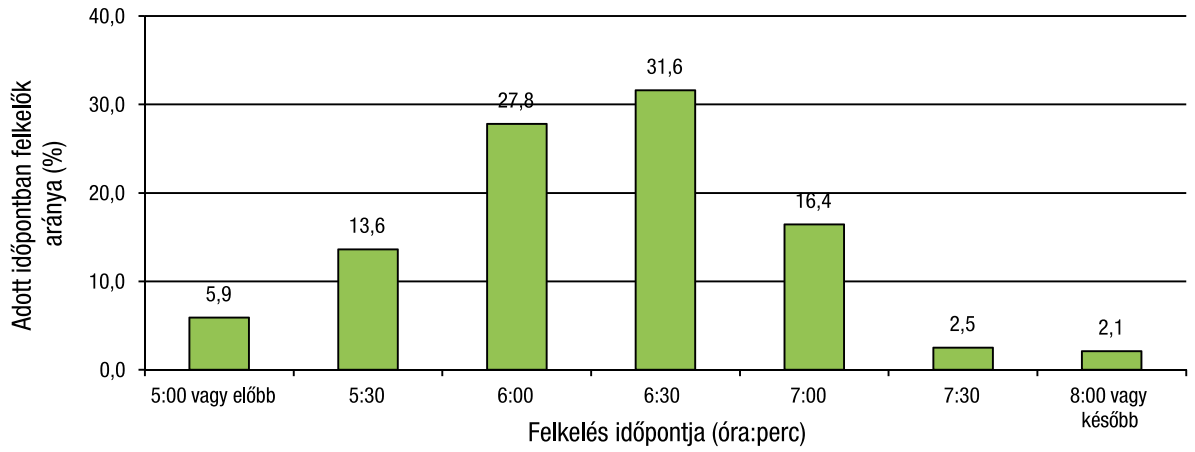
A tanulók átlagos lefekvési időpontjai hétvégéken nem és évfolyam szerint (N = 5896)

	5. évfolyam*		7. évfolyam		9. évfolyam*		11. évfolyam*	
Nem	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	22:51	1:29	23:23	1:38	0:14	1:44	0:23	1:43
Lányok	22:28	1:22	23:22	1:34	0:04	1:35	23:58	1:31

A tanulók átlagosan 6:16-kor kelnek fel tanítási napokon (SD = 40 perc), legnagyobb arányban (közel harmaduk) 6:30-kor (***12.3. ábra***).

12.3. ábra

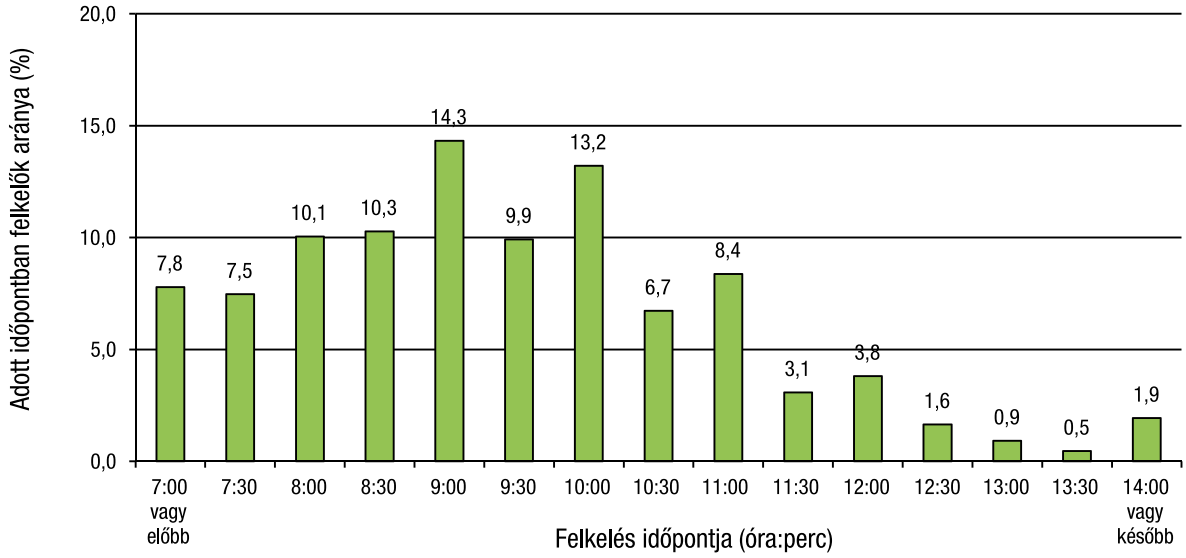
Az 5–11. évfolyamos tanulók felkelési időpontjai hétköznapokon (N = 5929)



A hétvégi felkelés mintegy három órával később történik (9:26-kor), mint a hétköznapok során, de ez is változatosabb, mint a hétköznapi felkelés ideje (SD = 95 perc). A leggyakoribb felkelési idő is jóval későbbre (9 órára) tolódik, mint tanítási napokon (***12.4. ábra***).

12.4. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók felkelési időpontjai hétvégéken (N = 5865)



A nemek és évfolyamok között a felkelés időpontjában is találunk szignifikáns különbségeket, de ezek jóval csekélyebbek, mint a lefekvés esetében (***12.3. táblázat*** és ***12.4. táblázat***).

12.3. táblázat

A tanulók átlagos felkelési időpontjai hétköznapokon nem és évfolyam szerint (N = 5929)

	5. évfolyam		7. évfolyam		9. évfolyam*		11. évfolyam*	
Nem	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	6:25	0:36	6:26	0:36	6:14	0:41	6:17	0:41
Lányok	6:25	0:34	6:22	0:31	6:02	0:35	6:10	0:40

12.4. táblázat

A tanulók átlagos felkelési időpontjai hétvégéken nem és évfolyam szerint (N = 5865)

	5. évfolyam*		7. évfolyam*		9. évfolyam*		11. évfolyam	
Nem	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	8:45	1:38	9:10	1:34	9:40	1:43	9:38	1:38
Lányok	8:55	1:27	9:28	1:28	9:51	1:31	9:35	1:23

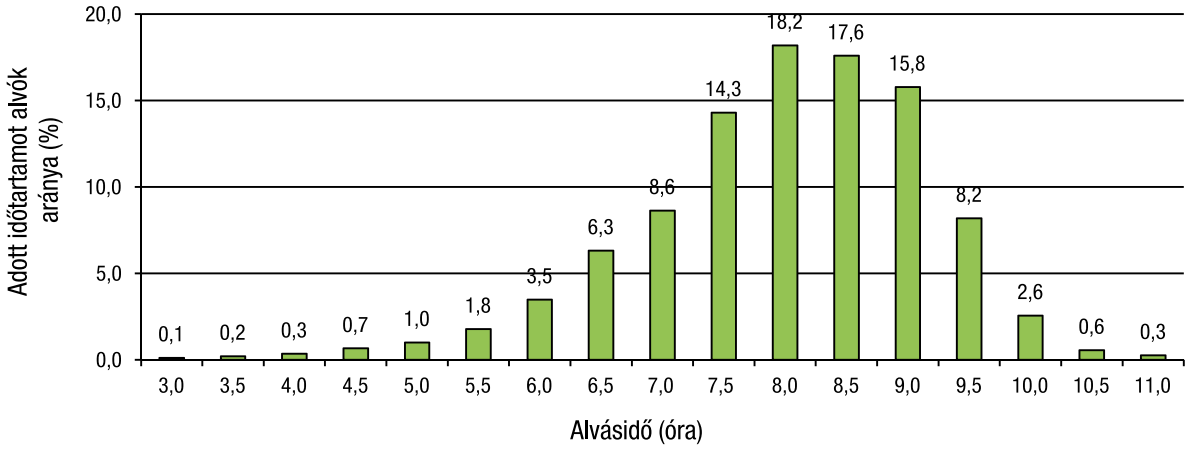
Alvásidő

Az átlagos alvásidő[75] hétköznapokon 7,99 óra (SD = 1,17 óra). A tanulóknak több mint fele – 55,0%-a – csak nyolc órát vagy annál kevesebbet alszik a hétköznapokon, és alig haladja meg a 10%-ot azoknak az aránya, akik 9 óránál többet alszanak (***12.5. ábra***).

[75] Az alvás időtartamát mindenhol törtszámban kifejezett órában adjuk meg.

12.5. ábra

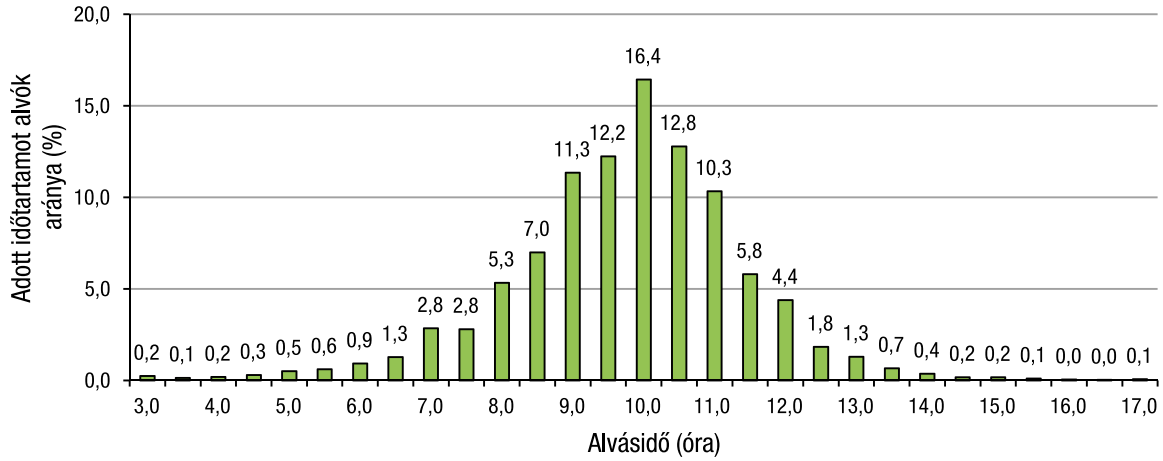
Az 5–11. évfolyamos tanulók alvásidejének hossza hétköznapokon (N = 5851)



A hétvégéken átlagosan majdnem két órával alszanak többet a tanulók, mint hétköznapokon: 9,77 órát (SD = 1,65 óra). Legnagyobb arányban (minden hatodik diák) 10 órát alszanak a fiatalok (**12.6. ábra**), és közel kétharmaduk (63,0%) 9-11 órát tölt alvással naponta hétvégenként. A diákoknak több mint ötöde (22,0%) még hétvégén is kevesebbet alszik 9 óránál.

12.6. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók alvásidejének hossza hétvégéken (N = 5819)



A felsőbb évfolyamok felé haladva az alvásidő mindkét nemnél jelentősen csökken hétköznap és hétvégéken is (**12.5. ábra** és **12.6. táblázat**); különösen az általános- és középiskolás korosztályok között van nagy eltérés (a középiskolások hétköznapokon több mint egy órával kevesebbet alszanak, mint az általános iskolások).

Hétvégéken mind a fiúk, mind a lányok legalább egy bő órával többet alszanak, mint hét közben; a legidősebbeknél a különbség közel két óra.

A fiúk és lányok között hétköznapokon a legidősebb évfolyam kivételével ugyan szignifikáns, de különbség nem nagy méretű, és az iránya is változó (**12.5. táblázat**). A hétvégékre azonban egyértelműen jellemző, hogy a lányok szignifikánsan többet alszanak (**12.6. táblázat**).

12.5. táblázat

A tanulók alvásidejének átlagos hossza hétköznapokon nem és évfolyam szerint (N = 5851)

	5. évfolyam*		7. évfolyam*		9. évfolyam*		11. évfolyam	
Nem	M (óra)	SD	M (óra)	SD	M (óra)	SD	M (óra)	SD
Fiúk	8,76	0,90	8,40	1,09	7,68	1,14	7,47	1,26
Lányok	8,89	0,84	8,27	0,99	7,51	1,09	7,56	1,01

12.6. táblázat

A tanulók alvásidejének átlagos hossza hétvégéken nem és évfolyam szerint (N = 5819)

	5. évfolyam*		7. évfolyam*		9. évfolyam*		11. évfolyam*	
Nem	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	9,88	1,67	9,78	1,73	9,43	1,85	9,22	1,62
Lányok	10,45	1,50	10,16	1,46	9,82	1,62	9,65	1,43

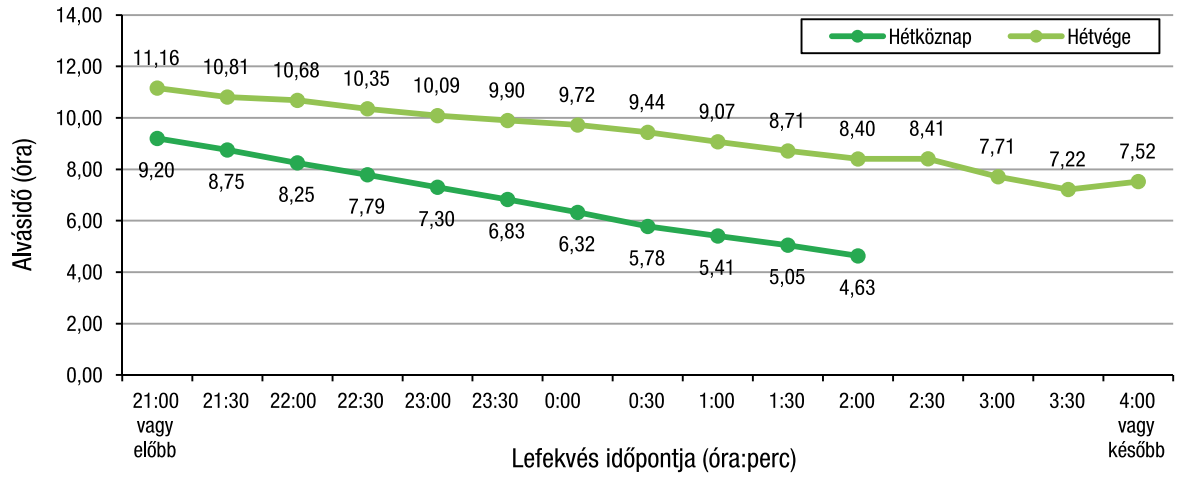
Összességében az rajzolódik ki az adatokból, hogy a 9–11. évfolyamra járó tanulók a hét minden napján később fekszenek le, hétvégén pedig később kelnek fel, mint a fiatalabbak. Az idősebbek hét minden napján kevesebbet alszanak. Ugyanakkor mind az általános, mind a középiskolások „bepótolják” a rövidebb hétköznapi alvást a hétvégén. A lányok hétvégéken többet alszanak, mint a fiúk.

A lefekvés időpontja és az alvásidő összefüggése

Mind a hétköznapokra, mind a hétvégekre igaz, hogy a későbbi lefekvés kevesebb alvásidővel jár (*12.7. ábra*). Az összefüggés azonban a hétvégeken – amikor a tanítás kezdete nem „jelöli ki” a felkelés időpontját – kevésbé erős.

12.7. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók lefekvési idejének összefüggése az alvásidővel hétköznapokon (N = 5851) és hétvégéken (N = 5819)



MEGBESZÉLÉS

Eredményeinkből kiderül, hogy a tanulók több mint fele a hétköznapok során nem részesül a minimálisan elegendőnek mondható 8,5 óra időtartamú alvásban. Ennek egyik oka, hogy nagy részük túl későn fekszik le ahhoz, hogy a reggeli felkelés időpontjáig – amit az iskolakezdés erősen behatárol – „összegyűjtsék" az ideális 9–9,5 óra alvásmennyiséget. Az idősebb tanulók még később fekszenek le, mint a fiatalok. Az ötödikesekre átlagosan jellemző fél tíz körüli időpont a magasabb osztályokba lépve fokozatosan nő, a tizenegyedikeseknél már több mint egy órával eltolódik. A fél hét körüli reggeli felkelés azonban viszonylag stabil, ami az általánosan jellemző reggel 8 órás iskolakezdés mellett nem meglepő. Ha a felkelés és a lefekvés időpontját egymásból kivonjuk, kiderül, hogy átlagosan még az ötödikesek is kevesebbet alszanak, mint az optimális kilenc órás időtartam. A tizenegyedikeseknek már 8 óránál is kevesebb alvás jut, ami az elfogadható alsó küszöb alatt van, noha minden serdülőnek szüksége volna legalább 9 óra alvásra (Carskadon, 1999).

Azt, hogy a serdülők egyre később fekszenek le, részben biológiai tényezőknek (pl. változás a melatonin termelődésében), részben pszichoszociális okoknak (pl. kortársakkal való kapcsolattartás; házi feladatok; iskola után végzett munka) lehet tulajdonítani. Ahhoz, hogy a tanulók többsége minden nap részesüljön az ideálisnak tartott 9-9,5 óra alvásban, legkésőbb 21:30 órakor ágyba kellene menniük, ami a mai szokások – és a kamaszok biológiai alvás-ébrenlét ciklusa – mellett életszerűtlen. A társadalom részéről viszont erős a nyomás, hogy a serdülő „korán" keljen fel és induljon az iskolába. Ezek a mechanizmusok egymásnak feszülnek, és eredményük, hogy a serdülők jóval kevesebbet alszanak, mint amennyire szükségük lenne. Ennek a problémának a megoldása jelentős kihívás, amelyet nem lehet megoldani a szülők vagy tanárok parancsszavával, a késői lefekvés kriminalizálásával (Carskadon, 1999). Természetesen fontos a tanuló személyes felelősségének hangsúlyozása abban, hogy kipihent legyen, feladatait el tudja látni és megőrizze egészségét.

A helyzetet tovább bonyolítja, hogy serdülőkorban már egyértelműen megjelenik a kronotípusok közötti különbség, s a későn lefekvő és későn felkelő „bagoly" típusú fiatalok még nagyobb szociális nyomást élnek át, mint a korai lefekvő-felkelő „pacsirták". Részben ennek tulajdonítható, hogy a bagoly-típusú serdülőkre nagyobb mértékben jellemző az egészségkockáztató viselkedés (Urbán, Magyaródi és Rigó, 2011).

Az itt bemutatott adatok is alátámasztják azt a megfigyelést, hogy a hétköznapokon felhalmozódó „alvási adósságot" (ami naponta 1-1,5 órás hiányt jelent) sokan a hétvégéken hosszabb alvással törlesztik (Purebl, 2014), amikor a lefekvés, de főleg a felkelés is később történik, mint a hétköznapok során. Ez a gyakorlat azonban nem helyeselhető. Egyrészt az alvás hétvégi „visszapótlása" nem szünteti meg a hét közbeni kialvatlanságot, ami rosszabb tanulmányi eredménnyel, figyelemzavarral és több hiányzással jár. Másrészt a hétköznapi és a hétvégi alvásidő eltérése megzavarja a szervezet cirkadián ritmusát (Orzech, Acebo, Seifer és mtsai, 2014). Egy négy alkalmas, kognitív-viselkedésterápiás eszközöket használó iskolai tréningprogram – amelynek keretében a tanulók alváshigiénéjét, időgazdálkodási készségeit és az elalvási stratégiáit fejlesztették – hatékonyan csökkentette a hétköznap-hétvégi lefekvési és felkelési idők közötti diszkrepanciát (Moseley és Gradisar, 2009).

Több kutatás is megállapította, hogy az iskola kezdetének akár csekély (fél órás) későbbre tolása a kronotípustól függetlenül a gyermekek pszichés jóllétének növekedésével, egészségi állapotuk és iskolai teljesítményük javulásával járt (Owens, Belon és Moss, 2010; Wahlstrom, 2002). Amellett, hogy a fiataloknak elmagyarázzuk az optimális alvásidő fontosságát és fejlesztjük alváshigiénéjüket (Purebl, 2014), a döntéshozóknak érdemes volna megfontolniuk, hogy a közoktatási rendszer is rugalmasabban alkalmazkodjék a serdülők alvásmintázatához.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bódizs, R. (2000). *Alvás, álom, bioritmusok.* Budapest: Medicina Könyvkiadó.

Carskadon, M. A. (1999). When worlds collide. *Phi Delta Kappan, 80*(5), 348–353.

Gradisar, M., Gardner, G., & Dohnt, H. (2011). Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Medicine, 12*(2), 110–118.

Halmai, R., & Németh, Á. (2011). Fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 26–31). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Költő, A., Kertész, K., Zsiros, E., Örkényi, Á., Kökönyei, Gy., & Németh, Á. (2012). A Z generáció figyelmi stratégiái: magyar serdülők képernyőhasználati szokásainak változása 1997–2010 között. *Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlésén*, Szombathely, 2012. május 30–június 1.

Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F., & Grob, A. (2014). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(2), 405–418.

Loessl, B., Valerius, G., Kopasz, M., Hornyak, M., Riemann, D., & Voderholzer, U. (2008). Are adolescents chronically sleep-deprived? An investigation of sleep habits of adolescents in the Southwest of Germany. *Child: Care, Health and Development, 34*(5), 549–556.

Moseley, L., & Gradisar, M. (2009). Evaluation of a School-Based Intervention for Adolescent Sleep Problems. *Sleep, 32*(3), 334–341.

Nuutinen, T., Tynjälä, J., Välimaa, R., Ottova, V., Ravens-Sieberer, U., & the Positive Health Focus Group (2013). Sleeping habits. In F. Wild, A. Y. Alemán-Díaz, J. Inchley, C. Currie, M. Molcho, M. Lenzi, & Z. Veselska (Eds.), *Internal Protocol 2013/2014. Health Behaviour in School-Aged Children WHO Collaborative Cross-National Study* (pp. 711715). Manuscript. St. Andrews: HBSC International Coordinating Centre.

Orzech, K. M., Acebo, C., Seifer, R., Barker, D., & Carskadon, M. A. (2014). Sleep patterns are associated with common illness in adolescents. *Journal of Sleep Research, 23*(2), 133–142.

Owens, J. A., Belon, K., & Moss, P. (2010). Impact of delaying school start time on adolescent sleep, mood, and behavior. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164*(7), 608–614.

Paavonen, E. J., Solantaus, T., Almqvist, F., & Aronen, E. T. (2003). Four-year follow-up study of sleep and psychiatric symptoms in preadolescents: relationship of persistent and temporary sleep problems to psychiatric symptoms. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 24*(5), 307–314.

Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(6), 583–596.

Purebl, Gy. (2014). *Te jól alszol?* Budapest: Média Connection Kft.

Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2002). Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. *Child Development, 73*(2), 405–417.

Thorpy, M. J. (1990). Glossary of terms used in sleep disorders medicine. In M. J. Thorpy (Ed.), *Handbook of Sleep Disorders.* New York: Marcel Dekker.

Tynjälä, J. (1999). *Sleep habits, perceived sleep quality and tiredness among adolescents, a health behavioural approach. Studies in Sport, Physical Education and Health.* Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Tynjälä, J., Kannas, L., & Välimaa, R. (1993). How young Europeans sleep. *Health Education Research, 8*(1), 69–80.

Urbán, R., Magyaródi, T., & Rigó, A. (2011). Morningness-eveningness, chronotypes and health-impairing behaviors in adolescents. *Chronobiology International, 28*(3), 238–247.

Wahlstrom, K. (2002). Changing times: Findings from the first longitudinal study of later high school start times. *NASSP Bulletin, 86*(633), 3–21.
Wood, A. W., Loughran, S. P., & Stough, C. (2006). Does evening exposure to mobile phone radiation affect subsequent melatonin production? *International Journal of Radiation Biology, 82*(2), 69–76.

13. TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT, TESTKÉP ÉS TESTTÖMEG-SZABÁLYOZÁS

Németh Ágnes

BEVEZETÉS

A túlsúlyosság az elmúlt évtizedekben világméretű népegészségügyi problémává vált (World Health Organization [WHO], 1998), és a többi iparosodott országhoz hasonlóan hazánkat is fokozottan érinti. A gyermek- és serdülőkorú lakosság körében éppúgy tömeges jelenség, mint a felnőttek között. Régóta bizonyított, hogy a gyermekkori elhízás (obezitás) összefügg a felnőttkorban kialakuló szív-érrendszeri problémákkal, a kettes típusú cukorbetegséggel (Katzmarzyk, Tremblay, Pérusse és mtsai, 2003; Lawrence, Arbeit, Johnson és mtsai, 1991) és a nemzőképesség csökkenésével (Markus, Marko és Mika, 2008). A túlsúlyos gyermekek jó eséllyel felnőtt korukban is azok lesznek (Guo, Huang, Maynard és mtsai, 2000). A fent felsorolt tényezők miatt a megelőzés és beavatkozás már ebben a korban nagyon fontos.

A gyermek- és serdülőkori túlsúlyosság nemcsak a felnőttkori testi egészséget befolyásolja negatívan, hanem az aktuális és jövőbeni pszichoszociális állapotot is. Kedvezőtlenül hat az önértékelésre és a testképre (Bell és Rushforth, 2008), depresszív hangulathoz vezethet (Neumark-Sztainer, Croll, Story és mtsai, 2002) és általában rontja az életminőséget (Janssen, Katzmarzyk, Boyce és mtsai, 2005).

A túlsúlyosság kapcsolatot mutat egy sor egészséget veszélyeztető magatartásformával, például a dohányzással, az alkoholfogyasztással, egészségtelen étkezési szokásokkal (pl. reggeli rendszeres kihagyása), a fizikai inaktivitással és az ülő életmóddal (Haug, Rasmussen, Samdal és mtsai, 2009).

Számos vizsgálat foglalkozott a túlsúlyosságot befolyásoló tényezők meghatározásával. Sokféle rizikófaktora közé tartozik például az alacsony szocioökonómiai státusz (Due, Damsgaard, Rasmussen és mtsai, 2009) és a lányoknál a korai biológiai érés (Currie, Ahluwalia, Godeau és mtsai, 2012).

A tápláltsági állapot becslésére epidemiológiai vizsgálatokban a legáltalánosabban használt módszer a testtömeg-index (BMI) számítása a testtömeg és testmagasság alapján. Ez a mutató jól korrelál a test zsírtartalmával (Roche, Sievogel, Chumlea és mtsai, 1981) és az obezitással összefüggő betegségekkel (Barlow és Dietz, 1998).

Korábbi kutatási eredményeink felhívják a figyelmet arra is, hogy a túlsúlyosság problémája mellett az alultápláltság előfordulása sem elhanyagolható a magyar serdülőkorúak körében (Németh, 2011). Az alultápláltság veszélyezteti az egészséges fejlődést és növekedést, valamint fogékonyabbá tesz a betegségekre. Előfordulásának újbóli növekedése feltehetőleg több okra vezethető vissza. Szerepet játszhat benne az elmúlt évtizedekben jellemző, széles rétegeket – ezen belül a gyermekeket még inkább – érintő elszegényedés (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2010; Rákó, 2010), és az evészavarok (pl. anorexia, bulimia nervosa) gyakoriságának növekedése (Smink, van Hoeken és Hoek, 2012).

Tehát a túlsúlyosság előfordulásának növekedése mellett egy ellentétes trend is jellemző az iparosodott társadalmakra: erős kulturális késztetés a karcsú testalkat elérésére és fenntartására (Cash, Morrow, Hrabovsky és mtsai, 2004). A testalkattal, a tápláltsági állapottal és a testformával kapcsolatos aggodalmak a serdülők körében is széles körben elterjedtek (Smolak, 2011).

A testkép a test méretének és formájának mentális reprezentációja, mely tartalmazza a saját test szubjektív érzékelését és az ehhez kapcsolódó érzelmi viszonyulást. A testkép fontos eleme az énképnek. Biológiai, pszichoszociális és kulturális hatások következtében fejlődik ki és változik (Eisenberg, Neumark-Sztainer és Paxton, 2006). A kamaszok önértékelésében – a pubertás során felgyorsuló testi változások és a pszichoszociális fejlődés következtében – a testkép fokozottabb szerepet kap, mint a gyermekeknél. Sok serdülő aggodalommal figyeli teste átalakulását, egyre fontosabbá válik számára saját megjelenése, többek között a kortárscsoporthoz való tartozás fokozódó

igénye miatt. A fiatalok továbbá rendkívül fogékonyak a média-üzenetekre, ezek pedig a tökéletes testalkat fontosságát hangsúlyozzák. Mindezek miatt ők különösen ki vannak téve a külsővel való túlzott foglalkozásnak és a kedvezőtlen testkép kialakulásának (Grabe, Ward és Hyde, 2008; Szabó, Túry és Czeglédi, 2011).

A testkép fontos eleme a testtömeggel (tápláltsági állapottal) való elégedettség. A kamaszoknak gyakran nehézséget okoz tápláltsági állapotuk helyes megítélése. Ez további problémákat okozhat: a magukat kövérnek vagy soványnak tartók, függetlenül a valós testtömegüktől, általában alacsonyabb önértékelésűek (Perrin, Boone-Heinonen, Field és mtsai, 2010) és több mentális nehézséggel küzdenek (Cho, Han, Kim és mtsai, 2012), mint a magukat normál súlyúnak tartó kortársaik.

A negatív testkép és a testtömeggel való elégedetlenség jóval nagyobb arányban érinti a lányokat, mint a fiúkat. A lányok hajlamosabbak kövérnek, míg a fiúk soványnak látni magukat (Keel, Baxter, Heatherton és mtsai, 2007). Mindez az eltérő serdülőkori testi változásokból és szociokulturális elvárásokból következik. A nyugati típusú társadalmakban az ideálisnak tartott női testalkat nagyon karcsú, szinte serdületlen formájú, míg a férfiaknál is kívánatos a soványság, de emellett az izmosság és a széles vállak szintén fontosak (Hargreaves és Tiggemann, 2006). A lányoknál jellemző normális pubertáskori növekedési változás a zsírfelhalmozás és a csípő szélesedése, emiatt a test valós alakja jelentősen eltávolodik az ideáltól. A fiúknál azonban az erőteljesebb növekedési lökés hirtelen megnyúlást eredményez, majd a pubertás végén a vállak szélesedése, továbbá a serdülés alatt a zsírtömeg csökkenése következik be. A pubertás kezdete mindkét nemnél jelentősen növeli a negatív testkép kialakulásának kockázatát: a lányoknál a korai, míg a fiúknál a késői érésnek van kedvezőtlen hatása (Michaud, Suris és Deppen, 2006; Stojković, 2012). A lányok helyzetét tovább nehezíti, hogy kulturális hatásra énképükben és önértékelésükben a külső megjelenés sokkal inkább központi szerepű, mint a fiúknál.

A testtömeggel való elégedetlenség előrejelzi a testtömeg-kontrolláló magatartást, az evészavarokat, a depresszió kialakulását. Ezek a problémák nők és lányok körében gyakrabban tapasztalhatók (pl. Wertheim és Paxton, 2011), azonban újabb tanulmányok rámutatnak arra, hogy a másik nem körében a testkép és evészavarok előfordulása valószínűleg alulbecsült, a két nem közötti különbségek napjainkban csökkennek (Strother, Lemberg, Stanford és mtsai, 2012).

A negatív testkép arra ösztönzi a fiatalokat, hogy változtassanak a testükön. A testtel való elégedetlenség egyik legfontosabb rizikófaktora a túlsúlyosság, ennek következtében a test megváltoztatásának az egyik legelterjedtebb módja a testtömeg-csökkentéssel való próbálkozás. A fiúk körében emellett a testizomzat növelésére való törekvés is jellemző lehet (McCabe, Ricciardelli és Holt, 2005).

A testtömeg-kontrollálásnak vannak egészséges módjai, de a fiatalok gyakran választanak hatástalan, rosszabb esetben egészségtelen megoldásokat. A testtömeg-csökkentésre a diétázás, fogyókúrázás ebben az életkorban általában az utóbbiakhoz tartozik (Lowe és Timko, 2004), mivel tápanyaghiányos állapotot, a növekedés elmaradását, evészavarokat, a lányoknál menstruációs zavarokat okozhat, és növeli a későbbi csontritkulás veszélyét (Canadian Paediatric Society [CPS], 2004). A diéta és a fogyókúra paradox módon a testtömeg növekedését és túlsúlyosság kialakulását eredményezheti (Neumark-Sztainer, Wall, Haines és mtsai, 2007). A testtömeg-csökkentésre irányuló törekvések összefüggnek a dohányzással, a fizikai aktivitással és az ülő életmóddal (Lowry, Galuska, Fulton és mtsai, 2002).

Mind a kedvezőtlen testképpel, mind az egészségtelen testtömeg-csökkentő magatartásokkal szemben védenek a jó családi és kortárskapcsolatok, a társas támogatás, az iskolához való kötődés, a kritikus gondolkodás képessége és a nemi szereppel való elégedettség (CPS, 2004; Choate, 2007).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A testalkat objektív mutatóját, a tápláltsági állapotot[76] az alábbi kérdésekkel mértük.

- Hány centi magas vagy cipő nélkül?
- Hány kg vagy ruha nélkül?

A testképet az alábbi kérdésekkel vizsgáltuk.

- Milyennek tartod magad? (Lehetséges válaszok: Túl soványnak / Egy kicsit soványnak / Körülbelül megfelelőnek / Egy kicsit kövérnek / Túl kövérnek.)

A témakör vizsgálatához ugyancsak felhasználtuk a Body Investment Scale (BIS, Orbach és Mikulincer, 1998) elnevezésű skála Testkép alskáláját. Az ebbe tartozó tételek a kérdezett saját testéhez való érzelmi viszonyulását mérik.

- *Nyugtalanít a kinézetem.*
- *Elégedett vagyok a külsőmmel.*
- *Utálom a testemet.*
- *Jól érzem magam a testemben.*
- *Dühös vagyok a testemre.*
- *Szeretem a külsőmet annak ellenére, hogy nem vagyok tökéletes*. (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet.)

A testtömeg kontrollálására irányuló magatartást egy kérdéssel vizsgáltuk.

- *Jelenleg fogyókúrázol-e vagy próbálsz-e más módon fogyni?* (Lehetséges válaszok: Nem, mert rendben van a testsúlyom / Nem, bár fogynom kellene / Nem, mert inkább híznom kellene / Igen.)

EREDMÉNYEK

Tápláltsági állapot: testtömeg-index (BMI)

A BMI-átlagértékekben[77] határozott nemi különbségeket láthatunk: a fiúk és az idősebbek átlagai szignifikánsan magasabbak (***13.1. táblázat***). Ugyanakkor a lányoknál a korcsoportok közötti különbségek kisebbek, különösen az idősebbek között.

[76] Kutatási jelentésünkben a nemzetközi gyakorlatban leginkább elterjedt BMI-alapú referencia-értékeket használjuk a túlsúlyosság, az elhízottság és az alultápláltság prevalenciájának becslésére (Cole, Bellizzi, Flegal és mtsai, 2000; Cole, Flegal, Nicholls és mtsai, 2007).

[77] A testtömeg-indexet – ismert rövidítéssel BMI-t – a testmagasságból és a testsúlyból számítottuk ki. A BMI dimenziója kg/m^2. A BMI átlagértékeit nem osztályok, hanem életkorok szerinti csoportosításban adjuk meg, mert a referenciaértékek, amelyhez e minta adatait hasonlítjuk, korcsoportos bontásban állnak rendelkezésre.

13.1. táblázat

A tanulók BMI átlagértékei nem és életkor szerint (N = 3733[78])

	11,5 évesek*		13,5 évesek*		15,5 évesek*		17,5 évesek*	
Nem	M(kg/m²)	SD	M(kg/m²)	SD	M(kg/m²)	SD	M(kg/m²)	SD
Fiúk	18,45	3,87	19,89	3,34	21,17	3,38	22,14	3,13
Lányok	17,66	3,03	19,29	3,28	20,60	3,18	21,24	3,56

A 11–18 éves tanulók körében 70,7% a normál táplálságúak aránya. A túlsúlyosak 12,1%-ot, míg az elhízottak 2,7%-ot tesznek ki. Jelentős az alultápláltak hányada: 14,5%.

A túlsúly esetében (összevonva az enyhén túlsúlyosakat és elhízottakat) a fiúk arányai minden korcsoportban szignifikánsan magasabbak, mint a lányokéi (***13.2. táblázat***, ***13.1. ábra***).[79] Összességében a fiúk 18,4%-a, míg a lányok 11,6%-a rendelkezik enyhe vagy jelentős túlsúllyal.

13.2. táblázat

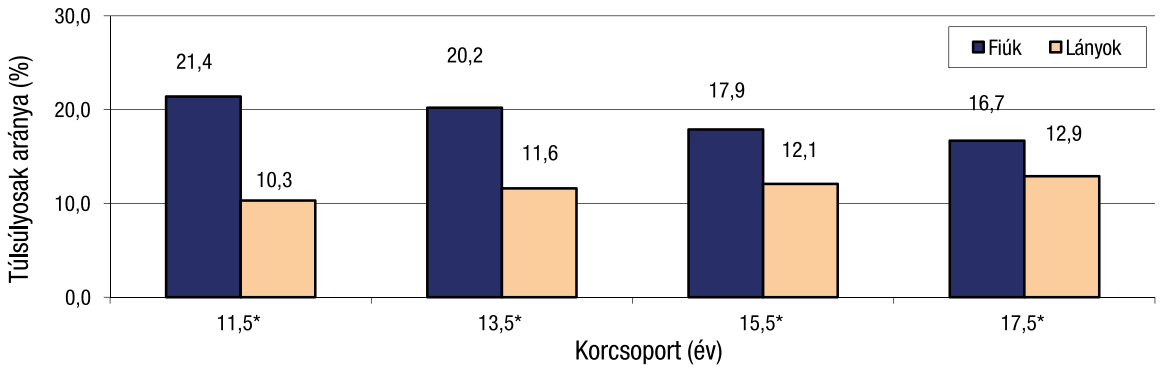
Túlsúlyos és elhízott serdülőkorú tanulók arányai nem és életkor szerint (N = 3733)

	11,5 évesek (%)		13,5 évesek (%)		15,5 évesek (%)		17,5 évesek (%)	
Nem	Túlsúlyos	Elhízott	Túlsúlyos	Elhízott	Túlsúlyos	Elhízott	Túlsúlyos	Elhízott
Fiúk	18,5	2,9	17,2	3,0	13,0	4,9	15,5	1,2
Lányok	8,8	1,5	9,0	2,6	10,3	1,8	9,4	3,5

A korcsoportok között egyik nem esetében sincs szignifikáns eltérés a túlsúlyossági (összevonva az enyhén túlsúlyosakat és elhízottakat) arányokban (***13.1. ábra***).

13.1. ábra

Túlsúlyos (enyhe túlsúly és elhízott együtt) tanulók arányai nem és életkor szerint (N = 3734)



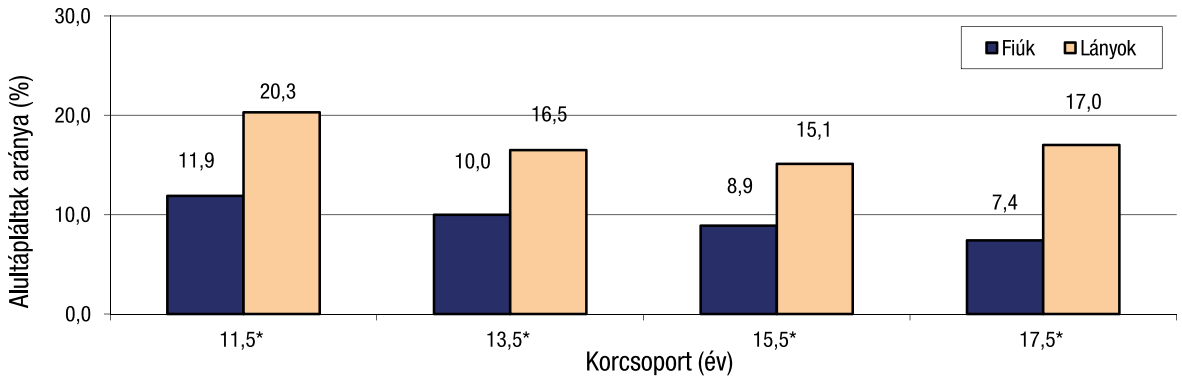
78 Az egyes évfolyamokon belül nagy különbségek vannak a tanulók életkorában. A BMI-re és tápláltsági állapotra vonatkozó adatokat ezért csak az 5., 7., 9. és 11. évfolyamosok zömét jelentő 11,5; 13,5; 15,5; és 17,5 éves átlagéletkorú tanulókra adjuk meg. Ezekből az elemzésekből kizártuk a köztes életkorú fiatalokat (a 12,5; 14,5; 16,5 és 18,5 éveseket), akik jóval kevesebben voltak a vizsgált korcsoportokba tartozóknál.

79 Az elhízottsági arányszámok olyan alacsonyak, hogy statisztikai összehasonlításuk megbízhatatlan, ezért a fiúk és lányok adatainak összevetésétől itt eltekintettünk.

Az alultápláltság esetében a fiúk minden korcsoportban szignifikánsan alacsonyabb arányokat mutatnak, mint a lányok (***13.2. ábra***). Sem a fiúk, sem a lányok esetében nincsenek jelentős különbségek a korcsoportok között. Átlagosan a fiúk 9,4%-a, míg a lányok 17,0%-a tekinthető alultápláltnak.

13.2. ábra

Alultáplált tanulók arányai nem és életkor szerint (N = 3734)



Testkép

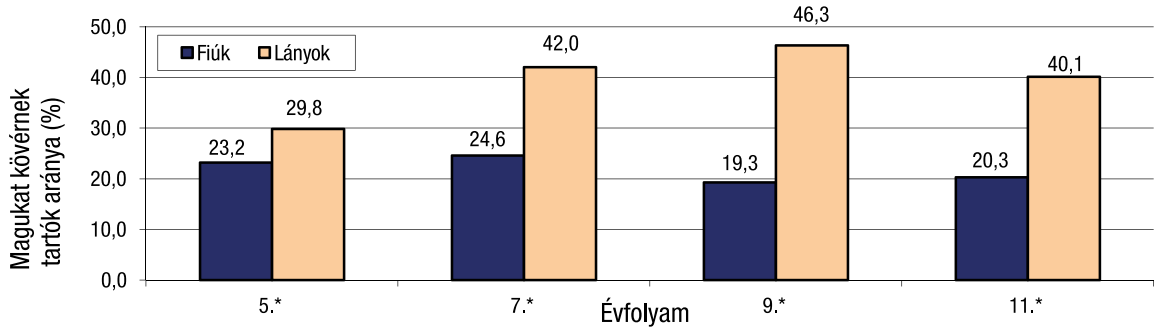
Az 5–11. évfolyamos tanulóknak több mint fele (52,2%) tartja testalkatát (tápláltsági állapotát) átlagosnak, míg közel harmaduk (31,4%) kövérnek látja magát[80]. A korcsoportok közötti különbségek – bár szignifikánsak – nem túl nagyok. Jellemző, hogy a legfiatalabbak mintegy 5%-kal nagyobb arányban tartják magukat normál tápláltsági állapotúnak és 5%-kal kisebb arányban kövérnek, mint idősebb társaik.

A lányok minden életkorban szignifikánsan nagyobb arányban gondolják magukat kövérnek és kisebb arányban tekintik testüket átlagosnak és soványnak, mint a fiúk. A soványság tekintetében az általános iskolás korosztályban csekély a különbség a két nem között, míg a középiskolásoknál a fiúk jóval nagyobb arányban vélik soványnak magukat, mint a lányok.

A fiúknál a 7. és 9. osztályosok között jelentősen csökken a magukat kövérnek tartók aránya, a lányoknál viszont a 9. évfolyamig markáns növekedés látható évfolyamról évfolyamra (ezen belül kiemelkedő az 5. és 7. évfolyam közti különbség). A 11. évfolyamon a 9. évfolyamhoz viszonyítva viszont szignifikánsan alacsonyabb a magukat kövérnek tartó lányok aránya, ami közel áll a 7. évfolyamosok arányához (***13.3. ábra***).

13.3. ábra

Magukat kövérnek tartó tanulók arányai nem és évfolyam szerint (N = 5949)



[80] Az eredmények számításakor az első kettő (túl soványnak / egy kicsit soványnak) és az utolsó kettő kategóriát (egy kicsit kövérnek / túl kövérnek) összevontuk, így háromkategóriás változóval dolgoztunk: sovány, átlagos, kövér.

A magukat megfelelő testalkatúnak gondolók aránya a fiúknál közel 60%, míg a lányoknál nem éri el az 50%-ot. A fiúknál a magukat soványnak tartók aránya évfolyamról évfolyamra nő: az ötödikesek 17,3%-a, a 11. évfolyamosok 24,4%-a véli magát soványnak. A lányoknál a magukat soványnak gondolók hányada nem függ az életkortól: az egyes évfolyamokon 11,5% és 14,5% között mozog ez arány, határozott tendencia nélkül.

A testkép skála[81] átlagpontszámai szignifikánsan jobb önminősítést mutatnak a fiúknál (M = 18,13; SD = 4,51), mint a lányoknál (M = 15,21; SD = 5,82). Az életkor növekedésével mindkét nemnél egyre negatívabb testkép rajzolódik ki – egyértelműen csökken a skála pontértéke, kivéve a 9. és 11. évfolyamos lányok között.

A fiúknál az 5. évfolyamosok szignifikánsan jobb testképpel rendelkeznek az idősebbeknél. A 7. és 9., valamint a 9. és 11. osztályosok között nem szignifikáns az eltérés, azonban a 7. és 11. évfolyamosok között igen. A lányoknál az 5. és 7. évfolyam között drasztikus csökkenés figyelhető meg, majd az idősebbek körében már nem láthatunk szignifikáns változást (***13.3. táblázat***).

13.3. táblázat.
A tanulók testkép pontszám átlagértékei nem és évfolyam szerint (N = 5693)

	5. évfolyam*		7. évfolyam*		9. évfolyam*		11. évfolyam*	
Nem	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Fiúk	19,26	4,23	18,32	4,50	17,84	4,44	17,40	4,62
Lányok	18,08	4,97	14,65	6,10	14,10	5,75	14,84	5,59

A tápláltsági állapot és a testtömeggel való elégedettség sok esetben nincs összhangban egymással. A BMI alapján alultáplált fiúknak 57,9%-a tartja magát soványnak, míg 2,1% kifejezetten kövérnek gondolja magát. Ugyanezek az arányok a lányoknál 41,7% és 10,3%. A fiúknál a normál alkatúak 19,0%-a soványnak, 13,6%-a kövérnek véli testalkatát. A normál tápláltsági állapotú lányok esetében 8,4% soványnak, míg 39,4% kövérnek látja magát. A túlsúlyos fiúknak azonban csak valamivel kevesebb, mint kétharmada gondolja magáról, hogy kövér, míg a lányoknál ez az érték meghaladja a 83%-ot.

Testtömeg-szabályozó magatartás

Az 5–11. évfolyamos diákok több mint egyharmada (37,9%) fogyni szeretne[82], és körülbelül egytized (9,7%) a hízni vágyók aránya. A fiataloknak több mint ötöde (22,8%) valamilyen módon próbálja csökkenteni a testtömegét.

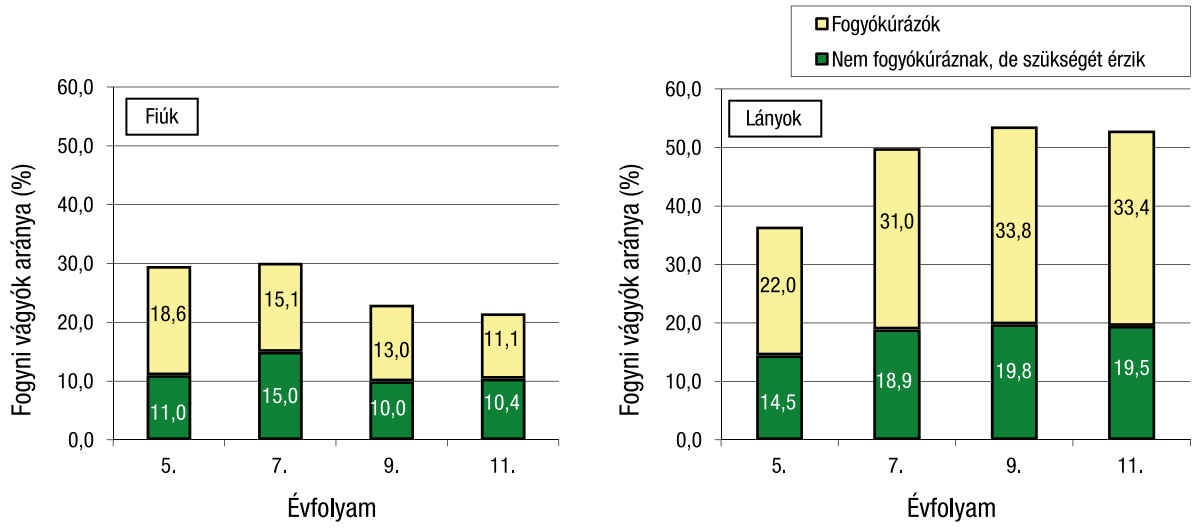
Igen nagy eltérés látható azonban a két nem között, és ez fokozódik az életkor növekedésével. A lányoknál szignifikánsan nő a fogyni vágyók aránya a 9. évfolyamig, míg a fiúknál szignifikánsan csökken a 7. és 9. évfolyamok között. Hasonló a helyzet a testtömeg-csökkentéssel próbálkozók esetében is. A lányoknál az 5. és 7. évfolyamok között ugrásszerű növekedés tapasztalható, míg a fiúknál folyamatosan csökken a fogyókúrázók aránya (***13.4. ábra***). A nemek közötti különbségek minden évfolyamon szignifikánsak.

[81] A skála lehetséges pontszáma: 0-24, a magasabb skálapontszám pozitívabb testképet jelent. A skála belső konzisztenciája mintánkban megfelelőnek bizonyult (Cronbach-alfa: 0,87, fiúk: 0,79, lányok: 0,90).

[82] Az eredmények közlésénél új kategóriaként közöljük a „fogyni vágyók” csoportjának (a „nem, bár fogynom kellene” és az „igen” válaszokat adók együttesen) adatait is.

13.4. ábra

Fogyni vágyó tanulók aránya nem és évfolyam szerint (N = 6079)



A hízni vágyók aránya a lányoknál nem nagyon különbözik a korcsoportok között (az egyes évfolyamokon 7,0-8,5% közötti arányok tapasztalhatók). A fiúknál az általános és a középiskolás korosztály között szignifikáns a különbség: a fiatalabbakra csak 7-8%-ban, az idősebbekre 13-16%-ban jellemző, hogy hízni szeretnének.

A testtömeggel való elégedettséget és a testtömeg kontrollálására irányuló kísérletek gyakoriságát összehasonlítva szintén jelentős eltéréseket tapasztalhatunk a két nem között. Azoknak a fiúknak, akik nem tartják magukat kövérnek, 9,6%-a mégis fogyni szeretne, míg a lányoknál ugyanez az arány majdnem kétszeres (18,3%). A soványság tekintetében azonban gyakorlatilag nincs eltérés. A magukat soványnak látó lányoknak mindössze 44,2%-a, míg a fiúknak 46,7%-a gondolja úgy, hogy híznia kellene.

MEGBESZÉLÉS

E fejezetben a testalkat témakörének különböző vonatkozásait jártuk körül. Az önbevallásos adatok alapján a legobjektívebb testalkati mutató a testmagasságból és testtömegből számított testtömeg-index (BMI). Egészségmagatartás szempontjából nem kevésbé fontos a testkép, a saját testalkat szubjektív megítélése, illetve a saját testtel való elégedettség. Külön vizsgáltuk a tápláltsági állapot szubjektív megítélését és a saját testhez való érzelmi viszonyulást. Ehhez kapcsolódó, egészséget befolyásoló viselkedési elemként a tanulókat testtömeg-szabályozó szándékukról és magatartásukról is kérdeztük.

A testtömeg-index értékeinél megfigyelhető nemi és életkori mintázat megfelel a mért adatokra jellemzőknek**.** Olyan felmérésekben, ahol a kérdőíven bevallott méreteket összevetik a válaszadó személyek – szakemberek által mért – adataival (validációs vizsgálatok), az eredmények jól korrelálnak egymással, bár az önbevallás általában valamelyest alulreprezentálja a túlsúlyosságot, és fölülbecsli az alultápláltságot, különösen a lányok esetében (Brener, McManus, Galuska és mtsai, 2003; Elgar, Roberts, Tudor-Smith és mtsai, 2005). Elegendő bizonyíték van továbbá arra, hogy az önbevallásos adatokon alapuló mutató az összefüggés-vizsgálatokban hasonlóan pontosan működik, mint a mért adatokból számított (pl. Spencer, Appleby, Davey és mtsai, 2002; Strauss, 1999).

A testtömeg a csont- és izomtömeget is tartalmazza, amely azonos térfogat mellett nehezebb a zsírszövetnél, valamint normál tápláltsági állapot esetén a fiúk testzsírszázalék értékei alacsonyabbak, mint a lányoké, így a fiúk BMI-átlagértékei magasabbak a lányokénál. Továbbá egészséges

fejlődési és növekedési körülmények között a serdülőkor végéig mindkét nemnél folyamatosan nő az index értéke a mozgatórendszer intenzív gyarapodása miatt; ebből adódik a növekvő életkori tendencia. Ugyanez magyarázza a lányoknál tapasztalható lassuló növekedési ütemet, hiszen náluk általában korábban kezdődnek és hamarabb be is fejeződnek a pubertáskori testi változások, mint a fiúknál. A korábbi adatokhoz képest gyakorlatilag nincs változás a BMI-re vonatkozó adatokban[83], kivéve a legidősebb lányokat: itt magasabb az érték a korábbi adatfelvételek során tapasztaltaknál (Németh, 2007, 2011).

A túlsúlyossági és elhízottsági adatokban tapasztalható nemi és életkori mintázat megegyezik a korábbi hazai felmérések eredményeivel (Németh, 2007, 2011). A számszerű eltérések csekélyek; az enyhe túlsúlyosságról elmondható, hogy ennek a prevalenciája az utóbbi nyolc évben nem változott. A nagyon alacsony elhízottsági értékeknél – a kutatás több ezres mintaelemszámát figyelembe véve – nehéz lenne megmondani, hogy 1%-nyi eltérés jelentősnek mondható-e, de a legidősebb lányoknál a több mint 2%-os, azaz, több mint kétszeres arányszám-növekedés már markánsnak tűnik. Más európai és észak-amerikai országok adataihoz (Ahluwalia, 2012) viszonyítva a magyar fiatalok túlsúlyossági arányai átlagosak.

Az alultápláltságot négy évvel korábban vizsgáltuk először. Hasonlóan a túlsúlyossághoz, itt sem tapasztaltunk lényeges változást, kivéve a legidősebb lányokat, akiknél jelentősebb csökkenés látható (Németh, 2011). Figyelembe véve a túlsúlyossági adatokat is, a 17 éves lányoknál tapasztalható némi átrendeződés az elmúlt négy évben: a normál tápláltságúak prevalenciája nem változott, de csökkent az alultápláltak és nőtt a túlsúlyosak aránya.

A testkép fontos eleme a testtömeggel, tápláltsági állapottal való elégedettség. A nemek közötti jellegzetes különbség a legutóbbi három felmérést tekintve (Németh, 2007, 2011) állandó. Ez a változatlanság nem meglepő, hisz főként a pubertáskori testalkati változások és a szociokulturális hatások következtében alakul ki: a serdülő lányok hajlamosabbak túlsúlyosnak látni magukat, mint a fiúk. Az életkori eltérések is meglehetősen állandónak bizonyultak az elmúlt nyolc évben, melyre elsősorban a biológiai növekedés és érés adhat magyarázatot. A mintázat mellett az aktuális arányok sem mutatnak nagy eltérést a korábbi adatokhoz képest. A magyar diákok nemzetközi összehasonlításban az átlagosnál némileg nagyobb arányban tartják kövérnek magukat (Németh, 2012).

A testképről átfogóbb képet ad a hat tételes testkép-skála pontértéke, mint a táplálltsági állapot megítélése. A két mutató természetesen nem független egymástól, így érthető, hogy a nemi és korcsoportos különbségek hasonlók. Ugyanilyen mintázatot figyelhettük meg az előző adatgyűjtéseknél is (Németh, 2007, 2011). Az időbeli trendek nem mutatnak lineáris tendenciát, de a fiúknál a négy évvel ezelőtt mért adatokhoz képest közel egy pontos javulás, míg a lányoknál több mint fél pontos csökkenés figyelhető meg, s ezek vélhetőleg már statisztikai értelemben is jelentős különbségek. A lányok eleve kedvezőtlenebb testképének még rosszabbá válása újra felhívja a figyelmet az egészségfejlesztés szükségességére ezen a téren.

A táplálltsági állapot szubjektív és objektív mutatói közötti jellegzetes különbségek szintén ugyanazt a mintázatot mutatják, mint négy évvel ezelőtt, s az arányszámok között is elhanyagolható az eltérés (Németh, 2011). Az egyetlen kiugróbb különbség a BMI alapján alultáplált fiúk esetében látható: az aktuális adatok reálisabb testképet mutatnak, mert körükben mintegy 8%-kal magasabb a magukat soványnak tartók aránya, mint négy éve.

A testtömeg-csökkentéssel való próbálkozás meglehetősen elterjedt a fiatalok körében, majdnem minden negyedik diák tett már erre kísérletet. A karcsúság szociokulturálisan beágyazott ideálképe jól tetten érhető adatainkon: serdülőink jelentősen nagyobb arányban gondolják, hogy fogyniuk kellene, mint ahányan kövérnek vélik magukat, ugyanakkor hasonlóan kisebb arányban szeretnének hízni, mint amekkora arányban soványnak látják magukat. A probléma a lányokat jóval nagyobb

[83] A szekuláris növekedés- és fejlődésváltozások (pl. a generációk során az átlagos testmagasság növekedése vagy a menarche [első menstruáció] átlagos életkorának csökkenése) – amennyiben vannak –, minimum 10 éves időbeli lépték-ekben mérhetők.

mértékben érinti, ami szintén főként a társadalmi elvárásokban gyökerezik. Az életkori változások a fogyni vagy hízni vágyásban és a testtömeg-csökkentésben jól tükrözik a két nemre jellemző pubertáskori testalkati és testösszetétel-béli változásokat, pontosabban a biológiai változások és az ideálisnak tartott testforma közötti különbségek kiváltotta magatartást. Ezért láthatjuk, hogy a lányoknál az 5. és 7. évfolyamok között – amikor a legtöbben elkezdenek serdülni – nő meg jelentősen a fogyni vágyók aránya. A későbbi érésű fiúknál viszont a 7. és 9. évfolyam között jelentősen lecsökken a fogyni vágyók hányada, hisz az ő fejlődésük abszolút zsírtömeg-vesztéssel jár.

Ezek az eredmények korábbi adatainknak (Németh, 2007, 2011) jól megfelelnek, mind az arányszámok, mind a nemi és életkori mintázatok meglehetősen állandónak bizonyulnak. Némi ingadozás a lányoknál figyelhető meg: a 7–11. évfolyamon jelentősen magasabbak az arányok, mint négy éve, de hasonlóak a nyolc évvel ezelőtti eredményekhez. A három felmérés viszonylatában pedig a 7–11. évfolyamos lányok a mostani alkalommal számoltak be a legnagyobb arányban fogyókúrázásról. A magyar prevalencia-értékek a nemzetközi HBSC-adatokkal összevetve kiugróan magasak: 39 ország között korcsoporttól függően a 3–6. helyek valamelyikét foglalják el (Ojala, 2012).

Jelen eredményeink szerint tehát az elmúlt közel egy évtizedben a tápláltsági állapot – testkép – testtömeg-szabályozás problémaköre sajnos nem veszített súlyosságából: a magyar fiatalok jó részét érinti. Mivel a vizsgált tulajdonságok és viselkedés szorosan összefüggenek a kockázati és védő tényezők szintjén is, a beavatkozásban és a megelőzésben érdemes egységes szemléletet követni. Soktényezős jelenségekről van szó, s ezeket nem könnyű mind figyelembe venni a prevenciós és egészségfejlesztő stratégiák és programok kidolgozásakor. A nem és a pubertás befolyásoló szerepét nagyon fontos lenne szem előtt tartani, ugyanakkor ezeken az egyéni faktorokon túl a szociokulturális és környezeti-ökológiai szempontú megközelítés nem kevésbé szükséges. Jól működő gyakorlatok a testtel és az étkezéssel való részletes foglalkozás helyett az interaktivitásra, a társas kapcsolatok, a globális önértékelés, az énhatékonyság növelésére és a stresszel való hatékony megküzdés fejlesztésére helyezik a hangsúlyt (pl. O'Dea, 2005). A viselkedés szintjén bebizonyosodott, hogy az egészséges testképpel rendelkező fiatalok (akik pozitívan értékelik a testüket és az egészségüket is) sokkal kevésbé hajlamosak szélsőséges testtömeg-szabályozó módszereket alkalmazni, függetlenül a tápláltsági állapotuktól (Strauss, 1999). Vagyis azok a fiatalok, akik helyesen ítélik meg a testtömegüket, inkább választanak egészséges testtömeg-szabályozó megoldásokat (Alwan, Viswanathan, Paccaud és mtsai, 2011).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Ahluwalia, N. (2012). Body weight: Overweight and obesity. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey* (pp. 89–92). Copenhagen: World Health Organization.

Alwan, H., Viswanathan, B., Paccaud, F., & Bovet, P. (2011). Is accurate perception of body image associated with appropriate weight-control behavior among adolescents of the Seychelles. *Journal of Obesity, 2011,* 817272.

Barlow, S. E., & Dietz, W. H. (1998). Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. *Pediatrics, 102*(3), E29.

Bell, L., & Rushforth, J. (2008). *Overcoming body disturbance. A programme for people with eating disturbance*. London & New York: Routledge.

Brener, N. D., McManus, T., Galuska, D. A., Lowry, R., & Wechsler, H. (2003). Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. *Journal of Adolescent Health, 32*(4), 281–287.

Canadian Paediatric Society (2004). Dieting in adolescence. *Paediatric Child Health, 9*(7), 487–491.

Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(6), 1081–1089.

Cho, J. H., Han, S. N., Kim, J. H., & Lee, H. M. (2012). Body image distortion in fifth and sixth grade students may lead to stress, depression, and undesirable dieting behavior. *Nutrition Research and Practice*, *6*(2), 175–181.

Choate, L. H. (2007). Counseling adolescent girls for body image resilience: strategies for school counselors. *Professional School Counseling, 10*(3), 318–324.

Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal, 320*(7244), 1–6.

Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., & Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *British Medical Journal, 335*(7612), 194.

Currie, C., Ahluwalia, N., Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Due, P., & Currie, D. B. (2012). Is obesity at individual and national level associated with lower age at menarche? Evidence from 34 countries in the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study. *Journal of Adolescent Health*, *50*(6), 621–626.

Due, P., Damsgaard, M. T., Rasmussen, M., Holstein, B. E., Wardle, J., Merlo, J., Currie, C., Ahluwalia, N., Sørensen, T. I., Lynch, J., & The HBSC obesity writing group (2009). Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *International Journal of Obesit*y, *33*(10), 1084–1093.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Paxton, S. J. (2006). Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(4), 521–527.

Elgar, F. J., Roberts, C., Tudor-Smith, C., & Moore, L. (2005). Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 37*, 371–375.

Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psycholocigal Bulletin*, *134*(3), 460–476.

Guo, S. S., Huang. C., Maynard, L. M., Demerath, E., Towne, B., Chumlea, W. C., & Siervogel, R. M. (2000). Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: The Fels Longitudinal Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 24*(12), 1628–1635.

Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2006) 'Body Image is for Girls': A qualitative study of boys' body image. *Journal of Health Psychology*, *11*(4), 567–576.

Haug, E., Rasmussen, M., Samdal, O., Iannotti, R., Kelly, C., Borraccino, A., Vereecken, C., Melkevik, O., Lazzeri, G., Giacchi, M., Ercan, O., Due, P., Ravens-Sieberer, U., Currie, C., Morgan, A., & Ahluwalia N. (2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health, 54*(Suppl. 2), 167–179.

Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C., Currie, C., & Pickett, W. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalences in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews, 6*(2), 123–132.

Katzmarzyk, P. T., Tremblay, A., Pérusse, L., Després, J. P., & Bouchard, C. (2003). The utility of the international child and adolescent overweight guidelines for predicting coronary heart disease risk factors. *Journal of Clinical Epidemiology, 56*(5), 456–462.

Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. Jr. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(2), 422–432.

Központi Statisztikai Hivatal (2010). *Magyarország 1989-2009* – a változások tükrében. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
Lawrence, M., Arbeit, M., Johnson, C. C., & Berenson, G. S. (1991). Prevention of adult heart disease beginning in childhood: Intervention programs. *Cardiovascular Clinics, 21*(3), 249–262.
Lowe, M. R., & Timko, C. A. (2004). Dieting: Really harmful, merely ineffective or actually helpful? *British Journal of Nutrition*, *92*(Suppl. 1), S19–22.
Lowry, R., Galuska, D. A., Fulton, J. E., Wechsler, H., & Kann, L. (2002). Weight management goals and practices among US high school students: associations with physical activity, diet, and smoking. *Journal of Adolescent Health*, *31*(2), 133–144.
Markus, J., Marko, E., & Mika, K. (2008). Lower fertility associated with obesity and underweight: The US National Longitudinal Survey of Youth. *American Journal of Clinical Nutrition, 88*(4), 886–893.
McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., & Holt, K. (2005). A longitudinal study to explain strategies to change weight and muscles among normal and overweight children. Appetite, *45*, 225–234.
Michaud, P. A., Suris, J. C., & Deppen, A. (2006). Gender-related psychological and behavioural correlates of pubertal timing in a national sample of Swiss adolescents. *Molecular and Cellular Endocrinology*, *25*(254-255), 172–178.
Németh, Á. (2007). Testkép, tápláltsági állapot, testtömeg-kontroll. In Németh Á. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. *Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 126–133). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
Németh, Á. (2011). Testkép, tápláltsági állapot, testtömeg-kontroll. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 77–82). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
Németh, Á. (2012). Body weight: Body image. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey* (pp. 93–96). Copenhagen: World Health Organization.
Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P. J., French, S. A., & Perry, C. (2002). Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: Findings from Project EAT. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 963–974.
Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., & Eisenberg, M. E. (2007). Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, *107*(3), 448–455.
O'Dea, J. A. (2005). School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: an overview of safe and effective interventions. *Health Education, 105*(1), 11–33.
Ojala, K. (2012). Body weight: Weight-reduction behaviour. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie, M. de Looze, C. Roberts, O. Samdal, O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey* (pp. 97–100). Copenhagen: World Health Organization.
Perrin, E. M., Boone-Heinonen, J., Field, A. E., Coyne-Beasley, T., & Gordon-Larsen, P. (2010). Perception of overweight and self-esteem during adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(5), 447–454.
Rákó, E. (2010), A gyermekszegénység gyermekvédelmi aspektusai. *Fordulópont, 47*(1), 5–16.
Roche, A. F., Sievogel, R. M., Chumlea, W. C., & Webb, P. (1981). Grading body fatness from limited anthropometric data. *American Journal of Clinical Nutrition, 34*(12), 2831–2838.

Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406–414.

Smolak, L. (2011). Body image development in childhood. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.) (pp. 67–75). New York: The Guilford Press.

Spencer, E. A., Appleby, P. N., Davey, G. K., & Key T. J. (2002). Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC-Oxford participants. *Public Health Nutrition, 5*(4), 561–565.

Stojković, I. (2012). Pubertal timing and self-esteem in adolescents: The mediating role of body-image and social relations. *European Journal of Developmental Psychology*, *10*(3), 359–377.

Strauss, R. (1999). Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents. National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, *153*(7), 741–747.

Strauss, R. S. (1999). Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 23*(8), 904–908.

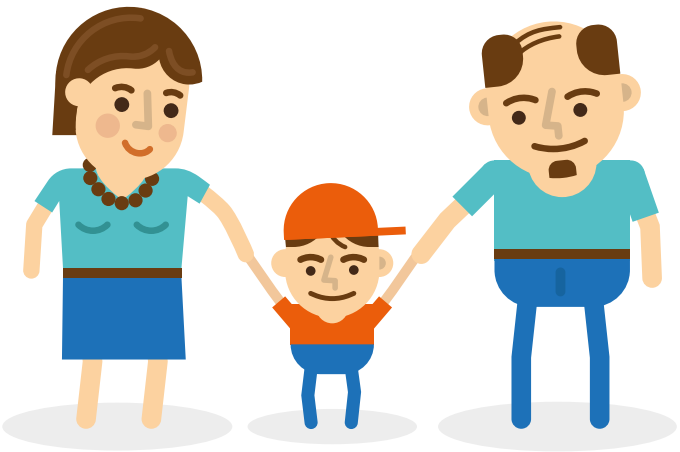
Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, *20*(5), 346–355.

Szabó, K., Túry, F., & Czeglédi, E. (2011). Evészavarok és média – a magazinolvasási szokások és az evésszavarok lehetséges kapcsolata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 12*(4), 353–374.

Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.) (pp. 76–84). New York: The Guilford Press.

World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva: World Health Organization.

PSZICHOSZOCIÁLIS KONTEXTUÁLIS TÉNYEZŐK



14. TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HÁTTÉR: A CSALÁDOK SZOCIOÖKONÓMIAI HELYZETE

Örkényi Ágota, Arnold Petra

BEVEZETÉS

A serdülőkori fejlődés összetett társas hatások (pl. a családi, a kortárs és az iskolai környezet), illetve a kulturális és történeti háttér rendszereibe ágyazódva zajlik (Bronfenbrenner, 1986). Ezek vizsgálata elengedhetetlen az egészségjellemzők és az életmód alakulásának megértése szempontjából. Az egyén társadalmi-gazdasági helyzetét kifejező szocioökonómiai helyzet (röviden: SES) a családi háttér egyik olyan jellemzője, amely serdülőkorban (is) társadalmi és kulturális hatásokat közvetít. A SES kiemelt jelentőségű az egészségben tapasztalható különbségek és egyenlőtlenségek magyarázatában (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2012).

A SES összetett fogalom, amely a társadalomi, gazdasági és foglalkozási státuszt foglalja magába (Adler, Boyce, Chesney és mtsai, 1994; Andorka, 1996). Legfontosabb mutatói egyrészt a jövedelem, amely az egyén (vagy család) által birtokolt forrásokra vonatkozik, másrészt az iskolázottság és a foglalkozás, melyek a társas presztízst, a társadalomban elfoglalt pozíciót fejezik ki. A SES hatással van az életesélyekre, vagyis azokra a lehetőségekre, amelyeket a társadalom adott társas pozíciót betöltők számára kínál (Andorka, 1996). Az alacsony szocioökonómiai státusz ezért pszichoszociális szempontból úgy is értelmezhető, mint a lehetőségektől való megfosztottság és a saját élet felett érzett kontroll hiánya (Wilkinson, 1997). A SES objektív, külső mutatói mellett az egészség szempontjából különös jelentőséggel bír, hogy az egyén másokhoz viszonyítva hova helyezi magát a társas hierarchiában (szubjektív jómódúság, Kopp, Skrabski, Réthelyi és mtsai, 2004). Ez a relatív pozíció meghatározza a krónikus stressz mértékét, a betegségekre való fogékonyságot, és befolyásolja, hogy az egyén milyen stressz csökkentő módszereket (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) alkalmaz. A társadalmi-gazdasági helyzet szubjektív megítélésének hatása már serdülőkorban is tetten érhető (pl. Pikó és Fitzpatrick, 2007).

Felnőttek körében jól dokumentált a SES és az egészség kapcsolata: az alacsonyabb társadalmi-gazdasági pozíció rosszabb egészségmutatókkal jár együtt (pl. Adler, Boyce, Chesney és mtsai, 1994). Ezeket az összefüggéseket gyermekek és serdülők körében is kimutatták (Goodman, Slap és Huang, 2003; Montgomery, Kiely és Pappas, 1996; Starfield, Riley, Witt és mtsai, 2002). Longitudinális vizsgálatok eredményei szerint a szülői SES tartós, kumulatív hatással van a gyermekek pszichológiai alkalmazkodására és egészségére (Ritsher, Warner, Johnson és mtsai, 2001), és ez a hatás születéstől felnőttkorig kimutatható (Schoon, Sacker, Bartley, 2003).

Korábbi HBSC-vizsgálatok adatai alapján az alacsonyabb szocioökonómiai helyzetű gyermekekre kedvezőtlenebb egészségi mutatók (pl. rosszabb önminősített egészség, alacsonyabb élettel való elégedettség, több gyakori szubjektív egészségpanasz) jellemzőek (Currie, Zanotti, Morgan és mtsai, 2012; Költő, Örkényi és Zsiros, 2011). Konzisztens összefüggés található például a család jómódúsága és a serdülőkorúak szubjektív egészségi állapota között: minél jobb anyagi helyzetben van a fiatalok családja, annál alacsonyabb az egészségi állapotukat rossznak tartó tanulók aránya (Holstein, Parry-Langdon, Zambon és mtsai, 2004; Torsheim, Välimaa és Danielson, 2004). Magyar serdülők körében hasonló összefüggést mutatott ki Pikó és Fitzpatrick (2007) az önminősített szocioökonómiai státusz és a mentális egészség különböző mutatói (depresszív tünetek, pszichoszomatikus panaszok, illetve szubjektív egészségi állapot) között. A szociálisan hátrányos helyzetű serdülők körében két-háromszor nagyobb az esélye a mentális problémák megjelenésének, mint a kedvezőbb szociális hátterű társaiknak (Reiss, 2013).

Az alacsony SES emellett az egészségmagatartás kedvezőtlen mintázataival függ össze (pl. kevesebb gyümölcs- és zöldségfogyasztás, reggelizés kihagyása, rendszertelen fogmosás, kevesebb

mozgás, testedzés). Néhány életmód jellemző esetében azonban fordított irányú kapcsolatot is kimutattak. Például a közép-kelet-európai országokban a cukros üdítők gyakori fogyasztása – amely az egészség szempontjából kedvezőtlen – a jobb anyagi helyzetű gyermekekre magasabb arányban jellemző (Currie, Zanotti, Morgan és mtsai, 2012). A rizikómagatartásokkal (pl. verekedéssel, dohányzással, alkoholfogyasztással) kapcsolatban kevésbé konzisztensek az eredmények (Holstein, Parry-Langdon, Zambon és mtsai, 2004). Richter, Leppin és Nic Gabhainn (2006) például kimutatta, hogy az ismétlődően előforduló serdülőkori részegségre a család szocioökonómiai körülményei csak kis hatással vannak, és a SES különböző indikátorai eltérő összefüggést mutatnak ezzel a rizikómagatartással. A rizikómagatartás és a szocioökonómiai helyzet kapcsolatát illetően az ESPAD kutatás (Elekes, 2009) eredményeiből is változatos kép rajzolódik ki. Míg a dohányzás egyértelműen a hátrányos helyzetűekre jellemző, addig az alkohol- és drogfogyasztás esetében nem mutatható ki ez az egyértelmű kapcsolat, kivéve a szélsőséges ivást, amely a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű diákok körében nagyobb eséllyel jelenik meg.

A család szocioökonómiai helyzete nemcsak az egészség és életmód jellemzőivel függ össze, hanem kapcsolatban áll a szülő-gyermek viszony jellemzőivel (Due, Lynch, Holstein és mtsai, 2003), a kortársbántalmazásnak való kitettséggel (Due, Merlo és Harel, 2009), illetve az iskolához való kötődéssel és elégedettséggel is (Vieno, Perkins, Smith és mtsai, 2005). Az alacsony SES a tanulmányi eredmények szempontjából is rizikótényezőnek számít (McLoyd, 1998; Patterson, Kupersmidt és Vaden, 1990): ez a hatás feltehetően a társadalmi-gazdasági hierarchia eltérő szintjeihez kapcsolódó lehetőségek és szocializációs folyamatok különbségeinek tulajdonítható (Coleman, 1988).

A kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzet veszélyezteti az adaptív fejlődést. Az alacsony szocioökonómiai háttérrel rendelkező családok gyakran élnek át fokozott stresszt (Finkelstein, Kubzansky, Capitman és mtsai, 2007), sokszor rosszabb fizikai és társas környezetben élnek (Evens, 2004). A szegénység a családi élet valamennyi aspektusára kihathat: például a szülői nevelési módra (Berger, 2004), a szülők mentális egészségére (Taylor, Budescu és Gebre, 2014), a lakhatás minőségére, az egészségügyi, oktatási és szabadidős szolgáltatásokhoz való hozzáférésre (Wilson, 1987).

A család kedvezőtlen szocioökonómiai helyzetéből fakadó kockázatot számos pszichoszociális tényező módosíthatja. Szegény gyermekek esetében a pozitív, vagyis a gyermek igényeire fogékony, elfogadó és szeretetteljes szülői bánásmód jobb társas és viselkedésbeli alkalmazkodással jár, ami csökkenti az anyagi nehézségek lehetséges negatív hatásainak előfordulását (Owens és Shaw, 2003). A rosszabb tanulmányi eredményt – a fiatalok saját motivációja mellett – kivédheti, ha a tanárok pozitív elvárásokat fogalmaznak meg a fiatalok továbbtanulását illetően, illetve ha ezt a szülők is fontosnak tartják (Schoon, Parsons, Sacker, 2004). Finn és Rock (1997) eredményei azt mutatják, hogy az alacsony jövedelmű családban élő fiatalok eredményesebbek voltak az iskolában, ha erősebb elköteleződést mutattak a tanulás és továbbtanulás iránt.

Jobb önértékeléssel bírnak, és kevésbé vannak kitéve a depresszió veszélyének azok a szegénységben élő serdülők, akik társas kapcsolataikat proszociálisnak és támogatónak érzik (Seidman és Pedersen, 2003). A társas támogatás más formái, például a tágabb család által nyújtott segítség mind az anyák, mind a gyermekek esetében szintén mérsékelhetik a rossz anyagi helyzet negatív hatásait (Taylor, Budescu és Gebre, 2014).

A társas védőfaktorok mellett a személyiség bizonyos aspektusai – például az optimizmus, a személyes kontroll érzése, az önkontroll képessége stb. – is meghatározók lehetnek a rossz anyagi helyzet negatív hatásainak kivédésében. Ezek a személyes források segítik a stresszel való adaptív megbirkózást, így serdülőkorban különösen fontos szerepük lehet a kedvezőtlen társadalmi-szociális helyzettel járó tartós stressz állapotokkal való megküzdésben (Buckner, Mezzacappa és Beardslee, 2009; Chen, Lee, Cavey és mtsai, 2013).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A tanulók családjának társadalmi-gazdasági helyzetét a következő kérdésekkel vizsgáltuk.

- *A tanulóknak le kellett írniuk, hogy van-e szüleiknek jelenleg állása, mi a szüleik foglalkozása (hol és mit dolgoznak), külön az* ***apára*** *és külön az* ***anyára*** *vonatkozóan.*
- *Ha* ***édesapádnak (nevelőapádnak) / édesanyádnak (nevelőanyádnak)*** *jelenleg nincs állása, ennek mi az oka? (*Mindkét kategória esetén lehetséges válaszok: Beteg, nyugdíjas vagy tanul / Éppen munkát keres / Saját otthonában gondoz valakit, beleértve a GYES / GYED / vagy GYET-en lévőket.)
- *Mi* ***édesapád (nevelőapád) / édesanyád (nevelőanyád)*** *legmagasabb iskolai végzettsége? (*Mindkét kategória esetén lehetséges válaszok: Egyetemet vagy főiskolát végzett / Középiskolát végzett / Szakmunkás bizonyítványa van / Általános iskolát végzett / Nem fejezte be az általános iskolát / Nem tudom.)

A család jómódúságának vizsgálatára objektív és szubjektív kérdéseket is feltettünk. Erre azért volt szükség, mert bár a tanulók tudatában vannak, hogy a családok anyagi helyzete különböző, sokszor nem tudnak pontosan beszámolni az ezzel kapcsolatos információkról, főképp szüleik jövedelméről (Parry-Langdon és Roberts, 2005). Ezért kutatásunk egy objektív kérdésekből álló kompozit-skála segítségével méri a család anyagi helyzetét. Ez az úgynevezett Családi Jómódúság Skála (CSJS, Currie, Molcho, Boyce és mtsai, 2008), amelynek legújabb (harmadik) változata[84] (továbbiakban CSJS-III) hat, a tanulók által könnyen megválaszolható kérdés segítségével képezi le a család anyagi helyzetét.

- *Van-e a családotoknak személy- vagy teherautója?* (Lehetséges válaszok: Nincs / Van, egy / Van, kettő vagy több.)
- *Van-e saját szobád (hálószobád), olyan, amit csak te használsz?* (Lehetséges válaszok: Nincs / Van.)
- *Hány számítógépe van a családodnak?(a számítógép alatt értjük a laptopot vagy a táblagépet is, de nem értjük bele az okostelefont és a játékkonzolt)* (Lehetséges válaszok: Egy sincs / Egy / Kettő / Több mint kettő.)
- *Hány fürdőszobátok van otthon (ahol van zuhanyzó és/vagy fürdőkád)?* (Lehetséges válaszok: Egy sincs / Egy / Kettő / Több mint kettő.)
- *Van-e a családotoknak mosogatógépe?* (Lehetséges válaszok: Nincs / Van.)
- *Az elmúlt 12 hónapban hányszor utaztál el külföldre nyaralni, üdülni együtt a családoddal?* (Lehetséges válaszok: Egyszer sem / Egyszer / Kétszer / Több mint kétszer.)

A fenti, objektív jómódúsági mutató mellett a tanulók szubjektív jómódúsági minősítését is vizsgáltuk.

- *Szerinted mennyire jómódú a családod?* (Lehetséges válaszok: Nagyon jómódú / Elég jómódú / Átlagos / Nem valami jómódú / Egyáltalán nem jómódú.)

[84] A CSJS előző adatfelvételkor használt, második változatához képest a jelenlegi (CSJS-III) változatban új tétel a mosogatógépre és a fürdőszobák számára vonatkozó kérdés. Módosult továbbá a családi nyaralásokra vonatkozó kérdés, ami az új változatban csak a külföldi nyaralásokra vonatkozik. A számítógépek számával kapcsolatos kérdés magyarázattal egészült ki arra vonatkozóan, milyen eszközöket sorolhatunk ide és miket nem.

A szülők gazdasági aktivitása

A felmérés idején állással rendelkezik az édes-(nevelő)apák 85,5%-a, illetve az édes-(nevelő)anyák 77,8%-a. Nincs állása az apák közel tizedének (8,2%), az anyák ötödének (20,2%). A tanulók 2,0%-a nem tudja, hogy apjának van-e állása, ez az arány az anyák esetében 0,9%, illetve 4,3%-uknak nincs apja vagy nem találkozik vele, míg 1,0%-uknak nincs anyja vagy kapcsolata vele.

Az inaktivitás különböző okai más megoszlásúak az apák és az anyák körében. Az állással pillanatnyilag nem rendelkező (inaktív) apák (N = 503) legnagyobb arányban álláskeresők (38,9%), s valamivel kisebb arányban vannak a beteg, nyugdíjas vagy tanuló állományban lévő apák (33,5%). Az inaktív apákra legkevésbé jellemző, hogy háztartást vezetnek otthon vagy gondoznak valakit (8,5%). Ezzel szemben az inaktív anyák (N = 1234) többségére (53,3%) leginkább e tevékenység a jellemző, és kisebb arányban számoltak be a tanulók arról, hogy anyjuk állást keres (21,4%). Az inaktív anyák között a legkevesebben azok vannak, akik betegség, tanulmányok, nyugdíj miatt nem dolgoznak (11,4%). Az állástalan szülőkről beszámoló fiatalok 12,3%-a nem tudja, hogy apjának, míg 9,0%-a nem tudja, hogy anyjának miért nincs munkája.

A szülők iskolai végzettsége

Az apák legnagyobb arányban – a diákok közel harmada esetében – szakmunkás végzettséggel bírnak, az anyák körében pedig a magasabb iskolai végzettségűek (középiskola, egyetem) vannak legnagyobb arányban (***14.1. táblázat***). Az anyák körében magasabb arányban vannak az alacsonyan képzettek (akik nem fejezték be az általános iskolát vagy csak általános iskolát végeztek) és a középiskolai vagy felsőfokú végzettségűek is, mint az apák között.

14.1. táblázat

Az 5–11. évfolyamos tanulók szüleinek iskolai végzettsége

Legmagasabb iskolai végzettség	Apa vagy nevelőapa (%) (N = 6153)	Anya vagy nevelőanya (%) (N = 6153)
Nem fejezte be az általános iskolát	0,8	0,9
Általános iskolát végzett	6,3	8,5
Szakmunkás bizonyítványa van	29,1	17,3
Középiskolát végzett	15,9	24,0
Egyetemet vagy főiskolát végzett	20,3	26,1
Nem tudja / Nem válaszolt[85]	27,6	23,2

A családok társadalmi-gazdasági helyzete (SES)

A szülők foglalkozása és iskolai végzettsége alapján egy ötfokozatú szocioökonómiai státust (SES) mérő skálát készítettünk, s e szerint mindkét szülőt osztályoztuk. Mind az apák, mind az anyák legnagyobb arányban a középfokú végzettségű, nem szellemi munkát végzők és szakmunkások – azaz a középső SES – csoportjába tartoznak, azonban az anyák esetében viszonylag magas az inaktívak és a magas SES csoportba (szellemi foglalkozást végző, felsőfokú és középfokú végzettségű) tartozók aránya is (***14.2. táblázat***).

[85] Igen magas a „nem tudom” válaszkategóriát jelölők illetve a nem válaszolók aránya. Ez arra utalhat, hogy a diákok közül sokan nem tudták értelmezni a kérdést, vagy valóban nem tudják a választ.

14.2. táblázat

Az 5–11. évfolyamos tanulók szüleinek szocioökonómiai státusa (SES) iskolai végzettség és foglalkozás alapján

Társadalmi-gazdasági helyzet	Apa (%) (N = 6153)	Anya (%) (N = 6153)
1. Legmagasabb SES csoport (a vezető pozíciót betöltő, felsőfokú végzettségű, szellemi munkát végzők)	3,5	2,3
2. Magas SES csoport (szellemi foglalkozást végző, felsőfokú és középfokú végzettségűek)	14,8	21,1
3. Középső SES csoport (középfokú végzettségű, nem szellemi munkát végzők és szakmunkások)	49,5	39,2
4. Alacsony SES csoport (legfeljebb általános iskolát végzettek, segédmunkások, betanított munkások)	8,8	4,4
5. Legalacsonyabb SES csoport (legfeljebb általános iskolát végzettek, segédmunkások, betanított munkások, mezőgazdasági munkások)	2,0	5,5
6. Inaktívak (jelenleg nem foglalkoztatottak)	8,1	20,0
7. Nem besorolhatók[86]	9,0	6,5
8. Nincs apja/anyja vagy nem találkozik vele	4,2	1,0

Az anyák és apák SES besorolása alapján a családok általános jellemzésére létrehoztunk egy kombinált SES mutatót.[87] Eszerint a családok 3,9%-ában egyik szülőnek sincs munkája, tehát ők tekinthetők a leghátrányosabb helyzetben lévőnek. A családok 8,2%-ára jellemző, hogy mindkét szülő alacsony státusú, vagy egyikük inaktív. A kombinált mutató középső kategóriája (ahol legalább az egyik szülő a közepes SES kategóriába tartozik, a másik a közepes, az alacsony vagy az inaktív kategóriába sorolható) a családok több mint felére (52,7%) jellemző. A negyedik kategóriát – egyik szülő a magas, a másik a közepes vagy alacsony illetve az inaktív csoportba tartozik – a családok több mint ötöde képviseli (22,6%). A tanulók 12,6%-ánál mindkét szülő magas státusú, a család tehát valószínűleg jó anyagi helyzetben él.

A családok objektív jómódúsága

A tanulók beszámolói alapján a családok több mint kétharmada kettő vagy annál több számítógéppel rendelkezik, míg az otthon számítógéppel nem rendelkezők aránya kevesebb mint 5% (***14.3. táblázat***). A családok közel fele egy, több mint negyede legalább két autó tulajdonosa. Utóbbihoz hasonló

86 A „nem besorolhatók” többségének nem volt ismert az iskolai végzettsége, csekély részének a foglalkozása.

87 A szülői SES alapváltozók két legalacsonyabb, illetve két legmagasabb kategóriáját összevontuk. A nem besorolható, illetve az adott szülővel nem rendelkező/találkozó tanulói válaszokat hiányzó értékként rögzítettük. Így létrejött két (apai és anyai) SES változó négy alapkategóriával (értékei: magas, közepes, alacsony SES, illetve inaktivitás). A *kombinált SES változót* ebből a két változóból készítettük:

1. kategória – mindkét szülő inaktív;
2. kategória – mindkét szülő az alacsony SES csoportba tartozik, vagy az egyikük inaktív;
3. kategória – mindkét szülő közepes kategóriába tartozik, vagy az egyik az alacsony kategóriába, illetve inaktív;
4. kategória – egyik szülő a magas, a másik a közepes vagy alacsony illetve az inaktív kategóriába tartozik;
5. kategória (legmagasabb) – mindkét szülő a magas SES csoportba tartozik.

A tanulók hiányzó válaszai miatt e kombinált változónál 17,6%-os volt a válaszveszteség. Ennek ellenére munkacsoportunk tapasztalatai azt mutatják, hogy a kombinált SES-változó szorosan összefügg egyéb társadalmi-gazdasági változókkal (Aszmann és Sebestyén, 2007), ezért alkalmazása mindenképpen indokolt lehet.

az autóval nem rendelkezők aránya. A tanulók több mint negyede egyszer, ötödük kétszer vagy többször nyaralt külföldön családjával a kérdezést megelőző 12 hónapban. A diákok több mint fele azonban egyszer sem ment külföldre nyaralni a családjával az elmúlt egy évben. Tíz családból hét egy fürdőszobával, a családok több mint negyede két vagy több fürdőszobával rendelkezik. Százból egy családnak nincs fürdőszobája. A családok több mint egyharmada rendelkezik mosogatógéppel. A tanulók több mint háromnegyedének van saját szobája, amit csak ő használ.

14.3. táblázat

Az objektív jómódúság mutatók megoszlása az 5–11. évfolyamos tanulók körében

	Válaszkategóriák (%)			
Mutatók	Egy sincs / egyszer sem	Egy / egyszer	Kettő vagy több / kétszer vagy többször	N
Számítógép	3,3	27,4	69,2	6099
Személy- vagy teherautó	26,0	46,1	27,9	6089
Fürdőszoba	1,2	71,6	27,2	6098
Külföldi nyaralás a családdal	54,3	26,0	19,8	6085
	Nincs	Van		N
Saját szoba	22,3	77,7		6096
Mosogatógép	63,2	36,8		6091

A család társadalmi-gazdasági helyzetét jelző indikátor (Családi Jómódúság Skála, CSJS-III)[88] szerint a családok többsége – több mint fele – a legkevésbé jómódú csoportba tartozik (***14.4. táblázat***). Minden nyolcadik családra jellemző a jómódúság magas foka (CSJS3 kategória).[89]

14.4. táblázat

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak eloszlása a Családi Jómódúság Skála (CSJS-III) szerint (N = 6017)

3 fokozatú „Családi jómódúság skála-III” kategóriái	Pontszám[90]	%
$CSJS_1$ – alsó	0–6	52,4
$CSJS_2$ – középső	7–9	35,1
$CSJS_3$ – felső	10–13	12,6

[88] A fenti hat változóból a nemzetközi protokoll alapján egy háromfokozatú „Családi Jómódúság Skálát” képeztünk. Ez a család társadalmi-gazdasági helyzetét jelző indikátor, mely az anyagi depriváció gyakori, megszokott mutatóin alapul. A maximális pontszám a skálánál 13 pont, melynek jelentése: a családban több mint két számítógép van, a tanulónak van saját szobája, a család az elmúlt évben több mint kétszer nyaralt külföldön, kettő vagy több autó van a családban, kettő vagy több fürdőszoba van a család otthonában, és a család rendelkezik mosogatógéppel.

[89] A 2002-es nemzetközi adatok validitás vizsgálata alapján is elmondható (Schnohr, Kreiner, Due és mtsai, 2008), hogy a skála tételei országonként különböző mértékben összefüggenek demográfiai változókkal (nem, évfolyam). Ezért a skála demográfiai (életkori-nemi) különbségei önmagukban nem értelmezhetők a jómódúság demográfiai (életkori-nemi) különbségeiként.

[90] Nemzetközi protokoll alapján ajánlott küszöbpontszámok a családi jómódúság különböző szintjeinek elkülönítéséhez. Hazai elemzésekben a CSJS-III tercilis értékei alapján felállított csoportosítás használata is indokolt lehet, melynek küszöbpontszámai: alsó tercilis: 0-5 pont / középső tercilis: 6-7 pont / felső tercilis: 8-13 pont.

A családok szubjektív jómódúsága

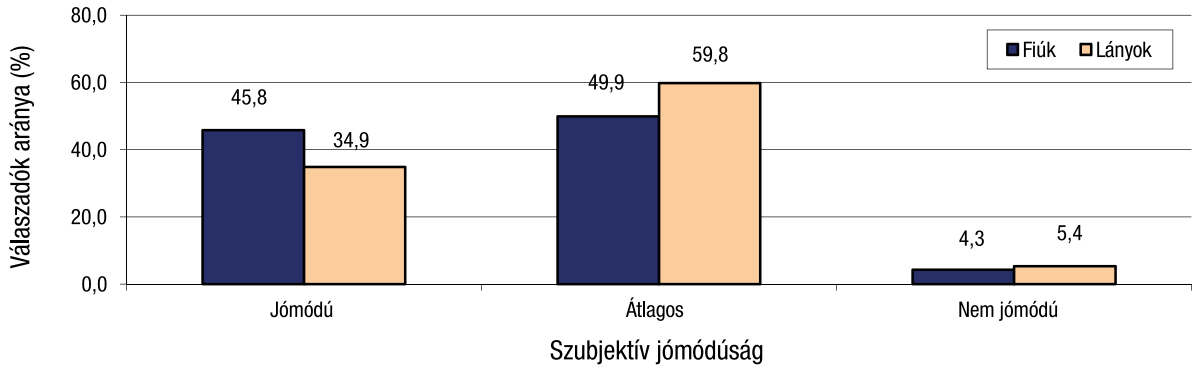
A tanulók legnagyobb arányban (55,0%) átlagos anyagi helyzetűnek minősítik családjukat. A diákok negyede (26,4%) elég jómódúnak, 13,8%-uk pedig nagyon jómódúnak ítéli meg a családját. Alacsony azoknak az aránya, akik szerint a családjuk nem valami jómódú (4,0%) vagy egyáltalán nem jómódú (0,9%).

A család jómódúságának szubjektív minősítése és a nem között szignifikáns összefüggés figyelhető meg. A fiúk némileg kedvezőbben ítélik meg családjukat a lányokhoz képest: ötfokú skálán vett átlagpontok a fiúk esetében 2,43, a lányoknál pedig 2,61 (minél kisebb az átlagérték, annál jobb módúnak tartja családját a válaszadó).

Míg a fiúk nagyobb arányban vallják családjukat jómódúaknak, mint a lányok, addig a lányokra inkább jellemző, hogy a családjukat átlagosnak vagy nem jómódúnak tartják, bár ez utóbbi különbség csekély mértékű (***14.1. ábra***).

14.1. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak szubjektív jómódúsága[91] nem szerint (N = 6052)

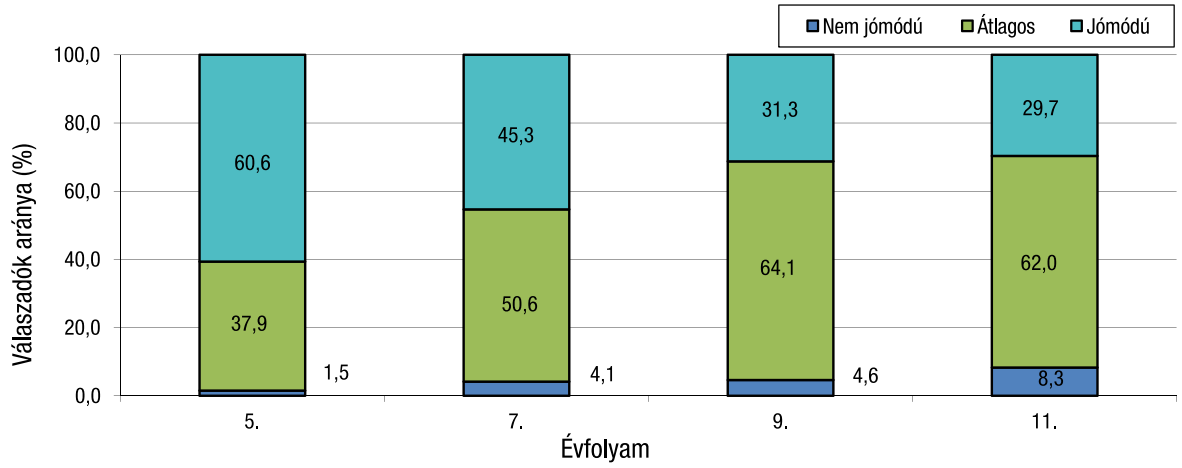


A családi jómódúság szubjektív minősítése az évfolyammal is kapcsolatot mutat. Az ötfokú skálán vett átlagértékek az évfolyam növekedésével szignifikánsan nőnek, ami arra utal, hogy minél idősebb a diák, annál kedvezőtlenebbül ítéli meg családja jómódúságát. Tehát az évfolyam növekedésével szignifikánsan nő a családjukat átlagosan megítélők, és csökken a családjukat jómódúnak tartók aránya (***14.2. ábra***).

[91] A szubjektív jómódúság öt kategóriáját a következő három kategóriába vontuk össze: Jómódú (nagyon jómódú és elég jómódú család), Átlagos (átlagos), Nem jómódú (nem valami jómódú és egyáltalán nem jómódú család).

14.2. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak szubjektív jómódúsága évfolyam szerint (N = 6051)

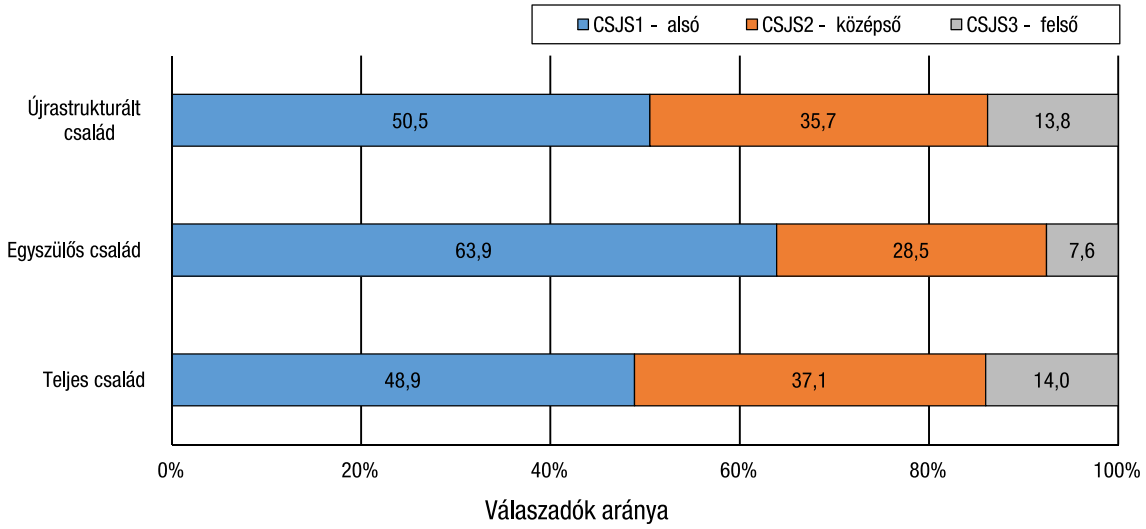


A családi jómódúság kapcsolata a családszerkezettel és a településtípussal

Az egyszülős családok szignifikánsan magasabb arányban tartoznak a családi jómódúság skála alsó kategóriájába (közel kétharmad) a kétszülős családokhoz képest (***14.3. ábra***).

14.3. ábra

Objektív családi jómódúság és családszerkezet[92] az 5–11. évfolyamos tanulók körében (N = 5950)



Családszerkezet szerint a jómódúság szubjektív megítélésében is jelentős eltérések adódnak. A két édesszülővel élő fiatalok kedvezőbbnek ítélik a családjuk jómódúságát, mint az egyszülős vagy újrastrukturált családokban élő gyermekek: az előbbi csoportban a tanulók 43,0%-a tartja családját jómódúnak, míg ez az arány az újrastrukturált családokban 37,4%, az egyszülős családokban 32,2%.

[92] A családszerkezet azt mutatja meg, kik nevelik a gyermeket: 1) teljes család = a két biológiai szülő neveli; 2) egyszülős család = valamelyik biológiai szülő egyedül neveli; 3) újrastrukturált család = egy biológiai szülő és annak új partnere neveli a gyermeket.

A családok anyagi javakkal való ellátottsága településtípus szerint is eltéréseket mutat (***14.5. táblázat***). A városnál kisebb településen élő fiatalok családjai körében – a budapesti családokhoz képest – közel másfélszeres a jómódúság alsó kategóriájába kerülők aránya.

14.5. táblázat

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak objektív jómódúsága településtípus szerint (N = 5975)

3 fokozatú „Családi jómódúság skála” kategóriái	Budapest (%)	Megyeszékhely (%)	Város (%)	Község, falu vagy tanya (%)
CSJS $_1$ – alsó	43,0	48,9	51,2	62,0
CSJS $_2$ – középső	40,7	35,6	36,5	29,4
CSJS $_3$ – felső	16,3	15,5	12,3	8,6

MEGBESZÉLÉS

Egyre gyarapszik azoknak a kutatásoknak a száma, amelyek serdülőkorúak körében vizsgálják az egészségben megmutatkozó társadalmi-gazdasági különbségeket és egyenlőtlenségeket (pl. Reiss, 2013; Viner, Ozer, Denny és mtsai, 2012). Az eredmények általános tanulsága, hogy e korosztály egészségének és életmódjának átfogó vizsgálataiban nélkülözhetetlen a családok társadalmi-gazdasági jellemzőinek a felmérése és figyelembevétele.

Jelen vizsgálatunk során a családok szocioökonómiai helyzetét a HBSC előző adatgyűjtési ciklusaihoz hasonlóan objektív mutatókkal (pl. a szülők foglalkoztatottsága, foglalkozása, iskolai végzettsége) és a tanulók szubjektív értékelésével is mértük. A szülők szocioökonómiai helyzetének mérése serdülőkorúakkal végzett, önbeszámolót alkalmazó kutatásban nagy módszertani kihívást jelent. A hagyományos SES-mutatók (pl. szülők iskolai végzettsége, foglalkozása, beosztása stb.) felmérésénél gondot okoz, hogy a diákok sokszor nem tudják ezeket az információkat (ahogy ez jelen vizsgálatban is látható a hiányzó vagy bizonytalan válaszok viszonylag magas arányából). Az eredmények értelmezésénél ezt figyelembe kell venni.

Adataink szerint társadalmi-gazdasági szempontból minden nyolcadik tanuló hátrányos helyzetűnek tekinthető (az általunk alkalmazott kombinált SES mutató alapján szülei inaktívak vagy alacsony státuszúak). Ez az arány az előző adatfelvételhez (Költő, Örkényi és Zsiros, 2011) képest több mint 20%-os csökkenést jelent, ami javuló tendenciára utal. Ezt támasztja alá az is, hogy míg a középső kategóriába tartozók aránya nem változott, az annál jobb szocioökonómiai háttérrel rendelkező családok aránya több mint 5%-kal nőtt az előző adatfelvételhez képest. A jelenlegi felmérés adatai alapján a családok több mint tizede tekinthető a legkedvezőbb helyzetűnek, ahol mindkét szülő szocioökonómiai státusza magas.

A különböző anyagi javak birtoklása alapján képzett háromfokozatú Családi Jómódúság Skála (CSJS-III) szerint igen magas a legkevésbé jómódú kategóriába tartozók aránya, a családok több mint felére jellemző ez. Az eredmény értelmezésénél figyelembe kell azonban venni, hogy a nemzetközileg összeállított kérdéssor új kérdései (külföldi nyaralások száma, mosogatógép birtoklása) hazai viszonylatban nem feltétlenül jó indikátorai az anyagi jóllétnek. A HBSC-vizsgálatban használt Családi Jómódúság Skála kidolgozásához a serdülőkorúak szocioökonómiai helyzetének kutatása során tapasztalt elméleti és módszertani nehézségek vezettek (Currie, Molcho, Boyce és mtsai, 2008). A skála olyan tételeket használ, melyek képesek a család társadalmi-gazdasági körülményeit hazai és nemzetközi összehasonlításra alkalmas módon megragadni, és a diákok számára könnyen megválaszolhatók. A CSJS célja olyan anyagi javak meglétének felmérése, amelyek általában a társadalomban elérhetőek, és amelyek hiánya a társadalmi standardokhoz képest deprivációt jelez.

Az adatok alapján a külföldi nyaralások és a mosogatógép birtoklása nem tekinthető általánosnak Magyarországon. Ezek miatt fontos lenne a skála új változatának magyarországi validálása.

Az anyagi helyzet objektív mutatói és a család jómódúságának szubjektív megítélése némileg eltérő képet mutat: a tanulók jóval kisebb arányban (5%) tartják az átlagosnál kevésbé jómódúnak családjukat, mint ahogy azt az objektív mutatók jelzik (pl. a kombinált SES mutató alsó két kategóriájába a családok 12%-a tartozik). Az objektív és szubjektív SES mutatók közötti alacsony együttjárást serdülőkorúak körében más vizsgálatok eredményei is alátámasztják (Goodman, Huang, Schafer-Kalkhoff és mtsai, 2007). Ennek magyarázata lehet, hogy a fiatalok leginkább közvetlen környezetükhöz viszonyítva értékelik családjuk jómódúságát, így az relatív helyzetet mutat.

A családi jómódúság szubjektív megítélésében nemi és életkori különbséget tapasztaltunk. A lányok alapvetően kedvezőtlenebbül látják helyzetüket a fiúkhoz képest, és az életkor emelkedésével is romlik a jómódúság megítélése. Ez utóbbira magyarázatot adhat a környezettel való pontosabb összehasonlítás és az életkorral erősödő reálisabb szemlélet. Hasonló életkori különbségeket találtak más vizsgálatokban is (Goodman, Huang, Schafer-Kalkhoff és mtsai, 2007). Az anyagi helyzet szubjektív megítélése az előző adatfelvételhez képest nem változott.

A családi jómódúság, az előző felmérés (Költő, Örkényi és Zsiros, 2011) során is tapasztalt lakhely szerinti eltérést mutat: a legtöbb jómódú család a fővárosban és a megyeszékhelyeken lakik.

Más szakirodalmi adatokkal egybecseng, hogy az egyszülős családok kedvezőtlenebb anyagi helyzetben vannak, mint a két szülővel rendelkező családok (Amato és Keith, 1991). A két édesszülővel élő gyermekek pedig kedvezőbbnek ítélik családjuk jómódúságát, mint a nem hagyományos családtípusban élő társaik.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist, 49*(1), 15–24.

Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta- analysis. *Psychological Bulletin, 110*(1), 26–46.

Andorka, R. (1996). *Bevezetés a szociológiába.* Budapest: Osiris Kiadó.

Aszmann, A., & Sebestyén, E. (2007). Társadalmi gazdasági háttér (A tanulók szocioökonómiai helyzete). In Németh Á. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 134–147). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review, 26*(8), 725–748.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*(6), 723–742.

Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2009). Self-regulation and its relations to adaptive functioning in low income youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(1), 19–30.

Chen, E., Lee, W. K., Cavey, L., & Ho, A. (2013). Role models and the psychological characteristics that buffer low-socioeconomic-status youth from cardio-vascular risk. *Child Development, (84)*4, 1241–1252.

Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology, 94*(Suppl.), 95–120.

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescent: The development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine, 66*(6), 1429–1436.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., & Barnekow, V. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization.

Due, P., Lynch, J., Holstein, B. E., & Modvig, J. (2003). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: The role of different types of social relations. *Journal of Epidemiological Community Health, 57*(9), 692–698.

Due, P., Merlo, J., Harel, Y., Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Hetland, J., Currie, C., Nic Gabhainn, S., Gaspar de Matos, M., & Lynch, J. (2009). Social inequality in exposure to bullying in adolescence: International comparative cross-sectional multilevel study in 35 countries. *American Journal of Public Health, 99*(5), 907–914.

Evens, G. W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist, 59*(2), 77–92.

Elekes, Zs. (2009). *Egy változó kor* változó ifjúsága (NDI szakmai forrás sorozat kutatások, 12.). Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Finkelstein, D. M., Kubzansky, L. D., Capitman, J., & Goodman, E. (2007). Socioeconomic differences in adolescent stress: The role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health, 40*(2), 127–134.

Finn, J. D., & Rock, D. A. (1997). Academic success among students at risk for school failure. *Journal of Applied Psychology, 82*(2), 221–234.

Goodman, E., Huang B., Schafer-Kalkhoff, T., Adler, N. E. (2007). Perceived socioeconomic status: a new type of identity that influences adolescents' self-rated health. *Journal of Adolescent Health,* 41(5), 479-487.

Goodman, E., Slap, G. B., & Huang, B. (2003). The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health, 93*(11), 1844–1850.

Holstein, B., Parry-Langdon, N., Zambon, A., Currie, C., & Roberts, C. (2004). Socioeconomic inequality and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. Barkenow-Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 165–172). Copenhagen: World Health Organization.

Kopp M., Skrabski Á., Réthelyi J., Kawachi I., & Adler N. E. (2004). Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Journal of Behavioral Medicine, 30*(2), 65–70.

Költő, A., Örkényi, Á., & Zsiros, E. (2011). Társadalmi-gazdasági háttér (A tanulók családjának szocioökonómiai helyzete). In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egsészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 85–95). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

McLoyd, V. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist, 53*(2), 185–204.

Montgomery, L. E., Kiely, J. L., & Pappas, G. (1996). The effects of poverty, race, and family structure on US children's health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991. *American Journal of Public Health, 86*(10), 1401–1405.

Owens, E. B., & Shaw, D. S. (2003). Poverty and early childhood adjustment. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability, adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 267–292). Cambridge: Cambridge University Press.

Parry-Langdon, N., & Roberts, C. (2005). *Socio-economic inequalities and health.* HBSC Briefing Series:6., Research and Evaluation Branch, Health Promotion Division, Office of the Chief Medical Officer.

Patterson, C. J., Kupersmidt, J. B., & Vaden, N. A. (1990). Income level, gender, ethnicity, and household composition as predictors of children's school-based competence. *Child Development*, *61*(2), 485–494.

Pikó, B., Fitzpatrick, K. M. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health, 17*(4), 353–360.

Reiss, F. (2013) Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine, 90*, 24–31.
Richter, M., Leppin, A., & Nic Gabhainn, S. (2006). The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents: Findings from a cross-national survey. *BMC Public Health, 6*(1), 289.
Ritsher, J. E. B., Warner, V., Johnson, J. G., & Dohrenwend, B. P. (2001). Inter-generational longitudinal study of social class and depression: A test of social causation and social selection models. *The British Journal of Psychiatry, 178*(Suppl. 40), 84–90.
Schnohr, Ch., Kreiner, S., Due, E. P., Currie, C., Boyce, W., & Diderichsen, F. (2008). Differential item functioning of a Family Affluence Scale: Validation study on data from HBSC 2001/2002. *Social Indicators Research, 89*(1), 79–95.
Schoon, I., Parsons, S., & Sacker, A. (2004). Socioeconomic adversity, educational resilience, and subsequent levels of adult adaptation. *Journal of Adolescent Research, 19*(4), 383–404.
Schoon, I., Sacker, A., & Bartley, M. (2003). Socio-economic adversity and psychosocial adjustment: A developmental-contextual perspective. *Social Science and Medicine, 57*(6), 1001–1015.
Seidman, E., & Pedersen, S. (2003). Holistic contextual perspectives on risk, protection, and competence among low-income urban adolescents. In S. S. Luthar (Ed.). *Resilience and vulnerability, adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 318–342). Cambridge: Cambridge University Press.
Starfield, B., Riley, A. W., Witt, W. P., & Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*(5), 354–361.
Taylor, R. D., Budescu, M., & Gebre, A. (2014). Family financial pressure and maternal and adolescent socioemotional adjustment: Moderating effects of kin social support in low income African American families. *Journal of Child and Family Studies, 23*(2), 242–254.
Torsheim, T., Välimaa, R., & Danielson, M. (2004). Health and well-being, In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. Barkenow-Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 55–62). Copenhagen: World Health Organization.
United Nations International Children's Emergency Fund (2012). *Measuring child poverty: New league tables of child poverty in the world's richest countries* (Report Card 10.). Florence, Italy: Innocenti Research Centre.
Vieno, A., Perkins, D. D., Smith, T.M., & Santinello, M. (2005). Democratic school climate and sense of community in school: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology, 36*(3-4), 327–341.
Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet, 379*(9826), 1641–1652.
Wilkinson, R. G. (1997). Health inequalities: Relative or absolute material standards? *British Medical Journal, 31*(7080), 591–595.
Wilson, W. J. (1987). *The truly disadvantaged: The inner city, the underclass, and public policy*. Chicago: University of Chicago Press.

15. CSALÁDSZERKEZET ÉS CSALÁDI KAPCSOLATOK

Örkényi Ágota

BEVEZETÉS

A család jelentősége iskoláskorban sem csökken, továbbra is a család jelenti a fejlődés és a szocializáció elsődleges, bár nem kizárólagos terepét. A családi környezet számos jellemzője, többek között a család összetétele és a családi kapcsolatok minősége hatással van a serdülőkorú fiatalok fejlődésére, életesélyeire, egészségére és életmódjára (Collins és Laursen, 2004; Collins és Steinberg, 2006).

Az elmúlt évtizedekben jelentős átalakulások figyelhetők meg a családok összetételében (Eurostat, 2006). A két édesszülőből és gyermekeikből álló „hagyományos családok" mellett számos más családtípus is elterjedt, mint például az egyszülős családok vagy az újrastrukturált családok (ahol valamelyik biológiai szülő és annak új partnere él együtt a gyermekekkel). Fontos célkitűzés annak vizsgálata, hogy ezek a változások (a különböző családtípusok megjelenése) milyen hatással vannak a fiatalok fejlődésére, alkalmazkodására és egészségének alakulására.

Számos vizsgálati eredmény utal arra, hogy a két biológiai szülővel együtt élő, vagyis intakt („érintetlen", teljes) családban élő fiatalok kedvezőbb helyzetben vannak a más összetételű családban nevelkedő társaikhoz képest. Körükben kevesebb pszichés problémát és kedvezőbb szubjektív jóllétet (pl. magasabb élettel való elégedettséget, kevesebb szubjektív egészségpanaszt) mutattak ki, mint a más családi elrendezésben élők körében (Amato és Keith, 1991; Bjarnason, Bendtsen, Arnarsson és mtsai, 2012; Ottova, Erhart, Vollebergh és mtsai, 2012). A nem teljes családban élő fiatalok között ezzel szemben nagyobb eséllyel jelennek meg pszichés, viselkedésbeli, társas és iskolai problémák: rájuk például alacsonyabb önértékelés (Garnefksi és Diekstra, 1997), különböző társas zavarok (Lipman, Boyle és Doole, 2002), depresszív tünetek és rosszabb szubjektív egészségi állapot (Montgomery, Kiely és Pappas, 1996; Pikó és Fitzpatrick, 2007) jellemző. A családszerkezet a rizikómagatartásokkal is kapcsolatban áll: a szerhasználat (pl. dohányzás, részegség előfordulása) kevésbé jellemző a teljes családban élő serdülőkorúak csoportjára (Pedersen, Granado Alcón, Moreno Rodriguez és mtsai, 2004; Shucksmith, Glendinning és Hendry, 1997).

A családtípus hatásai hosszútávon, felnőttkorban is kimutathatók (Aro és Palosaari, 1992). A nem teljes családban felnövő fiatal felnőttekre például alacsonyabb élettel való elégedettség és a depreszszív hangulat magasabb foka jellemző (Spruijt és mtsai, 2001). Azonban azt is meg kell említeni, hogy nem minden esetben mutattak ki különbséget az intakt és a nem-intakt családban élő gyermekek és serdülők alkalmazkodásában (Blechman, 1982; Pike, 2003), sőt akad olyan tanulmány is, amely arra utal, hogy a szülői szeparáció vagy válás következményeként növekedhet is a gyermekek kompetenciája (pl. a felelősségteljes viselkedés és az iskolai teljesítmény terén, Hetherington, 2003).

A családszerkezetnek a gyermekek és serdülők alkalmazkodására gyakorolt hatásait számos tényező közvetítheti. Egyes elképzelések szerint az egyszülős vagy újrastrukturált családok több nehézséggel néznek szembe: például rosszabb anyagi helyzetben vannak, a szülők végzettsége gyakran alacsonyabb, jellemzőek továbbá a rosszabb lakáskörülmények (zsúfoltság) is (Amato és Keith, 1991; Kerr és Beaujot, 2002).

Más megközelítések a családszerkezet és a gyermekek alkalmazkodása, fejlődése közötti kapcsolatot a családi működés és a szülő-gyermek viszony átalakulásával magyarázzák (Kim és Brody, 2005). A nem teljes családokban nagyobb eséllyel fordul elő alacsonyabb szülői monitorozás és szülői kontroll, alacsonyabb szülői involváltság, bevonódás (Hetherington, 2003; Lipman, Boyle és Dooley, 2002), illetve a fegyelmezés negatívabb formái (pl. a fizikai büntetés), mint a teljes családokban (Berger, 2004). Kutatási eredmények azt mutatják azonban, hogy ha a szülői bánásmód a család átalakulása ellenére pozitív tud maradni, és a szülők részéről megtapasztalt meleg, támogató

hozzáállás is konzisztens, akkor mindez megfelelő mértékű szülői kontrollal és felügyelettel ötvözve kivédheti a család felbomlásából, átalakulásából adódó negatív hatásokat, és elősegítheti a kedvező alkalmazkodást (Hetherington és Elmore, 2003).

Könnyebben küzdenek meg a család átalakulásából fakadó stresszel azok a gyermekek is, akik olyan személyes jellemzőkkel bírnak (pl. könnyű temperamentum, szociális kompetencia, magas önértékelés és kontroll-érzés, magas intelligencia), amelyek pozitív odafordulást és támogatást váltanak ki másokból (Hetherington és Stanley-Hagan, 1999).

A családszerkezet szempontjából kevésbé vizsgált, de fontos kérdés a testvérek száma és a nagyszülők jelenléte. A kettőnél több gyermeket nevelő nagycsaládhoz, illetve a többgenerációs családhoz való tartozás meghatározó a gyermekek szocializációja, a családban való élményei és életminősége szempontjából (Pilkauskas, 2014). Ezekben a családokban a gyermekeknek több lehetősége van bizonyos társas interakciók, illetve társas értékek (pl. együttműködés, alkalmazkodás, tolerancia) megtapasztalására, és több személy nyújthat érzelmi támogatást (Bodonyi, Busi, Hegedűs és mtsai, 2006; Simons, Chen, Simons és mtsai, 2006). A nagycsaládoknál ezzel szemben nehézséget jelenthet az anyagi biztonság hiánya, illetve hogy a szülői figyelem több gyermek között oszlik meg. A többgenerációs családokban az életvitel és az életfelfogás generációs eltérései okozhatnak problémát. Összefoglalva elmondható, hogy a különböző családösszetétel, vagyis a gyermekek nevelésében, gondozásában szerepet játszó felnőttek száma és személye meghatározó lehet a gyermekek alkalmazkodása, egészsége és életmódja szempontjából (Simons, Chen, Simons és mtsai, 2006).

A családtagok közötti kapcsolatok minősége szintén hatással van a serdülőkori fejlődésre, a szocializációra, az egészség és a jóllét alakulására (Collins és Laursen, 2004; Collins és Steinberg, 2006). A legtöbbet vizsgált kapcsolati jellemzők a szülőkhöz való érzelmi kötődés, a kommunikáció, a szülői kontroll mértéke és formái, illetve a családban elérhető érzelmi támogatás mértéke (Eriksson, Cater, Andershed és mtsai, 2011). Általánosságban elmondható, hogy jobb alkalmazkodást mutatnak az élet legfontosabb területein azok a fiatalok, akik arról számolnak be, hogy a szüleikkel könnyen tudnak kommunikálni, illetve hogy azok mind fizikailag, mind érzelmileg elérhetőek számukra (lásd pl. Eriksson, Cater, Andershed és mtsai, 2011 összefoglalóját).

A szülőkkel való kommunikáció a szülő-gyermek kapcsolat minőségének egyik mutatója. A kiegyensúlyozott és kölcsönös kommunikáció összefügg a szülő-gyermek kapcsolatban megtapasztalható érzelmi melegséggel, gondoskodással és törődéssel (Anderson és Branstetter, 2012). A szülőkkel való pozitív (könnyű és egyértelmű) kommunikáció a család egyik legfontosabb egészséget támogató „eszköze". Segítségével a szülők proszociális, egészséget támogató attitűdöket közvetíthetnek, informálódhatnak a gyermeket érintő fontos dolgokról és érzelmi támogatást nyújthatnak (Loeber, Drinkwater, Yin és mtsai, 2000). A szüleikkel könnyen kommunikáló fiatalokat magasabb élettel való elégedettség (Levin és Currie, 2010), kevesebb szubjektív egészségpanasz (Költő, Zsiros, Simon és mtsai, 2013; Ottova, Erhart, Vollebergh és mtsai, 2012) és a rizikómagatartásokban (pl. dohányzásban, gyakori alkoholfogyasztásban, korai szexuális kapcsolatokban) való kisebb érintettség jellemzi (Kovács és Pikó, 2010; Luk, Farhat, Iannotti és mstai, 2010).

A mentális egészség és a pszichés jóllét szempontjából kulcsfontosságú a szülői támogatás (Collins és Laursen, 2004). Az észlelt családi támogatás magas szintje jobb mentális egészséggel és a rizikómagatartások alacsonyabb előfordulási gyakoriságával jár együtt (Dunn, Kitts, Lewis és mstai, 2011; Rothon, Goodwin és Stansfeld, 2012; White és Renk, 2012). A szülői kontroll egészségvédő hatása akkor érvényesül igazán, ha a gyermekek szüleiket érzelmileg támogatónak élik meg (Devitt és Roker, 2009). A szülői támogatás magas foka a tanulmányi eredményekkel is pozitív összefüggést mutat (Wilkinson, 2004). A támogató családi légkör pedig a viselkedésváltoztatásban, például az egészséges életmódra való áttérésben is szerepet játszhat (Rothon, Goodwin és Stansfeld, 2012).

A FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

A demográfiai kérdéscsoporton belül rákérdeztünk arra, hogy *kivel, kikkel él együtt* a gyermek.

- *Édesanya*
- *Édesapa*
- *Nevelőanya*
- *Nevelőapa*
- *Nagymama*
- *Nagypapa*
- *Gyermekotthon*
- *Valaki más*
- *Fiútestvérek (száma)*
- *Lánytestvérek (száma)*.

A családon belüli kommunikáció minőségét *több* kérdéssel vizsgáltuk.

- *Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató vagy zavaró dolgokat a következő személyekkel?*[93]
    - *Édesanyáddal*
    - *Nevelőanyáddal*
    - *Édesapáddal*
    - *Nevelőapáddal*
    - *Bátyáddal (bátyáiddal)*
    - *Nővéreddel (nővéreiddel)* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Nagyon könnyen / Könnyen / Nehezen / Nagyon nehezen / Nincs ilyen személy vagy nem találkozom vele).

Szintén a családi kommunikáció jellemzőit méri a *Családi Dinamika Mérés II*. (Family Dinamics Measure-II; Lasky, Buckwalter, Whall és mtsai, 1985) négy tételből álló *Tiszta kommunikáció alskálá*ja (Clear Communication Scale).

A családomban…

- *…megbeszéljük egymással a fontos dolgokat.*
- *…ha beszélek, valaki meghallgatja, amit mondok.*
- *…ha nem értjük egymást, akkor kérdéseket teszünk fel.*
- *…ha félreértettünk valamit, addig beszélgetünk róla, amíg nem tisztázódik.* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet.)

A családban kapott támogatás mértékét a *Multidimenzionális észlelt társas támogatás skála* (Multiple Social Perceived Support Scale, MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet és mtsai, 1988) családra vonatkozó négy tételes alskálája segítségével mértük.

Olvasd el figyelmesen az állításokat és jelöld meg, hogy mennyire értesz velük egyet!

- *A családom tényleg próbál segíteni nekem.*
- *A családomtól megkapom azt az érzelmi támogatást és törődést, amire szükségem van.*
- *Tudok beszélni a gondjaimról a családommal.*
- *A családom szívesen segít nekem meghozni a döntéseimet.* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: 1 = egyáltalán nem értek egyet, … 7 = teljesen egyetértek.)

[93] Ez a kérdés nem csak azokra a családtagokra vonatkozott, akikkel együtt élnek a fiatalok.

Demográfiai jellemzők

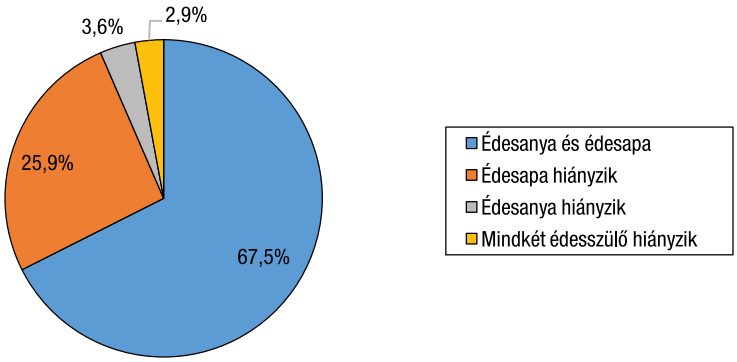
Édesszülők jelenléte a családban

A tanulók mintegy kétharmada él együtt édesanyjával és édesapjával is, közel 3%-uk (174 fő) pedig egyik édesszülőjével sem él együtt (***15.1. ábra***). A diákok több mint negyede nem él együtt édesapjával, kevesebb mint 4%-uk pedig édesanyjával nem él együtt.

Az édesszülők nélkül élő fiatalok közül 16 fő (a teljes minta 0,3%-a) él gyermekotthonban,[94] 98 tanuló (a teljes minta 1,6%-a) nevelőszülőkkel és/vagy nagyszülőkkel él, 27-en (0,4%) pedig valaki mással vagy máshol.[95]

15.1. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak típusai az édesszülők jelenléte szerint (N = 6075)

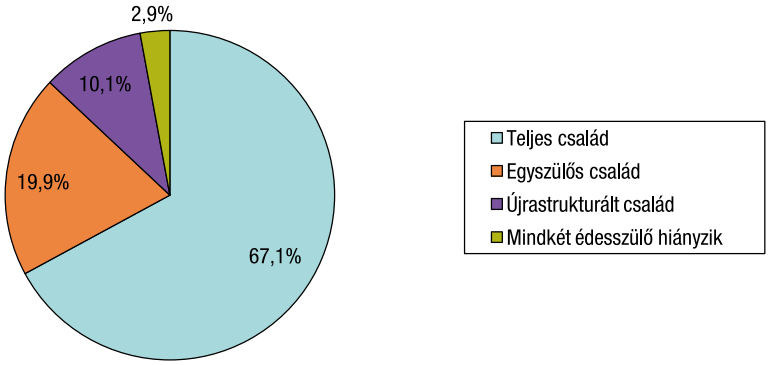


A családok összetétele (családszerkezet)

A tanulók kétharmada él teljes családban, egyötödük egyszülős családban, egytizedük pedig valamelyik édesszülővel és annak új partnerével, vagyis újrastrukturált családban él (***15.2. ábra***). Az egyszülős családban élő tanulók 87,4%-át édesanyja, 12,6%-át édesapja neveli egyedül. A család összetétele alapján „egyéb" kategóriába soroltuk azokat a tanulókat, akik nem élnek együtt édeszszüleikkel, édesszülők mellett gyermekotthont is bejelöltek, vagy két azonos nemű (édes- és nevelő-) szülőt is bejelöltek. Mivel ez a kategória nagyon heterogén, tagjait a családszerkezet szerinti elemzésekből a későbbiekben kihagytuk.

15.2. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak típusai családszerkezet szerint (N = 6075)



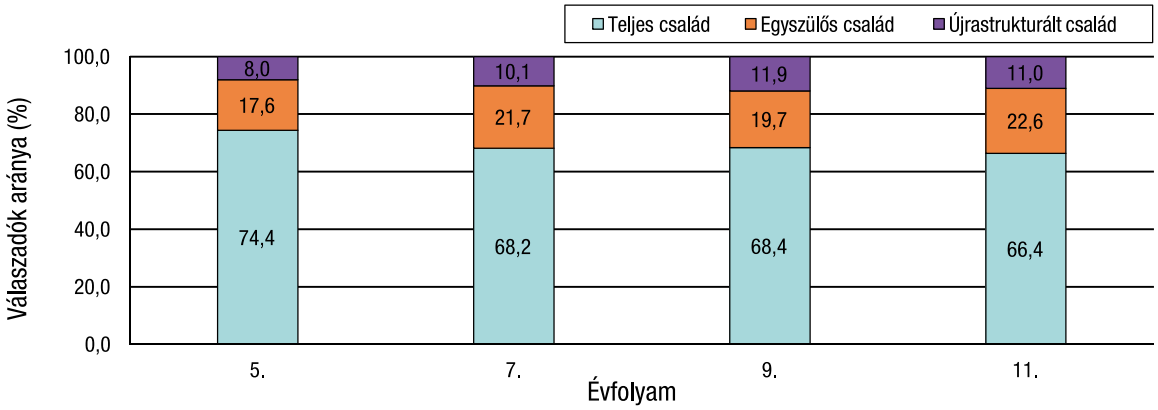
[94] Ez az adat csak azokat a tanulókat mutatja, akik kizárólag a „gyermekotthon" kategóriát jelölték meg, és mellette nem jelöltek mást, akivel együtt élnek. Tízen a gyermekotthon mellett más választ is bejelöltek.

[95] Egy főt, akik a gyermekotthon mellett nagyszülőt vagy nevelőszülőt is bejelölt, kihagytunk a fenti besorolásból.

A családszerkezetben évfolyam szerint szignifikáns különbségeket találtunk. A 11. évfolyamos tanulók között 8%-kal alacsonyabb a teljes családban élők aránya, mint az 5. évfolyamon (***15.3. ábra***).

15.3. ábra

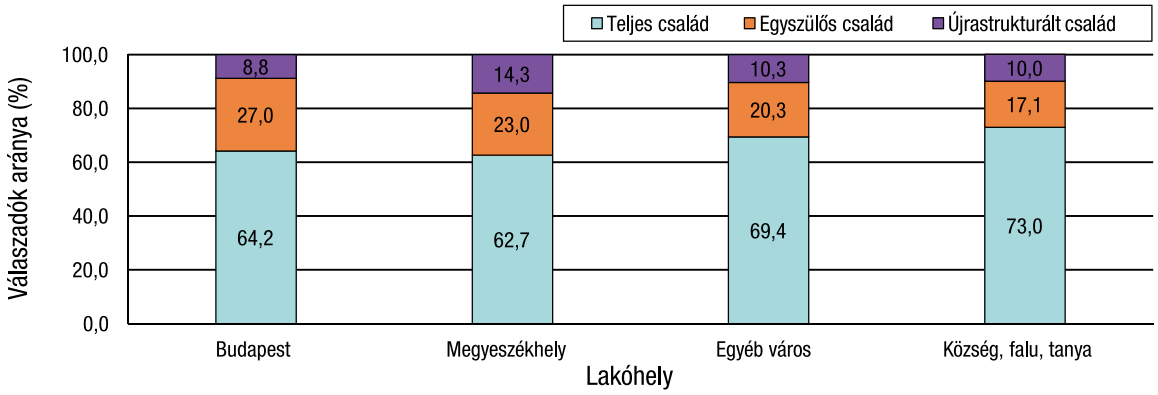
A tanulók családjainak típusai összetétel és évfolyam szerint (N = 5900)



Jelentős eltérések adódtak a családok összetételében a tanulók lakóhelye szerint is. Míg Budapesten a diákoknak kevesebb mint kétharmada él teljes családban, addig a legkisebb településeken élők mintegy háromnegyedére jellemző ez (***15.4. ábra***).

15.4. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók családjainak típusai összetétel és lakóhely szerint (N = 5864)



Nagyszülők jelenléte

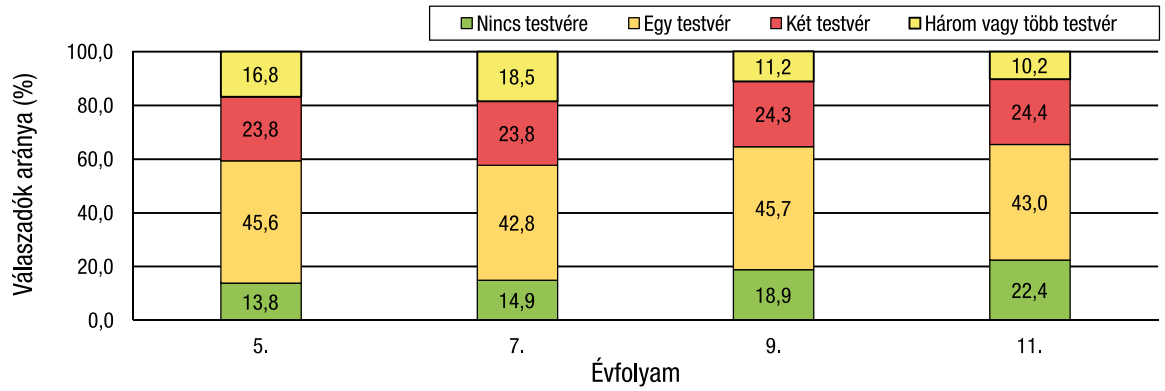
A tanulók 13,5%-a jelölte meg, hogy együtt él legalább valamelyik nagyszülőjével. A teljes családok 11,4%-ára, az újrastrukturált családok 12,5%-ára jellemző, hogy többgenerációs (tehát a szülők mellett nagyszülők is jelen vannak a családban). Az egyszülős családokban magasabb ez az arány (17,2%). A gyermekek 1,0%-át (62 főt) csak nagyszüleik nevelik.

Testvérek jelenléte

A kérdőívben a válaszadókkal egy háztartásban élő testvérek számára kérdeztünk rá.[96] A fiatalok 17,9%-a testvér nélkül él, 44,3% egy testvérével él együtt, 24,1% pedig két testvérrel. A fiatalok 13,7%-a él együtt három vagy több testvérrel. Fiúk és lányok nem különböznek a velük élő testvérek számát vizsgálva, a felsőbb évfolyamokban szignifikánsan kevesebb a több testvérrel élők aránya (***15.5. ábra***).

15.5. ábra

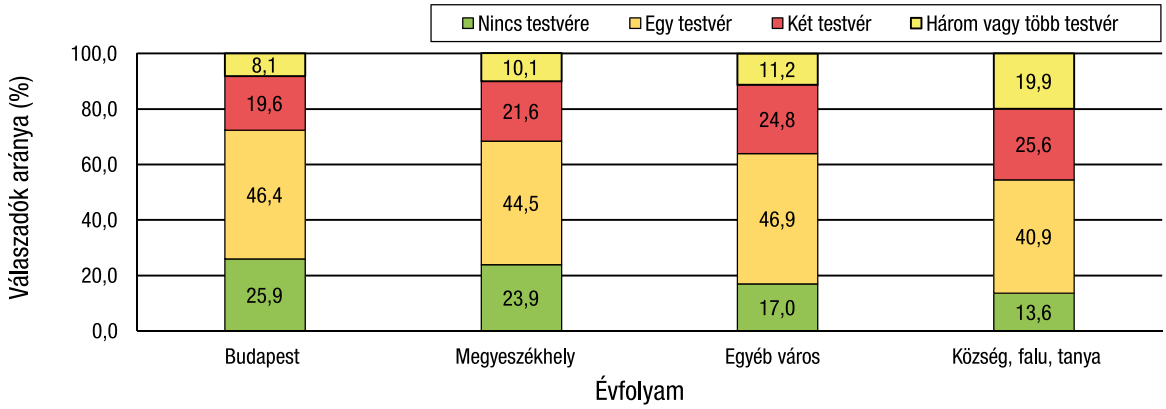
A tanulók testvéreinek száma évfolyam szerint (N = 5913)



A testvérek száma is összefüggést mutat a településtípussal. A kis településen (községben, falun vagy tanyán) élő tanulókra a többi településtípuson élő tanulókhoz képest inkább jellemző, hogy több testvérrel élnek együtt (***15.6. ábra***).

15.6. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók testvéreinek száma lakóhely szerint (N = 5871)



[96] Ebből következik, hogy a valós testvérszám – amibe azok a testvérek is beletartoznak, akik nem élnek együtt a tanulókkal – ennél magasabb lehet.

A családi környezet érzelmi minőségének jellemzése[97]

Társas támogatás a családban: probléma-megbeszélés a családtagokkal

Tíz tanulóból közel kilenc (88,2%) édesanyjával, négyből három (75,3%) pedig édesapjával könnyen vagy nagyon könnyen tudja megbeszélni problémáit. Tíz tanulóból hét (73,2%) könnyen beszél bátyjával, nyolc (81,7%) pedig nővérével.

Jelentős nemi különbségeket tapasztalunk az egyes családtagokkal való probléma-megbeszélés minőségében: a fiúk könnyebben tudják problémáikat megbeszélni édesapjukkal és bátyjukkal is, mint a lányok, akik viszont nővérükkel tudnak könnyebben beszélni (***15.1. táblázat***).

15.1. táblázat

Problémáikról családtagjaikkal könnyen vagy nagyon könnyen kommunikáló tanulók aránya nem és évfolyam szerint

	Édesanyával (%) (N = 5935)		Édesapával (%) (N = 5321)		Báttyal (%) (N = 2518)		Nővérrel (%) (N = 2424)	
Évfolyam	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5.	92,2	90,8	83,4*	73,8	73,5	66,1	70,2*	86,9
7.	90,8	88,7	84,3*	67,8	76,6*	66,2	78,1	82,7
9.	84,1	87,2	81,2*	70,1	74,4	73,0	79,2	84,9
11.	89,9*	84,7	78,3*	66,3	80,5*	73,4	87,7	83,0
Összesen	89,0	87,5	81,6*	69,3	76,3*	70,1	79,0*	84,3

** Szignifikáns nemi különbség van a véleményekben*

A nemi különbségek az édesapával való probléma-megbeszélésben mind a négy korcsoportban jellemzőek. A báttyal való kommunikációban mutatkozó nemi különbség a 7. és a 11. évfolyamokon szignifikáns. A nővérrel való probléma-megbeszélés nemi különbségei pedig az 5. évfolyamon tapasztalhatók. A 11. évfolyamos tanulók csoportjában szignifikáns eltérés tapasztalható az édesanyával való kommunikációban: a fiúk magasabb arányban találták ezt könnyűnek, mint a lányok (***15.1. táblázat***).

Szignifikáns eltérés tapasztalható a szülőkkel való kommunikáció minőségében az évfolyamok között. Magasabb évfolyamba lépve csökken az azonos nemű szülőkkel problémáikat „könnyen" megbeszélők aránya mind a fiúk, mind a lányok körében. A másik nemű szülővel való kommunikáció mintázata kevésbé egyértelmű: a könnyen kommunikálók aránya azonban mindkét nemnél az 5. évfolyamosok körében a legmagasabb.

A testvérekkel való kommunikációt vizsgálva jelentős évfolyamok közötti különbség tapasztalható a nővérrel való kommunikáció terén a fiúk csoportjában: minél idősebbek a tanulók, annál magasabb arányban tudnak könnyen beszélni problémáikról idősebb lánytestvérükkel. A lányok esetében nem különbözik az idősebb testvérrel könnyen kommunikálók aránya az évfolyamok között (***15.1. táblázat***).

A fiatalok szignifikánsan magasabb arányban találják könnyűnek a kommunikációt az édesanyjukkal, mint az édesapjukkal (***15.1. táblázat***).[98] Ez az összefüggés mindkét nem és minden korcsoportban fennáll, kivéve a 9. évfolyamos fiúkat, akik hasonló arányban beszélnek könnyen mindkét édesszülővel.[99]

---

97 Ez a kérdés nemcsak az együtt élő családtagokra vonatkozik. A nevelőszülőkkel kapcsolatos kérdésekre csak kevesen válaszoltak (nevelőanya esetén 87 fő, nevelőapa esetén 89-en), ezért ezt a két kérdést kihagytuk az alábbi elemzésből.

98 Az összetartozó minták miatt az összefüggés tesztelésére McNemar-próbát használtunk.

99 Ez az összefüggés nem magyarázható kizárólag azzal, hogy a fiatalok nagyobb arányban élnek együtt édesanyjukkal, mint édesapjukkal, mivel a különbség a mindkét édesszülővel együtt élő fiatalok csoportjában is tapasztalható (az édesanyával, illetve az édesapával könnyen kommunikáló fiúk aránya ebben a csoportban: 91,5% vs. 84,0%; a lányoknál ezek az arányok: 90,5% vs. 73,3%).

A nővérrel és bátyyal is rendelkező fiatalok (N = 1054) körében összehasonlítottuk a kommunikáció minőségét a testvérek neme szerint.[100] A lányok magasabb arányban válaszolták a nővérükkel kapcsolatban, hogy könnyen kommunikálnak vele, mint a bátyjukra vonatkozóan (84,2% vs. 67,5%). A fiúknál nem kaptunk különbséget az idősebb testvérrel való kommunikációban annak neme szerint (79,6% vs. 78,1% a nővérükkel, illetve a bátyjukkal könnyen kommunikálók aránya).[101]

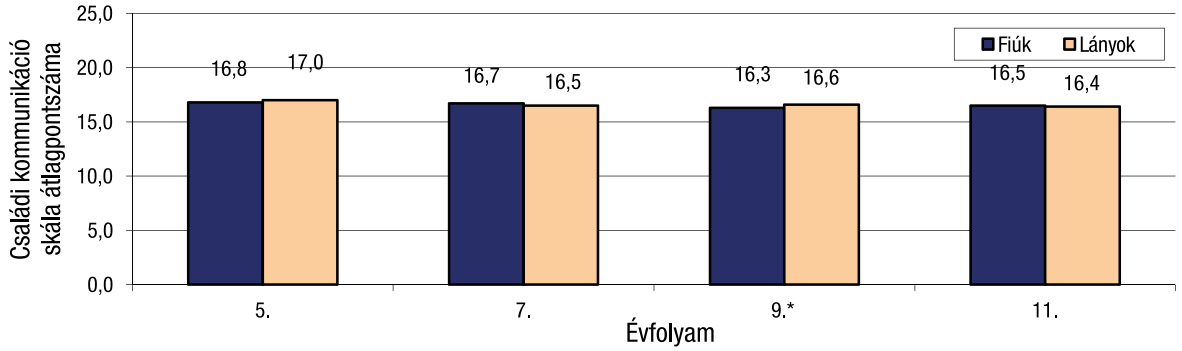
Észlelt családi kommunikáció és családi támogatás

A családi kommunikáció skála[102] átlagpontszáma a teljes mintában 16,6 (SD = 2,72). A fiúk és lányok átlagpontszáma nem különbözik szignifikánsan. A 9. évfolyamos tanulók csoportjában kismértékű, szignifikáns eltérés tapasztalható fiúk és lányok között: a lányok pozitívabbnak ítélik a családi kommunikációt, mint a fiúk (***15.7. ábra***).

A családi kommunikáció skála átlaga szignifikáns évfolyamok közötti eltérést mutat. A fiúk esetében az 5. és 7. évfolyamos tanulók átlaga magasabb, mint a 9. évfolyamos tanulóké, a 11. évfolyamosok átlaga azonban nem különbözik jelentősen a többi évfolyamon kapott átlagtól. A lányok csoportjában az 5. évfolyamos tanulók átlaga szignifikánsan magasabb, mint a másik három évfolyamon tanulók átlaga (***15.7. ábra***).

15.7. ábra

A tanulók által észlelt családi kommunikáció skála átlagpontszáma nem és évfolyam szerint (N = 6028)



A családi támogatás skála[103] átlagpontszáma a teljes mintában 24,0 (SD = 5,35). A 7. és 11. évfolyamon a fiúk átlaga szignifikánsan magasabb, mint a lányoké. Az 5. és a 9. évfolyamon a fiúk és lányok átlaga nem tér el jelentősen (***15.8. ábra***).Mindkét nem esetében jelentős évfolyamok közötti különbség tapasztalható a családi támogatás észlelt mértékében: az 5. évfolyamos tanulók átlaga magasabb, mint a többi évfolyamé. A lányok esetében a három másik évfolyam átlaga nem tér el jelentősen, a fiúk csoportjában a 7. évfolyamos tanulók átlaga szignifikánsan magasabb, mint a 9. és 11. évfolyamos tanulóké (***15.8. ábra***).

[100] Az összefüggést az összetartozó minták miatt ebben az esetben is McNemar-próba segítségével teszteltük.

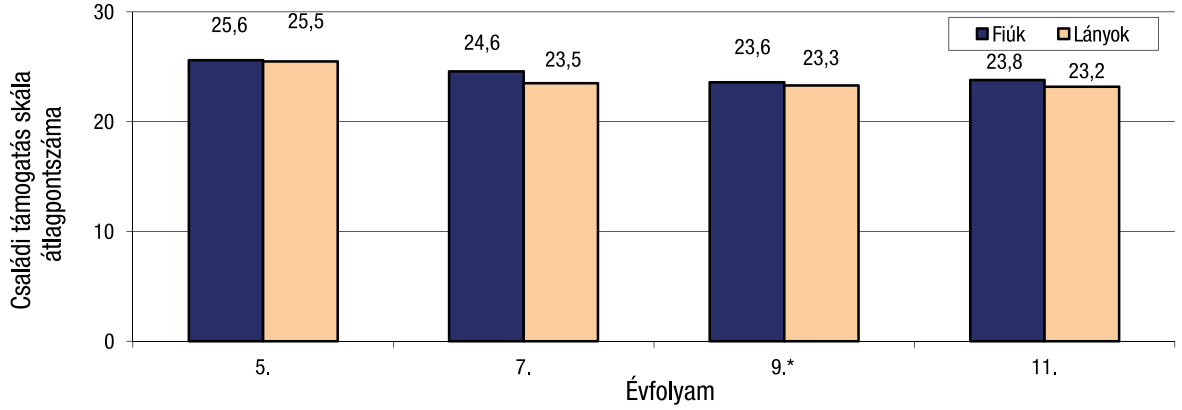
[101] A kis elemszámokra való tekintettel ezt az elemzést évfolyamonkénti bontásban nem végeztük el.

[102] A skála lehetséges pontszáma 4–20, a magasabb skálapontszám pozitívabb véleményt jelent. Jelen mintában a skála belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa értéke elfogadható, 0,74.

[103] A skála lehetséges pontértéke 4–28, a magasabb skálapontszám pozitívabb véleményt jelent. A skálára vonatkozó belső konzisztenciát mérő Cronbach-alfa érték megfelelő, 0,89.

15.8. ábra

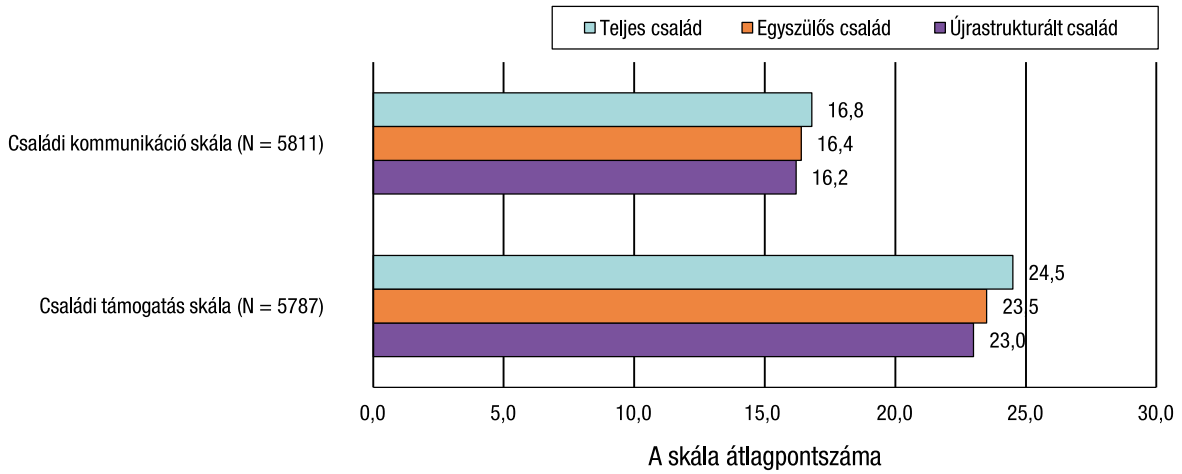
A tanulók által észlelt családi támogatás skála átlagpontszáma nem és évfolyam szerint (N = 6015)



Mind a családi kommunikáció, mind a családban megtapasztalt érzelmi támogatás mértéke szignifikáns (bár kismértékű) eltéréseket mutat családszerkezet szerint (***15.9. ábra***). Mindkét skála esetében a teljes családban élő tanulók átlaga magasabb a másik két családtípusban élő társaik átlagához képest, akiknek átlagai nem különböznek szignifikánsan.

15.9. ábra

A tanulók által észlelt családi kommunikáció és családi támogatás skálák átlagpontszáma családszerkezet szerint



MEGBESZÉLÉS

A családok demográfiai jellemzői (édesszülők, nagyszülők jelenléte, testvérek száma) a 2010. évi felmérés adataihoz képest (Örkényi, 2011) nem változtak jelentősen. A hagyományosnak tekintett „teljes” családtípus a legjellemzőbb: a tanulók kétharmada él együtt két biológiai szülőjével. Az előző felméréshez hasonló arányban fordulnak elő a többgenerációs családok (családszerkezettől függően a fiatalok közel 10-18%-a él együtt nagyszüleivel is), illetve a legalább három gyermeket nevelő nagycsaládok is (a tanulók több mint egyharmadára jellemző ez).

Eredményeink szerint a családszerkezet kapcsolatban áll a tanulók életkorával, illetve a lakóhely településtípusával. A fiatalabb évfolyamok tanulóira, illetve a kisebb lélekszámú településeken lakó gyermekekre nagyobb arányban jellemző, hogy teljes családban, több testvérrel élnek együtt. A családszerkezetben és a testvérek számában tapasztalt településtípusok szerinti különbséggel kapcsolatos

adatok egybecsengenek a korábbi felméréseink eredményeivel (Örkényi, 2011). Az egy háztartásban élő testvérek száma alapján továbbra is a két gyermeket nevelő családok a legjellemzőbbek.

A családtagokkal való kommunikációról elmondható, hogy a serdülők többsége meg tudja beszélni problémáit családtagjaival. A probléma-megbeszélés számukra az édesanyával általában könnyebb, mint az édesapával. Ez az eredmény megerősíti más kutatások adatait, miszerint az anyák általában több időt töltenek gyermekeikkel, és többet is beszélgetnek velük, mint az apák (Fallon és Bowles, 1997). Az anyjukat pedig általában megértőbbnek és elfogadóbbnak találják a fiatalok, mint az apjukat (LePoire, 2006). Az anyával való probléma-megbeszélést a fiúk és a lányok jellemzően hasonlónak élik meg, ezzel szemben az apával való kommunikáció a fiúknak könnyebb, mint a lányoknak. Más vizsgálatok is azt mutatják, hogy a fiúk inkább avatják be apjukat a számukra fontos dolgokba, mint a lányok (Buhrmester és Prager, 1995). Habár az egyes családtagokkal való kommunikációban jelentős eltéréseket tapasztaltunk fiúk és lányok között, a családi kommunikáció általános megítélése (a családi kommunikáció skála szerint) hasonló a két nemnél.

Eredményeink – más kutatásokhoz hasonlóan (Jackson, Bijstra, Oostra és mtsai, 1998; Tabak, Mazur, Granado Alcón és mtsai, 2012) – arra utalnak, hogy az azonos nemű szülővel való kommunikáció, illetve általában a családi kommunikáció minősége, „tisztasága" mindkét nem esetében romlik az életkor növekedésével. Szakirodalmi adatok szerint a szülőkkel töltött idő és az érzelmi közelség is csökken serdülőkorban (Seiffge-Krenke, Overbeek és Vermulst, 2010).

Az idősebb testvérek fontos szerepet tölthetnek be ebben az életkorban. Az élettervek és a személyes problémák megbeszélése a testvérkapcsolatok fontos dimenziója, különösen késő serdülőkorban (Tucker, Barber és Eccles, 1997). Adataink arra utalnak, hogy a fiúk a lányokhoz képest magasabb arányban beszélnek könnyen bátyjukkal. A nővérek esetében pedig fordított összefüggést tapasztaltunk. Az idősebb fiúk könnyebben fordulnak nővérükhöz problémáikkal, mint a fiatalabbak. A lányoknál az életkorral nem mutatott kapcsolatot az idősebb testvérekkel való kommunikáció. Az idősebb testvér neme kevésbé meghatározó a fiúk számára: ők általában hasonló arányban fordulnak könnyen bátyjukhoz, mint nővérükhöz problémáikkal. A lányoknak viszont a nővéreikkel való probléma-megbeszélés könnyebb, mint a bátyjukkal való kommunikáció. Más vizsgálatokban is azt találták, hogy a lány-lány testvérpárokra közelebbi kommunikáció, több tanácskérés és elfogadás jellemző, mint a fiú-fiú vagy vegyes nemű testvérpárokra (Tucker, Barber és Eccles, 1997).

A családi támogatásban tapasztalt évfolyamok közötti különbségek összhangban állnak más vizsgálatok eredményeivel, amelyek az észlelt szülői támogatás mértékének csökkenését mutatták ki kora és középserdülőkor között (De Goede, Branje és Meeus, 2009).

Eredményeink megerősítik más vizsgálatok (Amato és Keith, 1991; Garnefksi és Diekstra, 1997) eredményeit, miszerint a teljes családokra kedvezőbb szülő-gyermek kapcsolatok (jobb családi kommunikáció és nagyobb észlelt családi támogatás) jellemzőek.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Amato, P. R., Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta- analysis. *Psychological Bulletin, 110*(1), 26–46.

Anderson, R. J., & Branstetter, S. A. (2012). Adolescents, parents, and monitoring: A review of constructs with attention to process and theory. *Journal of Family Theory & Review*, *4*(1), 1–19.

Aro, H.M., & Palosaari, U. K. (1992). Parental divorce, adolescence, and transition to young adulthood: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, *62*(3), 421–429.

Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review, 26*(8), 725–748.

Bjarnason, T., Bendtsen, P., Arnarsson, A. M., Borup, I., Ianotti, R. J., Löfstedt, P., Haapasalo, I., & Niclasen, B. (2012). Life satisfaction among children in different family structures: A comparative study of 36 western societies. *Children & Society, 26*(1), 51–62.

Blechman, E.A. (1982). Are children with one parent at psychological risk? *Journal of Marriage and the Family*, *40*(1), 179–195.

Bodonyi E., Busi, E., Hegedűs, J., Magyar, E., & Vizelyi, Á. (2006). *Család, gyerek, társadalom. A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése, 5. kötet*. Budapest: Bölcsész Konzorcium.

Buhrmester, D., & Prager, N. A. (1995). Patterns and functions of self-disclosure during childhood and adolescence. In K. J. Rotenberg (Ed.), *Disclosure Process in Children and Adolescents* (pp. 10–56). Cambridge: Cambridge University Press

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (pp. 331–361). New York: Wiley.

Collins, W. A., & Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. In N. Eisenberg (Ed.), Handbook of Child Psychology (5th ed.) (pp. 1005–1052). New York: Wiley.

De Goede, I. H. A., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. Journal of Youth and Adolescence, 38(1), 75–88.

Devitt, K., & Roker, D. (2009). The role of mobile phones in family communication. *Children & Society*, *23*(3), 189–202.

Dunn M. S, Kitts, C., Lewis, S., Goodrow, B., & Scherzer, G. D. (2011). Effects of youth assets on adolescent alcohol, tobacco, marijuana use, and sexual behaviour. *Journal of Alcohol & Drug Education*, *55*(3), 23–40.

Eriksson, I., Cater, Å. Andershed, A. K., & Andershed, H. (2011). What protects youths from externalising and internalising problems? A critical review of research findings and implications for practice. *Australian Journal of Guidance and Counselling, 21*(2), 113–125.

Eurostat (2006). *The family in the EU25 seen through figures*, No. 59. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Fallon, B. J., & Bowles, T. V. (1997). The effect of family structure and family functioning on adolescents's percepctions of intimate time spent with parents, siblings, and peers. *Journal of Youth and Adolescence, 26*(1), 25-43.

Garnefski, N., & Diekstra, R. F. W. (1997). Adolescents from one parent, stepparent and intact families: Emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, *20*(2), 201–208.

Hetherington, E. M. (2003). Social support and adjustment of children in divorced and remarried families. *Childhood*, *10*(2), 217–236.

Hetherington, E. M., & Elmore, A. M. (2003). Risk and resilience in children coping with their parents' divorce and remarriage. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability, adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 182–212). Cambridge: Cambridge University Press.

Hetherington, E. M. & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(1), 129–140.

Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L., & Bosma, H. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence, 21*(3), 305–322.

Kerr, D., & Beaujot, R. (2002). Family relations, low income, and child outcomes: A comparison of Canadian children in intact-, step-, and lone-parent families. *International Journal of Comparative Sociology*, *43*(2), 134–152.

Kim, S., & Brody, G. H. (2005). Longitudinal pathways to psychological adjustment among black youth living in single-parent households. *Journal of Family Psychology*, *19*(2), 305–313.

Kovács, E., & Pikó, B. (2010). A család egészségvédő hatása a serdülők körében. In Pikó B. (Szerk.), *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban* (pp. 131–142). Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Költő, A., Zsiros, E., Simon, D., Arnold, P., Huhn, Zs., & Németh, Á. (2013). A probléma-megbe-

szélés észlelt könnyűsége és a testi-lelki tünetek gyakorisága serdülőknél. *Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlésén*, Budapest, 2013. június 6.
Lasky, P., Buckwalter, K., Whall, A., Lederman, R., Speer, J., McLane, A., King J., & White, M. (1985). Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western Journal of Nursing Research*, *7*(1), 40–57.
LePoire, B.A. (2006). *Family communication. Nurturing and control in a changing world*. Thousand Oaks, CA: Sage.
Levin, K. A., & Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*. *110*(3),152–68.
Lipman, E. L., Boyle, M. H., & Dooley, M. D. (2002). Child well-being in single-mother families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(1), 75–82.
Loeber R., Drinkwater M., Yin Y., Anderson S. J., Schmidt L. C., & Crawford, A. (2000). Stability of family interaction from ages 6 to 18. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(4), pp. 353–369.
Luk, J. W., Farhat, T., Iannotti, R. J., & Simons-Morton, B.G. (2010). Parent–child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addictive Behaviors*. *35*(5),426–431.
Montgomery, L. E., Kiely, J. L., & Pappas, G. (1996). The effects of poverty, race, and family structure on US children's health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991. *American Journal of Public Health*, *86*(10), 1401–1405.
Ottova, V., Erhart, M.,Vollebergh, W., Kökönyei, Gy., Morgan, A., Gobina, I., Jericek, H., Cavallo, F., Välimaa, R., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Schnohr, C., Ravens-Sieberer, U., & the Positive Health Focus Group. (2012). The role of individual- and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *The Journal of Early Adolescence, 32*(1), 126–158.
Örkényi, Á. (2011). Családszerkezet és családi kapcsolatok. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekekegészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése* (pp. 96–102). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
Pedersen, M., Granado Alcón, M. C., Moreno Rodriguez, C., & Smith, R. (2004). Family. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, Samdal, O., Barkenow Rasmussen, V. (Eds.), *Young people's health in context – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002* survey (pp. 26–33). Copenhagen: World Health Organization.
Pike, L. T. (2003). The adjustment of Australian children growing up in single-parent families as measured by their competence and self-esteem. *Childhood*, *10*(2), 181–200.
Pikó, B., & Fitzpatrick, K. M. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health, 17*(4), 353–360.
Pilkauskas, N. V. (2014). Living with grandparent and parent in early childhood: Associations with school readiness and differences by demographic characteristics. *Developmental Psychology, 50*(12), 2587–2599.
Rothon, C., Goodwin, L., & Stansfeld, S. (2012). Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: A longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(5), 697–709.
Seiffge-Krenke, I., Overbeek, G., & Vermulst, A. (2010). Parent-child relationship trajectories during adolescence: Longitudinal associations with romantic outcomes in emerging adulthood. *Journal of Adolescence, 33*(1), 159–171.

Shucksmith, J., Glendinning, A., & Hendry, L. (1997). Adolescent drinking behaviour and the role of family life: A Scottish perspective. *Journal of Adolescence*, *20*(1), 85–101.

Simons, L. G., Chen, Y., Simons, R. L., Brod, G., & Cutrona, C. (2006). Parenting practice and child adjustment in different types of households: A study of African American families. *Journal of Family Issues*, *27*(6), 803–825.

Spruijt , E., DeGoede, M., & Vandervalk, I. (2001). The well-being of youngsters coming from six different family types. *Patient Education and Counselling*, *45*(4), 285–294.

Tabak, I., Mazur, J., Granado Alcón, C., Örkényi, Á., Zaborskis, A., Aasvee, K., & Moreno, C. (2012). Examining trends in parent-child communication in Europe over 12 years. *Journal of Early Adolescence*, *32*(1), 26–54.

Tucker, C. J., Barber, B. J., & Eccles, J. S. (1997). Advice about life plans and personal problems in late adolescent sibling relationships. *Journal of Youth and Adolescence, 26*(1), 63–76.

White, R., & Renk, K. (2012). Externalizing behaviour problems during adolescence: An ecological perspective. *Journal of Child and Family Study*, *21*, 158–171.

Wilkinson, R.B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *33*(6), 479–493.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41.

16. AZ ISKOLA SZEREPE

Zsiros Emese, Várnai Dóra

BEVEZETÉS

Az iskola kitüntetett *szocializációs színtérként* fontos szerepet játszik a fejlődésben. Az iskolában szerzett kedvező vagy kedvezőtlen tapasztalatok érzékeny fejlődési szakaszban érik a gyermekeket. Így ezek az élmények befolyásolják az önbizalom fejlődését, az énképet, az egészségmagatartást, ezen keresztül pedig a későbbi egészségi állapotot és az élettel való elégedettséget (Bradshaw és Keung, 2011).

Az iskolának fontos szerepe van abban is, hogy a gyermekek megtanulják a társadalmi intézmények működésének szabályait és az azokhoz való alkalmazkodást (Kökönyei, Örkényi és Zakariás, 2009). A HBSC vizsgálatban alkalmazott iskolával kapcsolatos kérdések az iskolában szerzett tapasztalatok különböző vonatkozásait ölelik fel, és egyben az optimális fejlődést elősegítő pszichológiai szükségletek kielégítettségét is mérik:

- a kompetenciát az iskolai teljesítményre vonatkozó kérdések;
- az autonómiát az iskolai teljesítményszorongás kérdései (az autonómia ebben az esetben a feladat-terheléssel való megküzdésre utal);
- a társas beágyazottságot pedig az osztálytársak támogatása fejezi ki (Ryan és Deci, 2000).

A pozitív iskolai élmények az egészség és jóllét forrásai, míg a negatív élmények kockázatot jelentenek a tanulók mentális és testi egészségére. Az iskola kedvelése védő tényező az olyan egészségkárosító magatartásokkal szemben, mint a kortársbántalmazás (Harel-Fisch, Walsh, Fogel-Grinvald és mtsai, 2011), a szexuális rizikóvállalás (Dias, Matos és Goncalves, 2005) valamint a dohányzás, alkoholfogyasztás és kábítószerhasználat (Bidstrup, Frederiksen, Siersma és mtsai, 2008; Fletcher, Bonell és Hargraves, 2008).

Azok a tanulók, akik nem szeretik az iskolát, illetve nem kötődnek az iskolához, gyakrabban teljesítenek rosszabbul, kimaradhatnak az iskolából (Archambault, Janosz, Morizot és mtsai, 2009), és gyakrabban küzdenek lelki problémákkal (Shochet, Dadds, Ham és mtsai, 2006).

Az iskola kedvezően hathat a gyermekek egészségére és jóllétére azzal, hogy inspiráló környezetet teremt, és jó élményekkel gazdagít (Rowe, Stewart és Patterson, 2007). Ez különösen a hátrányos helyzetű gyermekek számára lehet fontos (Schnohr, Kreiner, Rasmussen és mtsai, 2009). Az iskola tehát befolyásolja a diákok életét, s erre a szerepére építhetnek a nemzeti oktatási és iskolaszintű stratégiák, egészségfejlesztési gyakorlatok.

A tanulók észlelt iskolai teljesítménye az egészség és jóllét konzisztens és erős bejóslója (Suldo, Riley és Shaffer, 2006). Azok a diákok, akik jobban tanulnak, magasabb élettel való elégedettségről (Sulder és Huebner, 2006), kevesebb szubjektív egészségügyi panaszról és egészségkárosító magatartásról számolnak be (Ravens-Sieberer, Kökönyei és Thomas, 2004), valamint ritkábban érintettek a kortársbántalmazásban (Nansel, Overpeck, Pilla és mtsai, 2001).

A kortárskapcsolatok, az iskolához való kötődés és a tanárok magatartása befolyásolhatja a tanulók iskolai teljesítményét (Véronneau és Dishion, 2011). Ahogy a tanulók magasabb évfolyamokba lépnek, egyre jellemzőbbek rájuk a testi és lelki egészséget veszélyeztető magatartásformák (Barber és Olsen, 2004), és az iskolai teljesítményük is csökkenhet.

Az iskolai feladatok okozta stressz vagy túlterheltség nemcsak a tanulók teljesítményét befolyásolja kedvezőtlenül, de az iskolai környezeten kívül is negatív hatása van az egészségre, egészségmagatartásra és jóllétre. A túlterhelt tanulókra jellemzőbbek lehetnek az olyan egészségkárosító magatartások, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a lerészegedés. Esetükben gyakoribbak bizonyos testi tünetek (fejfájás, hasfájás, és hátfájás) és lelki panaszok (szomorúság-érzés, nyomottság és

idegesség) (Simetin, Kuzman, Franelic és mtsai, 2011; Torsheim és Wold, 2001). Nagyobb eséllyel jellemző rájuk rosszabb önminősített egészség és alacsonyabb élettel való elégedettség (Sulder és Hubner, 2006).

Bizonyos védőfaktorok fontos szerepet játszhatnak abban, hogy enyhítsék a diákokra nehezedő nyomás káros következményeit. A támogató osztályközösség például csökkentheti az iskolával kapcsolatos stressz egészségre gyakorolt hatását (Torsheim és Wold, 2001).

Az iskolai társas támogatás alatt a tanárok és osztálytársak segítő, elfogadó, bátorító magatartását értjük. Az a diák, aki úgy érzékeli, hogy tanárai támogatják őt, elégedettebb az életével, kisebb eséllyel depressziós hangulatú (Kökönyei, Örkényi és Zakariás, 2009), kevésbé jellemző rá a korai alkoholfogyasztás (McCarty, Rhew, Murowchick és mtsai, 2012), a napi rendszerességű dohányzás és a heti rendszerességű kannabiszfogyasztás (Perra, Fletcher, Bonell és mtsai, 2012).

A fiatalok társas világában a kortársaknak – elsődlegesen az osztálytársaknak – kulcsfontosságú szerepük van (Demaray és Malecki, 2002). Az osztálytársak elfogadó és támogató attitűdje a társas csoporthoz tartozás érzését adja (Ryan és Deci, 2000), ellenben az ilyen támogatás hiánya vagy az elutasítás stresszt, pszichés megterhelést jelent.

Az osztálytársak észlelt támogatása kifejezi, hogy a tanuló számíthat társai elfogadására és segítségére. Az észlelt támogatás összefügg az iskola néhány jellemzőjével, például az iskolával való elégedettséggel (Samdal, Nutbeam, Wold és mtsai, 1998), a motivációval (Torsheim, Wold és Samdal, 2000) az alacsonyabb iskolai stressz-terheléssel (Vieno, Santinello, Galbiati és mtsai, 2004) és a kortársbántalmazásnak való alacsonyabb kitettséggel (Nansel, Craig, Overpeck és mtsai, 2004). Minél pozitívabb az osztálytársak megítélése, annál magasabb a tanulók élettel való elégedettsége (Danielsen, Samdal, Hetland és mtsai, 2009; Kökönyei, Örkényi és Zakariás, 2009) és észlelt énhatékonysága (Vieno, Santinello, Pastore és mtsai, 2007). Az észlelt osztálytársi támogatás az egészségmagatartásra is jótékony hatással van: például intenzívebb testmozgással jár együtt (Martin, McCaughtry, Flory és mtsai, 2011).

Ezzel szemben az osztálytársak és tanárok elutasítása testi és pszichés tünetekkel (fejfájás, hasfájás, depresszív hangulat) (Torsheim, Wold és Samdal, 2000; Wit, Karioja, Rye és mtsai, 2011) valamint a gyakoribb dohányzással és alkoholfogyasztással (Samdal, Wold, Klepf és mtsai, 2000) mutat összefüggést.

Az iskoláknak tehát – a viselkedéses normák osztály- és iskolaszintű kialakításával, kooperatív tanulási stratégiákat ösztönző pedagógiai módszerek alkalmazásával – törekedniük kell arra, hogy az osztályban mindenki biztonságban érezze magát (Danielsen, Samdal, Hetland és mtsai, 2009; Hamre és Pianta, 2006).

FELDOLGOZOTT KÉRDÉSEK

Az iskola iránti attitűd vizsgálatára arról kérdeztük a tanulókat, mennyire szeretik iskolájukat.

- *Hogyan érzel az iskolád iránt? Szereted az iskoládat?* (Lehetséges válaszok: Nagyon szeretem / Egy kicsit szeretem / Nem nagyon szeretem / Egyáltalán nem szeretem.)

Az iskolai terhelést azzal mértük, hogy a tanuló mennyire találja nyomasztónak az iskolai követelményeket.

- *Mennyire nyomasztanak téged az iskolai feladatok?* (Lehetséges válaszok: Egyáltalán nem / Egy kicsit / Eléggé / Nagyon.)

A tanulmányi eredménnyel kapcsolatban arról kérdeztük a tanulókat, hogy szerintük a tanáraik hogyan értékelik az iskolai teljesítményüket.

- *Szerinted a tanáraid hogyan értékelik az iskolai teljesítményedet?* (Lehetséges válaszok: A legjobb tanulók közé sorolnak / A jó tanulók közé sorolnak / Az átlagos tanulók közé sorolnak / Az átlagosnál rosszabb tanulók közé sorolnak.)

Az iskolai társas támogatást a pedagógusokra és az osztálytársakra vonatkozó kérdésekkel mértük. Három kérdés vonatkozott arra, hogyan vélekednek tanáraikról a tanulók.

- *Tanáraim elfogadnak olyannak, amilyen vagyok.*
- *Tanáraimat érdekli, hogy milyen az egyéniségem.*
- *Nagyon megbízom a tanáraimban.* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet.

Az osztályközösség percepcióját három kérdéssel térképeztük fel. A tanulók véleményét kértük arról, hogy osztálytársaik szívesen vannak-e együtt, kedvesek és segítőkészek-e illetve elfogadják-e egymást.

- *Osztályom tanulói szívesen vannak együtt.*
- *Osztálytársaim többsége kedves és segítőkész.*
- *Osztálytársaim elfogadnak olyannak, amilyen vagyok.* (Minden kategória esetén lehetséges válaszok: Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet.)

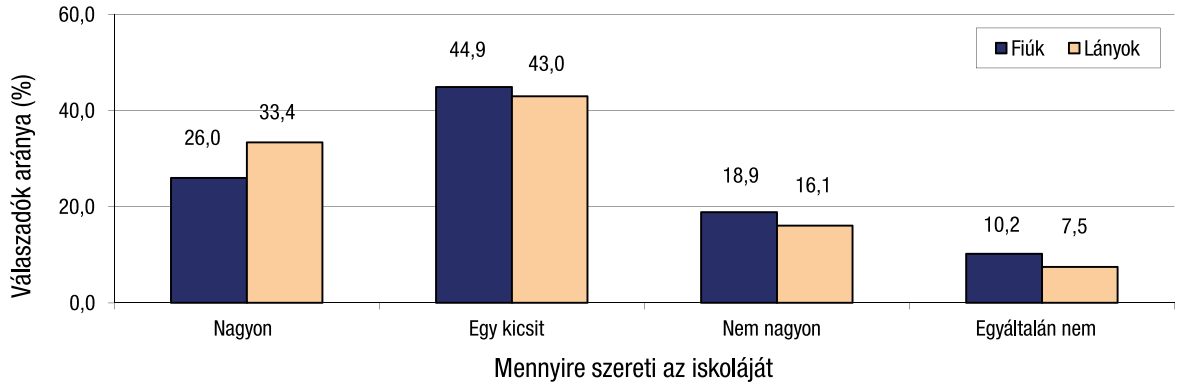
EREDMÉNYEK

Az iskola iránti attitűd

A tanulók többsége (73,8%) valamilyen mértékben, de szereti iskoláját. Jóval több olyan diák van, aki nagyon szereti az iskolát (tízből három), mint aki egyáltalán nem (tízből közel egy). A lányok közt több mint 7%-kal nagyobb az iskolát nagyon szeretők aránya, mint a fiúk között, s ez a különbség szignifikáns. Az iskolát ennél kevésbé kedvelők között magasabb a fiúk aránya (***16.1. ábra***).

16.1. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók iskola iránti attitűdje nem szerint (N = 6095)



Az iskolát egyáltalán nem kedvelő tanulók aránya a 7. osztályban, míg az iskolát nagyon szeretők aránya a 9. osztályban a legmagasabb. Korcsoportok szerint nem rajzolódik ki egyértelmű mintázat az iskola iránti attitűd különbségeiben, de elmondható, hogy az 5. és 9. osztályhoz képest a 7. és a 11. osztályban negatívabb az iskola megítélése (***16.1. táblázat***).

16.1. táblázat

A tanulók iskola iránti attitűdje évfolyam szerint (N = 6093)

	Mennyire szereti az iskoláját (%)			
Évfolyam	Nagyon	Egy kicsit	Nem nagyon	Egyáltalán nem
5.	33,8	43,0	14,0	9,2
7.	20,8	47,1	20,6	11,5
9.	38,4	42,4	13,2	6,0
11.	25,0	43,9	22,0	9,1
Összesen	29,8	44,0	17,4	8,8

A középiskolás tanulók iskolához való viszonyát képzéstípusok szerint is megvizsgáltuk. Az iskolájukat nagyon szeretők aránya szignifikánsan alacsonyabb az érettségit nem adó (25,2%), mint az érettségit adó iskolákban (33,0%).

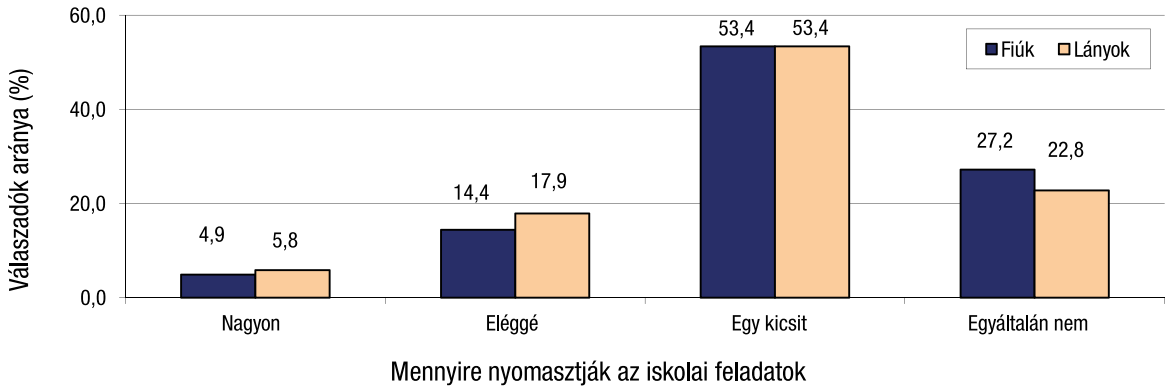
Iskolai terhelés

A diákok több mint háromnegyede (78,3%) legfeljebb egy kicsit találja megterhelőnek iskolai feladatait. Több mint 5%-uk nagyon nyomasztónak ítéli az iskolai terhelést, ugyanakkor a tanulók egynegyede egyáltalán nem érzi nyomasztónak az iskolai követelményeket.

A nemek közti különbség szignifikáns, de kismértékű (***16.2. ábra***).

16.2. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók percepciója az iskolai terhelésről nem szerint (N = 6083)



A magasabb évfolyamra járók között általában nagyobb azoknak a tanulóknak az aránya, akiket eléggé vagy nagyon nyomasztanak az iskolai feladatok (***16.2. táblázat***). Nemi bontásban azonban eltérő mintázatot látunk az évfolyamok között. Míg a lányok magasabb évfolyamon nagyobb arányban (7. osztályban 22,0%, 9. osztályban 25,0%), addig az idősebb fiúk között alacsonyabb (7. osztályban 21,9%, 9. osztályban 16,9%) a feladataikat eléggé vagy nagyon terhelőnek érzők aránya.

16.2. táblázat

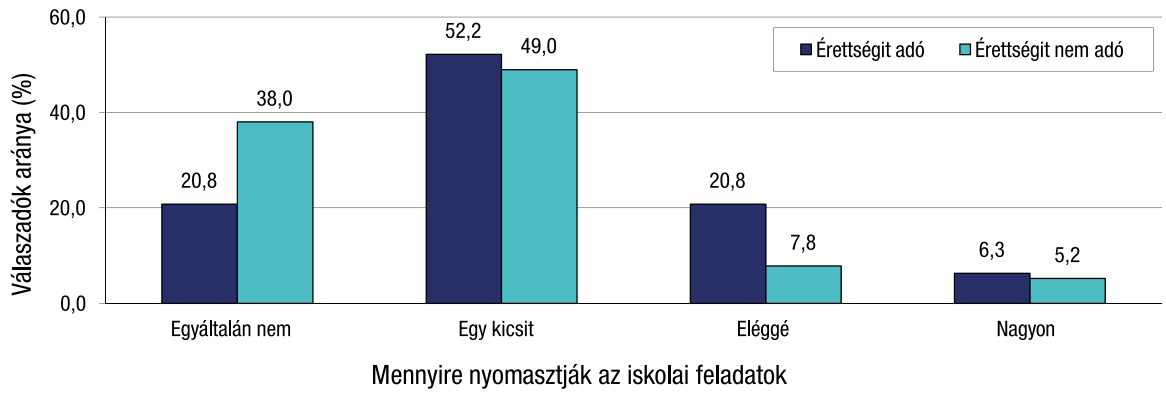
A tanulók percepciója az iskolai terhelésről évfolyam szerint (N = 6082)

	Mennyire nyomasztják az iskolai feladatok (%)			
Évfolyam	Nagyon	Eléggé	Egy kicsit	Egyáltalán nem
5.	3,3	9,2	54,3	33,1
7.	5,6	16,2	57,2	20,9
9.	5,7	15,5	54,6	24,2
11.	6,5	22,2	48,7	22,6
Összesen	5,4	16,2	53,4	24,9

A középiskolai tanulók esetében a szakiskolások közt nagyobb azok aránya, akiket egyáltalán nem nyomasztanak az iskolai követelmények, az érettségit adó iskolákban tanulók közt pedig nagyobb az iskolai feladatokat eléggé megterhelőnek ítélők aránya (***16.3. ábra***).

16.3. ábra

A 9–11. évfolyamos tanulók percepciója az iskolai terhelésről képzéstípus szerint (N = 3481)

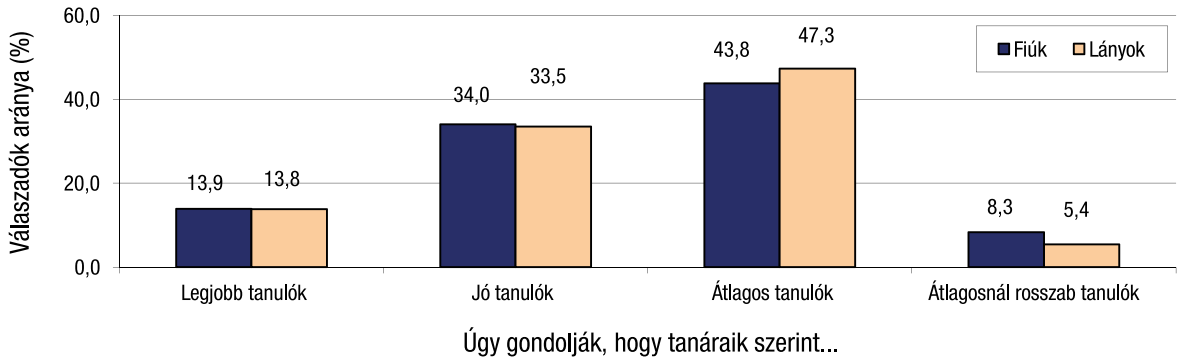


Tanulmányi eredmény

A tanulók közül a legtöbben (közel 50%) úgy gondolják, hogy tanáraik az átlagos tanulók közé sorolják őket, míg közel 7%-uk szerint az átlagosnál rosszabb tanulmányi eredményűek. A lányok és fiúk hasonló arányban gondolják úgy, hogy tanáraik a legjobb, illetve jó tanulók közé sorolják őket (***16.4. ábra***).

16.4. ábra

Az 5–11. évfolyamos tanulók tanulmányi eredményükről alkotott véleménye nem szerint (N = 6059)



Az idősebbek szignifikánsan kevesebben sorolják magukat a legjobb/jó tanulók közé, és az átlagos vagy az annál rosszabb tanulók aránya a magasabb évfolyamokon nagyobb (***16.3. táblázat***).

16.3. táblázat

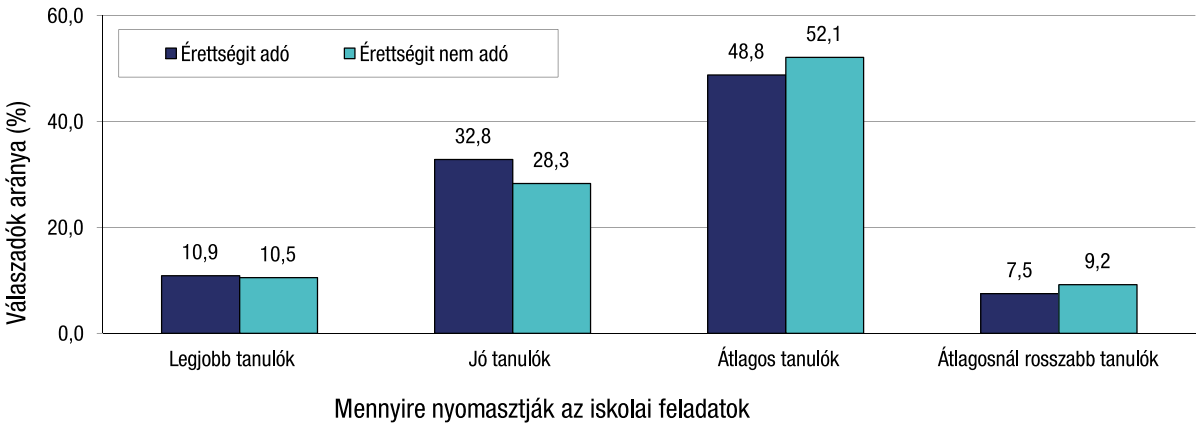
A tanulók tanulmányi eredményükről alkotott véleménye évfolyam szerint (N = 6059)

	Úgy gondolják, hogy tanáraik szerint… (%)			
Évfolyam	Legjobb tanulók	Jó tanulók	Átlagos tanulók	Átlagosnál rosszabb tanulók
5.	19,8	41,5	34,8	3,9
7.	16,3	30,4	46,2	7,1
9.	11,0	32,8	48,2	8,0
11.	10,6	31,3	50,5	7,6
Összesen	13,9	33,7	45,6	6,8

Az érettségit adó és szakiskolában tanulók hasonló arányban gondolják, hogy tanáraik a legjobb tanulók közé sorolják őket, míg az átlagos vagy annál rosszabb tanulók közé az érettségizni nem fogó tanulók sorolták magukat magasabb arányban (***16.5. ábra***).

16.5. ábra

A 9–11. évfolyamos tanulók tanulmányi eredményükről alkotott véleménye képzéstípus szerint (N = 3464)



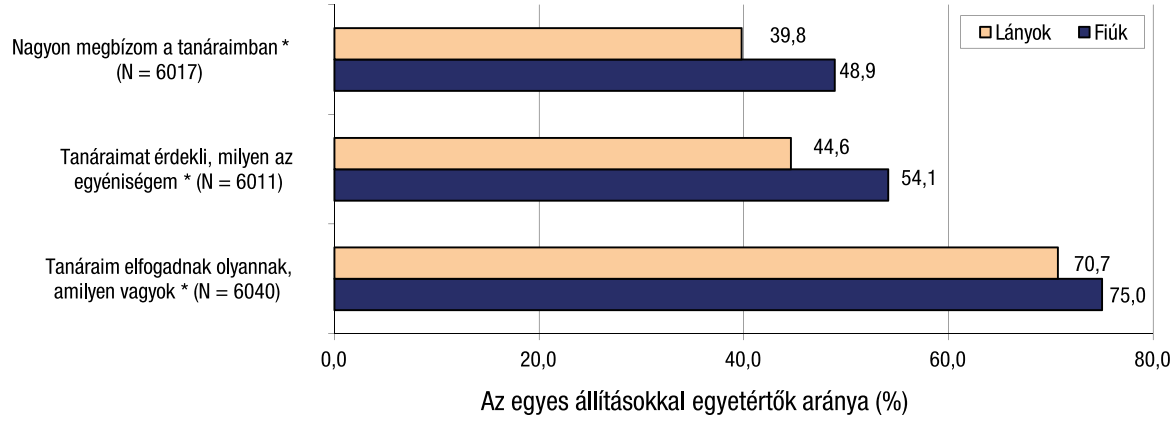
A tanároktól kapott támogatás mértékének megítélése[104]

A tanárokra vonatkozó három állítás közül a tanulók azzal értettek legnagyobb arányban egyet (74,1%-ban), hogy a tanáraik elfogadják őket olyannak, amilyenek. A tanulók fele (50,3%) úgy gondolja: tanárait érdekli, milyen az egyéniségük. A válaszadók 45,2%-a nyilatkozta, hogy nagyon megbízik tanáraiban. Mindhárom tétel esetében szignifikáns nemi különbséget kaptunk: a fiúk nagyobb arányban értenek egyet az állításokkal (***16.6. ábra***). A magasabb évfolyamokon szignifikánsan alacsonyabb az egyetértők aránya, mindhárom állítás esetében.

[104] Az eredményeket kétféleképpen mutatjuk be. 1) tételenként azok arányát, akik egyetértenek (illetve teljesen egyetértenek) az állításokkal; 2) a három tételből összeállított tanári támogatás skála összpontszámát (lehetséges pontszám: 3–15, a magasabb skálapontszám a tanárok kedvezőbb megítélésére utal; a belső konzisztenciát mérő Cronbach-alfa megfelelő, 0,78).

16.6. ábra

A tanárokra vonatkozó állításokkal egyetértő 5–11. évfolyamos tanulók aránya nem szerint



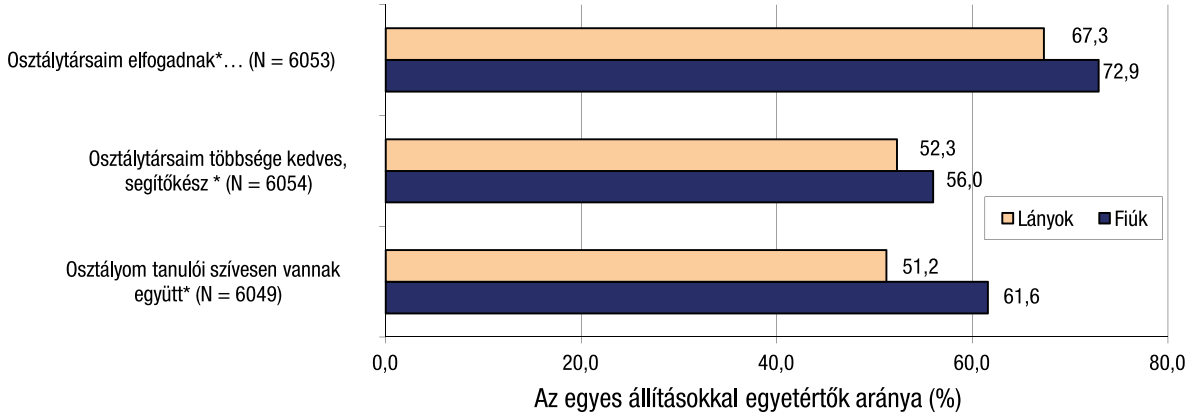
A tanári támogatás skála átlaga 10,7 (SD = 2,75). Ha a teljes mintát vizsgáljuk, a tanárok megítélésében nem kaptunk nemi különbséget. Ha a nemi különbségeket évfolyamonként elemezzük, a 7., 9. és 11. évfolyamos fiúk körében kismértékben, de magasabb a tanáraik részéről sok támogatást észlelők aránya a lányokhoz képest.

Az osztálytársaktól kapott támogatás mértékének megítélése[105]

A tanulók közel háromnegyede (71,1%) egyetért azzal, hogy osztálytársai elfogadják olyannak, amilyen. A válaszadók több mint fele (54,0%) ítéli úgy, hogy osztálytársai többsége kedves és segítőkész, és még nagyobb arányban (57,2%) gondolják, hogy osztályuk tanulói szívesen vannak együtt. A fiúk osztálytársaikról alkotott véleménye szignifikánsan kedvezőbb a lányokénál: magasabb arányban értenek egyet az állításokkal (***16.7. ábra***). A magasabb évfolyamokon szignifikánsan alacsonyabb az egyetértők aránya, mindhárom állítás esetében.

16.7. ábra

Az osztálytársakra vonatkozó állításokkal egyetértő 5–11. évfolyamos tanulók aránya nem szerint



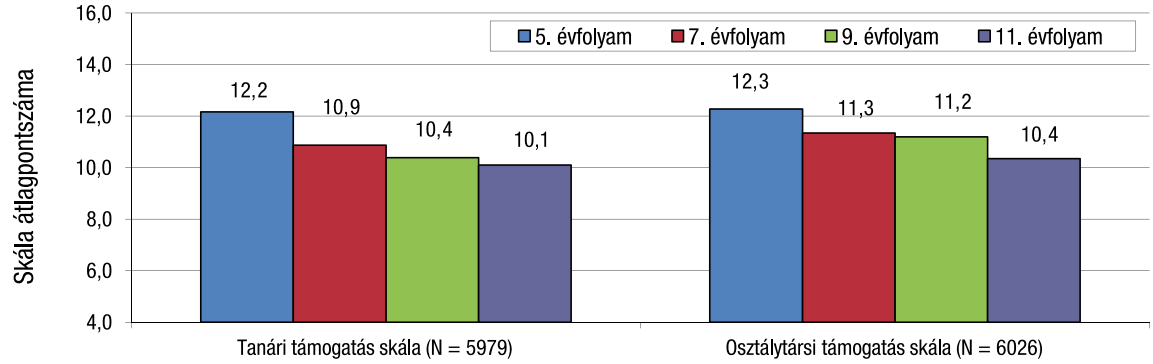
[105] Az eredményeket kétféleképpen mutatjuk be. 1) tételenként azok arányát, akik egyetértenek (illetve teljesen egyetértenek) az állításokkal; 2) a három tételből összeállított osztálytársi támogatás skála összpontszámát (lehetséges pontszám: 3–15, a magasabb skálapontszám az osztálytársak kedvezőbb megítélésére utal; a belső konzisztenciát mérő Cronbach-alfa megfelelő, 0,77).

A teljes mintában az osztálytársak skála átlaga 11,2 (SD = 2,63). Az osztálytársak megítélésében kicsi, ám szignifikáns nemi különbséget kaptunk: a fiúk átlaga (M = 11,4; SD = 2,57) magasabb, mint a lányoké (M = 10,9; SD = 2,66). Évfolyamonként elemezve ez a különbség a 7., 9. és a 11. évfolyamon szignifikáns.

Az évfolyamok között szignifikáns különbségeket kaptunk mindkét skála esetében. Mind a tanári, mind az osztálytársakra vonatkozó skála esetében megfigyelhető, hogy felsőbb évfolyamba lépve rendre alacsonyabb a tanulók átlaga. Ez a különbség az osztálytársak megítélésben a 7. és a 9. évfolyam átlaga, míg a tanári skála esetében a 9. és 11. évfolyam közötti eltérések kivételével szignifikáns (***16.8. ábra***).

16.8. ábra

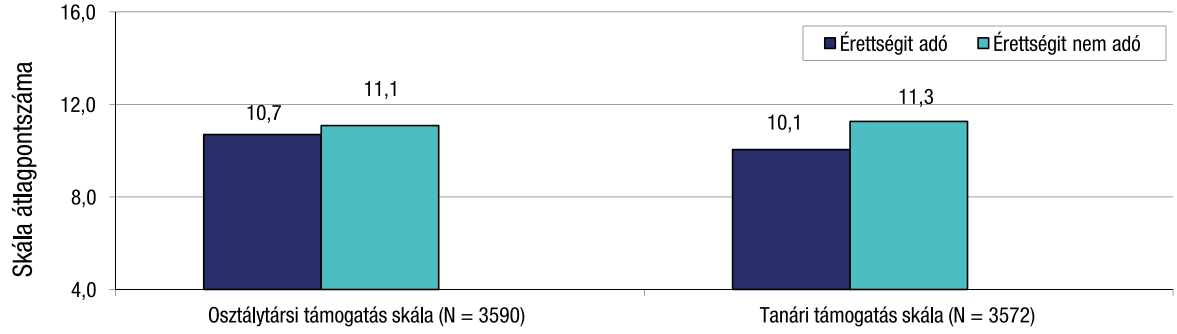
A tanulók által észlelt osztálytársi és tanári támogatás skálák átlagpontszáma évfolyam szerint



A középiskolások almintájában kismértékű, de szignifikáns különbséget kaptunk az eltérő képzéstípusok tanulói között (***16.9. ábra***). Az osztálytársak és a tanárok megítélését mutató skálák átlagai az érettségit adó iskolákhoz képest szignifikánsan magasabbak a szakiskolákban.

16.9. ábra

A 9–11. évfolyamos tanulók által észlelt osztálytársi és tanári támogatás skálák átlagpontszáma képzéstípus szerint



MEGBESZÉLÉS

A tanulók iskoláról alkotott képe a magasabb osztályokba lépve egyre negatívabbá válik. Az adatok azt mutatják, hogy a felsőbb évfolyamokon kisebb a magukat a legjobb és a jó tanulók közé sorolók aránya, miközben az iskolai terhelést nyomasztónak találók aránya folyamatosan növekszik. Az életkor növekedtével a tanulók az iskolai társas környezet megítélésében is egyre kritikusabbak: az idősebb tanulóknak egyre kedvezőtlenebb a tanáraikról és az osztályközösségről kialakított véleménye. Jellemzően a ballagást, illetve a továbbtanulást megelőző években a legalacsonyabb az iskolájukat szerető diákok aránya.

Ez a jelenség a nemzetközi szakirodalomból is ismert, a HBSC felmérés nemzetközi eredményei alapján az iskola megítélése – az iskola kedvelése, az észlelt tanulmányi eredmény – az életkorral minden országban csökken (Ramelow, Klinger, Currie és mtsai, 2012). Kisebb mértékben ugyan, de csökken az osztálytársak észlelt támogatása is, ugyanakkor az iskolai teljesítményszorongás emelkedik. Ebből arra következtethetünk, hogy 11 és 15 éves kor között az iskola egyre kevésbé képes a tanulók pszichológiai szükségleteire adekvát módon reagálni. Eccles és Roesner (2011) egyenesen úgy fogalmaz, hogy a középiskolai környezet és a fiatalok szükségletei nincsenek összhangban. Abban az életkorban, amikor a fiatalok mélyebb kapcsolatot tudnának kialakítani a tanáraikkal és profitálhatnának egy támogató iskolai légkörből, pont az ellenkezője történik. A középiskola szervezete az általános iskolához képest sokkal személytelenebb, különböző tanárok tanítják a különböző tantárgyakat, sok országban az egyes órákon akár eltérő csoportösszetétellel és szinteken. Az iskolai környezet és a tanulók szükségletei közötti „szakadék" csökkenthető a tanárokat, az osztálytermi környezetet, az iskolai struktúrát és az oktatáspolitikát célzó stratégiákkal (Eccles és Roesner, 2011).

A korábbi, 2010-es adatokhoz képest (Zsiros és Örkényi, 2011) az adatok nemi mintázatában jelentős eltérést nem találtunk. Azonban megfigyelhető, hogy a lányok és fiúk közötti különbségek a tanulmányi eredmény és az iskolai terhelés tekintetében átalakulóban vannak, egyre kisebbek. Változatlanul a lányok szeretik magasabb arányban iskolájukat, mégis a fiúk vélekednek pozitívabban mind a tanáraikról, mind az osztályközösségükről. A nemzetközi eredmények is alátámasztják azt a tényt, hogy az iskolarendszer összességében jobban kedvez a lányoknak (Mills és Keddie, 2010), de a nemi különbségek nem találhatók meg az iskolai környezet valamennyi vonatkozásában (Ramelow, Klinger, Currie és mtsai, 2012).

Az érettségit adó iskolák tanulói között magasabb az iskolájukat szeretők aránya a szakiskolákhoz képest. A szakközépiskolákban, gimnáziumokban magasabb a jobb tanulmányi eredményűek aránya, de ezek a tanulók az iskolai terhelés mértékét is nagyobbnak érzik. A szakiskolások között valamivel kedvezőbb mind a tanárok, mind az osztályközösség megítélése, mint az érettségit adó iskolákban.

Az iskolarendszert tehát a tanulók egészsége miatt is érdemes és fontos fejleszteni. Ha a tanulók szeretik az iskolát, feladataikat nem tartják túlzottan nyomasztónak, illetve ha kedvező véleménnyel vannak osztálytársaikról és tanáraikról, ez egészségi állapotukra is védő hatással van (Kökönyei, Örkényi és Zakariás, 2009). Nem szabad elfelejtenünk, hogy ezek a tényezők egymással kétirányú kapcsolatban állnak. Például egy lehangolt fiatal hajlamosabb lehet osztálytársai jelzéseit elutasításként észlelni, míg az életükkel elégedett tanulók pozitívabb, optimistább hozzáállása révén esetleg nagyobb támogatást, elfogadást váltanak ki környezetükből.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Archambault, I., Janosz, M., Morizot, J., & Pagani, L. (2009). Adolescent behavioral, affective, and cognitive engagement in school: Relationship to dropout. *Journal of School Health*, *79*(9), 408–415.

Barber, B. K., & Olsen, J. A. (2004). Assessing the transitions to middle and high school. *Journal of Adolescent Research, 19*(1), 3–30.

Bidstrup, P. E., Frederiksen, K., Siersma, V., Mortensen, E. L., Ross, L., Vinther-Larsen, M., Gronbaek, M., & Johansen, C. (2008). Social-cognitive and school factors in lifetime smoking among adolescents. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, *17*(8), 1862–1871.

Bradshaw, J., & Keung, A. (2011). Trends in child subjective well-being in the UK. *Journal of Children's Services, 6*(1), 4–17.

Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J., & Wold, B. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *Journal of Educational Research*, *102*(4), 303–318.

Demaray, M. K., & Malecki, C. J. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools, 39*(3), 305–316.

Dias, S. F., Matos, M. G., & Goncalves, A. C. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: An analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour in School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health, 15*(3), 200–204.

Eccles, J. S., & Roesner, R. W. (2011). Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 21(1),* 225–241.

Fletcher, A., Bonell, C., & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, *42*(3), 209–220.

Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2006). Student–teacher relationships. In G. G. Bear & K. M. Minke (Eds.), *Children's needs III: development, prevention, and intervention* (pp. 59–71). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Harel-Fisch, Y.,Walsh, S. D., Fogel-Grinvald, H., Amitai, G., Pickett, W., Molcho, M., Due, P., de Matos, M. G., Craig, W., & The members of the HBSC Violence and Injury Prevention Focus Group. (2011). Negative school perceptions and involvement in school bullying: An universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence*, *34*(4), 639–652.

Kökönyei, Gy., Örkényi, Á., & Zakariás, I. (2009). *Iskola és közérzet*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Martin, J. J., McCaughtry, N., Flory, S., Murphy, A., & Wisdom, K. (2011). Using social cognitive theory to predict physical activity and fitness in underserved middle school children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *82*(2), 247–255.

McCarty, C. A., Rhew, I. C., Murowchick, E., & van der Stoep, A. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors*. *26*(2), 351–357.

Mills, M., & Keddie, A. (2010). Gender justice and education: Construction of boys within discourses of resentment, neo-liberalism and security. *Educational Review, 62*(4), 407–420.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behavior samong US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. The *Journal of the American Medical Association*, *285*(16), 2094–2100.

Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., Ruan, W. J., & The Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158(*8), 730–736.

Perra, O., Fletcher, A., Bonell, C., Higgins, K., & McCrystal, P. (2012). School-related predictors of smoking, drinking and drug use: Evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence, 35*(2), 315–324.

Ramelow, D., Klinger, D., Currie, D., Freeman, J., Damian, L., Negru, O., Samdal, O., Rasmussen, M., & Felder-Puig, R. (2012). School. In C. Currie, C. Zanotti, A. Morgan, D. Currie,M. de Looze,C. Roberts,O. Samdal,O. R. F. Smith, & V. Barnekow (Eds.), *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey* (pp. 45–63). Copenhagen: World Health Organization.

Ravens-Sieberer, U., Kökönyei, Gy., Thomas, C. (2004). School and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R., Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, Barnekow-Rasmussen, V. (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey* (pp. 184–195). Copenhagen: World Health Organization.

Rowe, F., Stewart, D., & Patterson, C. (2007). Promoting school connectedness through whole school approaches. *Health Education*, *107*(6), 524–542.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist, 55*(1), 68–78.

Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B., & Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools: A study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, *13*(3), 383–397.

Samdal, O., Wold, B., Klepf, K. I., & Kannas, L. (2000). Students' perceptions of school and their smoking and alcohol use: A cross-national study. *Addiction Research and Theory, 8*(2), 141–167.

Schnohr, C. W., Kreiner, S., Rasmussen, M., Due, P., & Diderichsen, F. (2009). School-related mediators in social inequalities in smoking: A comparative cross-sectional study of 20,399 adolescents. *International Journal for Equity in Health*, *8,* 17.

Shochet, I. M., Dadds, M. R., Ham, D., & Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: Results of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*(2), 170–179.

Simetin, I. P., Kuzman, M., Franelic, I. P., Pristas, I., Benjak, T., & Dezeljin, J. D. (2011). Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: Role of school, peers and family affluence. *European Journal of Public Health, 21*(1), 122–128.

Sulder, S. M., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, *78(2),* 179–203.

Suldo, S. M., Riley, K. N., & Shaffer, E. J. (2006). Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International, 27*(5)*,* 567–582.

Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *Journal of Adolescence, 24*(6), 701–713.

Torsheim, T., Wold, B., & Samdal, O. (2000). The teacher and classmate support scale: Factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13 and 15 year-old adolescents. *School Psychology International, 21*(2), 195–212.

Véronneau, M. H., & Dishion, T. J. (2011). Middle school friendships and academic achievement in early adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of Early Adolescence*, *31*(1), 99–124.

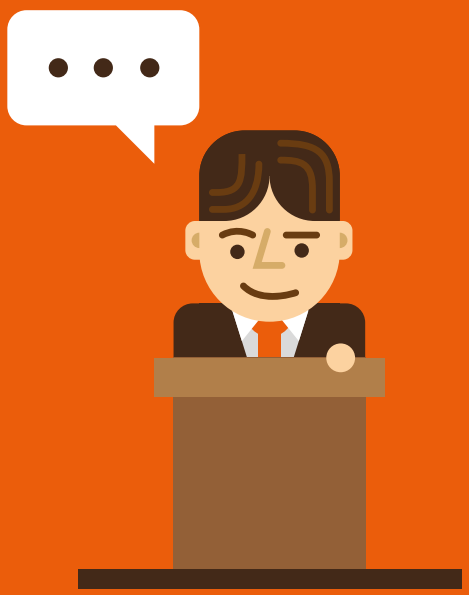
Vieno, A., Santinello, M., Galbiati, E., & Mirandola, M. (2004). School climate and well being in early adolescence: A comprehensive model. *European Journal of Social Psychology, 2*(1-2)*,* 219–237.

Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M., & Perkins, D. D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative model. *American Journal of Community Psychology*, *39*(1–2), 177–190.

Wit, D., Karioja, K., Rye B. J., & Shain, M. (2011). Perception of declining classmate and teacher support following the transition to high school: Potential correlates of increasing student mental health difficulties. *Psychology in the Schools, 48*(6)*,* 556–572.

Zsiros, E., & Örkényi, Á. (2011). Iskola, kortársbántalmazás. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 103–112). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

SZAKMAPOLITIKAI AJÁNLÁSOK



17. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS JAVASLATOK

Költő András, Zsiros Emese, Németh Ágnes

Kutatási jelentésünkben részletesen bemutattuk a hazánkban harminc éve folyó Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) kutatás nyolcadik, a 2013/2014. tanévben elvégzett adatgyűjtésének eredményeit.

A HBSC kutatás hosszú ideje folyó, országosan reprezentatív vizsgálat. A benne felhalmozott nagy mennyiségű tudás, a kutatócsoport hazai és nemzetközi tudományos műhelyekkel fenntartott kapcsolatai – és nem utolsósorban a más országokkal való összehasonlíthatóság – miatt egyedülálló. A kutatás az iskoláskorú (és iskolába járó) fiatalok egészség- és rizikómagatartásáról, életmódjáról, szociális és családi helyzetéről, kortárskapcsolatairól és iskolához való viszonyáról átfogó képet ad.

E fejezetben röviden összegezzük a négy évvel ezelőtti (illetve esetenként a nyolc évvel ezelőtti) adatfelvétel eredményeihez képest tapasztalható változásokat. Ezek értékelésében mindenképpen figyelembe kell venni azt a módszertani szempontot, hogy kisebb-nagyobb mértékben változtak a rizikómagatartásokra (cigaretta-, alkohol- és illegális és visszaélésszerű legálisszer-fogyasztás), a szexuális aktivitásra, a krónikus egészségügyi problémákra és a család jómódúságára vonatkozó kérdések. Validációs kutatások szerint a kérdés változtatása jelentős hatással lehet a prevalencia-értékre (Brener, Billy és Grady, 2003; Elekes, 2013).

Az alábbi területeken tapasztaltunk kedvezőtlen változásokat:[106]

Az egészségmagatartás területén belül

- Az általános iskolás lányok körében csökkent a rendszeres, intenzív testedzést végzők aránya.
- A naponta legalább két órát számítógépező tanulók aránya nőtt (hétköznap és hétvégén is).

A rizikómagatartás területén belül

- Mindkét nembeli 11. évfolyamos tanulók körében nőtt az alkoholt kipróbálók aránya (megváltozott kérdés). A heti kétszeri részegséget tekintve a hetedikes és tizenegyedikes lányok körében kisebb növekedés figyelhető meg.
- Nőtt a vizsgálatot megelőző 12 hónap során orvosi ellátást igénylő sérülések előfordulása.
- Kis mértékben növekedett a szexuálisan aktív tanulók aránya. A 2006-os adatfelvétel során mért 7%-hoz képest 2014-ben már kétszeres, 14% körüli volt azok aránya, akik az utolsó szexuális együttlét során nem alkalmaztak semmilyen védekező módszert.

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül

- Főleg a 7. és 9. évfolyamos lányok körében 10%-ot is megközelítő vagy meghaladó növekedést tapasztaltunk a gyakran kedvetlen, ideges, fáradt és ingerlékeny tanulók arányában. Kisebb mértékű, de hasonló változás a fiúknál is volt.
- A négy évvel ezelőtti adatokhoz képest a tanulók mintegy 10%-kal nagyobb arányban számoltak be krónikus egészségügyi problémáról (megváltozott kérdés).
- Jelentősnek mondható emelkedést tapasztaltunk a serdülők hangulatát mérő Gyermek Depresszió Skálán, azaz általában romlott a fiatalok hangulata a négy évvel ezelőtti méréshez képest. Az adatok kategóriák szerinti finomelemzése kimutatta, hogy a nem depresszív hangulatú lányok aránya kiugróan, a 2010-ben mért értékhez képest 10%-kal csökkent, míg a depresszív hangulatú lányok aránya ugyanennyivel nőtt. A fiúknál is tapasztaltunk hasonló irányú, bár kisebb méretű átrendeződést.

[106] Az itt leírt tendenciák ellenőrzésére nem végeztünk statisztikai próbát. A fiatalok egészségmagatartásában vagy életmódjában bekövetkezett változások mértékének és jelentőségének értékelésekor a szubjektivitás kiküszöbölhetetlen. A különbségek részletes elemzését, a trendek bemutatását külön kötetben tervezzük megjelentetni.

- A 17 éves lányok körében nőtt a túlsúlyosak aránya.
- A lányok körében kis mértékben csökkent a saját testükkel elégedettek aránya.
- A 7–11. évfolyamos lányok a mostani felmérés során jóval nagyobb arányban számoltak be fogyókúrázásról, mint a négy évvel ezelőtti vizsgálatban.

Az alábbi területeken nem figyeltünk meg változást a korábbi adatokhoz képest:

Az egészségmagatartás területén belül

- A reggelizés rendszerességében az elmúlt felméréshez képest nincs jelentős elmozdulás.
- A naponta gyümölcsöt fogyasztó tanulók aránya nem változott jelentősen.
- Állandónak bizonyult a rendszeres, intenzív testmozgást végző tanulók aránya.

A rizikómagatartás területén belül

- A kilencedikes lányok körében nem változott a kannabisz kipróbálásának aránya (megváltozott kérdés).

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül

- A tanulók nagyobb része egészségi állapotát a korábbi felmérésekhez hasonló arányban kedvezően értékeli.
- Nem találtunk jelentős elmozdulást az önértékelés mutatóiban.
- Az idegesség, alvászavar miatti gyógyszerszedés gyakoriságában nem mutatkozott változás.
- A túlsúlyosság és elhízottság arányai meglehetősen állandónak bizonyultak az elmúlt felmérések eredményeihez képest. A tanulók testtömeg-index (BMI) értékei – a 17 éves lányokra jellemző érték kivételével – jelentősen nem változtak.
- Szintén nem változott jelentősen a fogyni vágyók aránya.

A pszichoszociális kontextuális tényezők közül

- A családi jómódúság szubjektív megítélése hasonló volt a korábbi felmérésben talált eredményekhez
- Nem változott az iskolai légkör és a kortárskapcsolatok megítélése.
- Nem változott a kortársbántalmazásban érintett tanulók aránya.

Kedvező tendenciákat találtunk az alábbi területeken:

Az egészségmagatartás területén belül

- A zöldségfogyasztásnál folyamatos növekedést tapasztaltunk: a naponta fogyasztók aránya a 2006-os adatokhoz képest összességében mintegy 10%-kal növekedett.
- Kismértékben csökkent a cukortartalmú üdítőitalokat és édességeket naponta fogyasztók aránya.
- Az előző adatgyűjtésekhez képest a középiskolába lépve elsősorban a fiúknál jelentősen kedvezőbbé váltak a fogmosási arányok.
- Mérsékelt, de egyértelműen javuló tendencia látható a testmozgás gyakoriságában: a semmit vagy nagyon keveset mozgó tanulók aránya csökkent. Az iskolai tanórákon kívül végzett intenzív testedzés mennyiségét tekintve némi javulás tapasztalható a korábbi évekhez képest, és ez egyértelműen annak köszönhető, hogy a lányok átlagosan egyre többet mozognak.
- Némileg csökkent a sokat televíziózók (ide értve a video- és DVD-nézést is) aránya.

A rizikómagatartás területén belül

- A dohányzással kapcsolatos eredmények a 2010-es adatokhoz képest csökkenést mutatnak. Míg 2010-ben a diákok több mint fele próbálta már ki a cigarettát, addig 2014-ben már csak kb. harmaduk. A dohányzás havi prevalencia-értékében és a naponta dohányzó diákok arányában

is hasonló mértékű csökkenés figyelhető meg (megváltozott kérdések).

- Csökkent az alkoholt kipróbáló (megváltozott kérdés), illetve életükben valaha már részeg tanulók aránya.
- A 2010-es HBSC-eredményekhez képest határozott csökkenés figyelhető meg a drogfogyasztás prevalencia-értékeiben, a négy évvel korábbi adatokhoz viszonyítva az együttes (tiltott és visszaélésszerű legális) szerhasználat életprevalencia esetében. A 9. évfolyamos lányok kivételével csökkent a kannabiszt kipróbálók aránya is (megváltozott kérdések).
- Csökkent a verekedésben részt vevő tanulók aránya.
- A fiatalok közül kicsit többen alkalmazták a különböző védekezési módszerek kombinációját, ami a szexuális úton terjedő betegségek és a nem kívánt terhesség ellen a legnagyobb biztonságot jelenti (megváltozott kérdések).

A szubjektív jóllét, mentális egészség területén belül

- Az élettel való elégedettséget illetően az előző adatfelvételhez képest kis javulást tapasztaltunk.
- Javult a fiúk saját testével kapcsolatos elégedettsége.

A pszichoszociális kontextuális tényezők közül

- Az általunk alkalmazott kombinált mutató szerint nőtt a jó szocioökonómiai helyzetű, csökkent a kedvezőtlen státusú családok aránya.

JAVASLATAINK A FENT LEÍRT TENDENCIÁK TÜKRÉBEN

A HBSC kutatás hazai monitorozáson és nemzetközi összehasonlításon alapuló eredményeit és tanulságait fel lehet használni a szakmapolitikai döntéshozatalban, a fiatalokra vonatkozó egészségfejlesztési stratégiák kialakításában, az ehhez szükséges infrastruktúra felállításában és a költségek tervezésében. Az egészségügyi ágazaton belül az elmúlt négy év kiemelkedő fontosságú területei: a fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése, az egészségtudatos magatartás elősegítése, a területi egészség egyenlőtlenségek csökkentése, valamint az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés lehetőségeinek javítása. Az eredmények az egészségügy mellett, az oktatás és a szociális szféra szakemberei számára is tudományos bizonyítékul szolgálhatnak.

Noha mind a rizikó-, mind az egészségmagatartások terén megfigyeltünk biztató tendenciákat, a számos kedvezőtlen vagy stagnáló változás nem ad okot elégedettségre. Nem tudunk beszámolni olyan, szisztematikus és nagy hatókörű beavatkozásról, mint négy évvel ezelőtti jelentésünkben. Feltehetjük: a *Nemzeti Gyermek- és Ifjúságbiztonsági Akcióterv* (Páll, 2009) megvalósítása is szerepet játszik abban, hogy előző vizsgálatunkban a 2005/2006-os adatokhoz képest jelentős mértékben csökkent a gyermek- és fiatalkori véletlen balesetek előfordulása (Zsiros és Költő, 2011).

Általában elmondhatjuk, hogy minden serdülőkorban kialakuló, egészségre kockázatot jelentő viselkedés (illegális szerfogyasztás, dohányzás, ivás, védekezés nélküli szexuális együttlét) megelőzésére nagy hatásfokkal alkalmazhatók olyan csoportos tréningfoglalkozások, amelyek nem egy-egy kockázatviselkedés redukciójára irányulnak, hanem a fiatalok asszertivitását, meggyőzéssel szembeni ellenállását, szociális kompetenciáit növelik (ld. pl. Botvin és Griffin, 2004; Botvin és Wills, 1985). Ezeknek a programoknak optimális esetben nem a *prevenció*, hanem a tágabban értelmezett és pozitívabb megközelítésű *egészségfejlesztés* alkotja a gondolati alapját, amelyet – a korosztály igényeihez és képességeihez igazítva – érdemes már az óvodában elkezdeni. Az átfogó prevenciós szemlélet már a kisgyermekek nevelésében alkalmazható. Természetesen a korai felismerés, fejlesztés, támogatás és utánkövetés fontosságát is hangsúlyozni kell.

Fontos, hogy a frontális oktatás, esetbemutatás helyett inkább olyan eszközöket és készségeket adjunk a fiatalok kezébe, amelyek révén felelősséggel tudnak dönteni saját sorsukat, testi-lelki egészségüket érintő kérdésekben. Ezt a törekvést fejezi ki a „megerősítés” vagy „felelőssé tevés”

(*empowerment*), amely az egészségfejlesztés egyik kulcsfogalma (Cleary és Zimmerman, 2004). Megerősítésnek tekinthetjük minden olyan gyakorlati és pszichológiai készség fejlesztését, amely az adaptív működést, a megküzdést, a hatékony kommunikációt segíti.

A táplálkozási szokásokban tapasztalt változások jó irányba mutatnak, de az adatok (étkezések rendszeressége, táplálék-összetétel) még mindig nagyon kedvezőtlennek mondhatók. Az iskolai közétkeztetés megreformálása jó ideje szükséges volt, azonban a végrehajtás tekintetében itt is a részletekben rejlenek a buktatók. Az ízlés formálása hosszú időt vesz igénybe, ezért például érdemes lenne fokozatosságot alkalmazni az új ízek bevezetésében (pl. sócsökkentés, újfajta élelmiszerek bevezetése).

A táplálkozási szokásokat és az ízlést természetesen alapvetően a családból hozza a fiatal, így az iskolai-alapú programok, beavatkozások önmagukban nem lehetnek hatásosak egészségnevelés, életmód-alakítás tekintetében. Azonban sikerüket elősegítheti, ha a döntésben és a megvalósításban a tanulók szülei is részt vehetnek A táplálkozási szokásokra irányuló egészségfejlesztési stratégiáknak, programoknak – akár iskola-alapúak, akár nem – ez esetben is széles látókörűnek, holisztikus szemléletűnek kell lennie: az egészséges táplálkozás például nem választható el az egészséges mértékű fizikai aktivitástól (ld. energia-egyensúly), már csak azért sem, mert a testtömeg szabályozásának, illetve csökkentésének ez a legegészségesebb módja serdülőkorban. Ez utóbbi szempont fontosságát aláhúzza, hogy hazánkban sok fiatal érintett a túlsúlyosságban, a testkép-problémákban és a fogyókúrázásban. A terület pszichés, mentális egészségbeli vonatkozásait beavatkozás tervezésekor szintén nem hagyhatjuk figyelmen kívül.

Az előző négy év adataihoz képest a fiatalok televízió-nézésre fordított idő-aránya kissé csökkent, de még mindig magas, míg a számítógép előtt töltött idő jelentősen növekedett. Így vélhetőleg inkább nőtt – miközben át is strukturálódott – a képernyő előtt töltött idő. Eközben a testmozgás rendszeressége és a ráfordított idő mennyisége nem változott jelentősen. A képernyőhasználat, amellett, hogy fizikai inaktivitást jelent, hatást gyakorol a serdülők értékrendjére, testképére. Ajánlatos volna olyan pszichoszociális fejlesztőprogramok alkalmazása, amelyek e médiumok tudatos (és kritikus) „fogyasztására" nevelnek. Másrészt a passzív szabadidős tevékenységek ellensúlyozására fontos volna növelni az egyedül vagy közösen végezhető fizikai aktivitás népszerűségét.

A magyar fiatalok fizikai aktivitása nem kielégítő mértékű. E téren az iskolai testnevelés fizikai körülményeire, a szervezett sportfoglalkozások és a mindenki számára elérhető tömegsport lehetőségek megteremtésére fordított erőfeszítéseket növelni kell, és tovább fejleszteni a szabadidő életkornak megfelelő, tartalmas eltöltésének megszervezését. Támogatjuk, hogy az iskolákban legyen mindennapos testmozgás, azonban a megvalósításához a megfelelő infrastrukturális, tanrendi, pedagógusi hátteret is biztosítani kell, hogy a mozgás örömforrást is jelentsen a diákok számára. Enélkül nem lesznek motiváltak, hogy életmódjuk szerves részévé tegyék a rendszeres fizikai aktivitást.

Az elektromos eszközök a korábbi kutatásban megkérdezett fiatalok körében gyakori kapcsolattartási formáknak bizonyultak. Ez indokolta, hogy használatukat részletesebben feltérképezzük. A személyes találkozások változatlan gyakorisága arra enged következtetni, hogy a fiatalok virtuális kommunikációja nem a valódi érintkezés rovására történik, hanem jórészt éppen a személyes együttlét megszervezésére szolgál. Kifejezett törekvés az egészségügyi ágazat informatikai fejlesztéseinek hasznosítása, és ezeknek az informatikai, technikai újdonságoknak széles körben elérhetővé tétele. A fiatalok megszólításában azonban még mindig kevéssé kiaknázott ez a kommunikációs csatorna. Az 1960-as, 70-es években született „digitális bevándorló nemzedék" (X generáció) által megtervezett, az egészségmagatartás egy szeletére fókuszáló, egymástól elszigetelt, tudományos bizonyíték nélküli kezdeményezésekkel találkozhatunk. Különösen nagy probléma, hogy ezek kialakításába az érintett korosztályt gyakran nem vonják be.

Az adatokból az az általános jelenség rajzolódik ki, hogy a rizikómagatartások gyakorisága ugrásszerűen növekedik a 7. és a 9. évfolyam között. A felső tagozatos tanulók jelentős része már kipróbálta a dohányzást és az alkoholfogyasztást, de a drogokat már kipróbált középiskolások között is sokan arról számolnak be, hogy első droggal kapcsolatos tapasztalatukat 13-14 évesen vagy

még fiatalabban szerezték. Más mutatókban, például a szubjektív jóllét indexeiben is megfigyeltünk hasonló, negatív irányú mintázatot. Az iskolaváltás időszakát jellemző kedvezőtlen egészségmagatartás és életmódbeli változások további vizsgálatokat igényelnek. A serdülőkor bio-pszicho-szociális szempontból sérülékeny időszak (Költő és Zsiros, 2013). Éppen ebben az életszakaszban történnek a fiatalokkal olyan, az iskolaváltásból adódó változások (fokozott tanulmányi terhelés, több tanár, tantárgy alapú számonkérés), amelyek az általános iskola világához képest személytelenebbek, elidegenedést sugallnak, kevésbé igazodnak a diákok életkori igényeikhez és testi-lelki fejlődésükhöz.

Kutatásunk adatai az elmúlt négy évben történt csökkenés ellenére is azt mutatják, hogy továbbra is magas a dohányzók aránya. Ez felhívja a figyelmet a célzott, a korosztály sajátosságait figyelembe vevő beavatkozások fontosságára. Nemzetközi kutatások és a hazai intézkedések is igazolták, hogy a dohányzás iskolában való tiltása, a dohánytermékek beszerezhetőségének korlátozása hatékony eszközök a dohányzás visszaszorításában (Hublet, Schmid, Clays és mtsai, 2009). A dohányáruk csomagolására, felcímkézésére vonatkozó szabályozás, a reklámozás tiltása stb. is befolyásolhatja a fiatalok dohányzási szokásait (Kimmel és Vitrai, 2015). Ahogy korábban utaltunk rá, a családon vagy iskolán keresztül történő beavatkozások hatékonyságára még nem áll rendelkezésre elegendő tudományos bizonyíték, de feltehetően e prevenciós programok is hozzájárulhatnak a diákok dohányzásának csökkentéséhez. A kortárssegítő programok, a megküzdési képességek fejlesztésére, valamint a motiváció befolyásolására irányuló programok szintén hatékonynak bizonyultak (Thomas, Baker és Lorenzetti 2007).

A serdülőkori szélsőséges alkoholfogyasztás – más negatív hatások mellett – növeli a későbbi problémás ivás és drogfogyasztás valószínűségét, és számos más negatív hatása is lehet. Ezért a jelen vizsgálatban talált igen magas szélsőséges italozási gyakoriság aggodalomra adhat okot. Azt azonban nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a részegség sokkal gyakoribb késő serdülőkorban és fiatal felnőttkorban, mint az életút későbbi szakaszaiban. Hasonlóan a dohányzással kapcsolatos kormányzati intézkedésekhez, az alkoholpolitikai beavatkozások (pl. beszerezhetőség, reklám korlátozása) is hatékonyan csökkentik a fiatalok alkoholfogyasztását.

Bár a drogfogyasztás mutatóiban egyértelmű csökkenést láttunk, az adatok jelzik, hogy a drogok jelen vannak a magyar fiatalok világában. A fent leírt elméleti szempontok alapján olyan egészségfejlesztési intervenciókat javaslunk, amelyek növelik a diákok drogokkal kapcsolatos ismereteit, erősítik döntéshozatali képességüket, fejlesztik önbecsülésüket és a kortársnyomásnak való ellenállás képességét növelik. A komplex megközelítésű, például a családra, az iskolára és az egyéni jellemzőkre egyaránt fókuszáló programoknak is igen nagy szerepe lehet a droghasználat visszaszorításában). Noha a drogpolitika hatással lehet a fiatalok szerfogyasztására, egy Hollandiában, az Egyesült Államokban és Kanadában készült végzett vizsgálat eredménye szerint a kannabisz tiltása nem volt hatékony (Simons-Morton, Pickett, Boyce és mtsai, 2010).

A védekezés nélkül szexuális életet élő tanulók aránya jelentősen nőtt a 2010-es kutatáshoz képest. Fontos, hogy a korcsoport igényeihez, tudásához és fejlettségi szinthez igazított szexuális egészségnevelést már az általános iskola alsó tagozatának végén elkezdjük. Ahogy jelentésünk szexuális magatartással, romantikus tapasztalatokkal kapcsolatos fejezetében utaltunk rá, a gyakori vélekedéssel ellentétben a szexuális felvilágosító programok nem „siettetik” a fiatalok nemi életének kezdetét (Kirby és Coyle, 1997). A jelenleginél intenzívebben, nem kriminalizáló megközelítéssel kellene foglalkozni az iskolai tanmenetben a védekezés, a felelősségteljes szexuális élet kérdéseivel.

Kutatási jelentésünk új témája volt a fiatalok alvási szokásainak vizsgálata. Kimutattuk, hogy a reggel 8 órai iskolakezdés és a tanulók leggyakoribb lefekvési időpontja olyan átlagos alvásidőt tesz lehetővé, amely nem éri el az optimális kilenc órás hosszúságot. Függetlenül a fiatalok kronotípus szerinti különbségeitől, az iskolakezdés akár fél órával való eltolása is kedvező hatással van a tanulók jóllétére, egészségi állapotára és tanulmányi eredményére (Owens, Belon és Moss, 2010; Wahlstrom, 2002). Ennek alapján javasoljuk, hogy az általános és középiskolában 8:00 óra helyett 8:30-kor vagy 9:00-kor kezdődjék a tanítás.

A serdülők lelki egészségében, szubjektív jóllétre vonatkozó mutatóiban főleg stagnáló és romló tendenciákat találtunk. Nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy más kutatások szerint a fiatalokra nehezedő iskolai terhek az utóbbi években jelentősen növekedtek (Székely, 2015). Kutatási jelentésünk iskolával foglalkozó fejezetében bemutattuk, hogy a fiatalok nem érzik a tanulmányi terhelést magasabbnak, mint négy évvel ezelőtti, velük egykorú társaik. Lehetséges, hogy a tanulmányi terheléssel kapcsolatos stressz inkább a fiatalok kedvezőtlenebb testi-lelki tünetmutatóiban és rosszabb hangulatában csapódik le (Ottova, Erhart, Vollebergh és mtsai, 2011). A fiatalok depresszív hangulatának erősödése összhangban van más hazai kutatásokban, a felnőtt lakosság körében előforduló klinikai depresszió gyakoriságában tapasztalt növekedéssel (Kopp és Skrabski, 2009).

Az Egészségügyi Világszervezet 2013–2020 közötti időszakra kidolgozott *Európai Lelki Egészség Cselekvési Terve* (World Health Organization [WHO], 2015) megfogalmazza, hogy a mentális egészségvédelemhez szükséges a lelki egészséget ellátó szolgáltatások elérhetősége, ezek helyi szinten történő biztosítása, illetve, hogy működésük integrált és összehangolt legyen. Hazánkban ennek a törekvésnek a „végvárai" a nevelési, oktatási intézményekben jelenleg kiépülő és a pedagógiai szakszolgálatnál biztosított pszichológiai-pedagógiai ellátások. Az intézménypszichológus a gyermekek és szüleik támogatása mellett, az ott dolgozó szakemberek (pedagógusok) lelki egészségvédelemmel összefüggő szemléletének és tudásának fejlesztésében is részt vesz. Az iskolákban a lelki egészség megőrzésében alapvető szerepet játszik a pedagógusok személyisége, lelki és fizikai állapota. Ezért a neveléssel foglalkozó szakemberek egészségvédelme kiemelt fontosságú. Optimális esetben az iskolai egészségfejlesztő programok nem csak a tanulók, de a pedagógusok, iskolai dolgozók testi-lelki egészségének „karbantartására" is kiterjednek. A mentális betegségek közösségi alapú ellátása a családi kötelékekre, kapcsolatokra is épít. A családok megküzdési kapacitásának és készségeinek felmérése és rendszeres értékelése segítséget nyújthat abban, hogy a számukra szükséges támogatást az oktatáshoz és jövőbeli erőforrások eléréséhez megkapják.

A digitális eszközök használata és az elektronikus kommunikáció kapcsán utaltunk rá, hogy az X generáció és a későbbi nemzedékek – így a jelen kutatásunk célcsoportját alkotó, 1995 után született Z és alfa generáció – között „információs szakadék" van. Ez is megerősíti azt a formálódó szemléletmódot, amely azt hangsúlyozza, hogy a fiatalokat minél jobban be kell vonni a az egészségüket érintő döntéshozatali folyamatba (*youth engagement*). A HBSC nemzetközi kutatási hálózatában is tetten érhető egyfajta aktív párbeszéd, amely során maguk a fiatalok fejthetik ki véleményüket, fogalmazhatják meg igényeiket. Az „érintettek" bevonhatók a kérdőív témaköreinek, formájának kialakításába, a kérdések megfogalmazásába, az eredmények kommunikálásába. A közös gondolkodás és nyelv kialakításával a fiatalok segítséget nyújtanak a vizsgálat érvényességének növelésében, életszerűbbé tételében. Ez a demokratikus felfogású, az „empowerment" szemléletnek megfelelő folyamat garantálja, hogy hosszú távon a szakemberek képesek megszólítani, elérni a fiatalokat.

Az iskolai egészségnevelő, egészségfejlesztő programok, reformok kidolgozásához három szempontot ajánlunk a szakemberek figyelmébe. Az egyik, hogy más környezetben sikeresen megvalósított programokat csak akkor lehet sikerrel alkalmazni, ha azokat mindig az adott színtér és a célcsoport jellemzőihez (pl. a fizikai környezet sajátosságai, a tanulók életkora, érdeklődése, felkészültsége, szociokulturális háttere stb.) igazítjuk, lehetőleg a fiatalok széles körű bevonásával. A másik, hogy a tervezett beavatkozás által okozott változást csak úgy lehet felmérni, ha mind a program bevezetése előtt, mind annak befejezése után standard módszerekkel vizsgáljuk a résztvevőket. Az egészségfejlesztő programok megtervezéséhez és a monitorozás kidolgozásához jó támpontokat nyújt a „beavatkozás-feltérképezés" (*intervention mapping*) módszere (Bartholomew, Parcel, Kok és mtsai, 2011). A harmadik, hogy a célcsoport mellett a fejlesztő célú intervenciókat az összes érintett vagy érdekelt bevonásával, közösségi szemlélettel végezzük (fiatalkorúak esetében nem csak őket, hanem szüleiket is beleértve).

FELHASZNÁLT IRODALOM

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: An Intervention Mapping approach* (3rd ed.) San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention, 25*(2), 211–232.

Botvin, G. J., & Wills, T. A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. In C. S. Bell & R. Battjes (Eds.), *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents*, NIDA Research Monograph Series, 63 (pp. 8–49). Washington, DC: U, S. Government Printing Office.

Brener, N. D., Billy, J. O. G., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behaviour among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health, 33*(6), 436–457.

Cleary, T. J., & Zimmerman, B. J. (2004). Self-regulation empowerment program: A school-based program to enhance self-regulated and self-motivated cycles of student learning. *Psychology in the Schools, 41*(5), 537–550.

Elekes, Zs. (2013). A kérdésmegfogalmazás hatása az eredményekre. MAT IX. Országos Kongresszusa. *Addictologia Hungarica, XII*. (Suppl.), 11.

Hublet, A., Schmid, H., Clays, E., Godeau, E., Gabhainn, S. N., Joossens, L., Maes, L., & the HBSC Research Network (2009). Association between tobacco control policies and smoking behaviour among adolescents in 29 European countries. *Addiction*, *104*(11), 1918–1926.

Kimmel, Zs., & Vitrai, J. (2015). Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány*, *59*(3), 71–78.

Kirby, D., & Coyle, K. (1997). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Children and Youth Services Review, 19*(5-6), 415–436.

Kopp, M., & Skrabski, Á. (2009). Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok, 86,* 32–52.

Költő, A., & Zsiros, E. (2013). Serdülők lelki egészsége. *Educatio, 22*(2), 187–200.

Ottova, V., Erhart, M., Vollebergh, W., Kökönyei, G., Morgan, A., Gobina, I., Jericek, H., Cavallo, F., Vallimaa, R., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Schnor, C. W., & the HBSC Positive Health Focus Group (2011). The role of individual-and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *Journal of Early Adolescence, 32*(1), 126–158.

Owens, J. A., Belon, K., & Moss, P. (2010). Impact of delaying school start time on adolescent sleep, mood, and behavior. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164*(7), 608–614.

Páll, G. (2009) (szerk). *Nemzeti Gyermek- és Ifjúságbiztonsági Akcióterv.* Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

Simons-Morton, B. G., Pickett, W., Boyce, W., ter Bogt, T. F. M., & Vollebergh, W. (2010). Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *The International Journal on Drug Policy*, *21*(1), 64–69.

Székely, L. (2015). Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-7619/2013. számú ügyben. Letölthető: http://www.ajbh.hu/documents/10180/1957691/Jelent%C3%A9s+a+fogyat%C3%A9kkal+%C3%A9l%C5%91%20gyermekek+jogair%C3%B3l+7619_2013/58c40f78-c952-4b90-9a4a-bbb8e63a9737

Thomas, R. E., Baker, P. R. A., Lorenzetti, D. (2007). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*(1), CD004493.

Wood, A. W., Loughran, S. P., & Stough, C. (2006). Does evening exposure to mobile phone radiation affect subsequent melatonin production? *International Journal of Radiation Biology, 82*(2), 69–76.

World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Copenhagen: World Health Organization.

Zsiros, E., & Költő, A. (2011). Összefoglalás és javaslatok. In Németh Á. és Költő A. (Szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (pp. 125–129). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

ANGOL NYELVŰ ÖSSZEFOGLALÓK

SUMMARIES

1. METHODOLOGY

Each survey within the HBSC study has to be conducted according to the internationally developed and approved research protocol. To fulfil international requirements (namely selecting age groups of pupils with 11.5, 13.5 and 15.5 mean age), and further to include the 17.5-year-old age group, 5th, 7th, 9th and 11th graders were considered as target population in this study.

Current analyses were done on the Hungarian nationally representative sample, which was drawn by the use of stratified cluster sampling technique. Strata were created by geographical regions, by settlement size, by secondary school type (e.g. grammar-school, vocational school) and by school maintainer (e.g. municipality, church). Data collection was carried out in randomly selected school-classes.

The survey was performed with ethical approval of the Hungarian Medical Scientific Council.

Data collection was carried out in the classrooms, by the use of anonymous self-reported questionnaires and under the control of trained personnel. Data collection was conducted in 330 classes of 279 schools in April-May 2014.

The cleaned sample contains 6153 questionnaires, filled in appropriately. Mean ages with standard deviations by grade were 11.74 (S.D[107]: 0.56) for grade 5; 13.73 (S.D: 0.56) for grade 7; 15.94 (S.D: 0.80) for grade 9; and 17.96 (S.D: 1.22) for grade 11.

Weighting was used to increase the validity of estimations. To correct for the bias caused by the differences between the population and sample distribution of certain socio-demographic characteristics, post-stratification weights have been created. Grade, geographical region, settlement size, school maintainer, and school type were used as post-stratification variables. Unlike in the previous years, sex was not used since grade in sex breakdown was not available in the database used for weighting.

Three questionnaires were developed for the survey: one for 5th graders, a longer one with more questions for the 7th graders and the longest one for the secondary school students (legal and illegal drug use as well as sexual behaviour items were only included for this age group). Besides the internationally mandatory item package, several international optional and country specific questions were included.

Data analyses were performed by the use of IBM SPSS 22.0 software. Descriptive results are presented mainly in gender and grade breakdown. Gender and grade differences were tested by using bivariate analyses (Chi-square tests, independent sample *t* tests and ANOVAs). Reliability of scales was tested by calculating Cronbach-alphas.

2. EATING HABITS AND ORAL HEALTH

Almost one-third (29.4%) of the young people never eat breakfast on schooldays, while about half of them (48.3%) have breakfast on every schoolday. Significantly higher proportions of boys eat breakfast on every schoolday than those of girls, except in grade 5. Generally these rates are lower in higher grades in both sexes. More than three quarters (76,6%) of students have breakfast both days of the week.

Less than one-third of students eat fruits (32.6%), vegetables (30.4%), and sweets (30.3%) every day, while more than a quarter (26.3%) of them drink soft drinks containing sugar daily. In general, girls and younger students eat more fruits and vegetables. Higher rates of boys drink soft drinks daily than those of girls in grades 5 and 11, and lower rates of boys eat sweets daily than those of girls, except in the youngest grade. Only less than ten percent (8.9%) of students consumes energy drinks on a daily base, while more than one-sixth (17.6%) of them never do that. The youngest age

[107] S.D.: Standard Deviation

group drinks energy drinks daily in significantly lower rate than olders. Except in grade 9, higher rate of boys consume energy drinks every day than girls.

About one-seventh (14.3%) of the students eat breakfast every day at least with one of their parents, while this rate is one-third (33.4%) regarding supper. Eating breakfast together with parent(s) in five days per week is true for more than one-fifth (21.5%) of the young people, and this rate is almost half (46.9%) of them concerning supper. Sex and grade patterns are the same for both meals: more boys than girls eat together with their parent(s) at least once in five days in a week, except grade 5, and rates significantly decrease from grade 5 to 11 in both sexes.

Girls' oral hygiene is better than that of boys and it improves significantly from grade 7 to grade 9, in both sexes. In general, 93.2% of Hungarian students brush their teeth every day, while 62.2% brush their teeth at least twice a day.

3. PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR

Results show that only less than one-fifth of the pupils do exercise in at least moderate intensity for at least 60 minutes in a day, which level meets the recommendation for adolescents. Nearly one-third of them (30.1%) exercise 3-4 days a week and more than one-fourth of the students (28.3%) do physical activity twice a week at the most. Two-third of the respondents (67.9%) carry out intensive physical activity outside the school at least twice a week and half of them (49.0%) do that at least two hours per week. Rates decrease sharply approaching grade 11.

Sedentary behaviour was measured with three types of activity, all of them are screen-based. TV, VCR and DVD watching is the first one. More than half of the students (54.6 %) watch TV at least two hours a day on schooldays. However, this ratio is much higher in the weekend (80.4%). The group of heavy users (who uses these facilities 4 hours or more on a daily basis) totals up to 17.3% of the whole sample on schooldays, and 44.2% at weekends. Differences between genders are significant statistically, but percentages do not differ very much: boys watch TV slightly more than girls. The youngest age group watches significantly less TV than the olders.

The differences related to computer usage between genders are much more robust. Nearly half of the male respondents (49.7%) spend 2 hours on playing on the computer every day. In contrast, only less than one-third (29.0%) of the girls do this. Rates of computer gamers (who play at least 2 hours per day) are much higher at weekends: 72.7% among boys and 45,8% among girls. Other computer usage (e.g. Internet use, chat, e-mailing) is more typical for girls than for boys: 45.3% of the boys and 54.6% of the girls use computers for something else than playing at least two hours on schooldays. Rates regarding weekends are higher: 59.1% and 67.5%, respectively. While use of computer games are the less popular among the oldest age group, prevalence of other computer use increases from grade to grade 5 up to 11.

4. TOBACCO SMOKING

Results have shown that 36.2% of the students have already tried smoking at least once in their life. The last month prevalence is 21.9%. Smoking rates are significantly higher from grade to grade. In all grades, there was no significant difference between boys and girls.

In general, youth smoking rates show that about 15.8% of the students smoke at least once a week. However, 11.9% of them smoke on daily basis. By contrast, the percentage of daily users among current smokers is very high, say, 58.1%.

More than half of the students in grade 9 who have already tried the cigarette had their first cigarette in the age of 14–15. In grade 11 most frequent ages of initiation are implicitly higher: about one-third of the students took to the cigarette by the age of 16 or more. Statistics suggest that boys

start smoking earlier than girls in grade 11. By contrast, in grade 9 significant differences were not found between boys and girls.

Two-third of students believe that at least one of their friends smoke. 23.0% of students perceive that many or all of their friends smoke.

Studies show significant differences in smoking behaviour between different school-types. Indicators of students attending vocational schools are more unfavourable than those of students in grammar schools and technical colleges.

Youth smoking rate is the highest in Budapest (38.8%) and the lowest in villages (35.5%) however, the rates are slightly different.

5. ALCOHOL CONSUMPTION

Two-third of the students have already consumed alcohol at least once in their life and almost half of them also did so in the last month. Alcohol use lifetime prevalence rates are significantly higher from grade to grade. In all grades except for grade 9 we found significant difference between boys and girls. Boys are more likely to drink alcohol than girls.

The most popular type of alcoholic drinks is wine followed by beer and spirits. Among boys beer and spirits are more popular than among girls. Girls prefer wine.

17.1% of the students reported drinking monthly and 16.1% weekly. In grade 9 and 11, the ratio of girls who drink any kind of alcohol at least once a week is much lower than those of boys. In grade 5 and 7 no significant differences were found between boys and girls.

41.9% of the respondents said that they have already been drunk in their life. 30.7% reported being drunk at least twice in their life and 14.3% of young people reported binge drinking (5 or more drink in one occasion). Binge drinking and drunkenness prevalence rates are significantly higher from grade to grade. In grade 9 and 11, rates of binge drinking and drunkenness are higher among boys than girls.

Almost three quarters of students believe that at least one of their friends drinks alcohol. One-third of students perceive that many or all of their friends drink alcohol, 11.0% think that many or all of their friends are drunk at least once in a week.

Most respondents (irrespectively of age) first tasted an alcoholic drink around the age of 14 years. The boys consume earlier alcohol than girls – statistics suggest. The most common age of first drunkenness is the age of 14 among 9th grade students, and 16 years among 11th grade students.

Proportions of vocational school students regarding alcohol use, drunkenness and binge drinking indicators are much higher compared to those students attending grammar schools and technical colleges.

Alcohol use rate is the highest in cities and the lowest in villages, however, the rates differ only slightly.

6. ILLEGAL DRUG AND OTHER DRUG CONSUMPTION

Almost every fourth (23.0%) from the 9th and 11th grade students have already tried illegal drugs or abused medicines or inhalants in their life. 20.1% of the students have already tried illicit drugs and 9.1% tried medicines without prescription or inhalants in their life. Drug use rates are significantly higher from grade to grade. In drug use significant difference cannot be found between boys and girls.

The most popular drug is cannabis (18.7%) followed by alcohol and medicine (7.5%), legal highs (4.5%), magic mushroom and herbal drugs (4.5%).

11.2% of respondents have used drugs one or two days in their life, that is, most of the students are experimenting with drugs. 5% used drugs 30 days or more in their life. 51.4% of those who have

already tried drugs used the substances more than 3 days, which means that high proportion not just experimented with drugs but continued using them.

The most frequent ages of first drug use among 9th grade students are 14 and 15 years, while these ages among 11th grade students are 16 or more.

42.8% of students believe that at least one of their friends uses cannabis. 6.1% of them perceive that many or all of their friends are cannabis users.

There is no significant difference between drug use and the settlement type. In contrast, lifetime prevalence of drug use is higher among vocational school students compared to those students attending grammar schools and technical colleges.

7. MEDICALLY ATTENDED INJURIES

Unintentional injury is an important health priority in almost all countries. Despite the fact that the injury mortality rate has been decreasing in Hungary in the whole population it has still remained one of the leading causes of death in childhood and adolescence. However in HBSC study the prevalence of medically attended injuries were reported and according to our findings 40.6% of 5–11 grade students reported at least one injury within 12 months prior to the data collection. This data indicates an increase since the latest 2010 study where the prevalence was only 32.2%. Gender differences were found as expected: boys across all age groups are more likely to experience injury. This might be due to boys' increased involvement in risk behaviours or sports and physical activity. Most reported injuries happen at home or other places not specified in the survey (but not in the school, in sports facilities or in the street). There are particular gender differences in the injury scenery: girls more likely to get injured at home whilst boys in sports facilities or in the street. Considering the activity when getting injured we found the most of the youngsters (40%) reported being injured during sports or exercise and 29% suffered injury during an activity not specified in the survey questionnaire. Younger students have higher risk for getting injured during cycling or walking whilst older students report more injury doing sports or physical activity.

The above findings indicate that despite decreasing injury mortality rates public health focus must remain on medically attended injuries and injury prevention. Sports related and home injuries have evidence based practice to be prevented and frequency, severity potential for death and disability, and the costs of injuries make injury prevention a key public health goal for improving young people's health.

8. BULLYING

Regarding school related violence we have researched three different forms of violence: bullying, cyberbullying and fighting. We have found that all these three types of aggression are present in schools although they are less prevalent in higher grades. About bullying it was found that the majority – approximately two-third – of the respondents were not directly exposed to bullying, while types of bullying are distributed as it follows 12.2% are perpetrators, 14.2% of them are victims and around 10% they are both participating in and suffering from bullying. According to our results 3% of the subjects were bullied more times a week. More boys than girls are bullies and bully-victims and this gender difference is significant in every grade.

Regarding cyber bullying approximately one-fifth of the students have already received mean messages, and embarrassing images were shared about 10% of them. In case of cyber bullying gender differences (girls' higher prevalence in victimization) were only significant in 7th and 11th grades. In general, we can conclude that prevalence of cyber bullying is lower than the prevalence

of traditional bullying. We asked student about seeking help in cases of bullying: most of them turns either to their family or classmates.

When considering fighting we found that one-third of the students have already participated in fighting. This is quite a high prevalence but still lower than in 2010 when the prevalence of fighting was nearly 40%. In 2014 16% of boys and 7% of girls were involved in fighting at least three times within 12 months prior to the data collection. This gender difference exists across age groups, but surprisingly one-fifth of the girls have already been involved in fighting. Similarly to bullying, fighting behaviour decreases with age.

9. PEER RELATIONS

More than three quarters of the respondents reported to have at least 3 same-sex friends, and nearly half of them have 3 or more opposite-sex friends. Only 0.8% of the responding students reported that they have no friends at all.

For the vast majority of the children it is easy to speak about his or her problems with his or her best friend and same-sex friends, and app. for the two-third of them it is also easy to speak about the problems with his or her opposite-sex friends. Compared to our 2010 data, both the proportion of close friends and easiness of sharing problems don't exhibit remarkable changes.

Scale of Perceived Social Support from Peers (range: 4-28) mean score is 23.92 (SD = 5.31). Girls scored significantly higher than boys; this gender difference was observed in every grade.

Talking on the phone and using instant messages are the most preferred and most used forms of electronic communication. More than half (59.5%) of the students contact with their friends using instant messages on a daily basis and 51.9% talk to them on the phone every day. Approximately one-third of the pupils never or rarely use texting and two-third of them have never wrote an e-mail. Almost two-third (63.6%) of youths use other social media, such as Facebook, My Space, Twitter, Apps, games, YouTube weekly or daily. The proportion of those who are at least weekly users is significantly higher among girls except of e-mail sending and use of social media.

Nearly one-third of the children meet their friends after school every schooldays; 10.3% of them reported that they don't meet them on schooldays. Among those who meet their friends every afternoon on schooldays there are significantly more boys. This gender pattern was consistent across all grades.

In general, two-third of the pupils spend at least one evening with their friends. Girls go out significantly less often than boys. Frequency of meetings in the evenings becomes higher in older groups.

10. SEXUAL BEHAVIOUR, ROMANTIC EXPERIENCES

Results indicated that 43.6% of the students attending 9th or 11th grade have already had sexual intercourse (with similar gender proportions). In the 9th grade, significantly more boys than girls reported about being sexually active; in 11th grade, the sex difference is not significant. More than a quarter (28.5%) of the students from the 9th grade, and more than half (59.1%) of the 11th grade students have already tried sex.

Proportion of boys initiated into sex in the age of 14 or earlier is 36.6%; while 22.9% of the girls got their first sexual experiences in the same age. The gender difference is significant. Almost half (45.0%) of the sexually active 9th grade students experienced the first intercourse in the age of 14 or before, while just one-fifth of the grade 11 respondents started sex in the same age. Those students who do not obtain a General Certificate of Education start sex earlier than those who attend a GCE school.

Around 14% of the sexually active students did not use any protection during the last sexual intercourse. Condom on its own was used by 46.5% of the students; 17.7% of them combined it with another protection method. Only another method (in most of the cases, contraceptive pills) was used by 16.8% of the respondents. Among boys, the most popular method of protection is using a condom; the girls prefer other ways of protection (e.g. contraceptive pills). Those students, who do not obtain a GCE, were twice more likely to not using any kind of protection during the last sexual intercourse compared to their peers who attended a GCE school.

According to the vast majority (85%) of the students, they have at least one friend who is sexually active, which indicates that the young people overrate their peers' sexual activity.

Analyzing the romantic orientation and experiences of the students, we have found that most of them (around 80-85%) had already felt love towards an opposite-sex partner, and three quarters of young people have also been dating ("going out") someone from the opposite gender. Ten percent of the boys and 12.2% of the girls have not been in love for now. Ratios of those who felt love (or had been dating) same-sex partner or partners of both genders were around 0.6-1.8%.

While in 2006, 39.5% of the students reported about being sexually active, in 2010 this proportion was 40.6%, and in the present data collection, 43.6% of the students indicated this response. These data suggest an increasing trend in sexual activity, which is in accordance with observations in other Middle-Eastern European countries. Analyzing the data in grade and gender breakdown did not reveal any changes in the pattern of the responses. In interpreting the findings, however, it has to be taken in account that the wording and the skipping scheme of the sexual health items was simplified between the 2009/10 and the 2013/14 study sweep.

11. SUBJECTIVE WELL-BEING

Around 80% of the students indicated that their health is "excellent" or "good". There are significantly more boys who reported their health being "excellent", while more girls gave the "good", "fair" or "poor" responses.

Average score on the *extended HBSC Symptom Checklist* (range: 9–45) was 20.92 points (SD = 7.67). Significant gender difference was found in all grades: girls had higher scores than boys, and they reported about having more health complaints. The gender difference increased with age. Frequent (more times a week) psychological symptoms – irritable bad temper, feeling low, nervous – were more pronounced among girls and older students. Nevertheless, almost one third of the 5th grade students and half of the high school students feel exhausted more times a week. Girls also reported to have more pain symptoms; frequent headache was observed among 20-33% of them (while in boys, the prevalence of frequent headache did not exceed 14% in any grades). A similar pattern was found in stomach-ache: it is a frequent symptom in around 10% of the boys, and 20% of the girls. Sleep problems occurred in 23.4% of the girls, and in 14.6% of the boys. Around a quarter of the girls attending high school also reported about frequent back-ache. Among somatic complaints, dizziness is the rarest (6-15%).

Almost a quarter of the students (24.1%) indicated that they have a chronic health problem that requires regular medical attention. No unequivocal age or gender pattern was found in the prevalence of chronic health problems, but among high school students, significantly more girls (around 28%) reported about such a problem than boys (around 21%). Among those students who have such a medical problem, 49.2% reported that they regularly had to take medicines for this health issue; no gender or age differences were found in frequency of medication. Around 16% of them also reported that this problem hindered them in their everyday functioning; similarly to medication, no significant gender or age pattern emerged.

A large proportion of the respondents reported to take medicines in the month prior to the data collection to treat physical or psychological symptoms. During the last month, 48.6% of the students

took a pill at least once against headache; 31.3% of them against stomach-ache. The prevalence of medicine use against sleeping problems was 6.4%, while 7.6% of the respondents took a pill at least once to treat nervousness. In general, students in the 9th grade tended to use medicines most frequently, and girls took significantly more medication than boys.

Average score on the shortened version of *Child Depression Scale* (CDI, range: 0–16) is 3.19 points (SD = 5.25). Girls scored significantly higher than boys, but the gender difference was significant just in the 7th grade. In the CDI, 4 or more points may indicate depressive mood; around a quarter of the boys and one third of the girls reached this cut-off score. No differences were found in the CDI scores across grades, but girls in all grades are more likely to fall into the "disturbed mood" (2-3 points) or "depressive mood" (4 or more points) group. We have found 157 students (3.3%) who reported having actual suicidal thoughts.

Average score on *Rosenberg Self-esteem Scale* (range: 10–40) is 28.65 points (SD = 5.68). Boys scored significantly higher than girls. Similarly to our previous results, this pattern was consistent across all grades. Across grades, self-esteem scores did not differ significantly.

In the overall sample, the average score of *general life satisfaction*, measured by Cantril ladder (range: 0–10), is 7.30 points (SD = 1.88). There is no significant change in levels of life satisfaction between 5th and 11th grades. No gender difference was detected in the 5th grade students; in higher grades, boys were more likely to report higher life satisfaction.

In sum, distribution and average scores of many subjective well-being measures (self-rated health, self-esteem and life satisfaction) did not show remarkable changes compared to the data we collected in the 2009/10 HBSC survey. Compared to 2010 data, an alarming increase was found in the proportion of students who reported about frequently feeling nervous, exhausted and irritated. The increase approached or even exceeded 10% among 7th and 9th grade girls. A similar change was observed in the subsample of the boys. A remarkable change was detected in depressive mood, too. Compared to the previous data collection, a 1-point increase emerged in the Child Depression Inventory score, which means that in general, the students are in a worse mood and more vulnerable to clinical depression than in 2010. A positive change emerged in the measure of life satisfaction: compared to the 2009/10 data collection, there is 3-7% more students who reported about being satisfied with their lives.

12. SLEEPING HABITS

In the present study, students indicated the time (in half hour intervals) when they usually go to sleep and wake up, separately for school days and for weekends/holidays.

The most frequent time for going to sleep is around 10:00 PM; on holidays, general bedtime shifts more than 1.5 hours, to 11:40 PM. Students in higher grades go to sleep significantly later than respondents from lower grades, and in most grades, boys also get into bed later than girls.

Time for getting up is determined by beginning of school work, which is generally 8:00 AM: on school days, students generally get up at 6:30 AM. Waking up on holidays usually shifts around 3 hours, to 9:30 AM. In respect of waking up time on holidays, gender and grade differences are smaller than those on school days.

The average duration of sleep on school days is 7.99 hours (SD = 1.17). On these days, more than half of the students – 55.0% – just get 8 hours or less sleep. During the weekends and holidays, respondents generally sleep 2 hours more, thus reaching an average sleeping time of 9.77 hours (SD = 1.65). More than one fifth of the students (22.0%) sleep less than 9 hours on weekends as well as on school days. Across grades, sleeping time shows a significant reduction: respondents of higher grades consecutively sleep less. Not surprisingly, getting to bed later resulted in reduced sleeping time; the association, however, was also significant for weekends/holidays.

Appropriate amount (at least 9 hours) and quality of sleeping is essential in the healthy development and optimal school performance of adolescents. Less sleep is associated with lower academic performance, and negative somatic and psychological health outcomes. Extensive use of smart phones or any other electronic devices before falling asleep poses a high risk on sleep quality, which may result in lowered ability to concentrate and depressive mood.

There are more pieces of empirical evidence supporting that shifting school start even just in a small extent (half an hour) has positive effect on the psychological well-being, health status and academic performance of the young people, regardless of their chronotypes. This result should be considered by policy makers in adjusting school schedules to the needs and developmental characteristics of adolescents.

13. NUTRITIONAL STATUS, BODY IMAGE, WEIGHT-CONTROL

Average Body Mass Index (BMI) is significantly higher among boys than among girls, and it increases with age, regardless of gender, though this change is slighter among girls and there is no significant difference between 15-year-old and 17-year-old girls. About 70% of students have normal weight, while 12.1% of them are overweight, 2.7% of them are obese, and 14.5% are underweight. Boys' overweight and obesity prevalences (summing them) are significantly higher in all age groups, but there is no significant age difference in any genders. In general, almost every fifth boy (18.4%) and more than every tenth girl (11.6%) are overweight or obese.

Proportions of underweight girls are significantly higher in all age groups than that of boys. However, there is no significant difference among grades. In the total sample 10.7% of the girls and 9.4% of the boys proved to be underweight based on their self-reported height and weight.

More than half of the students (52.2%) reported having normal weight, while almost one-third (31.4%) of them consider themselves to be fat. Girls' prevalence of thinking to be too fat is significantly higher in all grades than that of boys. There is a significant decrease between grades 7 and 9 among boys in these rates, while girls' ratios increase significantly between grades 5 and 9.

Mean scores of body image scale (range: 0-24) significantly differ between boys (M = 18.13; SD= 4.44) and girls (M = 15.21; SD = 5.04) in all grades. Body image scores decrease with the increasing age in the girls between grades 5 and 9, and in the boys between 5 and 11.

More than one-third (37.9%) of young people feel the necessity of weight loss, and one-tenth (9.7%) of them think they need to put on weight. There are big gender differences: boys' prevalence is much lower, than that of girls, and this difference increases with the increasing age. Those proportions who attempt to lose weight are between 22% and 34% among girls, and between 11% and 19% among boys depending on grade.

Body image, nutritional status and weight control data show a typical gender pattern well-known from the literature. Overweight and body image problems are also published in huge amount of articles. However, prevalence of underweight is also remarkable, which requires more attention from both the health and social sector.

14. SOCIO-ECONOMICAL BACKGROUND (SOCIO-ECONOMICAL STATUS (SES) OF YOUNG PEOPLE'S FAMILIES)

More than three quarters of mothers and more than 80% of fathers are currently employed in the total sample, and less than 10% of fathers and one-fifth of mothers are unemployed.

More than 5% of fathers and 8.5% of mothers do not have no higher education than primary school; while about one-fifth of fathers and more than a quarter of mothers have graduated (more than 25% and more than 20% of students didn't know their fathers and mothers qualification, respectively).

Based on occupation and qualification parents were classified into a five-point SES scale. The most fathers (49.5%) and mothers (39.2%) have been ranked into the medium category. Less than 4% of fathers and mothers have been ranked as parents with highest SES, furthermore, less than 3% of fathers and 6% of mothers was ranked as parents with lowest SES. Both parents are unemployed in 3.9% of the families; while 12.6% of the families have both parents with the highest SES.

According to possession of computer(s), car(s) and dishwasher in the family, having a bathroom, having own bedroom (for the student) and the number of family holidays abroad in the past 12 months, a Family Affluence Scale (FAS) was developed with three categories. Prevalence of students in the low, middle and high category is 52.4%, 35.1% and 12.6%, respectively.

Answering a question on subjective perception of family wealth, 13.8% of students have reported to live in a very well-off family, 26.4% of them live in a quite well-off family, while 4.0% consider their family to be not very well-off, and 0.9% thinks to be not at all well-off. Subjective family well-off prevalence is higher among boys than among girls and in younger students.

Significantly higher proportion of single-parent families has been ranked into low category of FAS compared to two-parent families. Pupils in intact families have more favourable perception of family well-off than students in single- or stepparent families.

The proportion of families with favourable status is higher in Budapest and other cities compared to smaller settlements.

Compared to previous HBSC data, the combined parental SES-indicator shows a slight improvement in the socio-economic status of families.

15. FAMILY STRUCTURE AND FAMILY RELATIONS

Proportion of students who do not live together with any of their biological parents is 3.0%. More than two-third of them live in intact families (with both of their mothers and fathers). Almost one-fifth of the students live with a single parent (87.4% of them live with their mothers, 12.6% live with their fathers). Every tenth student lives in a step family (with a biological parent and a stepparent). A small proportion (2.9%) of students indicated to live in families of other structure. This category, because of its heterogeneity was not included to further analyses related to family structure. There is no significant gender difference in respect of family structure, but prevalence of those living in intact family is lower in older classes. Less intact families live in bigger settlements than in smaller ones.

Three-generation families are more characteristic for one-parent families (17.2%) than for two-parent ones (11.4% and 12.5% for intact and step families, respectively).

The most students live with one sibling (44.3%), while almost a quarter of them live with two. About 17% of them do not have siblings at home and a 13.7% of them have at least three.

Big families (living with three of more children) are more typical in villages and small settlements than in cities.

Almost 90% of the students can discuss their problems easily with their mother, while this proportion is about 75% regarding their fathers. Furthermore, 73.2% of the students, who has an elder brother, can easily talk with him, and 81.7% of those having an elder sister can easily talk with her. Boys can communicate more easily with their fathers and brothers, while girls with their sisters. Prevalence of easy communication with the same gender parent decreases with age for both genders. Communication with the other gender parent also differs by age, but its pattern is less clear: however, rate of easy communication is the highest in the youngest age group. Older boys can communicate easier with their elder siblings, than younger boys. Irrespectively of student's gender and age, youths in intact families can communicate easier with their mother than their father. Girls who have elder brother and sister can communicate easier with their sister than with their brother.

The mean score of the Family Communication Scale is 16.6 (SD = 2.72; range for the scale: 4–20). Boys and girls perceive family communication similarly. The mean score for family communication slightly decreases with age with somewhat different pattern in boys and girls.

Mean score of the Perceived Family Support Scale (range: 4–28) is 24.0 (SD = 5.35). The mean score of family support is higher among boys than among girls in the 7th and 11th grades. Students in the youngest age group perceive significantly higher family support than older students in both genders.

Mean scores of family communication and family support are higher among students living in intact families than among those living in single or stepfamilies.

16. THE ROLE OF SCHOOL

Almost three quarters of the pupils like their school more or less. There are more who like the school very much (three in ten Hungarian students) than who don't like school at all (one in ten). In the former group the proportion of girls is significantly higher. Compared to 5th and 9th graders, fewer pupils like their school among the 7th and 11th graders. Among pupils of vocational schools significantly less respondent like their school very much than among pupils of high schools and technical schools which are providing general certificate of education (required for admission to higher education in Hungary).

Only 5.4% of the respondents feel very overwhelmed by school work; 53.4% feel a little extent of oppression, while one-fourth of them feel no overwhelming. Pupils of high and technical schools feel more overwhelmed than that of vocational schools.

Nearly half (45.5%) of the pupils think that their teachers would classify them as having average level of achievement. Only 6.9% of them assume their teacher would consider them to be below the average. Significantly fewer members of older age groups think that they are classified as performing very good or good at school, while more of them think they are judged to be average or below average compared to younger students. Children attending vocational schools consider themselves to be less favourable (according to their teachers' judgment) than those who attend schools giving general certificate of education.

General Perception Scale of the teachers (range: 3–15) has resulted with a mean of 10.7 (SD=2.75). Among pupils of 7th 9th and 11th grade, boys judge their teachers to be better than girls do. In the overall sample, mean of the Perceived Classmate Support Scale (range: 3–15) was 10.9 (SD=2.66). Slight but significant gender difference was found in the judgment of classmates: boys scored higher than girls. Scores decreased with age. In high schools, classmates were perceived to be more supportive in schools providing general certificate of education, while teachers were more favoured in vocational schools.

Although our results don't exhibit remarkable changes compared to data collected in 2010, typical gender differences in school performance and school related work-load have slightly decreased between girls and boys.

FÜGGELÉK

1. táblázat

A skálaváltozók átlaga (M), az átlag standard hibája (SE) és az átlag szórása (SD) az összmintában, illetve nem és évfolyam szerinti bontásban

		Együtt				Fiú				Lány			
		N	M	SE	SD	N	M	SE	SD	N	M	SE	SD
Cantril-létra	Együtt	5965	7,30	0,024	1,88	2861	7,45	0,034	1,83	3104	7,16	0,034	1,91
	5.	1247	7,96	0,055	1,94	613	7,98	0,078	1,93	634	7,94	0,077	1,94
	7.	1289	7,35	0,052	1,85	661	7,54	0,069	1,77	629	7,16	0,076	1,92
	9.	1745	7,05	0,044	1,84	825	7,23	0,062	1,77	920	6,90	0,062	1,89
	11.	1684	7,01	0,043	1,76	763	7,18	0,064	1,77	921	6,87	0,057	1,73
Gyermek Depresszió Skála összpont-szám	Együtt	6153	11,09	0,202	15,81	2958	11,11	0,299	16,24	3194	11,07	0,273	15,40
	5.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	7.	1325	3,35	0,152	5,54	682	2,84	0,227	5,93	642	3,89	0,199	5,04
	9.	1784	3,30	0,128	5,42	844	3,17	0,217	6,30	940	3,42	0,146	4,48
	11.	1725	2,97	0,117	4,85	778	2,63	0,182	5,09	947	3,24	0,150	4,61
Osztálytársak skála	Együtt	6036	11,21	0,034	2,63	2891	11,48	0,048	2,57	3146	10,97	0,047	2,66
	5.	1259	12,27	0,071	2,51	628	12,34	0,103	2,57	632	12,20	0,097	2,45
	7.	1304	11,37	0,075	2,71	666	11,59	0,102	2,64	638	11,13	0,110	2,77
	9.	1764	11,16	0,059	2,49	829	11,41	0,083	2,39	934	10,94	0,083	2,55
	11.	1709	10,37	0,060	2,50	768	10,75	0,089	2,47	941	10,06	0,081	2,48
Önértékelés skála	Együtt	4482	28,65	0,085	5,69	2110	30,21	0,118	5,41	2371	27,26	0,114	5,56
	5.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	7.	1186	28,54	0,172	5,92	604	30,10	0,215	5,27	582	26,91	0,253	6,11
	9.	1667	28,43	0,139	5,69	773	30,26	0,200	5,56	894	26,85	0,178	5,32
	11.	1629	28,95	0,136	5,50	734	30,25	0,198	5,37	895	27,88	0,180	5,38
Tanári skála	Együtt	5989	10,79	0,036	2,75	2870	11,08	0,051	2,75	3119	10,53	0,049	2,73
	5.	1248	12,22	0,069	2,44	616	12,10	0,104	2,59	631	12,34	0,091	2,29
	7.	1286	10,89	0,077	2,77	660	11,12	0,108	2,77	626	10,65	0,110	2,75
	9.	1755	10,35	0,064	2,67	827	10,73	0,096	2,75	928	10,02	0,084	2,55
	11.	1700	10,13	0,064	2,64	766	10,59	0,095	2,64	933	9,74	0,085	2,59
Testkép skála	Együtt	5693	16,60	0,072	5,44	2707	18,13	0,087	4,51	2986	15,21	0,107	5,82
	5.	1149	18,67	0,137	4,66	569	19,26	0,177	4,23	579	18,08	0,207	4,97
	7.	1219	16,53	0,163	5,68	625	18,32	0,180	4,50	594	14,65	0,253	6,16
	9.	1676	15,84	0,134	5,51	778	17,84	0,159	4,44	898	14,10	0,192	5,75
	11.	1650	15,98	0,131	5,33	736	17,40	0,170	4,62	914	14,84	0,185	5,59
Tünetskála	Együtt	5744	20,93	0,101	7,67	2728	19,16	0,135	7,05	3015	22,52	0,143	7,86
	5.	1149	18,08	0,217	7,35	566	17,60	0,304	7,23	583	18,54	0,308	7,43
	7.	1222	20,79	0,222	7,75	616	18,95	0,275	6,82	607	22,65	0,332	8,18
	9.	1711	22,15	0,190	7,85	801	20,12	0,252	7,12	911	23,94	0,266	8,03
	11.	1661	21,74	0,175	7,14	746	19,51	0,250	6,83	915	23,57	0,227	6,86

2. táblázat

Az iskolai skálák átlaga (M), az átlag standard hibája (SE) és az átlag szórása (SD) képzéstípus bontásban

Skála	Általános iskola				Gimnázium / Szakközépiskola				Szakmunkásképző / Szakiskola			
	N	M	SE	SD	N	M	SE	SD	N	M	SE	SD
Osztálytársak skála	2564	11,81	0,052	2,65	2936	10,73	0,045	2,46	537	11,00	0,123	2,85
Tanári skála	2534	11,55	0,054	2,70	2924	10,07	0,048	2,57	531	11,18	0,127	2,93

3. táblázat

A testtömeg-index (BMI) átlaga (M), szórása (SD) és az átlag standard hibája (SE) a 11,5, 13,5, 15,5 és 17,5 évesek körében

Korcsoport (év)	Fiúk				Lányok			
	N	M	SE	SD	N	M	SE	SD
Együtt	1737	20,50	0,086	3,60	1996	19,87	0,079	3,53
11,5	379	18,45	0,168	3,27	409	17,66	0,150	3,03
13,5	431	19,89	0,154	3,34	454	19,29	0,161	3,28
15,5	494	21,17	0,161	3,58	614	20,60	0,128	3,18
17,5	433	22,14	0,150	3,13	519	21,24	0,156	3,56

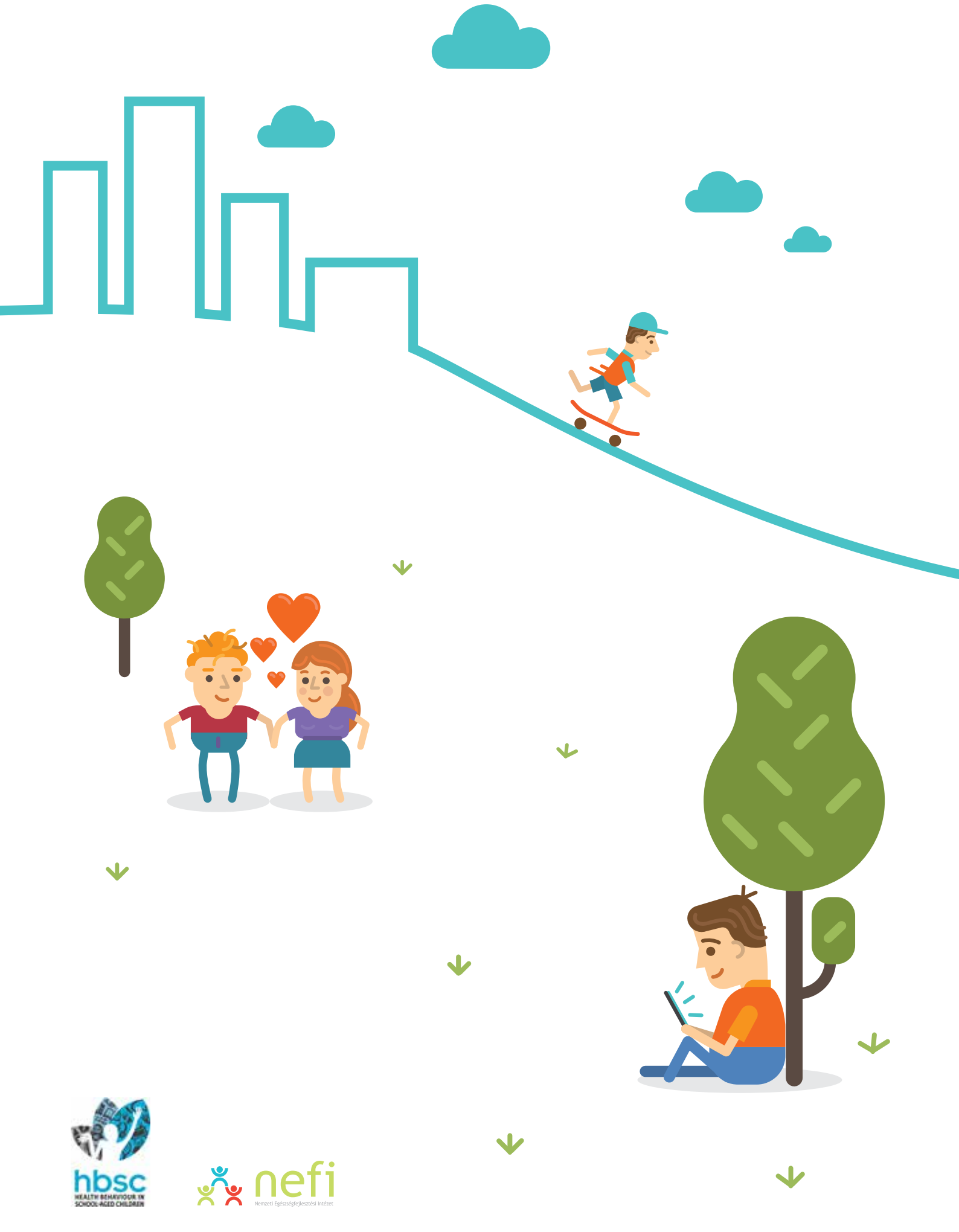
Könyvterv művészeti vezetője:
Ferencz Mihály (NEFI)

Kiadványtervezés, tördelés, nyomdai előkészítés:
Manta Marketing Kft.

Nyomtatás és kötészet:
Ritter Nyomda Zrt., Budapest

Kiadja:
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet,
Budapest, 2016

ISBN 978 615 80422 0 8



hbsc
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

nefi
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet