



Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása

hb
sc

**Országos Gyermekegészségügyi Intézet
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet**

2003.

Iskoláskorú gyermekek Egészségmagatartása

**Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának
keretében végzett magyar vizsgálat "Nemzeti Jelentés"
2002**

**Health Behaviour in School-aged Children:
a WHO Cross-National Study (HBSC)**

National Report

Szerkesztette

Aszmann Anna

Szerkesztette:

Aszmann Anna

A kutatást végezték és az elemző tanulmányokat írták:

Aszmann Anna
Csizmadia Péter
Kököneyi Gyöngyi
Németh Ágnes
Szabó Ágnes
Szabó Mónika
Sebestyén Edit
Várnai Dóra

Lektorálták:

Bodzsár Éva, Demetrovics Zsolt, Elekes Zsuzsa, Urbán Róbert

A kutatást és a kiadvány megjelenését támogatták:

Országos Gyermek egészségügyi Intézet
Országos Egészségfejlesztési Központ
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
Egészségügyi-, Szociális és Családügyi Minisztérium

A kutatást végzők köszönettel tartoznak a kutatásban résztvevő iskolák igazgatóinak, tanulóinak és az Oktatási Minisztériumnak, akik fontosnak tartották vizsgálatunkat

A kötet teljes szövege magyar nyelven letölthető a következő helyről:

www.hbsc.org

Kiadja: Országos Gyermek egészségügyi Intézet, 2003.

ISBN: 963 212 797 8

ELŐSZÓ

Magyarország 1985 óta vesz részt a HBSC az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) című nemzetközi kutatásban. Ez a kutatás kivételes lehetőséget biztosít arra, hogy egyfelől az egészség szempontjából kulcsfontosságú, meghatározó jelentőségű környezeti tényezők (iskolai közérzet, személyközi viszonyok, családi körülmények, stb.) szubjektív megítélését felmérje, valamint, hogy képet kapjunk a későbbi egészségi állapot szempontjából meghatározó magatartások mintázatáról az 5., 7., 9. és a 11. évfolyamokat látogató ifjúsági csoportok körében.

Feltétlenül kiemelendő és értékelendő az a tény, hogy ez a kutatás módszertanát tekintve teljes mértékben a nemzetközi sztenderdeknek megfelelően kerül kivitelezésre. Ennek következtében a nyert adatok nemcsak a magyarországi helyzet és tendenciák elszigetelt jellemzését teszik lehetővé, hanem azok összevetését is a nemzetközi tapasztalatokkal.

A 2002-es adatfelvétel, melynek legfontosabb adatait a jelen kötet tartalmazza, egy további pozitívummal is jellemezhető: a kábítószer-használati szokásokat feltárni hivatott blokk kérdései lehetővé teszik az összehasonlítást az ESPAD vizsgálat vonatkozó adataival. Mindig örömteliek azok a kezdeményezések, melyeknek eredményeképpen érdemi kommunikáció, eszmecsere bontakozik ki a határterületek szakértői között valamely jelenség természetrajzának jobb megértése érdekében.

A HBSC kutatás jelentősége azonban nemcsak abban rejlik, hogy korrekt keresztmetszeti képet ad az érintett korosztályok egészségmagatartásáról és szubjektív közérzetéről. Fontos "mellékterméke" az aktuális adatfelvételeknek és a kimunkált vizsgálati eszközrendszernek, hogy bizonyos egészségfejlesztési programok hatásvizsgálatára is lehetőséget biztosítanak.

Az utóbbi években egyre sürgetőbben jelentkezik az igény, hogy váljon az egészségfejlesztési - prevenciós programok szerves részévé a módszeres és elfogulatlan értékelés. Az értékelésnek számos fajtáját ismerjük, ezek közül az egyik és abszolút értékben talán a legmegbízhatóbb eredményeket produkáló megközelítés az u.n. kontroll csoportos paradigma. Ez esetben a valamilyen fajta beavatkozáson (egészségfejlesztési program) átesett csoport válaszait az átlag populációéhoz hasonlítjuk. A HBSC kutatás adatbázisa és kérdőíve ilyen típusú összehasonlító elemzések lebonyolítását teszik lehetővé, így módon ez a kutatás – akarva-akaratlan – nagymértékben járul hozzá a prevenciós szakma professzionálisának kialakulásához, fejlődéséhez.

Budapest, 2003. október 22.

Dr.Felvinczi Katalin
Ügyvezető igazgató
Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

BEVEZETÉS

1. AZ "ISKOLÁSKORÚ GYERMEKEK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA" KUTATÁS

*(Health Behaviour in School-Aged Children:
a WHO Cross-National Study, HBSC)*

Aszmann Anna

A kutatás előzményei

A fiatalok egészségi állapotára és egészséget befolyásoló magatartására vonatkozó kutatások eredményeinek ismerete és felhasználása alapvető a hazai egészségfejlesztő programok hatékonyságához.

Az életmód kedvező irányba történő befolyásolása nem nélkülözheti az életmóddal összefüggést mutató, arra hatást gyakorló környezeti és személyiség tényezők ismeretét, és gyakorlatban való hasznosítását.

Az egészségmagatartás monitorozása segítségével értékelhetjük az ország egészségvédő, egészségfejlesztő stratégiája sikerét vagy sikertelenségét, a kutatások eredményei és összefüggései a hatékonyabb módszerek kifejlesztéséhez nyújtanak segítséget.

Mindezt felismerve Magyarország az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának ("WHO", EVSZ/EURO) kérésére már 1985-ben csatlakozott ahhoz az európai ifjúságkutatáshoz, melyet az 1980-as évek elején négy ország (Norvégia, Finnország, Ausztria és Anglia) kutatói indítottak el informális együttműködésként.

Az EVSZ hamarosan adoptálta a kutatást, amely 1984-től az európai iroda egyik kiemelt programjaként működik. Hazánkban a kutatást 1985-1999 között intézményközi együttműködés keretében az Országos Csecsemő és Gyermekesegségügyi (OCSGYI) és a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet (NEVI) szakemberei¹ végezték. A kutatást 2000-2003 július között az Országos Közegészségügyi Központ majd az Országos Egészségfejlesztési Központ Gyermekesegségügyi Főosztálya végezte, együttműködésben a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel. A kutatás helye jelenleg az ismételten létrehozott Országos Gyermekesegségügyi Intézet (OGYEI). A kutatás négy évenként megismételt² országosan reprezentatív, anonim módon végzett kérdőíves adatfelvéte-

¹ A kutatás hazai irányítója ez idő alatt Dr. Mándoky Rózsa volt.

² Magyarországi adatfelvételek évei: 1986, 1990, 1993, 1997, 2002.

lekből áll, melyekben egyre bővülő számú ország³ vesz részt Európában és Észak-Amerikában. Mivel a résztvevő országokat a legkülönbözőbb típusú intézmények képviselik, a kutatásban számos szakma tapasztalatai adódnak össze.

A kutatás célkitűzései

- Információgyűjtés, nemzetközi adatbank létesítés: a fiatalok önminősített egészségi állapotának, közérzetének és egészségmagatartásának monitorozása.
- Az egészséggel, a közérzettel és az életmóddal összefüggést mutató tényezők mind szélesebb körben való feltárása.
- A résztvevő országok kutatási potenciáljának fejlesztése a nemzetközi együttműködés segítségével.
- A kutatás eredményeinek hasznosítása azáltal, hogy számos formában történik publikáció a felhasználók, a döntéshozók, az egészségfejlesztésben, egészségnevelésben résztvevő szakemberek, kutatók, tanárok, szülők és a gyermekek számára.

A HBSC vizsgálat tehát egyrészt egy monitorozó funkciót betöltő projekt, másrészt egyre bővülő körben és témaválasztással próbál mind mélyebb betekintést nyújtani a fiatalok közérzetét és életmódját meghatározó tényezőkbe.

Nagy nemzetközi kiterjedése módot ad a társadalmilag és kulturálisan különböző országok fiataljai egészségi állapotának és egészségmagatartásának azonos feltételekkel és módszerekkel való összehasonlítására és ennek segítségével a különbözőségek és a hasonlóságok meghatározására.

Az eddigi eredmények a magatartásminták és az összefüggés-rendszerek többségének azonosságát, vagy kifejezett hasonlóságát bizonyítják az országok meglévő társadalmi és kulturális különbségei ellenére, és éppen ezért tekinthetők ezek az összefüggések általános érvényűnek.

A feltáró tevékenység azonban messze nem öncélú, a kutatáson túlmenően a nemzetközi projekt külön csoportja foglalkozik azzal, hogy a nagyközönség minden rétege számára megfelelő formában jussanak el az információk.

³ A 2002. évi adatfelvételben résztvevő 35 ország: Finnország, Norvégia, Ausztria, Belgium (külön a francia és flamand nyelvű területek), Magyarország, Izrael, Skócia, Spanyolország, Svédország, Svájc, Wales, Dánia, Kanada, Lettország, Németország, Lengyelország, Cseh Köztársaság, Észtország, Franciaország, Grönland, Litvánia, Oroszország, Szlovák Köztársaság, Anglia, Görögország, Portugália, Írország, USA, Makedonia, Hollandia, Olaszország, Horvátország, Málta, Szlovénia, Ukrajna (A sorrend a belépés sorrendje is).

A végső cél a felhasználás, hogy a kutatási eredmények beépülhessenek az egészségvédelem és egészségfejlesztés gyakorlatába, valamint az egészség- és oktatáspolitikába.

A HBSC kutatás elméleti háttere

A kutatás a tudományágakat tekintve a társadalom és magatartástudományokhoz tartozik, életmód megközelítésű. Ma a kutatásban három elméleti és gyakorlati megközelítés integrálódik.

1. *Szociál- és egészségpszichológiai megközelítés:* az egészséget és az életmódot szocializációs perspektívából, a szocializációs közegek hatásmechanizmusa szempontjából, és az egyéni jellemzőkkel (pl. önértékelés, észlelt szociális segítség, vagy stressz) való összefüggésében vizsgálja. Ebből adódóan a kutatás magában foglalja a demográfiai jellemzők, a családi környezet (családszerkezet, a család szocio-ökonómiai helyzete, a család működése), a kortárskapcsolatok (iskolán belül és általában) vizsgálatát, az iskolai környezet tanulók szemszögéből való értékelését, és mindezek összefüggését az életmód-jellemzőkkel és a fiatalok önminősített egészségi állapotával, valamint közérzetével.
2. *Népegészségügyi / epidemiológiai megközelítés:* Elsősorban a fiatalok önminősített egészségének és életmódjának monitorozása hangsúlyozódik ki országos és nemzetközi szinten. Az egészséggel és életmóddal összefüggést mutató háttértényezők (a fizikai és pszichoszociális környezet gyermek általi észlelése) is monitorozásra kerülnek.
3. *Makrotársadalmi megközelítés:* Jellemzően makroszintű változókat is bevon az elemzésbe, így az adott ország társadalmi-gazdasági helyzetére, egészségpolitikájára, egészségfejlesztésére vonatkozó adatokat (GDP, alkoholfogyasztás és dohányzás megelőzéssel kapcsolatos törvényi szabályozás, általános demográfiai jellemzők stb.).

A kutatás tervezése és módszerei

A HBSC iskolára alapozott kutatás, az adatfelvétel az osztályokban történik önkitöltéses kérdőívek segítségével, szigorúan anonim módon (a tanulók borítékba zárják a névtelen kérdőíveket).

Felkészített adatfelvételi biztosok elmagyarázzák a tanulóknak a kutatás jelentőségét, célját, és segítenek a kitöltéssel kapcsolatos problémák megoldásában.

Az adatfelvételbe bevont célcsoportok a 11,5, 13,5 és 15,5 éves átlagéletkorú tanulók. Az adott életkorok kiválasztásának szempontjait a nemzetközi protokoll a következőképpen indokolja: a 11-12 éves életkor a pubertás (a jelentős testi

változások) kezdete, a 13-14 éves életkorra az intenzív testi és érzelmi változások jellemzőek. 15-16 éves életkorban pedig kihangsúlyozódnak a tanulással, a további életúttal kapcsolatos kérdések és döntések. A hazai iskolarendszer sajátosságai miatt ugyanezen okból adatfelvételeinkben 1990 óta a 17,5 éves átlagéletkorú tanulók is szerepelnek.

Az első négy adatfelvételt (1986-1997 között) az általános iskolák és a közép-fokú tanintézetek 6., 8., 10., és 12. osztályaiban, a 2002-ben végzett adatfelvételt az 5., 7., 9., és 11. osztályokban végeztük. Ezt a változtatást a magyar rugalmas beiskolázási rendszer tette szükségessé, melynek eredményeképpen mind több gyerek kerül későbbi életkorban iskolába. Az ismételt adatfelvételek során az eredetileg kijelölt osztályok tanulójának életkori átlaga emelkedett, a nemzetközi protokoll viszont ragaszkodik a kijelölt átlagéletkorokhoz.

Mintaválasztás

A mintaválasztás több lépcsőben, rétegezéssel történt, annak érdekében, hogy az ország minden megyéje, település és iskolatípusa, és minden kijelölt korcsoport a valós arányoknak megfelelően legyenek képviselve a mintában.

A mintaválasztás alapjául az 1999/2000 évi tanév oktatási statisztikája szolgált. A mintaválasztás egységei a kiválasztott iskolán belül random módon kiválasztott osztályok voltak. A korcsoportonkénti mintanagyság 1500 fő volt. Az adatfelvétel időpontját is úgy határoztuk meg, hogy az előírt életkori határokon belül az adott osztályból a lehető legtöbb tanuló maradjon a mintában.⁴

Úgy találtuk, hogy a május havi adatfelvétel felel meg leginkább ennek a feltételnek, azonban a nemzetközi protokoll időtáblája miatt valamivel előbb (2002. március és április közepe között) kellett az adatfelvételt elvégezni. A kívánt életkorú minta kiválasztásánál (5. 7. 9. 11. osztályok) osztályonként a következő szempontok szerinti rétegezést végeztük:

1. *Iskolafenntartók típusa* szerint: "Önkormányzati iskolák" (az összes iskola 93,4%-a) és "Egyéb fenntartók" (az összes iskola 6,6%-a, melynek fele egyházi iskola).

Nem kerültek be a mintába a speciális gyógypedagógiai intézményekben tanulók, akik az adott életkorú tanulók 3,85%-át teszik ki az általános iskolákban, 0,87%-át a középiskolákban.

2. *Földrajzi elhelyezkedés* szerint: a mintát Magyarország mind a 19 megyéjéből és a fővárosból választottuk.

⁴ Az egyes osztályokra vonatkozóan olyan mutatószámokat képeztünk, melyek megadják, hogy egy osztály tanulójának hány százaléka van az életkor szerinti hibahatáron belül.

3. *Településtípusok* szerint: fővárosi kerületek, megyei jogú városok, egyéb városok, nagyközségek, községek.
4. A középiskolák 9. és 11. osztályaiban a *képzés típusa* szerint: gimnázium (4, 6 és 8 osztályos), szakközépiskola, szakiskola /szakmunkásképző.

A 9. és 11. osztályos tanulók esetében a településtípus szerinti rétegzés némi-
képpen módosult, az egyéb városok és a községek iskoláit összevontan kezeltük.
A szakmai képzést nyújtó tanintézeteknél gyakoriak az egynemű osztályok, így
a mintaválasztásnál ezt is figyelembe kellett venni. 28 féle szakmai képzést vagy
más speciális fakultációt biztosító oktatási intézmény került a mintába.
Az *1.1. táblázat* a kiválasztott minta nagyságát mutatja, összehasonlítva a fel-
dolgozott kérdőívek számával. A táblázat azt is jelzi, milyen szinten reprezentál-
ja a feldolgozott mintanagyság a kiválasztás forrásául szolgáló alapsokaságot,
tehát az egyes évfolyamok tanulólétszámát. Látható, hogy mind a négy évfolya-
mon 1% feletti reprezentativitást tudunk biztosítani.

1.1. táblázat

2002. évi adatfelvétel mintája és az értékelhető kérdőívek száma

A kiválasztás alapjául szolgáló év- folyamok létszáma		Kiválasztott		Értékelhető kérdőívek száma	Alapsokaság reprezentációja %
		Iskolák száma	Osztályok száma		
5. osztály	116 375	64	67	1419	1,22
7. osztály	117 106	64	67	1512	1,29
9. osztály	119 769	50	50	1413	1,18
11. osztály	124 159	68	68	1614	1,30
Összesen	477 409	246	252	5958	1,25

Az *1.2. táblázat* a feldolgozott minta megoszlását mutatja nemek, iskolatípu-
sok és iskolai osztályok szerint.

1.2. táblázat

A feldolgozott minta megoszlása a válaszoló
tanulók neme, iskolatípusa és az iskolai osztály szerint

Osztályok	Fiúk N	%	Lányok N	%	Iskolatípus					Össze- sen	%
					Ált. iskola	6. oszt. gimn.	8. oszt. gimn.	4. oszt. gimn.	Szakm. képző/ szakiskola		
5.	687	48,4	732	51,6	1366		53			1419	23,8
7.	703	46,5	809	53,5	1306	130	76			1512	25,4
9.	546	38,6	867	61,4		138	72	909	294	1413	23,7
11.	794	49,2	820	50,8		97	73	1169	275	1614	27,1
Összesen	2730	45,8	3228	54,2	2672	365	274	2078	569	5958	100

Az adatfelvétel időpontjában 159 tanuló hiányzás miatt nem töltötte ki a kérdőívet, 46 fő szülei nem járultak hozzá, hogy gyermekük válaszoljon a kérdésekre, 9 tanuló pedig saját döntése alapján nem válaszolt.⁵

Az 1.3. táblázat a 9. és 11. osztályba járó tanuló megoszlását mutatja a szerint, hogy általános gimnáziumban vagy szakmunkásképzőben/szakiskolában tanulnak-e.

1.3. táblázat

A 9. és 11. osztályos tanulók megoszlása az intézmény típusa és nemek szerint

Tanulók	9. osztály				11. osztály			
	gimnázium		szakm.kép./szakisk		gimnázium		szakm.kép./szakisk	
	N	%	N	%	N	%	N	%
fiúk	427	38,1	119	41	658	49,1	136	49,5
lányok	692	61,9	175	59	681	50,9	139	50,5
összesen	1119	100	294	100	1339	100	275	100

Jól látható, hogy összesen 294 fő 9. osztályos és 275 fő 11. osztályos szakmunkástanuló került a mintába. A szakképzés hazai átalakulása miatt 1993 óta egyre kevesebb a mintába kerülő szakmunkástanulók aránya.

Az 1.4. táblázatban látható átlagéletkorok megfelelnek a nemzetközi protokollban lefektetett életkori követelménynek.

1.4. táblázat

A vizsgálatban szereplő tanulók átlagéletkora iskolai osztályok szerint

Osztály	Átlagéletkor (év)		Összesen
	Fiúk	Lányok	
5.	11,53	11,49	11,51
7.	13,58	13,46	13,51
9.	15,61	15,49	15,54
11.	17,58	17,45	17,51

A kutatás eszköze, a kérdőív összeállítása

A kérdőívet a két adatfelvétel közötti négy évben a vizsgálatban résztvevő országok kutatói állítják össze. Megelőzően összegyűjtésre és feldolgozásra kerül

⁵ Az iskolák igazgatói és személyesen a gyermekek szülei levelet kaptak, amelyben elmagyaráztuk az adatfelvétel célját, jelentőségét. Röviden bemutattuk az előző adatfelvételek legfontosabb eredményeit, hogy mind a pedagógusokat, mind a szülőket meggyőzzük arról, olyan kérdésekre keressük a választ, amelyek az adott életkorban aktuálisak. Összesen 3 iskola igazgatója zárkózott el az adatfelvételtől.

az adott témakör irodalma és ennek megfelelően a lehetséges kérdések kiválasztása, melyek 4-6 országban előzetes próba vizsgálatra kerülnek. A próba vizsgálatok során a tanulók véleményét összegyűjtjük, és messzemenően figyelembe vesszük.

A vizsgálatnak vannak úgynevezett megszavazott (mandatory), ennél fogva minden ország számára kötelezően használandó kérdései, és vannak ezzel azonos témákban kidolgozott, választható, bővített csomagok, melyek alkalmasak egy-egy téma mélyebb vizsgálatára. Minden ország dönthet, hogy ezek közül melyiket választja. Ezen túlmenően minden ország joga, hogy igényének megfelelően saját kérdéseket is bevonjon a vizsgálatba. A kötelezően használandó változók egy része változatlan maradt az eltelt másfél évtized során, és ezek a monitorozásba bevonhatók.

A 2002 évi vizsgálat kérdéskörei:

- Táplálkozás, diéta, testkép
- Fizikai aktivitás
- Fizikailag passzív szabadidő eltöltési tevékenységek (televízió, videó, számítógép), és a tanulásra fordított idő
- Rizikómagatartás: szerhasználat* (dohányzás, alkohol, drog)
- Szexuális magatartás
- Erőszak és balesetek
- Család: kapcsolatok, nevelési stílus*
- Kortársak: kapcsolatok, szabadidő eltöltés
- Egészség: egészség értékelése, étellel való elégedettség, panaszok, depresszióra jellemző tünetek*
- Iskolai környezet: iskolához, tanárokhoz, társakhoz fűződő kapcsolat, iskola szabályok*
- Szociális egyenlőtlenségek: szülők szocio-ökonómiai helyzete objektivizált, szubjektív*

Magyarország a *-gal megjelölt témakörökben választott bővített tartalmú csomagokat. Az előző és a 2002-ben végzett hazai kutatás kérdőívének is része volt egy ismert és gyermekkorban használt, depresszív tüneteket mérő skála rövidített változata és egy, az önértékelést vizsgáló kérdőív (Aszmann és Németh, 2000; Kökönyei és mtsai, 2002).

A kutatás adatainak feldolgozása és eredményeinek prezentálása

Az adatok feldolgozása az SPSS-PC programcsomag 9.0 és 11.0 változata segítségével, két és többváltozós, többszintű összehasonlító módszerekkel folyik.

Az aktuális nemzeti riport célja azonban az eredmények leíró jellegű közreadása, az összetettebb elemzések publikálását szakmai lapokban tervezzük megjelentetni.

A serdülők közérzetére, önminősített egészségére és környezetére, valamint egészségmagatartására vonatkozó változók prevalenciáit (néhány kivételtől eltekintve, ott, ahol a téma indokolja) nemi, iskolai osztály szerinti megoszlásban közöljük, "szignifikáns" jelölést alkalmazva akkor, ha a szignifikancia próbák eredménye $p < 0,05$, tendencia jelölést akkor, ha a $0,1 > p > 0,05$.

HÁTTÉR

2. TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HÁTTÉR (A TANULÓK CSALÁDJAINAK SZOCIO-ÖKONÓMIAI HELYZETE)

Aszmann Anna

Bevezetés

A hátrányos társadalmi helyzet, a kedvezőtlen szocio-ökonómiai státusz (SES) és az egészség összefüggését számos vizsgálat és demográfiai adat bizonyítja. Még a legfejlettebb országokra is jellemző, hogy a jómódúak tovább élnek és kevesebb betegségben szenvednek, mint a szegények. A társadalmi - gazdasági különbségek növekedése ma nemcsak a szegény és fejlődő, de a fejlett és gazdag országokban is kimutatható. Éppen ezért az Egészségügyi Világszervezet "Health 21" dokumentuma a különböző szocio-ökonómiai státuszú csoportok egészségi állapotában mutatkozó különbségek nagyságának 1/3-ra való csökkentését célozta meg (Davey-Smith és mtsai, 1990; Power és mtsai, 1998).

Az objektíven meghatározható szegénység mellett több szerző az alacsony társadalmi helyzetből adódó környezeti és pszichoszociális következmények egészségre gyakorolt kedvezőtlen hatását hangsúlyozza (Kawachi és mtsai, 1997; Losonczy, 1989; Kopp és mtsai, 1998).

Bizonyított az is, hogy számos országban a szegénység elsősorban a gyermeklakosságot érinti. A szociális egyenlőtlenség kérdéskörét érintő, gyermekkorúak körében végzett eddigi vizsgálatok elsősorban a következő összefüggéseket vizsgálták: a SES és a csecsemő-gyermek halálozás, a SES és a gyermekek testi-lelki fejlődése, bizonyos krónikus betegségek gyakorisága (obezitás, asztma, diabétesz), valamint a SES és a környezeti károsító tényezők kapcsolata (Stuart és Spencer, 2000; Spencer és mtsai, 2000; UNICEF Regional Monitoring report, 1995; Goodman, 1999; Halldórsson és mtsai, 2000).

Néhány serdülőkorban végzett vizsgálat, amelyben a család szocio-ökonómiai besorolása a szülők foglalkozása alapján történt, azzal a megállapítással zárult, hogy ebben az életkorban az egészségi állapotban nem lelhetők fel a felnőtt korúaknál észlelt társadalmi különbségek (West, P. 1997; Rahkonen, O. és mtsai; 1995, idézve HBSC Research Protocol 2001/2002)

A felnőttkori egészségi állapot szempontjából kiemelt jelentőségű a gyermek és serdülőkor. Elsősorban azért, mert a gyermek és a serdülő kielégítő testi, lel-

ki fejlődése és teherbíró-képessége alapozza meg a felnőttkori egészséget, másodsorban azért, mert a felnőttkorúak egészségét jelentősen befolyásoló kedvezőtlen szokások is ebben az életkorban alakulnak ki (Currie és mtsai, 2000; Aszmann, 1997; Aszmann és mtsai, 1999).

Ennek ellenére kevés olyan kutatás ismert, amely a családok szocio-ökonómiai státusza és a serdülők életmódja közötti összefüggés elemzésével foglalkozik.

A HBSC kutatás minden eddigi adatfelvétele során törekedtünk a válaszoló tanulók mögött álló családi háttér társadalmi-gazdasági minősítésére és besorolására. Az első két adatfelvétel (1986, 1990) során erre a szülők foglalkozása és iskolai végzettsége szolgált, 1993 óta építünk be olyan kérdéseket az adatfelvételbe, amelyek a család jómódúságát hivatottak tükrözni (a lakóház/lakás komfortfokozata, a gyermek részére rendelkezésre álló saját szoba, a család autótulajdonosa).

Meg kell azonban jegyezni, hogy a családok szocio-ökonómiai helyzetének a gyermekek válaszai segítségével való besorolása mindig bizonyos fokú bizonytalanságot rejt magában (általában a válaszolók 1/5-e esetében a bizonytalanul megítélhető válaszok miatt a besorolás nem is sikerül).

Ennél is nehezebb a nemzetközi összehasonlítás és a családok azonos feltételek szerinti besorolása. Nagyon nehéz az eltérő fejlettségű és gazdaságú országokban az objektív jómódúságot azonosan jelző változókat találni.

Az objektív besorolás mellett vizsgáljuk azt is, hogyan minősítik a gyermekek maguk a családjaik jómódúságát.

A családok társadalmi-gazdasági helyzetének meghatározása a kutatásban nem öncélú. Szeretnénk választ kapni arra, hogy a serdülők önminősített egészségi állapotát és közérzetét, valamint életmódját befolyásolja-e családjaik társadalmában elfoglalt helyzete és jómódúsága, s ha igen, milyen módon. A tanulók jólléte (önminősített egészség, boldogság) és életmódja valamint a jómódúság érzékelése és az objektív tényekkel alátámasztott jómódúság között minden eddigi vizsgálatunkban, minden vizsgált életkorban és mindkét nemnél szignifikáns összefüggések voltak kimutathatók. A magukat jobb módúnak tartó és az objektív adatok szerint is valóban jobb módú családok gyermekei szignifikánsan magasabb arányban vallották magukat egészségesnek és boldognak, magasabb volt közöttük a rendszeresen sportolók és az egészségesebb táplálékokat fogyasztók aránya. Eddigi vizsgálataink azt bizonyították, hogy a gyermekek közérzetével, önminősített egészségi állapotával az észlelt jómódúság mutatott erősebb összefüggést.

A család jómódja azonban nemcsak az egészségesebb szokásokkal, de a táplálkozás kedvezőtlenebb jellemzőivel is összefüggést mutatott, a jobb módú gyermekek magasabb arányban számoltak be édességfogyasztásról és a vizsgálatban szereplő idősebb, jobb módú kategóriába sorolható tanulók kedvezőtlenebb do-

hányzási és alkoholfogyasztási szokásokról (Mullan & Currie, 2000; Aszmann és Btunner, 2001).

A családok szocio-ökonómiai helyzetére vonatkozó kérdések

A 2002. évi adatfelvétel során, a családok társadalmi-gazdasági besorolása és jómódúságának megítélése céljából a következő kérdéseket tettük fel: kértük a tanulókat, hogy írják le, hol és mit dolgoznak a szüleik, van-e jelenleg állásuk, ha nincs, annak mi az oka, és mi a szüleik legmagasabb iskolai végzettsége.

A szülők aktivitása, a besorolható foglalkozása és iskolai végzettsége alapján egy 5 fokozatú szocio-ökonómiai skálát készítettünk. A családok jómódúságának objektív megítélésére szolgáló kérdések a következők voltak:

- a család autótulajdona (nincs / egy van / több is van);
- van-e a tanulónak saját szobája, amit csak ő használ (van / nincs);
- hány számítógépe van a családnak (egy sincs / egy / kettő / több is van);
- az adatfelvételt megelőző 12 hónapban hányszor üdültek a gyermekek szüleikkel, vagy szüleik nélkül (egyszer sem / egyszer / kétszer / többször);
- hogyan ítélik meg a gyermekek saját családjuk jómódúságát (nagyon jómódúnak / elég / átlagos / nem valami / egyáltalán nem jómódúnak tartják).

Eredmények

A tanulók válaszai szerint:

- Az édesapák (nevelőapák) 85,4%-ának, az édesanyák (nevelőanyák) 76,9%-ának van jelenleg állása.
- Az apák 9,2%-a, az anyák 21,4%-a nem rendelkezik állással¹. 217 olyan tanuló (a válaszolók 3,7%-a) szerepel a válaszolók között, akiknek sem az édesapja, sem az édesanyja nem rendelkezik állással. Az állás nélküli apák 46%-a, az anyák 23%-a beteg, nyugdíjas, vagy tanul. Az állás nélküli apák 26%-a, az állás nélküli anyák 13,4%-a "éppen munkát keres".
- Az állás nélküli anyák 58%-a van otthon (háztartásbeli vagy valakit gondoz), az apák esetében ez az arány néhány százalék.

Minden eddigi adatfelvétel eredményeihez hasonlóan, az anyák az apáknál magasabb arányban rendelkeznek felső- és középfokú végzettséggel, és jóval alacsonyabb arányban szakmunkás végzettséggel. Magasabb viszont közöttük a csak általános iskolát végzettek aránya is. A magasabb iskolai végzettség sokkal

¹A tanulók 5,4%-a nem tudja, hogy van-e édesapjának állása, vagy nem találkozik édesapjával. Ez az arány az anyák tekintetében 1,7%

2.1. táblázat
A 11-17 éves tanulók szüleinek iskolai végzettsége

Legmagasabb iskolai végzettség	apa (vagy nevelő apa)		anya (vagy nevelő anya)	
	N	%	N	%
egyetemet, főiskolát végzett	1347	23,7	1550	26,8
középfokú végzettségű	1153	20,3	1652	28,6
szakmunkásképzőt végzett	1645	28,9	921	15,9
általános iskolát végzett	284	5,0	524	9,1
nem tudja	1263	22,2	1131	19,6

nagyobb esélyt teremt az elhelyezkedésre, így mindkét szülő foglalkoztatottságát arányosnak találtuk iskolai végzettségével. Hasonló iskolai végzettség esetén azonban az anyák között magasabb az állás nélküliek aránya; míg a felsőfokú végzettségű anyák 8,9%-a, az apáknak csak 2,9%-a, a középfokú végzettségű anyák 18%-a, az apák 8,6%-a munkanélküli.

2.2. táblázat
A szülők szocio-ökonómiai besorolása (SES) iskolai végzettségük és foglalkozásuk alapján²

Kategória:	Legmagasabb 1.	2.	3.	4.	Legalacsonyabb 5.	Inaktív	Nem besorolható
Apák %	5,9	14,5	44,9	11,6	2,6	8,8	11,7
Anyák%	3,4	21,0	34,2	9,6	5,5	21,0	5,3

A SES szerinti besorolás területi különbségei

A szülők iskolai végzettsége és SES besorolása tekintetében jelentős megyei és település típus szerinti különbségeket találtunk. A magasabb SES státuszba sorolt és magasabb iskolai végzettségű szülők magasabb arányban találhatóak a fővárosban és a megyeszékhely városokban, míg a 4. és 5. csoportba sorolt és inaktív szülők a falvakban. A 3. csoportba soroltak arányaiban nem találtunk településtípus szerinti különbséget, közel azonos arányban élnek a városokban és

² A legmagasabb (1.) kategóriába a vezető pozíciót betöltő, felsőfokú végzettségű, szellemi munkát végzők; a 2. csoportba a szellemi foglalkozást végző, felsőfokú és középfokú végzettségűek, a 3. csoportba középfokú végzettségű nem szellemi munkát végzők és a szakmunkások; a 4. és 5. csoportokba döntően az általános iskolát végzett betanított és segédmunkát végzők kerültek. A "nem besorolható" többségének nem ismert az iskolai végzettsége, csekélyebb részének a foglalkozása.

a falvakban. Az alacsony, a 4. és 5. kategóriákba sorolt szülők az országos átlagnál magasabb arányban élnek Heves, Bács-Kiskun, Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén, Tolna és Zala megyékben.

2.3. táblázat

Apa SES státusza, magasabb iskolai végzettsége és foglalkoztatottsága településtípus szerint

Apa vagy nevelőapa %	Településtípus			
	Budapest	megyeszékhely város	egyéb város	falu és tanya
közép és felsőfokú végzettségű	62,5	63,9	43,0	12,6
SES 1+2	35,8	37,3	18,9	11,0
SES 3	38,5	40,2	46,6	47,8
SES 4+5	9,2	6,3	13,2	18,7
Inaktív	4,3	5,9	8,6	11,6
Besorolhatatlan	12,2	10,3	12,8	11,0

A gyermekek iskoláztatása és a családok szocio-ökonómiai státusza

A gyermekek későbbi életpályáját döntően határozza meg, hogy iskolai tanulmányaikat hol folytatják. A szülők iskolai végzettsége, társadalomban elfoglalt helye és a település, ahol a családok élnek pedig meghatározó a gyermek iskolaválasztására nézve. A magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei szignifikánsan magasabb arányban tanulnak az érettségi bizonyítványt nyújtó oktatási intézményekben, mint a szakmunkásképző iskolákban. A 6 és 8 osztályos gimnáziumok tanulói között is szignifikánsan magasabb arányban található a magasabb iskolai végzettségű és a magasabb szocio-ökonómiai osztályba sorolt szülők gyermekei, mint a 4 osztályos gimnáziumokban (2.4. táblázat).

Ugyancsak különbséget találtunk a különböző településtípuson élő gyermekek iskola választása között: 6 osztályos gimnáziumba jár a válaszoló tanulók 6%-a, a Budapesten élők között ez az arány 10%, a megyeszékhely városokban 11,3%. 8 osztályos gimnáziumba jár a tanulók 4,6%-a, a Budapesten élők között ez az arány 16,3%. A szakmunkásképzőben és szakiskolákban tanulók a 9. és 11. osztályos tanulók mintáinak 18,8%-át teszik ki. Ez az arány a budapesti lakóhelyű gyermekek között 8,4%, a megyeszékhelyen lakók között 5,3%, az egyéb városokban lakók között 16% és a falusi gyermekek között 29,4%.

2.4. táblázat

A különböző típusú iskolák azonos évfolyamain tanulók
édes- (vagy nevelő) apjának iskolai végzettsége

Osztály/ iskolatípus ³ ahová a gyermek jár		Apa iskolai végzettsége%		
		Főiskola /egyetem	Szakmunkás- képző	Általános iskola
5. osztály	általános iskola	19	17	4
	8 osztályos gimnázium	43	6	-
7. osztály	általános iskola	23	24	4
	6 osztályos gimnázium	65	11	1
	8 osztályos gimnázium	45	13	1
9. osztály	6 osztályos gimnázium	47	25	1
	8 osztályos gimnázium	57	20	-
	4 osztályos gimnázium	20	39	5
	szakmunkásképző/szakiskola	3	44	15
11. osztály	6 osztályos gimnázium	50	28	-
	8 osztályos gimnázium	70	14	-
	4 osztályos gimnázium	24	38	5
	szakmunkásképző/szakiskola	7	46	17

A családok jómódúságának besorolására szolgáló objektív jellemzők

- Autó tulajdon: a családok 49,6%-a egy, 24%-a több autónak is tulajdonosa, 26,5%-nak nincs autója.
- Számítógép: a családok 54,1%-ának egy, 17,6%-ának több gépe is van, 28,2% nem rendelkezik számítógéppel.
- Saját szoba: a tanulók 70%-ának van "saját szobája, amit csak ő használ".
- A megelőző 12 hónapban a tanulók 78%-a üdült együtt a családjával, 68%-a a család nélkül. A gyerekek 1/3-a egyszer, fele többször is üdült. A gyerekek közel 1/10-e (571 fő) viszont egyáltalán nem üdült a megelőző 12 hónapban.

³ A gimnázium megjelölés alatt a gimnáziumok és az érettségit és szakmai képzést is lehetővé tevő oktatási intézmények értendők

A család besorolása a jómódúság objektív jellemzői szerint

A további elemzések könnyebbé tételéhez négy változóból (autó tulajdon/saját szoba/ komputer/ együttnyaralás a szülőkkel) képeztünk egy négy fokozatú "családi jómódúság skálát" (CSJS). A skálán elérhető maximális pontszám 9 volt.

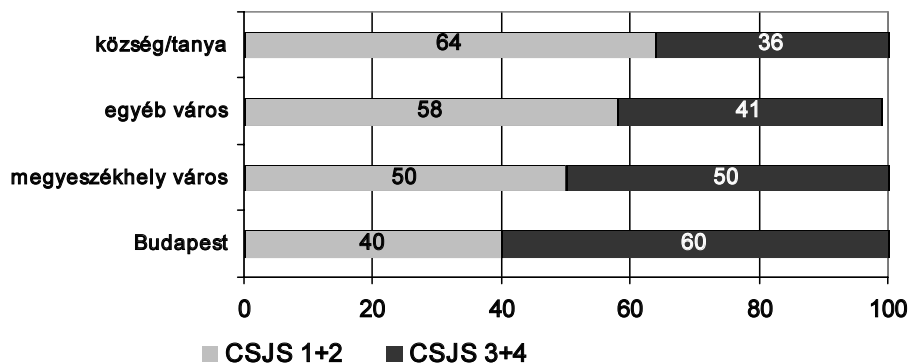
2.5. táblázat

A Családi Jómódúság Skála eloszlása

<i>kategória</i>	<i>pontszám</i>	<i>tanulók (%)</i>
CSJS ₁ (legalsó)	0-1	9,7
CSJS ₂ (alsó-közép)	2-4	47,7
CSJS ₃ (felső-közép)	5-7	37,9
CSJS ₄ (felső)	8-9	4,7

2.1. ábra

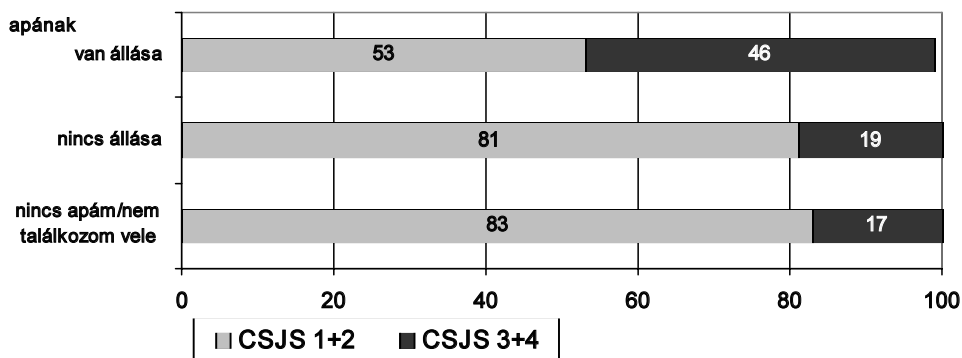
A család jómódúság skála eloszlása (csoportosítva) a gyermekek lakóhelyének nagysága (településtípus) szerint %-ban



Jól látható, hogy annál magasabb az objektív jómódúságot jelző skálán magasabb pontszámot elért családok aránya, minél nagyobb településen élnek. A fővárosban például megközelítően kétszer annyi a jómódú kategóriába sorolható családok aránya, mint a községekben és a tanyákon élők között.

A munkahellyel rendelkező apák családjai jóval magasabb arányban tartoznak a jómódú kategóriába, mint azok a családok, ahol az apa nem dolgozik. Hasonlóan kedvezőtlen helyzetben vannak azok a családok is, ahol az apa nem él, vagy nem tart kapcsolatot a családdal ("nincs apám vagy nem találkozom vele").

2.2. ábra
A család jómódúság skála eloszlása (csoportosítva)
az apa foglalkoztatottsága szerint %-ban



A család jómódúsága az apa iskolai végzettsége szerint

A szülők magasabb iskolai végzettsége a családi jómódúság kedvezőbb besorolásával párosul: míg például a felsőfokú iskolai végzettségű apák családjainak csak 2%-a, addig a szakmunkás végzettségűek családjainak 14%-a, az általános iskolai végzettségű apák családjainak 11%-a tartozik a legalacsonyabb (CSJS₁) kategóriába.

Szegénynek mondható az a család, ahol az alapvető létfenntartási cikkekre, így élelemre sem jut mindig. Erre vonatkozó kérdésünk a következő volt: "Vannak olyan gyermekek, akik azért mennek éhesen az iskolába, vagy fekszenek le éhesen, mert nincs otthon elég ennivaló. Milyen gyakran fordult elő ez veled?"

A kérdés szenzitivitása ellenére csak 22 gyermek nem válaszolt. A válaszolók 94,3%-ával ez soha, 5,1%-kal néha, 0,4%-kal (26 fő) gyakran és 0,2%-kal (10 fő) ez minden nap előfordul. A gyermekek közül 335 (5,7%) válaszolta, hogy ez vele valamilyen gyakorisággal előfordul, ez az arány azonban a CSJS₁ kategóriába tartozók között 12%. Szignifikánsan több gyerekekkel fordul ez elő (8,9%) azokban a családokban, ahol az apának nincs állása, vagy nincs a gyermeknek édesapja, illetve nem találkozik vele (9,4%), mint azokban a családokban, ahol az apa dolgozik (5%).

A családok jómódúsága a tanulók szerint

A válaszoló tanulók:

- 15,5%-a ítélte meg "nagyon jómódú"-nak,
- 32,2%-a "elég jómódú"-nak,
- a tanulók közel fele (46,3%) az "átlagos módú" minősítést választotta és
- csak 6% ítélte meg családját ennél szegényebbnek (tartotta családját "nem valami" és "egyáltalán nem" jómódúnak).

A kérdés szenzitivitása ellenére csak 70 gyermek (1,2%) tartózkodott a válaszadástól, azonban mint látható a legtöbben az átlagos megjelölést választották és csak irreálisan kevesen sorolták magukat a nem jómódú kategóriába.

A gyermek által észlelt jómódúság a család autótulajdonával és a szülőkkel történt együttnyaralással (üdülés) erősebb összefüggést mutat, mint a gyermek számára rendelkezésre álló szoba és a számítógép meglétével. Jellemző azonban, hogy a gyermek által "nagyon jómódúnak" tartott családoknak mindenből több van, autóból, számítógépből és a gyerekek többször is nyaraltak / üdültek a megelőző 12 hónapban.

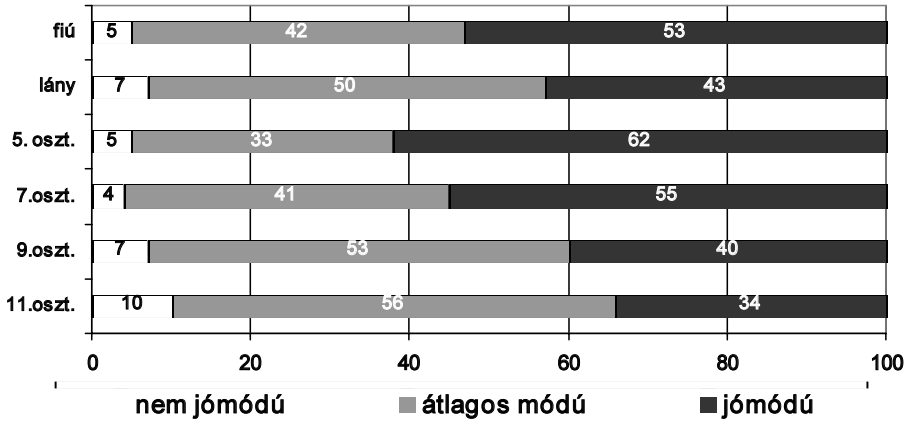
A családjukat jómódúnak és nagyon jómódúnak tartó gyermekek néhány százalékaival is előfordul, hogy néha éhesen mennek iskolába vagy fekszenek le mert nincs otthon ennivaló, azonban ez az arány a magukat egyáltalán nem jómódúnak tartók között sokkal magasabb, 35%.

A szubjektív és az objektív jellemzőkkel mért jómódúság összefüggései

Megállapítható, hogy amíg az objektív adatokkal mért jómódúság szerint a családok 9,7%-a sorolható a legalsó kategóriába, addig a gyermekek önminősítése jobb képet mutat, csak 6% sorolja családját a "nem valami" és "egyáltalán nem jómódú" kategóriákba. A nagyon jómódú kategóriába is többen, a tanulók 15,5%-a sorolja családját, míg a legfelső CSJS₄ kategóriába sorolhatók aránya mindössze 4,7%.

A család jómódúságának a tanulók általi megítélése szignifikáns összefüggést mutat a tanulók nemével és életkorával, amely utóbbit ebben az elemzésben az iskolai osztályhoz való tartozással jelzünk. A lányok és az idősebb tanulók szignifikánsan kedvezőtlenebbnek ítélik meg családjuk anyagi helyzetét, feltehetőleg a kritikusabb és pontosabb megítélés miatt. Az életkor emelkedésével az összehasonlítás lehetőségei is tágulnak.

2.3. ábra
A jómódúság szubjektív megítélése a nemek és az iskolai osztály szerint %-ban



A jómódúság saját megítélése és a család szocio-ökonómiai helyzete

Jobbmódúnak tartják családjukat az édesapjukkal együttélő tanulók, azok, akiknek édesapja dolgozik (van állása). "Jobbmódúak" a magasabb iskolai végzettségű és magasabb szocio-ökonómiai osztályba sorolt apák gyermekei. Település típus szerint nem találtunk szignifikáns eltérést a gyermekek által vallott jómódúságban.

Megbeszélés

A hátrányos társadalmi és gazdasági helyzet (SES) nemcsak a felnőtt, de a gyermeknépesség egészségi állapotát, közérzetét, étellel való elégedettségét és életmódját is befolyásolja. A serdülőkorú fiatalok életminőségének és életmódjának kedvező irányú befolyásolásához szükséges ismernünk a családok szocio-ökonómiai helyzete és a gyermekek életminősége, életmódja közötti kapcsolatot, és azokat a környezeti és pszichoszociális tényezőket, amelyek közvetítő szerepet töltenek be a SES és az életminőség között.

A gyermekek mögött álló társadalmi-szociális háttér megfogalmazására szolgáló változók, a szülők iskolai végzettsége és foglalkozása alapján kialakított SES skála, az objektivizált jómódúság családi jómódúság skálája (CSJS) és a gyermekek önminősítése családjaik jómódúságáról jellegzetes különbségeket mutatnak:

- területi és település típustól függően,
- a szülők (fejezetünkben az apa/nevelőapa adatai szerepelnek) iskolai végzettségétől és aktivitásától függően.

Mivel a gyermekek iskola választása, iskoláztatása döntően határozza meg életútjukat és sorsukat, fontosnak tartjuk kiemelni azokat a tényezőket, amelyek összefüggést mutatnak az iskolatípussal, amelyet a tanuló látogat. Az érettségi bizonyítványt adó és a továbbtanulást inkább biztosító iskolák tanulóinak szülei szignifikánsan magasabb arányban végeztek magasabb iskolákat, és jelentős különbség van a különböző nagyságú településen élő gyermekek iskola választása között is, a kistélepüléseken élő gyermekek rovására.

A közvélemény magasabb minőséget és követelmény szintet társít a 6 és 8 osztályos gimnáziumi oktatási formákhoz, mint a 4 osztályos gimnáziumi és szak-középiskolai oktatáshoz. Az előbb említett különbségek tehát itt is megjelennek: a fővárosban és megyeszékhelyeken élő, magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei választják ezeket az iskolákat.

Az objektivizált és a gyermek által észlelt jómódúság érthetően összefüggést mutatnak egymással, a szubjektív jómódúság a legerősebb összefüggést a szülőkkel történő együttnyaralással mutatja. A gyermekek által észlelt jómódúság valamivel kedvezőbb képet mutat, mint az objektíven mért, és függ a gyermek nemétől és életkorától is. Minden vizsgált életkorban a lányok és a mindkét nembeli idősebb tanulók tartják kevésbé jómódúnak családjaikat, amelyet az életkor előrehaladásával szaporodó összehasonlítási lehetőségek és az a tény magyarázhat, amely szerint a lányok a hasonló korú fiúkhoz képest általában kedvezőtlenebbül ítélik meg életminőségüket.

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

3. TÁPLÁLKOZÁS ÉS ÉTKEZÉSI SZOKÁSOK

Németh Ágnes, Szabó Mónika

Bevezetés

A táplálkozás életmódunknak olyan eleme, melyről köztudott, hogy közvetlenül befolyásolja egészségünket. Gyermek- és serdülőkorban a megfelelő mennyiségű és minőségű táplálkozás nemcsak az egészség megőrzése szempontjából fontos, hanem elengedhetetlenül szükséges az optimális növekedéshez, éréshez és szellemi fejlődéshez is (CDC, 1997).

A helyes táplálkozás egészségre kifejtett közvetlen és hosszú távú preventív hatásaival gazdag hazai és nemzetközi irodalom foglalkozik (Steinmetz és Potter, 1991; Williams és mtsai, 1995; Miles és Eid, 1997; Bodánszky, 1993; Czinner, 1993; Szamosi, 1993). Széles körben ismert, hogy egészséges táplálkozással sokat tehetünk többféle hiánybetegség, az elhízás, a fogszuvasodás, hosszú távon pedig a szív- és érrendszeri problémák, egyes daganatos megbetegedések, az agyvérzés, a magas vérnyomás, és a csontritkulás kialakulásának megelőzéséért, hogy csak a legfontosabbakat említsük.

Az étkezési szokások a legkorábban kialakuló magatartásformák közé sorolhatók, melyek a későbbiek során nehezen változtathatók meg (gondoljunk a gyermekkorban megkedvelt ételekre, ízekre), ezért a család szerepe kulcsfontosságú az egészséges táplálkozási szokások kialakításában. Bizonyos életkorig (hőzavetőlegesen a serdülőkor kezdetéig) tehát nagyrészt a család és - amennyiben részt vesz benne - a közétkeztetés szabja meg, hogy mit, hogyan és milyen rendszerességgel eszik a gyermek. A serdülőkorban már többnyire lazul a szülői kontroll, így ekkor részben már önállóan választhat a fiatal. Választását természetesen befolyásolja az otthoni minta, de a szülőktől való függetlenedés próbálgatásával párhuzamosan megnövekszik és akár dominánssá is válhat a kortársak hatása. Közismert az is, hogy a fiatalok rendkívül fogékonyak a különféle kommunikációs csatornákon érkező információkra, hajlamosak követni akár egészen szélsőséges divatos irányzatokat a táplálkozásban is (pl. vegán, makrobiotikus, reformétrendek).

Az ilyen étkezési szokások a mennyiség és/vagy az összetétel szempontjából elégtelen tápanyagbevitt eredményezhetnek. Ennek jelentősége nemcsak az aktuális egészség szempontjából nagy. Ebben az életkorban a növekedés és az

érés felgyorsulása rengeteg energiát és megfelelő összetételű táplálékbevitelt igényel. Ha ez nem történik meg, maradandó károsodás érheti a szervezetet.

Meg kell említenünk a zömmel ebben az életkorban kialakuló evészavarok problémáját is (Riskó, 1993; Túry és Szabó, 2000). Ezek az étkezési devianciák mennyiségi és minőségi alultápláltságot vagy kóros elhízást eredményezhetnek, melyek súlyosan veszélyeztethetik az egészséget, szélsőséges esetben halálhoz is vezethetnek (pl. anorexia és bulimia nervosa esetében). Ezek a betegségek főként a lányokat érintik és kialakulásuk igen sokféle okra vezethető vissza: többek között patológiás családi viszonyokra, önértékelési zavarokra, az elhízástól való irreális félelemre. A fiúk körében jóval alacsonyabb arányú az evészavarok előfordulása, és ezek jellege is más olyan értelemben, hogy a fiúknál inkább a túlzott testépítéshez kapcsolódóan az egészségre és a fejlődésre káros étrend-kiegészítők (pl. hormontartalmú készítmények) fogyasztása a jellemző.

E szélsőséges eseteket nem tekintve (melyek ugyanakkor a serdülőknek nem elhanyagolható hányadát érintik) is elmondható, hogy sok a kifogásolható elem a fiatalok táplálkozásában: jellemző a folyamatos majszolás, nassolás a szokásos főétkezések helyett, ill. a főétkezések - különösen a reggeli - kihagyása, a rostban, vitaminokban, ásványi anyagokban szegény, kalóriában gazdag ételek fogyasztása (Mándoki, 1997; Bihari és mtsai, 1999; Németh és mtsai, 2000; Antall és mtsai, 2001). Álljon itt néhány konkrét adat is. Az Országos Élelmezési és Táplálkozástudományi Intézet által 1995-ben 12-13 éves gyermekek körében elvégzett felmérés szerint a fiúk 17%-ánál, míg a lányok 13%-ánál a napi energiabevitel nem érte el az ajánlott mennyiség 70%-át, tehát esetükben már mennyiségi éhezéstről lehet beszélni. A gyerekek 50%-ának fehérjebevitel és 27%-ának szénhidrátbevitel nem érte el az ajánlott bevitel 70%-át. A zsiradékbevitel viszont 17%-uknál magasabb volt az ajánltnál, és a telített zsírsavak domináltak. A gyerekek átlagos Na-bevitel (konyhasó) 283%-kal meghaladta a megengedett mennyiséget. A gyermekek 11%-a reggeli nélkül indult el az iskolába (Zajkás, 1998). A fenti eredmények lehetséges okaiként a szerző a szegénységet, a szülői nemtörődömséget és a tudatlanságot említi.

A serdülőkor érzékeny periódusában, amikor azok az attitűdök, magatartásformák, szokások, melyek majd az egész élet során befolyásolják az egészségi állapotot, megszilárdulnak (Kaplan és Mammel, 1993; Bee, 1995) még van esély a pozitív befolyásolásra. Az egészséges életmódra nevelő programok kidolgozásához és hatékonyságához szükséges, hogy minél teljesebb képet kapjunk a fiatalok táplálkozási és étkezési szokásairól. Ehhez kíván hozzájárulni kutatásunk is.

A vizsgálatban a következő kérdéscsoportok szerepeltek:

- étkezési mintázat: a főétkezések gyakorisága
- a táplálkozás minőségi jellemzői: egyes ételek fogyasztási gyakorisága.

Eredmények

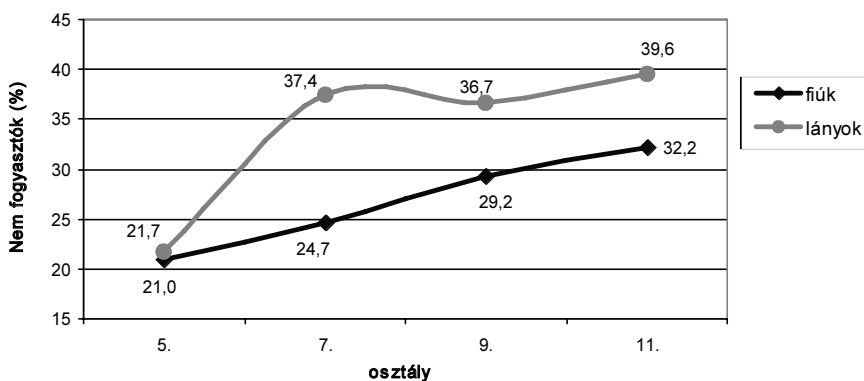
A főétkezések rendszeressége

A kérdőívben mindhárom főétkezésre rákérdeztünk: "Milyen gyakran szoktál rendszeren¹ reggelizni / ebédelni / vacsorázni?" A lehetséges válaszok: *tanítási napokon: "soha / egyszer / kétszer / háromszor / négyszer / ötször egy héten", hétvégén: "soha / egyszer / szombaton és vasárnap is"*.

A gyerekeknek átlagosan mintegy harmada jelölte, hogy soha nem reggelizik rendszeren hétköznapokon. Az 5. osztályban gyakorlatilag nincs különbség a két nem között, majd a fiúknál egyenletesen, míg a lányoknál ugrásszerűen megnő a reggelit soha nem fogyasztók aránya az idősebb korcsoportokban. E változások szignifikánsak és a két nem között is jelentőssé válik az eltérés (3.1. ábra).

3.1. ábra

A hétköznapokon soha nem reggeliző tanulók aránya nem és osztály szerint



A hétvégét tekintve a gyerekek 7,4%-a vallotta, hogy soha nem reggelizik rendszeren. Az életkori tendenciák megegyeznek az előző kérdésnél leírtakkal, de a nemek között nincs szignifikáns eltérés (3.2. ábra).

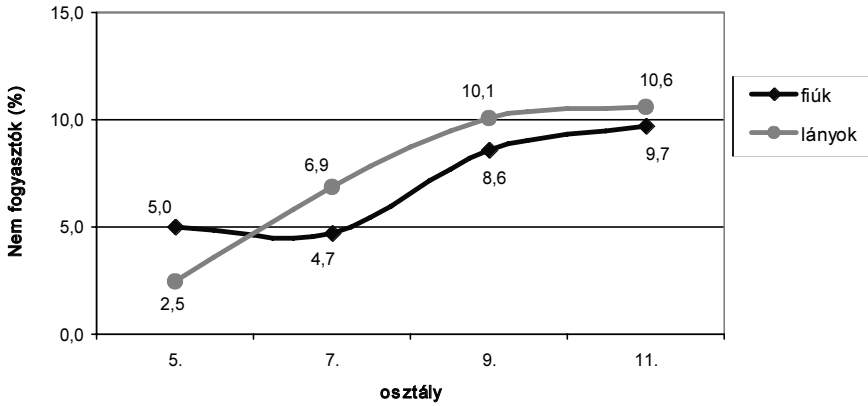
A gyerekeknek átlagosan 10,3%-a nem ebédel rendszeren hétköznapokon.

A nemek közötti különbségek és az életkori tendenciák hasonlóan alakulnak, mint a reggeli esetében, azzal a különbséggel, hogy csak a középiskolás korosztályban van szignifikáns eltérés a fiúk és lányok között (3.3. ábra)

¹A "rendszen" fogalmát körülírtuk a kérdésben. A reggeli esetében ez azt jelenti, hogy nemcsak egy pohár tejet, teát vagy gyümölcslevet iszik, az ebéd esetében, hogy nemcsak egy pár falatot (pl. gyümölcsöt, csokit, kekszet) kap be, a vacsora esetében pedig, hogy nemcsak egy pohár tejet, teát gyümölcslevet iszik vagy egy szelet kenyeret eszik.

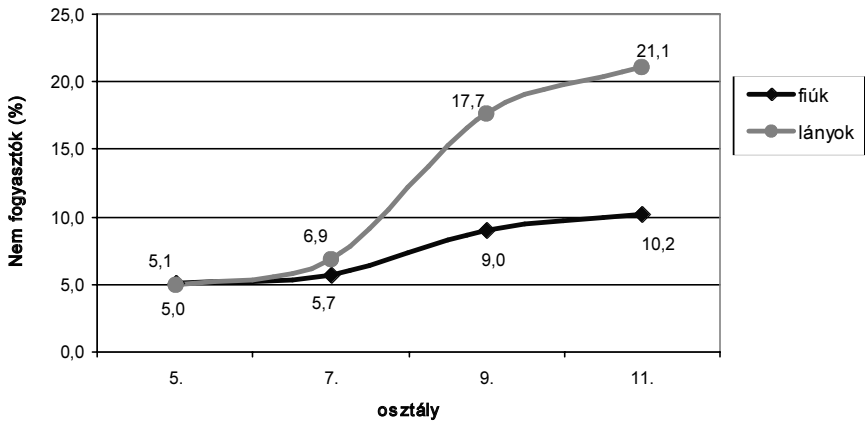
3.2. ábra

A hétvégéken soha nem reggeliző tanulók aránya nem és osztály szerint



3.3. ábra

A hétköznapokon soha nem ebédelő tanulók aránya nem és osztály szerint



Hétvégéken sokkal nagyobb arányban ebédelnek rendszeresen a fiatalok: a fiúknak átlagosan 93,7%-a, míg a lányoknál átlagosan 92,2%-a jelölte, hogy mindkét napon ebédel, és a két nem közötti különbség nem jelentős. A fiúknál ez az átlagérték gyakorlatilag állandó minden korosztályban (0,5%-nál nagyobb eltérés nincs az átlaghoz képest), míg a lányoknál enyhe, de szignifikáns csökkenés tapasztalható az 5. osztályosok 94,7%-os értékétől a 11. osztályosok 89,3%-os arányáig.

A vacsorát illetően szignifikáns nemi különbség látható: a lányok mind hét

közben, mind hét végén nagyobb arányban vallották, hogy nem vacsoráznak rendszeresen. A fiúknak átlagosan 79,2%-a vacsorázik minden hétköznap, míg a hétvégére vonatkozóan 88,0%-uk válaszolta ugyanezt. A fiúknál nincs szignifikáns eltérés az egyes évfolyamok között.

A lányoknál azonban szignifikánsan nő az életkor előrehaladtával a vacsorát rendszeresen kihagyók aránya. Az iskolai napokat tekintve az 5. osztályosoknál 5,8%, míg a 11. osztályosoknál már 18,9% azoknak az aránya, akik soha nem vacsoráznak rendszeresen. A hét végét tekintve ugyanezek a számok 4,2% és 16,6%.

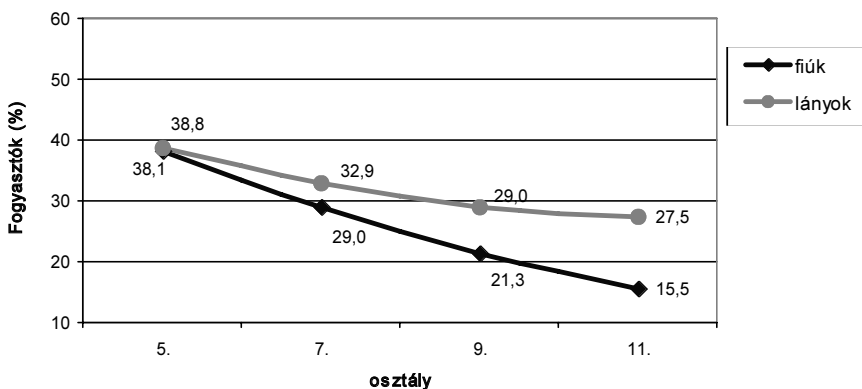
A táplálkozás minősége

A vizsgált ételféleségek közül itt a gyümölcsök és zöldségek, mint fontos rost- és vitaminforrások, a tejtermékek, mint a legfontosabb kalciumforrások, valamint az édességek, a szénsavas üdítőitalok (kóla, tonik, stb.) és a rágcálnivalók (chips, pattogatott kukorica stb.), mint szénhidrátban és zsiradékban, azaz kalóriában gazdag, de vitaminokban, ásványi anyagokban és rostokban szegény élelmiszerek fogyasztási gyakoriságát közöljük. A tanulók a következő válaszok közül választhattak a *"Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat?"* kérdésre: *"soha / ritkábban, mint hetente / hetente / hetente 2-4-szer / hetente 5-6-szor / minden nap egyszer / minden nap többször is"*. Az eredmények leírásánál a *"minden nap egyszer"* és *"minden nap többször is"* válaszokat összevonva adjuk meg.

Összességében a tanulók 28,8%-a válaszolta, hogy napi rendszerességgel fogyaszt gyümölcsöt, ám ez az arány az életkorral jelentősen csökken, különösen a fiúknál. A lányok minden életkorban kissé jobb arányokat mutatnak, de az eltérés csak a 11. évfolyam esetében szignifikáns (3.4. ábra)

3.4. ábra

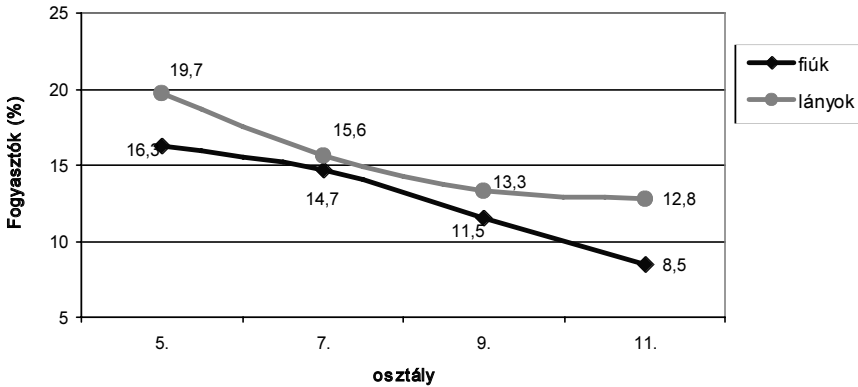
A gyümölcsöt naponta fogyasztó tanulók aránya nem és osztály szerint



A napi zöldségfogyasztás aránya jóval kisebb, 13,9% a teljes mintára nézve, és szintén kimutatható az életkorral csökkenő tendencia, de a lányok és fiúk között nincs szignifikáns eltérés (3.5. ábra).

3.5. ábra

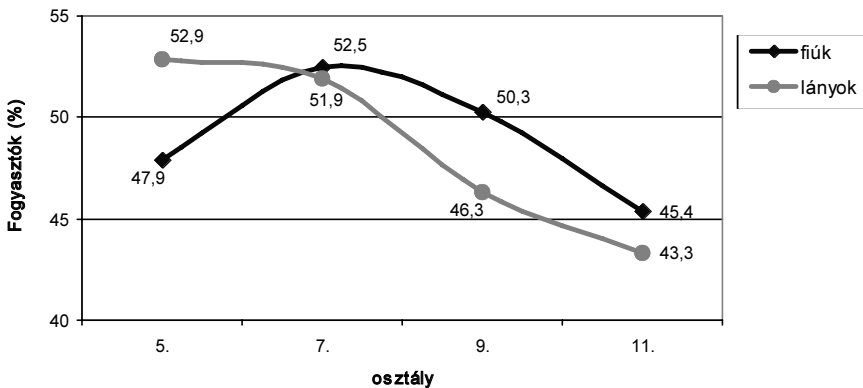
A zöldségféléket naponta fogyasztó tanulók aránya nem és osztály szerint



A tejtermékeket illetően elmondható, hogy a tanulóknak mintegy fele (48,6%) fogyasztja naponta ezeket az étel- és italféleségeket. A nemek közötti különbség itt elhanyagolható, viszont az életkorral itt is általában csökkenő tendencia figyelhető meg (3.6. ábra).

3.6. ábra

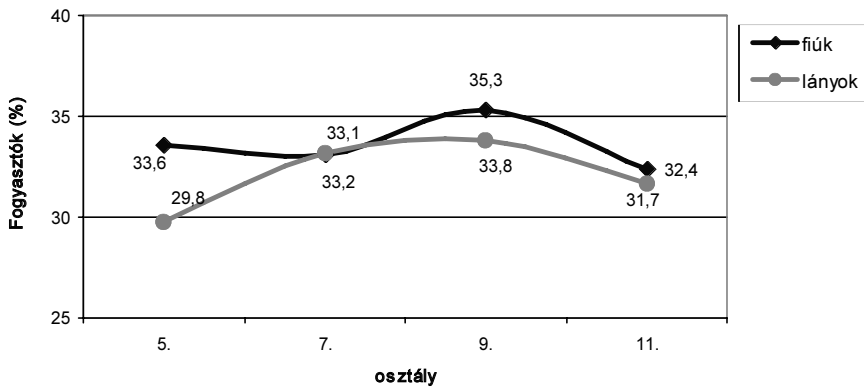
A tejtermékeket naponta fogyasztó tanulók aránya nem és osztály szerint



A cukrozott üdítőitalok és az édességek napi fogyasztása a serdülőknek mintegy harmadára jellemző. Ez az arány állandónak mondható az üdítőitalok esetében, kortól és nemtől függetlenül (3.7. ábra), míg az édességek fogyasztása a 7. osztálytól kezdve enyhé, de szignifikánsan csökkenő tendenciát mutat (3.8. ábra). Ez utóbbi esetben a 7. és 11. osztályban térnek el szignifikánsan a fogyasztási arányok a két nem között.

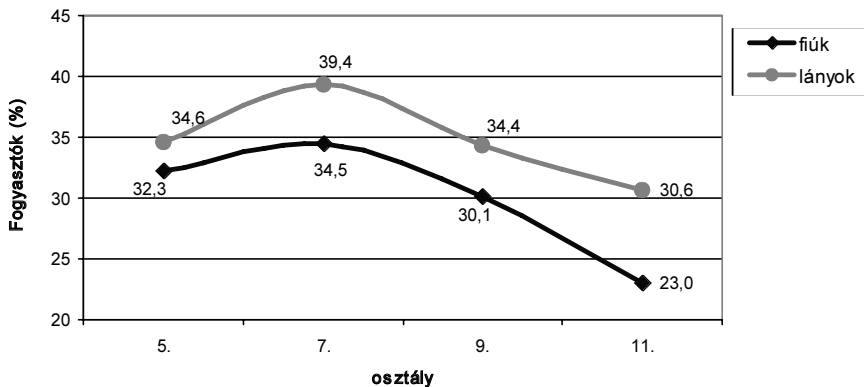
3.7. ábra

A szénsavas üdítőitalokat naponta fogyasztó tanulók aránya nem és osztály szerint



3.8. ábra

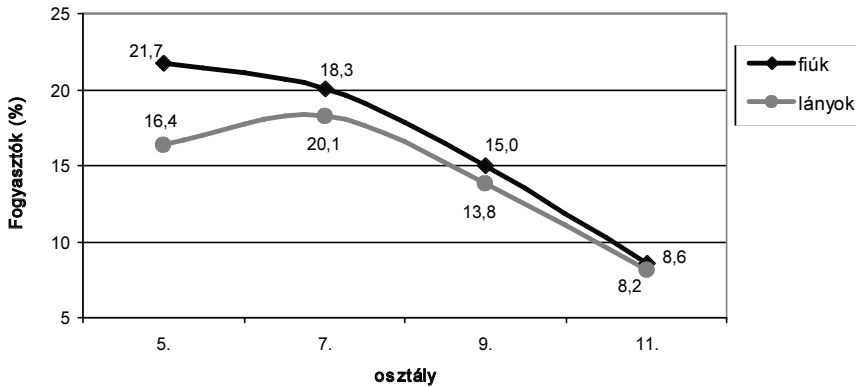
Az édességeket naponta fogyasztó tanulók aránya nem és osztály szerint



A rágsálnivalók napi rendszerességű fogyasztása jóval kevésbé jellemző - átlagosan 15,1% - és mindkét nemnél jelentős csökkenést mutat az életkor előrehaladtával. A fiúk és lányok között azonban nincsen szignifikáns eltérés (3.9. ábra).

3.9. ábra

A rágsálnivalókat naponta fogyasztó tanulók aránya nem és osztály szerint



Megbeszélés

A táplálkozás minőségi összetevőit tekintve a lányok összességében kedvezőbb képet mutatnak, mint a fiúk. Növényi táplálékokat és tejtermékeket általában nagyobb, míg magas kalóriatartalmú élelmiszereket általában kisebb arányban fogyasztanak (kivéve az édességeket), mint a fiúk. Mindkét nemre jellemző azonban, hogy az életkor előrehaladtával csökken az egészséges táplálékok fogyasztási gyakorisága. Sajnos még a legjobb képet mutató csoportokban sem éri el az 50%-ot a napi fogyasztás. Kedvező viszont az a tendencia, hogy az egészségtelen élelmiszerek fogyasztási gyakorisága általában csökken az idősebb korcsoportokban.

Az étkezések rendszerességét tekintve a fiúk mutatnak kedvezőbb képet. A lányok sokkal hajlamosabbak kihagyni egy-egy étkezést, mint a fiúk, minél idősebbekről van szó, annál inkább. Mindkét nemre jellemző, hogy a hét közbeni táplálkozás problematikusabb, mint a hét végi, és főként a megfelelő reggeli hiánya tapasztalható.

A táplálkozás minőségi összetevőiben és az étkezési mintázatban mutatkozó elmentéses tendencia a két nem között részben azonos okokra vezethető vissza. A lányok általában ebben az életkorban már tudatosabban táplálkoznak, elsősor-

ban a testtömeg kontrollálása vagy csökkentése érdekében (erről a 8. fejezetben lesz bővebben szó). Mint eredményeink is mutatják, e törekvésnek egyaránt lehetnek pozitív és negatív következményei: egyrészt a rostokban, vitaminokban és ásványi anyagokban gazdag, viszont energiában szegény táplálékok gyakoribb fogyasztása, másrészt a főétkezések gyakoribb kihagyása.

Az étkezések kihagyása nagyon kedvezőtlen mind az egészség, mind az iskolai teljesítmény szempontjából. Az étkezéseket - különösen a reggelit - kihagyók hajlamosabbak a napközbeni nassolásra (Resnicow, 1991), ugyanakkor az éhség megakadályozza őket a megfelelő koncentrációban a tanítási órákon és fáradtabbak az egész nap folyamán (Miles és Eid, 1997).

Összességében szemlélve az eredményeket a serdülőkor biológiai és pszichoszociális változásai magyarázatot adhatnak a jellegzetes nemi és életkori eltérésekre. A gyors testi változások következtében a serdülők figyelme fokozottabban fordul saját testük, megjelenésük felé. A mai társadalmi elvárások olyanok - különösen a lányok esetében -, hogy az állandó testtömeg-kontroll, testformálás, esztétikus megjelenés mind több fiatal számára válnak fontos szempontokká. Ez lehet a háttérben annak, hogy a lányok tudatosabban táplálkoznak, igyekeznek egészségesebb, kalóriaszegényebb ételleket fogyasztani, ugyanakkor karcúságuk megőrzése céljából hajlamosabbak az étkezések kihagyására. Ez utóbbi esetben visszautalnánk arra is, hogy a lányoknál a fiatalabb korcsoportokban - hozzávetőlegesen a pubertás kezdete táján - ugrásszerűen megnő a főétkezéseket rendszeresen kihagyók száma.

Az életkor növekedésével kedvezőtlen tendenciát mutató táplálkozási szokások háttérben többek között a csökkenő szülői kontroll és a növekvő kortárs befolyás is szerepet játszik.

4. A NAPIREND NÉHÁNY JELLEMZŐJE: TESTMOZGÁS, KÉPERNYŐHASZNÁLAT, TANULÁSRA FORDÍTOTT IDŐ

Szabó Ágnes

Bevezetés

Fizikai aktivitás

Az egészséget támogató magatartásnak az egészséges étrend követése és a kockázati tényezők - alkohol-, drogfogyasztás, dohányzás, stb. - kizárása mellett fontos összetevője a harmonikus és fizikailag aktív életmód.

A kellően aktív életvitel számos kedvező élettani hatással jár. Az Angol Egészségnevelési Hatóság (HEA) táplálkozási munkacsoportjának megállapítása szerint a testmozgás döntő jelentőségű a testsúly-szabályozás és az elhízás megelőzése szempontjából (Due és mtsai, 2001).

A serdülőkori rendszeres fizikai aktivitás kedvező hatást gyakorol mind a felnőttkori, mind az aktuális egészségi állapotra és teljesítőképességre, csökkenti a fiatalkori morbiditást azáltal, hogy kedvező hatású a testtömeg csökkentésére, a fitness növelésére. Emellett csökkenti a felnőttkori krónikus betegségek kialakulásának esélyét. A szabadidő túl nagy hányadának passzív eltöltése kedvezőtlen hatású a serdülők meglévő és jövőbeni testi-lelki egészségére.

A fizikai aktivitás kedvező hatású a szorongásra és depressziós állapotra, csökkenti a stressz kedvezőtlen hatásait (Urbán és Hann, 2003). A rendszeres edzés fokozza az énhatékonyság és kontroll-érzést. A testmozgás emellett javítja az önértékelést, elsősorban a testkép érzékelésének változásán keresztül (Varga, 2002).

A testképpel, külső megjelenéssel kapcsolatos, jellegzetesen ebben az életkorban felerősödő pszichés problémákat is oldhatja a fizikai aktivitás, valamint a társas tevékenység keretében végzett testmozgás fontos, a közösségbe integráló, a szociális kogníciót fejlesztő hatással bír (Varga, 2002). A fizikailag aktív szabadidős tevékenység, illetve a sport egyfajta szocializációs terepnek, "küzdőtérnek" tekinthető a fiatalok számára (Hickman és mtsai, 2000).

A szakirodalom a felnőtt populációra vonatkozóan a hetente legalább két alkalommal, legkevesebb fél órán át végzett testmozgást tekinti rendszeresen végzett fizikai aktivitásnak (Sallis és Owen, 1999; idézi Urbán és Hann, 2003). A HEA 1996-os szimpóziuma legkevesebb napi fél órás fizikai aktivitást javasol (Biddle és mtsai 1998, idézi Hickman és mtsai, 2000).

Az általunk vizsgált életkorú gyermekek számára legalább napi egy órás intenzív mozgás biztosítja a vázizom, a légző- és keringési rendszer megfelelő fejlődését és erőnlétét (fittségét).

Azonban a HBSC kutatás minden eddigi adatfelvételének eredményei azt mutatják, hogy a vizsgált életkorú tanulóknak csupán a fele (15-17 éves életkorban egyharmada) végez megfelelő gyakoriságú és időtartamú mozgást (Mándoki, 1988).

Tanulóink erőnlétével kapcsolatos ismételt felmérések (fittségi vizsgálatok) az erőnlét életkorral való csökkenését mutatják, különösen a lányok körében (Eiben és mtsai, 1991; Fehérné Mérey, 1996). Ugyanakkor az orvosi vizsgálatok a testtartási és lábstatikai problémák magas, az életkorral emelkedő arányára utalnak (Somhegyi és mtsai, 1998).

A képernyő és a gyermek

Az otthoni szabadidős elfoglaltságok között az időtartamot tekintve uralkodó tevékenységgé vált a televíziózás. A televízió minden eddigi tömegkommunikációs eszköznél nagyobb befolyást gyakorol nemcsak az egyes emberek életére, hanem a társadalom egészére is. Számos előnye mellett - mint például a gyors informálódás vagy az oktatási funkció - a válogatás nélküli, mértéktelen használata elsősorban a gyermekek és a serdülők fejlődésére lehet káros. A gyakori, hosszan tartó televíziózás, különösen az agresszív, izgalmas jelenetek fokozott izgalmi állapotot eredményeznek, amely szélsőséges érzelmi megnyilvánulásokhoz vezethet. Különösen veszélyeztetettek a magatartásproblémákkal, figyelemzavarral küzdő, vagy szorongó és gátolt gyermekek. Ezen gyermekek eleve magasabb alapfeszültségi szintjét a túlzott televíziózás tovább növeli. A tartósan sokat tévéző gyermekeknél csökken az olvasási készség, gyengül a koncentrációs képesség. Az órákig tartó tévézés és számítógépezés mint fizikailag passzív tevékenységek a gyermeket a mozgásos tevékenységtől vonják el (Velkey, 1996; Vetró és Csapó, 1991).

A televíziónézésre fordított időtartamon kívül a nézett programok tartalma dönti el, mennyiben tekinthető pozitív vagy negatív hatásúnak a tévézés. A "médiafogyasztást" megkülönböztethetjük a kritikus és igényes tv-használattól (László, 1999).

A tv-nézés és a számítógépezés - ezen belül is kiemelten az internet használata - tehát fontos tevékenységeknek tekinthetők az információszerzés szempontjából. Azonban ha a napirend túl nagy hányadát teszik ki, esetleg kizárólagossá válnak, akkor az már egészségtelen életmódot, túlzott passzivitást, és nem utolsósorban a szabadidő jelentős részének magányos eltöltését jelezheti.

Angelusz és Tardos 1998-as felmérése szerint a 12-18 éves korosztály hétköz-

nap átlagosan 131, hétvégén 208 percet fordít televízió-nézésre. A hétvégén televíziózásra fordított idő mennyisége megegyezik a felnőttekre jellemző, a serdülőkénél magasabb értékkel.

A tanulásra fordított idő

Jelentős részét teszi ki az általunk vizsgált diákok napirendjének az otthoni tanulás. A magyar tanulók iskolai terhelésével, az iskolai munkanapok hosszával, a tanulással, felkészüléssel eltöltött idővel - egyszóval a tanulók terheivel - évek óta foglalkozik mind az oktatási szakma, mind a közvélemény.

A hazai szakirodalomban találunk adatokat a tanulók munkaterheire vonatkozóan. Nagy (2002) országosan reprezentatív mintán alapuló tanulmánya szerint a hetedikes általános iskolások átlag 1 óra 43 percet tanulnak. Ugyanebben a tanulmányban az otthoni tanulás időtartama és a nem kapcsolatára hívja fel a figyelmet. Eszerint a tanulásra fordított idő elsődleges predikáló tényezője a nem. A lányok átlagosan hetente (némi) több időt fordítanak a felkészülésre, mint a fiúk.

A házi feladatra fordított idő mellett az iskolán kívüli tanulás mennyiségét növeli - az általunk ezúttal nem vizsgált - különórákra fordított idő is. Nagy (2002) vizsgálata szerint elsősorban a többlet tanulókat terhelik a különóra, mivel minél több külön elfoglaltsággal rendelkezik valaki, annál többlet tanul otthon is.

Az Országos Közoktatási Intézet 2002 őszén indított, iskolai munkaterhekre vonatkozó reprezentatív vizsgálata is foglalkozik az otthoni tanulásra fordított idővel. Az eddig megjelentetett előzetes eredmények szerint az alsó tagozatos diákok átlagosan 1 óra 24 percet fordítanak a házi feladatra, mind hétvégén, mind hét közben. A felső tagozatos diákoknál hét közben átlagosan 1 óra 27 perc, hétvégén 1 óra 56 perc a tanulással töltött idő. A gimnáziumba járó középiskolások hét közben átlagosan 1 óra 45 percet, hétvégén 3 óra 34 percet tanulnak otthon. A szakközépiskolások hét közben átlagosan 1 óra 34 percet, hétvégén 1 óra 54 percet fordítanak a házi feladatra (Nagy és mtsai, 2002).

A fenti vizsgálati eredmények szerint tehát a napi 1-2 óra tanulás mondható átlagosnak. A gimnáziumba járók esetében hétvégén az átlagos tanulásra fordított idő napi 3-4 óra közé esik.

Eredmények

Testmozgás

A vizsgálatba a mozgásos tevékenységek (sportolás, játék, testnevelés óra) rendszerességére és napi időmennyiségére, valamint a rendszeres mozgást leginkább biztosító sportegyesületi elfoglaltságra vonatkozó kérdéseket vontuk be.

A kérdőívben mind az adatfelmérést megelőző, mind egy átlagos hétre jellemző testmozgás mennyiségét és gyakoriságát is megkérdeztük: "*Gondolj az elmúlt hétre, és próbáld összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozogtál?*" "*Gondolj egy átlagos hétre, hány olyan napod szokott lenni, amikor mozogsz 60 percet?*"¹

Nem kellően aktív életmódként értelmezzük, ha a válaszadó hetente egyszer sem, vagy csak egy-két alkalommal mozog egy-egy órát. Elfogadhatónak tekintjük viszont a heti háromszor-négyszer hatvan perc, és soknak az öt vagy annál több alkalommal hatvan perc mozgást.

A testmozgásra fordított idő mennyiségét jelentősen befolyásolja a kérdezettek neme és életkora. A nemek közt szignifikáns különbség mutatható ki. A lányokra - a korábbi vizsgálatok eredményeivel egyezően (HBSC International Report, 2000) - inkább jellemző a mozgásszegény életmód. A testmozgás heti mennyiségének fent említett értékelése szerint megállapítható, hogy a fiúk mintegy 70%-a, a lányoknak pedig 58%-a sorolható a még elfogadható vagy sokat sportolók csoportjába. (4.1. táblázat)

4.1. táblázat

Az elmúlt heti fizikai aktivitás nemek szerint (%)

Legalább 60 percet mozog - Napok száma	Nem	
	Fiúk	Lányok
Egy sem	5,7	7,8
1-2 nap	24,4	33,9
3-4 nap	30,7	35,0
5 nap vagy több	39,2	23,3
Összesen (%)	100,0	100,0

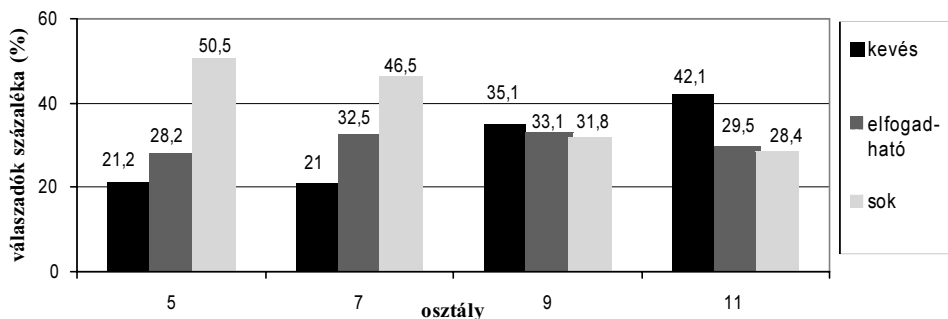
¹A mozgásos tevékenységet a gyerekek számára a kérdőívben úgy írtuk körül, mint ami "magnöveli a pulzusod (szívverésed) számát és néha ki is fulladsz (lihegsz). Ide tartozik, ha tornaórán, sportkörön mozogsz, vagy ha a barátaiddal játszol (pl. futsz, gyorsan gyalogolsz, rollerezel, biciklizel, gördeszkázol, úszol, focizol, síelsz, kosárlabdázol, táncolsz stb.)"

A teljes válaszadói mintának hozzávetőleg az egyharmadára (29,8%) jellemző a sok, egyharmadára (32,2%) az elfogadható mennyiségű testmozgás, és több, mint egyharmaduk (35,5%) az elégségesnél kevesebb testmozgást végez.

Az életkor emelkedésével a fizikai aktivitást tekintve mind a fiúk, mind a lányok válasza egyre kedvezőtlenebb arányokat mutatnak. Mindkét nemnél az 5. és a 11. osztály között megkétszereződik a kevés fizikai aktivitást végzők aránya, és jelentősen csökken a sokat mozgók aránya. A sokat sportolók aránya a 11. osztályos lányok között kevesebb mint fele az 5. osztályos lányokra jellemző értéknek (33,1%). Az elfogadható mennyiségű testmozgást végző diákok aránya a lányok esetében lefele mozdul el, míg a fiúknál enyhén emelkedik az ide tartozók aránya (4.1. és 4.2. ábra).

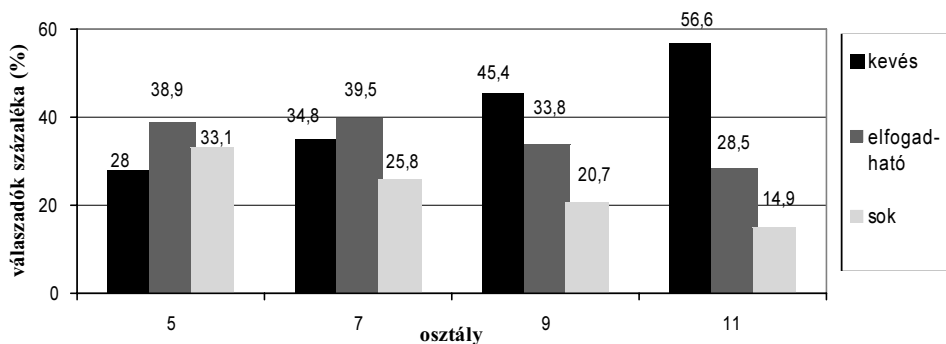
4.1. ábra

Fiúk - elmúlt heti testmozgás iskolai osztály szerint



4.2. ábra

Lányok - elmúlt heti testmozgás iskolai osztály szerint



Míg az 5. osztályos fiúknak csak 2,7%-ára jellemző, hogy a napirendjéből bevállása szerint teljesen hiányzik a testmozgás, addig a 11. osztályosoknak már egytizedére jellemző ugyanez.

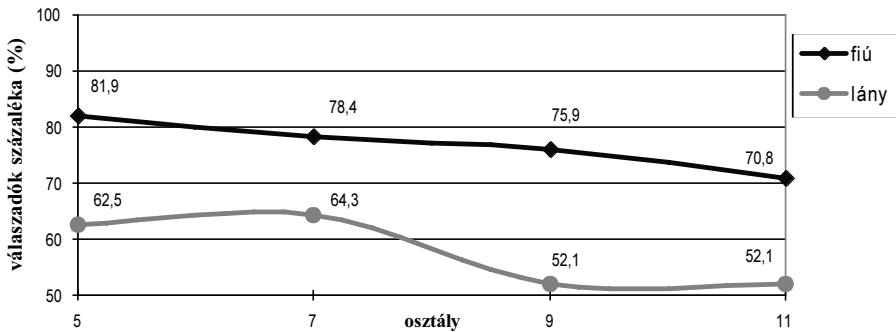
Állóképesség

Mivel a fizikai állóképesség mérése, fejlesztése egyre inkább része az iskolai testi nevelésnek, feltételeztük, hogy a gyerekek ismerik ezt a fogalmat. Az állóképesség önértékelése mindkét nemnél jobb a fiatalabb korosztályban. Az életkor előrehaladtával megfigyelhető, hogy a "Milyen az állóképességed?" kérdésre egyre nagyobb arányban a "nem kielégítő" és "átlagos" válaszokat jelölték meg a gyerekek, és egyre kevesebben sorolják magukat a "jó" illetve "nagyon jó" kategóriába.

Legjobb véleménnyel saját állóképességükről az 5. osztályos fiúk vannak: 81,9%-uk tartja jónak illetve nagyon jónak. Legrosszabbnak a középiskolás korosztályhoz tartozó lányok tartják az állóképességüket, a megkérdezettek 40,9%-a átlagosnak tartja azt, 7,1%-a pedig nem kielégítőnek (4.3. ábra).

4.3. ábra

Az állóképességüket jónak vagy nagyon jónak minősítő tanulók aránya nem és iskolai osztály szerint



Az állóképesség szubjektív megítélése szignifikánsan összefügg a sportolásra fordított idő mennyiségével és gyakoriságával. Például a magukat nagyon jó állóképességű kategóriába soroló fiúk 81,2%-a, a lányok 73,4%-a legalább háromszor egy órát vagy többet mozog hetente. Az állóképességüket nem kielégítőnek tartó lányoknak csupán 33,7%-a, a fiúknak 36,5%-a tartozik a heti háromszor egy órát vagy többet mozgók közé.

Sportegyesületi tagság

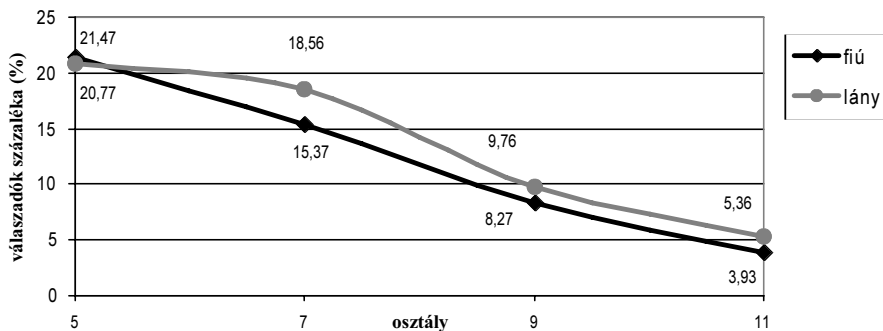
A rendszeres fizikai aktivitást leginkább az iskolai vagy iskolán kívüli egyesület keretében való sportolás biztosítja. A lányok kisebb mértékű aktivitása itt is megfigyelhető: alacsonyabb arányban vesznek részt szervezett sporttevékenységben, mint a fiúk.

Mindkét nemnél megfigyelhető a rendszeres, szervezett sportolásban való részvétel csökkenésének életkori trendje: a középiskolás korosztály jóval alacsonyabb arányban tagja sportegyesületnek, mint az általános iskolás korosztály. Az 5. osztályos lányok csaknem fele, 48%-a tagja sportegyesületnek, a hetedikeseknél ez az arány már alacsonyabb, 42,7%. A 9. és 11. osztályosok közt a válaszadóknak csak mintegy negyede - a 9. osztályosok 27,2%-a, a 11. osztályosoknak pedig 23%-a - sportol szervezett formában.

Az iskolai sportegyesületek tagsága az életkor emelkedésével jelentősen csökken (4.4. ábra).

4.4. ábra

Iskolai egyesületben sportoló tanulók aránya nem és iskolai osztályok szerint



Az iskolán kívüli sportkörökhöz tartozók aránya ezzel szemben mindkét nemnél csak kis mértékben csökken, illetve a középiskolás korosztályon belül, a 9. és a 11. osztályosok közt kis mértékben nő is az ide tartozók aránya.

Összehasonlítva az azonos évfolyamokban, de különböző iskolatípusokban tanulók válaszait, azt látjuk, hogy az iskolai és iskolán kívüli sportköri tagság aránya a középiskolás korosztályban, a négy osztályos gimnáziumba járók és a szakiskolások, szakmunkásképzőbe járók körében a legalacsonyabb. Összességében a 9. és 11. osztályos szakiskolás és szakmunkásképzős lányok közt a legmagasabb az egyesületekből kimaradók aránya: mindössze egytized részük sportol szervezett formában.

Fizikailag passzív elfoglaltságok

A vizsgálatba bevont fizikailag passzív időtöltések kétarcúak. Egyrészt bizonyos időhatáron belül pozitív a hatásuk, illetve - mint az otthoni tanulás - szükségesek, másrészt ha a rájuk fordított napi időmennyiség túl hosszú, akkor egészségveszélyeztető hatásúak lehetnek.

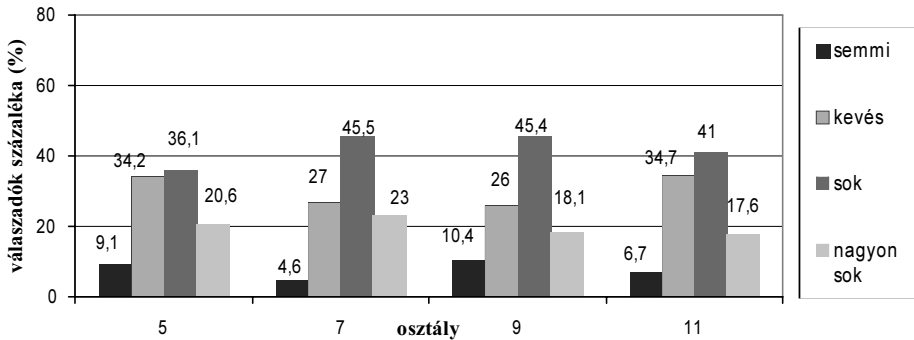
Tv, videó

A tv-nézésre és videózásra fordított idő mennyiségére tanítási napokra és hétköznapokra vonatkozóan külön kérdeztünk. A hétköznapi és hétvégi adatok közt nagy eltérések figyelhetők meg, ami érthető, mivel az iskolai aktivitás és a hozzá kapcsolódó napi kötelezettségek a vizsgált korosztály esetében korlátozzák a tévézésre fordított időt.

Míg hét közben minden korosztályban, mind a fiúk, mind a lányok között azok vannak a legnagyobb arányban, akik sokat², - napi 2-3 órát - töltenek tv-nézéssel vagy videózással, addig hétvégén a válaszadók felét is meghaladja azoknak a száma, akik a nagyon sokat tévézők körébe tartoznak (4.5. és 4.6. ábra).

4.5. ábra

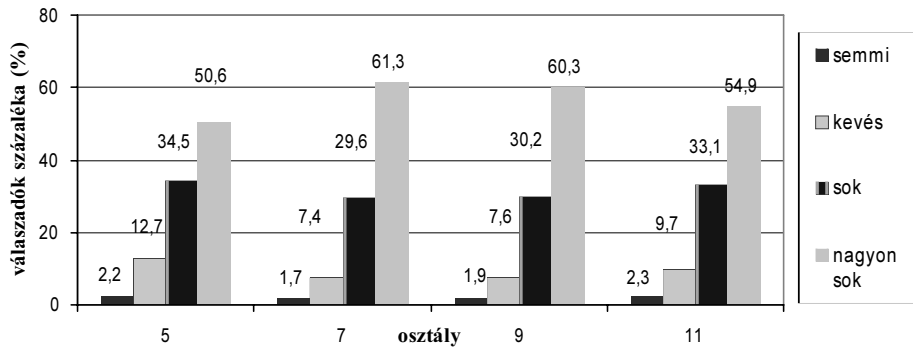
TV nézés időtartama tanítási napokon, iskolai osztályok szerint



²Az iskolában töltött és a tanulásra fordított időt, valamint a napi legalább egy órás mozgásigényt figyelembe véve soknak tekintettük a napi 2-3 órát, és nagyon soknak, ha ennél több időt töltenek a tanulók a képernyő előtt.

4.6. ábra

TV nézés időtartama hétfégi napokon, iskolai osztályok szerint



Tanítási napokon a válaszadók valamivel kevesebb mint fele tévézik naponta egy órát vagy annál kevesebbet, illetve semmit. Hétfégén ez a csoport egyik korosztályban sem haladja meg a válaszadók egyhatodát.

Hétfégén a fiúk 58%-a, a lányok 55,7%-a nagyon sokat, azaz napi négy óránál többet tévézik. Napi két óránál kevesebbet csak a válaszadók egytizede tévézik: a fiúk 12,1%-a, a lányok 10,8%-a.

Elmondhatjuk tehát, hogy a szabadidejüknek némileg kisebb hányadát töltik televíziózással a lányok, mint a fiúk. A 7. osztályosok kétharmada sokat vagy nagyon sokat tévézik, ennél valamivel kevesebben a 9. osztályosok: itt ez az arány 60,1%. A lányok a 11. osztályban érik utol a tévénézés mennyiségében a fiúkat: 58,1%-uk tölt 2 óránál többet a televízió előtt naponta.

Számítógépezés

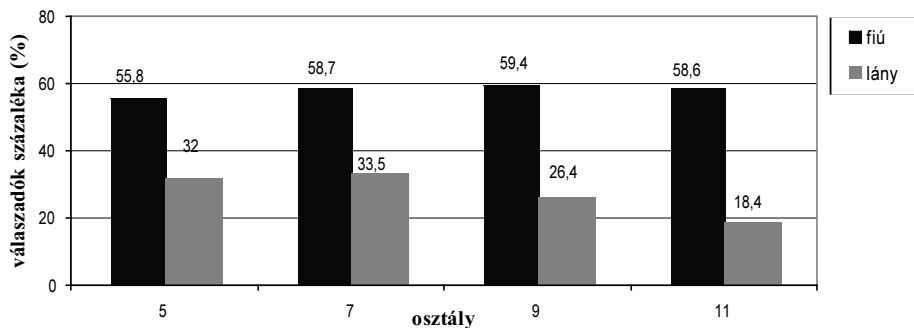
A számítógépezés esetében még hangsúlyosabban jelentkeznek a nemek közti különbségek, miszerint a fiúk több időt töltenek ezzel a tevékenységgel (4.7. és 4.8. ábra).

Az ötödik, hetedik és kilencedik osztályos lányok csaknem fele, és a tizenegyedik osztályosok több mint fele egyáltalán nem használja - napi szinten - a számítógépet. A fiúknál egynegyed-egyharmad ez az arány. A lányok közt az életkor növekedésével csökken mind a sokat, mind a keveset számítógépezők aránya.

A lányok közt leginkább a hetedikesekre jellemző ez az időtöltés: közülük minden tizedik számítógépezik négy órát vagy annál többet hétfégén. A számítógépezés időtartama minden korosztályban, mindkét nem esetében jóval kevesebb a televíziózáshoz és videózáshoz képest, ami a számítógép szűkebb körű elérhetőségével, és a hazai alacsony internet-elérési aránnyal is magyarázható (4.9. ábra).

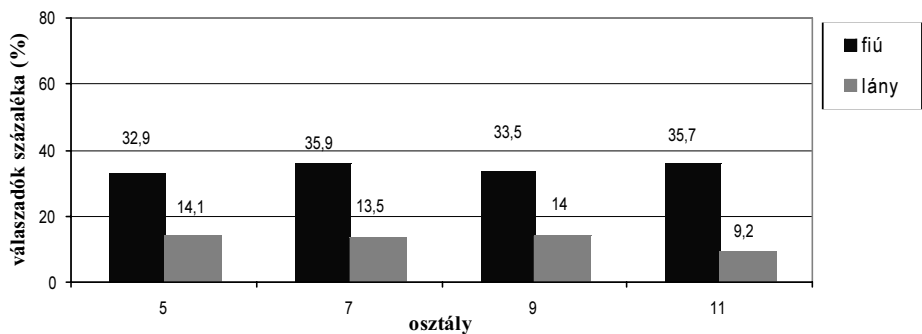
4.7. ábra

Hétvégén sokat (naponta két órát vagy annál többet) számítógépező diákok aránya osztály és nem szerint



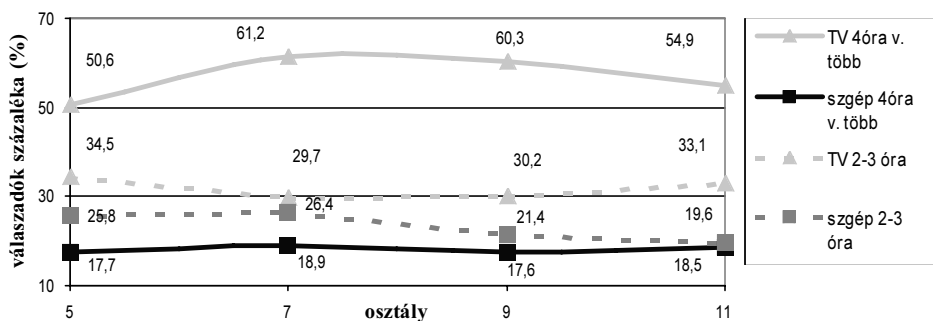
4.8. ábra

Hétköznap sokat (naponta két órát vagy annál többet) számítógépező diákok aránya osztály és nem szerint



4.9. ábra

Hétfévi tévézés és számítógépezés iskolai osztályok szerint



Iskolai felkészülés

Figyelembe véve a napirend egyéb összetevőit, a fiúk egyötödéről, és a lányok 40%-áról állíthatjuk, hogy hét közben; a fiúk 30%-áról és a lányok feléről állíthatjuk, hogy hét végén 3-4 órát vagy 4 óránál többet fordítanak tanulásra.

A tanítási napokat tekintve ez az időmennyiség megterhelőnek mondható, mivel - az iskolában töltött időt is figyelembe véve - meghaladja a felnőttek napi nyolc órás munkaidejét.

A tanuló életkorától is függ, hogy mennyi otthoni munkát tartunk megterhelőnek. Vizsgálatunk szerint a diákok fele hét közben 1-2 órát tölt otthoni tanulással. Egynegyedük ennél többet, 3-4 órát, 4 óránál többet csak 4,4%. Hétfvégén még több időt fordítanak a válaszadók felkészülésre: a tanulók mintegy 40%-a tanul 1-2 órát, és a diákok egytizede négy óránál is többet.

A nem erősen befolyásolja a tanulásra fordított időt. A fiúk több mint háromnegyede minden korcsoportban legfeljebb napi 2 órát tanul hét közben. A négy óránál többet tanulók közt két-háromszor nagyobb arányban szerepelnek a lányok, mint a fiúk. Az iskolai osztály és az otthoni tanulás között ezzel szemben nem mutatható ki jelentős összefüggés.

4.2. táblázat

A hétköznap otthoni tanulásra fordított idő nemek szerint (%)

Hétköznap házi feladatra fordított idő	Nem	
	Fiúk	Lányok
Szemeyi- fél óra	23,5	12,4
1-2 óra	55,3	46,5
3-4 óra	18,7	35,0
5 óra vagy több	2,4	6,1
Összesen (%)	100,0	100,0

Szorosan összefügg az otthoni tanulással töltött idő mennyisége és a kért tanulmányi eredménye. Akik "A tanáraid hogyan értékelik a teljesítményedet?" kérdésre adott válasz alapján a "jó" tanulók vagy a "legjobb" tanulók közé sorolják be magukat, az általános iskolás korosztályban valamivel több, a középiskolás korosztályban pedig jóval több időt fordítanak a tanulásra, mint az "átlagosnál rosszabb" vagy "átlagos" diákok. Középiskolában a "jó" és "legjobb" tanulóknak több mint fele tanul hétfvégén napi 3 órát vagy többet. Az "átlagosnál rosszabb" és "átlagos" diákok közt az 5. és 7. évfolyamba járókhoz képest a középiskolás évfolyamokban csökken azoknak az aránya, akik hétköz-

4.3. táblázat

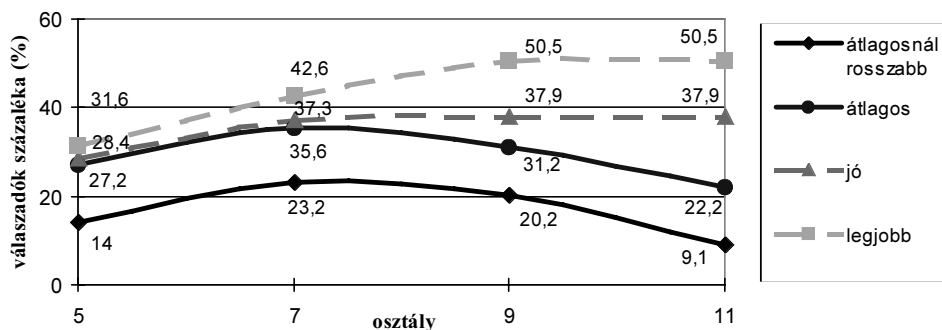
A hétvégén otthoni tanulásra fordított idő nemek szerint (%)

Hétvégén házi feladatra fordított idő	Nem	
	Fiúk	Lányok
Semennyi- fél óra	24,6	12,4
1-2 óra	45,4	38,4
3-4 óra	23,9	35,6
5 óra vagy több	6,1	13,6
Összesen (%)	100,0	100,0

nap három órát, vagy annál többet tanulnak. Ezzel szemben a "jó" és "legjobb tanulók" közt a hétvégén sokat tanulók aránya nagyobb a középiskolás korosztályban, mint az általános iskolás korosztályban (4.10. és 4.11. ábra).

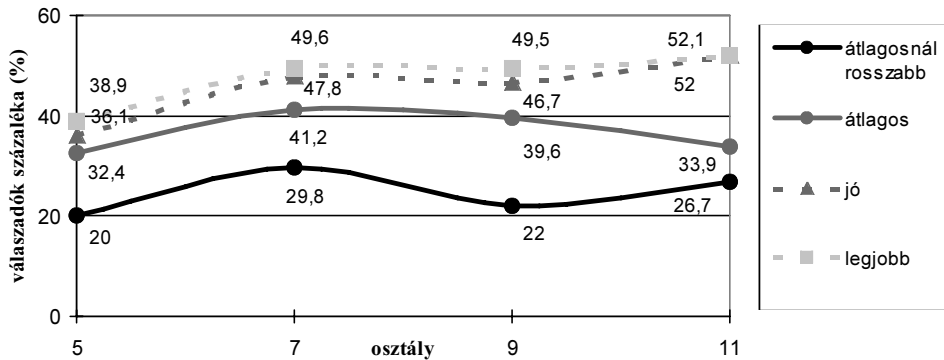
4.10. ábra

Hétköznap 3 órát vagy annál többet tanuló diákok aránya az egyes évfolyamokban a tanulmányi eredmény szerint



4.11. ábra

Hétvégen 3 órát vagy annál többet tanulók aránya az egyes évfolyamokban a tanulmányi eredmény szerint



Megbeszélés

A fizikailag kellően aktív életmód gyermek- és serdülőkorban különösen fontos, mivel mind az aktuális, mind a későbbi, felnőttkori testi-lelki egészséget jelentősen befolyásolja.

A testmozgás mennyiségét és gyakoriságát erősen befolyásolja az életkor és a nem: mint azt a korábbi vizsgálatok eredményei is mutatták, többet mozognak a fiúk, és a fiatalabbak. A vizsgálatba bevont fiúk közel egyharmadára sok, egyharmadára még elfogadható, a fennmaradó valamivel több, mint egyharmadára pedig az elfogadhatónál kevesebb vagy semmi fizikai aktivitás jellemző.

Ez az életkori és nemi különbség az állóképesség szubjektív megítélésénél is megfigyelhető. A korábbi eredményeknek megfelelően (Mándoki, 1988; Aszmann, 1997c) jobbnak tartják fizikai teljesítőképességüket a fiúk, és a fiatalabbak. Az, hogy a diákok hogy ítélik meg saját állóképességüket, az általuk végzett testmozgás mennyiségétől és gyakoriságától is függ.

Az életkor emelkedésével csökken a sportegyesületekhez tartozó gyerekek aránya, főleg az iskolai egyesületek tagságának alakulása kedvezőtlen. A szervezett keretek közt sportolók számának csökkenését elsősorban az iskolai egyesületek tagságának nagyon jelentős visszaesése eredményezi.

A televíziónézés mennyiségét nem befolyásolja említésre méltóan a megkérdezettek fizikai aktivitása, illetve az otthoni tanulással töltött idő. A 12-18 éves korosztály hétköznap átlagosan 131, hétvégen 208 percet fordít televíziónézésre, ez valamivel több, mint 2 óra, illetve 3 és fél órának felel meg. A heti átlag így közel három óra/nap. Ez jól tükrözi a felnőtt társadalomban tapasztalt

trendet, ha figyelembe vesszük, hogy az iskolai aktivitás és a hozzá kapcsolódó napi kötelezettségek a vizsgált korosztály esetében korlátozzák a tévénézésre fordítható időt. A hétvége átlaga már megegyezik a felnőttek mérlegével.

A tanulásra fordított időmennyiséget az olyan demográfiai változók predikálják, mint az életkor és a nem. A nem jelentősen differenciál a számítógépezésre fordított idő esetében is, a tv-nézésnél a szerepe már kevésbé jelentős.

RIZIKÓMAGATARTÁS

5. DOHÁNYZÁS ÉS ALKOHOLFOGYASZTÁS

Csizmadia Péter, Várnai Dóra

Bevezetés

A dohányzás és az alkoholfogyasztás amellet, hogy az egyén egészségi állapotában számottevő károsodást okoz, népegészségügyi szinten is komoly problémát jelent hazánkban. Közismert tény, hogy a dohányzás jelentős tényező az idő előtti mortalitásban, továbbá olyan súlyos krónikus megbetegedések rizikótényezője, mint a tüdőrák, szív-érrendszeri betegségek, valamint kedvezőtlen hatású a humán reprodukcióra (Kolas és mtsai, 2000; Englander és mtsai, 2001; Sorensen és mtsai, 2002). Becslések szerint jelenleg minden tizedik felnőtt ember haláláért felelős; 2030-ban pedig az előrejelzések alapján minden hatodik ember halálát okozza majd, azaz évente tíz millióan fognak meghalni a dohányzás következtében kialakuló betegségek miatt (Curbing the Epidemic 1999). Európában 1999-ben az összes haláleset több mint 14%-a összefüggést mutatott a dohányzással (Godeau és mtsai, 2003).

A hosszú ideig dohányzók fele a dohányzásnak köszönheti a halálát - nagy részük 20-25 évet veszítve a születéskor várható élettartamából (Combating the tobacco epidemic 1999). A passzív dohányzás növeli a légzőszervi megbetegedések kockázatát a nemdohányzók körében (Peto és mtsai, 1992; Doll és mtsai, 1994).

A SOTE Magatartástudományi Intézet 1995-ös felmérése alapján a dohányzásra vonatkozóan megállapították, hogy a 16 évnél idősebb férfiak 45,9%-a dohányzott, átlagosan 19 éves korukban szoktak rá a cigarettára, míg a nők 28,1%-a tartozott a dohányzók közé, átlagosan 20 éves rászokási életkorral. Egy későbbi, 2002-es kutatás adatai szerint a dohányzás felnőttkori prevalenciája 38%, a férfiaknál 46%, míg a nők esetében 31% körül alakul (Urbán és Marián, 2003). Különösen aggasztó adatok jellemezték a 20 év alatti megkérdezetteket, körükben ugyanis a rászokásra jellemző átlagos életkor mindössze 15 év volt (Csoboth, 1997).

A fiatalok dohányzási szokásai nem feltétlenül tükrözik a felnőtt népesség dohányzási mintáját, azonban a jövő szempontjából előremutató jelentőségük van. A tizenévesek ráadásul a dohányipari termékek árusításának és reklámozásának fő célpontjai (Currie és mtsai, 2000).

Habár a dohányzással kapcsolatos halálesetek elsősorban a közép és időskorúakat érintik, kétségtelen, hogy a dohányzással kapcsolatos magatartásformák már a serdülőkorban kialakulnak. Minél korábban kezd el a serdülő dohányozni, annál valószínűbb, hogy a függőség már a felnőttkor előtt létrejön, és ezáltal gyakoribbá válhatnak a dohányzás kiváltotta megbetegedések. Minél később próbálja ki a serdülő a dohányzást, annál kisebb a valószínűsége, hogy rászokik. Több kutatás bizonyítja, hogy a tizenévesek a felnőtteknél sérülékenyebbek a nikotinfüggőség szempontjából, mivel az agy fejlődése ebben az életkorban még folyamatban van. A függőségre való érzékenység fokozottabb 19 éves kor előtt, mint később, ez az oka, hogy a serdülők dohányzásról való leszokását segítő programok rendszerint eredménytelenek (DiFranza és mtsai, 2002). Serdülőkorban az önkontroll elvesztése a dohányzás felett gyorsan és viszonylag alacsony nikotinszint mellett is kialakul, a függőség tünetei már néhány alkalom után jelentkezhetnek (DiFranza és mtsai, 2000). A dohányzás kialakulása szakaszokon keresztül zajlik, és ezeken a fázisokon is gyorsabban haladhat végig a serdülők korosztálya.

Az *előkészületi fázis* a dohányzással kapcsolatos attitűdök formálódása és változása reklámok, szerepmodellek, egyéb információk hatására. Ezt követi a *kipróbálás*, az első cigaretták elfogyasztása, amit a kortársak hatása, a társadalom dohányzással kapcsolatos normái, a dohánytermékek elérhetősége befolyásolnak. A *kísérleti fázisra* az ismételt, de rendszertelen dohányzás a jellemző, amit a környezeti hatások erősíthetnek, a visszautasítás nehézsége és a könnyebb hozzáférhetőség mellett. A *rendszeres használat* szakaszában az egyén különböző helyzetekben hetenként rendszeresen dohányzik, kialakul a dohányzó baráti-kortársi közege, saját szokása iránti attitűdje, dohányos "rutinja". Végül pedig a *függő dohányos* magatartás, a nikotin iránti fizikai szükséglettel (Evans, 1998). A serdülők elsősorban a dohányzás rövid távú pozitív következményeire összpontosítanak, kevésbé veszik figyelembe a később jelentkező káros hatásokat. Gyakran stresszhelyzetek, nehéz szituációk áthidalása céljából dohányoznak, ilyen például a másik nemmel való kapcsolatteremtés, amelyet könnyebbé tehet a dohányzás (Godeau és mtsai, 2003). A dohányzásra ösztönző tényezők között ki kell emelni a szülőket, illetve a kortárs csoportok hatását. Nagyobb valószínűséggel lesz dohányos a serdülő, ha idősebb testvérei, szülei, barátai dohányoznak. A társas hatások mellett diszfunkcionális attitűdök (pl. hosztilitás) is szerepet játszhatnak a dohányzás, de tágabb értelemben a rizikómagatartás kialakulásában (Pikó, 2002 a, b).

A dohányzás mellett a legelterjedtebb egészségveszélyeztető magatartásformák közé tartozik az alkoholfogyasztás. A WHO "Health For All" adatbázisának tanúsága szerint Magyarország az elsők között szerepel az alkoholfogyasztás mennyiségét tekintve. Az alkoholfogyasztási szokások kialakulása az

esetek többségében szintén a serdülőkorban kezdődik (TÁRKI 1998).

A TÁRKI vizsgálata szerint a 14 évnél idősebb magyar lakosság 9%-a napon-ta, 18,7%-a legalább hetente egyszer, 13,8%-a havonta többször, 21,3%-a ennél ritkábban fogyasztott alkoholt, 37%-a pedig szinte sohasem. A valamilyen gyakorisággal nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya a teljes populáción belül 2,3% volt. A szeszesitalt fogyasztók 73%-a ritkán és keveset ivott (TÁRKI 1998).

A mértéktelen alkoholfogyasztás számos betegség (májbetegségek, pszichiátriai betegségek, balesetek, stb.) kialakulásában játszik szerepet, közvetlen vagy közvetett módon halálhoz is vezethet. Magyarországon a felnőtt férfiak korai halálozása az alkoholfogyasztással összefüggő krónikus májbetegségek és a májzsugor következtében kiemelkedően magas. 1995-ben például az EU országai átlagos halálozási szintjének 7,5-szerese, a nők esetében 6,2-szerese volt. Bár azóta valamelyest csökkent ez az arány, még mindig jelentősen meghaladja a közép-kelet-európai országok átlagát is: 1998-ban férfiak esetében annak mintegy 2,5-szöröse, nőknél pedig valamivel több, mint 2-szerese volt (Beszámoló a magyar lakosság egészségi állapotáról 1999).

Az alkoholfogyasztás bizonyos formái illetve az alkohol egyszerű kipróbálása sok társadalomban kulturális és gasztronómiai hagyomány, nem tekinthető rizikómagatartásnak, sőt az élettartam alatti teljes absztinencia zavarra is utalhat. A mérsékelt bor- és sörfogyasztás - keringési rendszerre és a hangulati életre gyakorolt inkább pozitív hatásaival - kedvezőbb mortalitási és morbiditási mutatókat eredményez a túlzott mértékű alkoholfogyasztáshoz és a teljes absztinenciához képest (Mukamal és mtsai, 2003; Castelnovo és mtsai, 2002). Azonban a népesség megbetegedési és halálozási mutatóit negatívan befolyásoló, rendszeres, vagy alkalmankénti igen nagy mennyiségű alkoholfogyasztást, különösen tömény, rossz minőségű alkoholfajták esetén, már a serdülőkorban is rizikómagatartásként tartjuk számon. A felnőttek, a kortársak, a testvérek és a média a szerepmodellek sokaságát nyújtja a serdülők számára az alkoholfogyasztás tekintetében. A fiatalok számára az alkohol fogyasztása alkalmat ad arra, hogy a koruknál idősebbnek tűnjenek, elősegíti, hogy kedvezőbb képet alakítsanak ki magukról a kortársaik között. Az alkoholhasználat segítheti a kortársakkal való interakciókat, megkönnyítheti az új kapcsolatok kialakítását, kifejezheti a szülőktől való függetlenedést, a növekvő autonómiát. Azonban már a fiatal korban is jelentkezhetnek az alkoholhasználat egészségkárosító, ártalmas hatásai.

Jelen kutatásunk részletesen foglalkozott a dohányzás és az alkoholfogyasztás témakörével.

A dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések

- A dohányzással, illetve az alkoholfogyasztással való próbálkozás mérésére a következő kérdéseket használtuk: *"Elszívtál-e már valaha legalább 1 cigit (vagy szivart, vagy pipát)?"*; *"Hány évesen szívtad végig az első cigarettát, illetve hány éves voltál, amikor valamilyen alkoholt ittál (egy-két kortynál többet)?"*
- A dohányzás és a különböző alkoholféleségek fogyasztásának gyakoriságát az alábbi kérdésekkel mértük: *"Milyen gyakran dohányzol?"* A válaszlehetőségek a következők voltak: naponta; hetente legalább egyszer, de nem minden nap; ritkábban, mint hetente; nem dohányzom. *"Hány cigarettát szoktál hetente elszívni?"* *"Milyen gyakran fogyasztod a különböző alkoholféleségeket: sör; bor vagy boros kóla, vagy pezsgő, röviditalok (konyak, whisky, vodka, pálinka) vagy rumos kóla, gin tonikkal, illetve vodka narancssal?"* A következő válaszalternatívák álltak rendelkezésre: naponta; hetente; havonta; ritkábban, mint havonta; soha.
- Az alkoholfogyasztás módját jól jellemzi a részegségek száma. A lerészegedések előfordulását két kérdéssel vizsgáltuk: A részegség élet prevalencia értékeinek mérésére az *"Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?"* kérdést használtuk. A válaszlehetőségek a következők voltak: soha; egyszer; 2-3-szor; 4-10-szer; több mint 10-szer. A másik kérdés a *"Hány éves voltál, amikor először részeg lettél?"*
- Az alkoholfogyasztás módját *"Az elmúlt 30 napban hányszor ittál meg egyszerre 5 vagy még több pohár alkoholt?"* kérdésre adott válasszal jellemeztük. Itt a következő válaszokból választhattak a tanulók: 4-szer vagy többször; 3-szor; 2-szer; 1-szer; az elmúlt 30 napban ilyen nem fordult elő; soha nem ittam egyszerre 5 vagy több pohárral. Ennek a kérdésnek a használatát indokolja, hogy a serdülőkre nem elsősorban a napi "borozgatás" hanem a "bulizós", elsősorban hétfélig nagyívás, "ivászat" a jellemző. Serdülők esetében az egy alkalommal öt vagy több pohárnyi alkohol elfogyasztását tartja a szakirodalom nagyívásnak (Wechsler és mtsai 1995).
- Mivel a korábbi HBSC kutatások is igazolták, hogy a serdülők és a számukra fontos személyek rizikó magatartásformái összefüggést mutatnak egymással, ezért kérdéseink között a *"Dohányoznak-e a szüleid, illetve a legjobb barátod?"* kérdés is szerepelt. A tanulók a következő válaszalternatívák közül választhattak: igen, naponta; igen, néha; nem dohányzik; nem tudom; nincs ilyen személy, vagy nem találkozom vele. A másik kérdés: *"Amikor alkoholt fogyasztasz, milyen gyakran vagy egyedül, barátaiddal, édesapáddal, édesanyáddal?"* A tanulók a következő válaszlehetőségek közül választhattak: soha; ritkán; néha; gyakran.

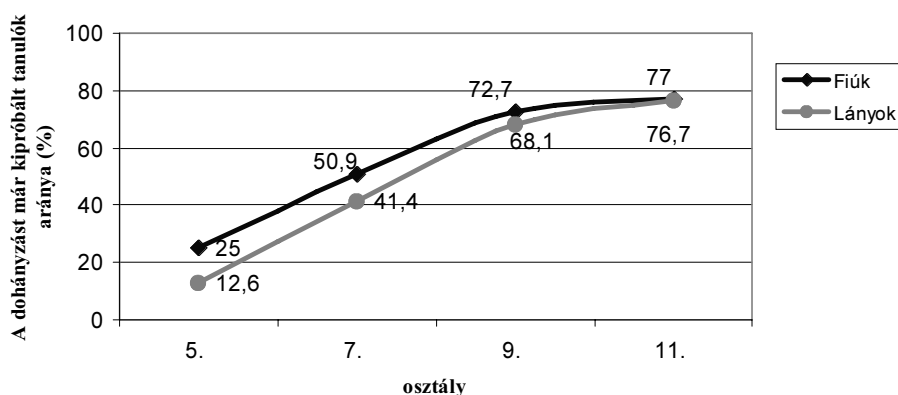
Eredmények

A dohányzás kipróbálása

A kipróbálás gyakorisága az életkorral meredeken emelkedik: az 5. osztályosok között 18,8%, míg a legidősebb vizsgált korcsoportban a tanulóknak több mint 80%-a gyújtott már rá életében legalább egyszer. A legfiatalabb korosztályban jelentős a nemi különbség, míg az életkor emelkedésével a fiúk és a lányok közötti eltérés egyre jelentéktelenebbé válik (5.1. ábra).

5.1. ábra

A dohányzást már kipróbált tanulók nemeként és osztályonként



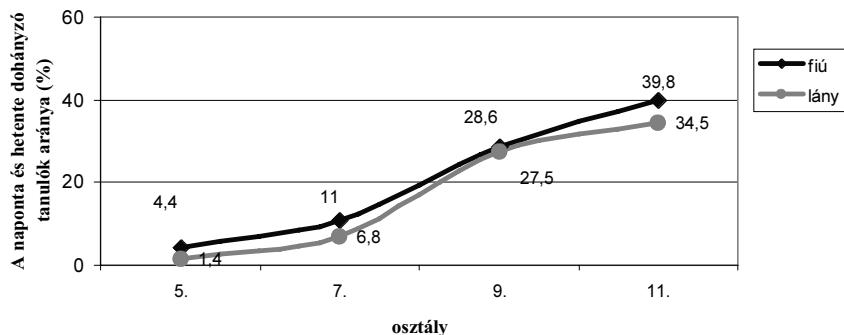
A dohányzással való próbálkozás átlagéletkora: a 11. osztályos, életükben már legalább egy cigit elszívott fiúk között 12,9 év, a lányok között 13 év.

A dohányzás gyakorisága

A dohányzás gyakorisága a dohányzás kipróbálásához hasonlóan az életkor előrehaladtával szintén folyamatosan emelkedik. E tekintetben a fiúk és a lányok között nincs jelentős különbség. A legnagyobb ugrás a hetedik és kilencedik osztály között tapasztalható: mindkét nemre igaz, hogy a rendszeresen dohányzó tanulók száma közel háromszorosára emelkedik. A 11. osztályos fiúk 39,8%-a, míg ugyanebben a korosztályban a lányok 34,5%-a dohányzik rendszeresen (5.2. ábra). Naponta dohányzik a 9. osztályosok 20%-a. A nemi különbség nem jelentős. A 11. osztályosok között a tanulók 30,3%-a dohányzik naponta (nemi bontásban: a fiúk 33,2%-a, a lányok 27,3%-a).

5.2. ábra

A naponta és hetente dohányzók aránya nemenként és osztályonként



Ha még finomabban elkülönítjük a szerhasználat egyes fokozatait, kitűnik, hogy a kipróbálók (kipróbálta, de nem dohányzik) és a kísérletezők (heti rendszerességnél ritkábban gyújt rá) aránya 5. és 7. osztály között ugrik a háromszorosára. A függők arányát illetően ezzel szemben minden korcsoportban szignifikáns a növekedés, a nemdohányzók aránya pedig az 5. osztályban tapasztalt 81,4%-ról 23,1%-ra esik vissza a 11. osztályos korra. A rendszeresen dohányzók közül is minden korcsoportban magasabb a függők (naponta dohányzók) aránya, mint a hetente rendszeresen dohányzók aránya. (5.1. táblázat)

5.1. táblázat

A szerhasználat fokozatainak megoszlása osztályonként

Osztály	Nem dohányzók		Kipróbálók		Kísérletezők		Rendszeres használók		Függők		Össz (N)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
5.	1157	81,4	183	12,9	45	3,2	16	1,1	20	1,4	1421
7.	820	54,4	411	27,2	146	9,6	61	4,0	71	4,7	1509
9.	426	30,1	428	30,2	167	11,9	111	7,8	282	20,0	1414
11.	374	23,1	513	31,7	128	8,0	111	6,8	488	30,3	1614
Össz (N)	2777	46,6	1535	25,5	486	8,2	299	4,9	861	14,4	5958

A több cigarettát szívók aránya magasabb az idősebb korcsoportokhoz tartozók körében, és a legidősebbek kivételével nincs szignifikáns különbség a fiúk és a lányok között az elszívott cigaretták számának tekintetében. (5.2. táblázat)

5.2. táblázat

A heti cigarettafogyasztás megoszlása nemenként és osztályonként

Elszívott cigaretták	7. osztály (N=185)		9. osztály (N=441)		11. osztály (N=617)		Össz. tanuló
	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány	
1-10 szál	9,9	7	10,8	13,9	7,9	10,8	10,1
11-20 szál	2,7	1	5,9	4,3	7,4	8,5	4,9
21-30 szál	0,6	0,5	2,4	3,9	3,5	2,9	2,4
31-40 szál	0,6	0	2,4	1,7	3,5	2,3	1,7
41-80 szál	1,2	0,7	6,1	5,1	11,1	9,6	5,6
80 szál felett	0,9	0	4,3	2,1	8,8	3,1	3,2

A dohányzási gyakoriság iskolatípusonkénti bontásából az is kiderül, hogy a szakmunkásképzőben és szakiskolában tanulók között mindkét nem esetében nagyobb a naponta dohányzó tanulók aránya (fiúk: 36,5%; lányok: 38,5%), mint a gimnáziumba járó diákok esetében (fiúk: 26,3%; lányok: 19,7%).

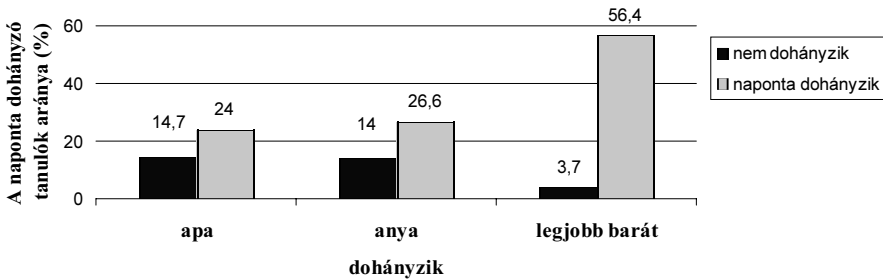
A tanulók és a számukra fontos személyek dohányzása

A korábbi kutatások adatai is bizonyítják, hogy szignifikáns különbség mutatható ki a tanulók dohányzási gyakoriságában aszerint, hogy a számukra fontos modellértékű személyek (szülők, barátok) dohányoznak-e, vagy sem.

A naponta dohányzó szülők gyermekei majdnem kétszer annyian dohányoznak naponta, mint a nemdohányzó szülők gyermekei. Nemdohányzó barát esetén a napi rendszerességgel dohányzó tanulók aránya 3,7%, rendszeresen dohányzó barát esetén 56,4% (5.3. ábra).

5.3. ábra

A naponta dohányzó tanulók aránya a számukra fontos személyek dohányzása szerint

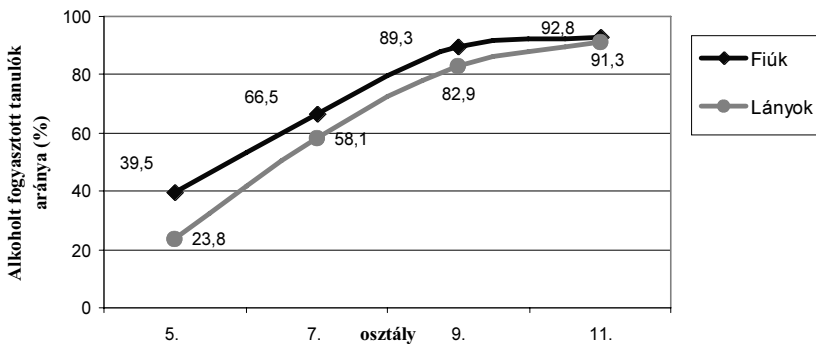


Az alkohol kipróbálása

Az alkohol kipróbálását jelző tanulók aránya az életkor növekedésével párhuzamosan emelkedik, és a legidősebb korcsoportban meghaladja a megkérdezettek 92%-át (5.4. ábra).

5.4. ábra

Az 1-2 kortynál több alkoholt már fogyasztott tanulók aránya nemenként és osztályonként



A különböző alkoholos italok fogyasztási gyakorisága

A fiúk esetében minden korosztályban a sör a legnépszerűbb ital, a lányok inkább röviditalokat fogyasztanak. Az életkor növekedésével a fiúk minden alkoholféleséget gyakrabban fogyasztanak. A 7. és 9. osztály között mindkét nem

esetében meredeken emelkedik a különböző alkoholféleségek fogyasztási gyakorisága. A 9. és 11. osztályos lányok nagyjából egyforma gyakorisággal fogyasztják a különböző alkoholfajtákat. (5.3. táblázat)

5.3. táblázat

A különböző alkoholfajták napi és heti fogyasztásának gyakorisága nemenként és osztályonként

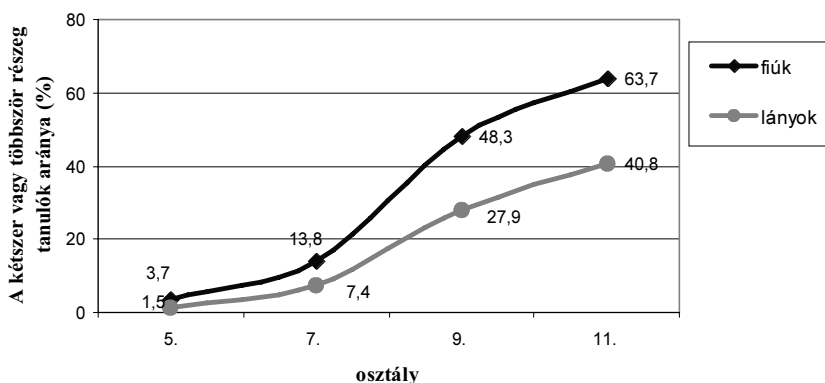
alkoholféleség	5. oszt. (%)		7. oszt. (%)		9. oszt. (%)		11. oszt. (%)		össz. (%)
	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány	fiú	lány	
Sör	4,8	0,6	8,1	2,5	30,5	8,5	36,1	7,3	11,7
Bor, pezsgő	6,6	1,2	9,3	2,9	26,4	10,6	23,9	10,8	11,0
Rövidital	2,7	0,9	6,1	2,1	23,4	14,9	25,8	14,7	11,2

Részegségek száma

Az alkoholfogyasztás kipróbálásához hasonlóan az életkor előrehaladtával meredeken emelkedik azon tanulók száma, akik már voltak részegek. Az 5.5 ábrán látható, hogy a 11. osztályos fiúk 63,7%-a, míg a lányok 40,8%-a volt már többször részeg életében. Az első részegség átlagéletkora: 14,3 év volt (a fiúk között 14,2 év, míg a lányok esetében 14,5 év).

5.5. ábra

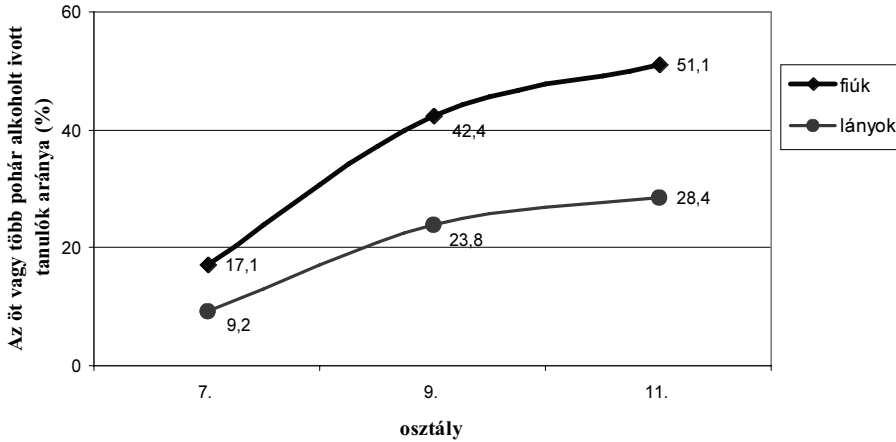
A kétszer vagy többször részeg tanulók aránya nemenként és osztályonként



A lerészegedés élet-prevalencia értékei mellett a tanulók alkoholfogyasztási szokásait a fogyasztás módjával ("nagyivás") is jellemezhetjük. A megkérdezettek 27,8%-a az utóbbi 30 napban legalább egyszer fogyasztott öt vagy több pohár alkoholt egyszerre. Az ábrából látható, hogy a fiúkra jellemzőbb a nagyivás. A 11. osztályos fiúk között ez az arány több mint 50% (5.6. ábra).

5.6. ábra

Az elmúlt 30 napban legalább egyszer öt vagy több pohár alkoholt ivott tanulók aránya nemenként és osztályonként



A tanulók és a számukra fontos személyek alkoholfogyasztása

A valamilyen rendszerességgel alkoholt fogyasztó tanulók nagy többsége másokkal együtt iszik (83,7%). A serdülők esetében az alkoholfogyasztás elsősorban a baráti társaságokban folyik, a 11. osztályosok majdnem 80%-a gyakran poharazgat a barátaival. E tekintetben a nemek között nincs különbség (5.4. táblázat). A szülőkkel való alkoholfogyasztás a mintánkban nem jelentős.

5.4. táblázat

A barátaival gyakran italozó tanulók aránya nemenként és osztályonként

	7. oszt. (%)	9. oszt. (%)	11. oszt. (%)
fiú	32,4	67,6	78,7
lány	33,7	66,7	77,8

Megbeszélés

Az életkor előrehaladtával a gyerekek nemi hovatartozásuktól függetlenül egyre nagyobb arányban próbálják ki a dohányzást és az alkoholfogyasztást. A dohányzással kapcsolatban elmondható, hogy az ötödik és hetedik évfolyamokban a fiúk magasabb arányban próbálták ki a dohányzást, mint a lányok, és ezekben az osztályokban a jelenleg dohányzók között is magasabb a fiúk aránya. A 9. és 11. osztályosok között azonban nincs jelentős különbség a fiúk és a lányok között, sem a kipróbálás, sem a dohányzás gyakoriságát tekintve. Az alkoholfogyasztást a fiúk minden életkori csoportban gyakrabban próbálták ki, mint a lányok. A részegségek előfordulása is inkább a fiúkra jellemző, hiszen minden életkori csoportban a fiúk számoltak be magasabb arányban a részegség gyakoribb előfordulásáról. Ugyanez mondható el az elmúlt 30 napban legalább egyszer öt vagy több pohár alkoholt ivott tanulókról: minden korosztályban a fiúk között fordult elő gyakrabban a nagyivás.

A dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó adatok a HBSC és ESPAD¹ vizsgálat alapján

A HBSC kutatáshoz hasonlóan rendszeresen folyik hazánkban országos, reprezentatív mintán az ESPAD felmérés, melynek 1999. évi adatai hozzáférhetőek és érdemes néhány összehasonlítható adat segítségével a két kutatás eredményeit összevetni. A vizsgált korosztály némileg eltérő, mivel az ESPAD a középiskolák 9. és 10., a HBSC kutatás pedig a 9. és 11. évfolyamaiban tanulók körében zajlott (Elekes, Paksi 2000).

Az 5.5. táblázatból látható, hogy a dohányzás életprevalencia értékei hasonló-

5.5. táblázat

A dohányzás és a részegség életprevalencia értékei a HBSC és az ESPAD vizsgálatban (%)

Főbb mutatók	HBSC			ESPAD		
	fiú	lány	össz.	fiú	lány	össz.
dohányzás életprevalencia értéke	75,3	72,2	73,6	75,4	70,9	73,7
részegség életprevalencia értéke	70,6	54,0	61,4	62,6	46,8	54,9

¹ "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" - "Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról valamint dohányzásról"

ak, mindkét kutatás esetében az összes megkérdezett tanuló 74%- a próbálta ki már a dohányzást. A részegség életprevalencia értékei az ESPAD vizsgálat szerint alacsonyabbak. Az alkoholt már fogyasztott tanulók aránya az összes megkérdezett körében csupán néhány %-os eltérést mutat.

Összességében a serdülőkori dohányzásról és alkoholfogyasztásról elmondhatjuk, hogy olyan magatartásformák, amelyek a felnőttek körében elfogadottak, a gyermekek számára általában tiltottak, a tinédzserek pedig - akik egyik csoportba sem tartoznak - ezek alkalmazásával átmenetileg, rituálisan átélhetik a felnőtt státuszt.

A korábbi tapasztalatok alapján megállapítható, hogy a serdülők a vizsgált kockázati magatartásformák esetében a szerkipróbálás időszakában vannak. A kor előrehaladtával azonban egyre nő a valódi rászokás és függőség kialakulásának a veszélye.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy viszonylag sok fiatal próbálja ki a cigarettát és az alkoholt anélkül, hogy a tartós fogyasztásra rászokna. Mivel azonban a korai kipróbálás és a rászokás bizonyítottan összefüggést mutatnak egymással, a megelőzés egyik fontos eszköze a kipróbálás késleltetése.

6. ILLEGÁLIS SZEREK HASZNÁLATA

Sebestyén Edit

Bevezetés

A fiatalok szerhasználata nem csak az alkoholfogyasztás valamint a dohányzás tekintetében fontos és egyben komoly népegészségügyi probléma szerte Európában, hanem az illegális droghasználat is jelentős méreteket öltött az elmúlt években a fiatalok körében. Az alkohol és nikotin után a kannabisz a leggyakrabban használt drog mind az életprevalencia¹, mind a havi prevalencia² tekintetében. (Johnston és mtsai, 1999).

Az 1995-ben 26, 1999-ben pedig már 30 ország részvételével folyó ESPAD³ nemzetközi vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy tíz országban - ezek közül néhányban nagyon jelentősen - magasabb volt a kannabisz használati aránya 1999-ben mint 1995-ben, és további kilenc országban ez az arány az időszak alatt megkétszereződött. Csupán három ország esetében volt tapasztalható csökkenés, négy országban pedig változatlanok maradtak az értékek. Ugyanakkor az élet- és havi prevalencia értékek nagy eltéréseket mutatnak az egyes országok között. Vannak országok, ahol a 16 éves korosztály esetében az életprevalencia érték 30%, míg más országokban ez jóval 10% alatt van. Összességében azonban elmondható, hogy a kannabisz kipróbálásának emelkedése a nyugati országokban általános jelenség, és ez az emelkedés valószínűleg az Európában és Amerikában tapasztalható illegális droghasználat növekedésének szélesebb körű trendjébe illeszkedik (Hibell és mtsai, 2000).

A fiatalok drogfogyasztás háttérében megbúvó okok tárgyalása akár több fejezetet is igényelne. A biológia, szociológia, pszichológia, szociálpszichológia különböző szintű elméletei foglalkoznak a témával, többféle irányzatból, megközelítésből próbálva magyarázatot találni a drogfogyasztás kialakulására, és annak fennmaradására (Demetrovics, 2002; Rácz, 1999; Gerevich és Bácskai, 1994). A kockázati faktorok között szerepelnek különböző pszichológiai faktorok, mint például a drogokkal kapcsolatos korábbi pozitív elvárások és tapasztalatok, az inger- és kockázatkereső magatartás, a stresszel való megküzdés hiánya, avagy a szorongás, depresszió és düh, mint kellemetlen érzelmi állapotok

¹ Azok aránya, akik az adott szert életük során legalább egy alkalommal használták

² Azok aránya, akik az adott szert a kérdezést megelőző hónap során legalább egy alkalommal használták

³ "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" - "Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról valamint dohányzásról"

oldása a drogokkal. Ugyancsak a hajlamosító tényezők körébe tartozik a pszichoszociális fejlődésbeli visszamaradottság, vagyis a koragyermeki gondolati, és érzelmi világ fennmaradása a serdülőkorban. A családi kockázati tényezők között szerepel például a szülők alkoholhasználata és azzal kapcsolatos megengedő és közömbös attitűdje, a válás, a következetlen, hol szélsőségesen megengedő, hol szélsőségesen tiltó nevelési szokások, a családi erőszak, valamint a fel nem dolgozott gyermekkori lelki traumák.

A kortársaknak ugyancsak döntő szerepük lehet a drogokkal való ismerkedésben. Ma már elismert tény, hogy a társas kapcsolatoknak kiemelt szerepe van a serdülők kockázatkereső magatartásának kialakulásában (Gerevich és Bácskai, 1994). Ezen életkori csoporton belül a dohányzás, az alkoholfogyasztás vagy egyéb droghasználat ritkán magányos tevékenység, és bizonyos fokig a "serdülő kultúra" részének tekinthető. A táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok körében végzett vizsgálatok is azt mutatják, hogy a drogfogyasztás elterjedtsége ebben a sajátos kockázati csoportban az átlagosnál magasabb, egyfajta rekreációs tevékenységhez kapcsolódik, és valójában a "party" kultúra részeként értékelhető (Demetrovics, 1998, 2001, 2002).

Nem szabad lekicsinyelnünk a különböző kulturális hatásokat sem, mint pl. a társadalom viszonya az alkohol- és a droghasználathoz illetve a dohányzáshoz, a reklám és tömegkommunikáció hatása, a társadalom értékrendje. Fontos hajlamosító tényezők az iskolai beilleszkedési problémák, a rossz tanulmányi eredmény valamint az iskola nem megfelelő reakciója ezekre a problémákra. Nagyon lényeges, hogy a hátrányos helyzetű fiatalok számára a társadalom milyen perspektívát tud nyújtani, hogyan képes kezelni a különböző szociális problémákat.

Megelőző munkánk szempontjából mindenképpen hasznos a különböző védő tényezők számbavétele is, melyek közül legfontosabb a helyes önértékelés, a személyes felelősség érzése, valamint annak a meggyőződésnek a megléte, hogy a fiatal képes vágyainak, akaratának megvalósítására (Komáromi, 2000; Rutter, 1990; Kaminer, 1994; Nemzeti Stratégia, 2000).

A droghasználat helyes értelmezésével kapcsolatosan fontos kitérnünk a használat gyakorisági tényezőire is. A drogfogyasztás kifejezést nagyon gyakran általánosságban használják, annak ellenére, hogy mindez mást és mást takar egyes személyek esetében (Demetrovics, 2002). A Marihuána- és Drogabúzus Elleni Nemzeti Bizottság ajánlása alapján (Rácz, 1988) a drogfogyasztás ötféle viselkedésformáját különíthetjük el, melyeket fontos áttekintenünk a későbbi eredmények értékelése szempontjából.

E felosztás alapján megkülönböztetünk kísérletező, szociális-rekreációs, helyzeti, intenzifikált és kényszeres droghasználót.

- A *kísérletező* életében összesen tíznél kevesebb alkalommal használ drogot;
- A *szociális-rekreációs* használó kb. hetente használ drogot, de azt valamilyen társadalmi aktivitáshoz, kikapcsolódáshoz, szórakozáshoz kötődően teszi;
- A *helyzeti* használó a fentieknél gyakrabban használ drogot, elsősorban valamilyen problematikus élethelyzet kezelése érdekében (pl. gátlások, szorongások oldása érdekében);
- Az *intenzifikált* használó hosszú időn keresztül, naponta használ valamilyen drogot;
- A *kényszeres* használó naponta többször, illetve folyamatosan, hosszú időn keresztül fogyaszt drogot.

A középiskolás korú fiatalok illegális drogfogyasztásának szempontjából az első valamint a második típusú használatnak van leginkább jelentősége, mely meg is határozza a különböző, számukra tervezett megelőző beavatkozások irányát, lehetőségeit. Az igazán problematikus droghasználók körébe kevesen tartoznak, viszont sajnos az általuk folytatott önpusztító magatartásforma az, ami a társadalomban a drogfogyasztókról kialakult általános képet uralja. Ezzel szemben a fiatalok gyakori kereső, próbálkozó magatartása, mely esetleg valóban az illegális szerek felé irányul, nem feltétlenül és minden esetben takar súlyos, problematikus viselkedésformát. A közép-kelet-európai országokban is, hasonlóan az Európai Unió tagállamaiban élő fiatalok szerhasználatahoz, a kipróbáló-rekreációs droghasználat egyre inkább, fokozatosan a fiatalok kultúrájának részévé válik, bár ez még egy eléggé új jelenségnek tekinthető (EMCDDA, 2002).

A rendszerváltás óta, mintegy annak "melléktermékeként", a kábítószer-fogyasztás Magyarországon is társadalmi problémává érett, annak minden kísérő nehézségével együtt. Bár Magyarország jelenleg "csak" a közepesen fertőzött országok közé tartozik Európában, mégis az illegális drogfogyasztás elmúlt évekbeli emelkedése arra figyelmezteti az egészségfejlesztés valamint a megelőzés területén tevékenykedő szakembereket, hogy hatékony, hathatós beavatkozásokra van szükség a helyzet súlyosbodása és az ezzel járó egyéni és társadalmi problémák megelőzésének érdekében. A szakmai munka egyik alapvető kívánalmaként fogalmazódik meg, hogy ez a tevékenység tényeken, bizonyítékokon alapuló legyen (Nemzeti stratégia, 2000). Ezért nagy hangsúlyt kell fektetni a magyarországi fiatalok drogfogyasztásával kapcsolatos, normál populáción folytatott epidemiológiai vizsgálatok végzésére (Elekes és Paksi, 1996, 1999a, 1999b, 2000), mely vizsgálatok eredményeképpen a középiskolás populációra vonatkozóan rendelkezünk időben összehasonlítható, azaz a trendek

megállapítására alkalmas adatokkal. Különösen a kilencvenes évek második felé az, ahol meglehetősen részletes trendvázolásra van lehetőség az adatok alapján (Paksi, 2002).

Ezeknek az epidemiológiai vizsgálatoknak az eredményei azt mutatják, hogy a 90-es évek első felében az ország egész területén elterjedt a kábítószer-használat - mégha csak a kipróbálás vagy alkalmi fogyasztás szintjén is (Elekes és Paksi, 2000). *Az 1995-re és 1999-re vonatkozó országos adatok alapján* azt mondhatjuk, hogy az egész országra kiterjedően közel kétszeresére - *10%-ról 19%-ra - növekedett a másodéves középiskolások körében a tiltott drogok⁴ és az inhalánsok együttes életprevalencia-értéke⁵*. Budapest tekintetében az országos átlaghoz képest jóval nagyobb mértékű növekedés volt jellemző. Egyéb, helyi - több megyére kiterjedő - vizsgálatok azonban azt támasztják alá, hogy a kilencvenes évek második felében megjelenő trend nem egy folyamatosan tartó növekedés része. Az évtized elejétől egészen 1996-ig egyfajta stagnálás sejthető, mely kb. 10%-os prevalencia-értékkel volt jellemezhető (Paksi, 2002).

Összefoglalva három főbb megállapítás tehető a vizsgált középiskolás - az egyik legveszélyeztetettebb - populáció körében végzett kutatási eredmények alapján (Paksi, 2002) a 90-es évekbeli magyarországi drogfogyasztás elterjedtségére valamint jellegére vonatkozóan: a tiltott szerek fogyasztásának életprevalencia-értéke mintegy kétszeresére növekedett. Emellett jellemzőek a fenti mennyiségi változásokat kísérő strukturális és minőségi változások, miszerint növekedett a fogyasztás intenzitása, és a fogyasztási struktúrában a marihuána és a szintetikus party-drogok kiemelkedő szerepre tettek szert. Továbbá kiemelendő, hogy a változások többsége - az évtized elejére jellemző stagnálás után - viszonylag hirtelen, feltehetően 1996 és 1998 között következett be.

Az illegális droghasználatra vonatkozó témakör helye a kutatásban

A 2001/2002-es adatfelvételig a HBSC kutatás kötelező keretein belül illegális drogfogyasztásra vonatkozó kérdések nem szerepeltek. A fiatalkori szerhasználatok között csak az alkoholfogyasztásra valamint a dohányzásra vonatkozóan tettünk fel kérdéseket. Azonban az illegális droghasználat, különösen a kannabisz használat tekintetében körvonalazódó népegészségügyi probléma arra készítette a kérdéscsoportok összeállítóit, hogy kötelező jelleggel szerepeljen

⁴ Tiltott szerek közé az alábbiak kerültek: marihuána vagy hasis, LSD, ecstasy (1995-től), amfetaminok, crack (1995-től), kokain, heroin, egyéb opiátok, mágikus gomba (1999-től), intravénás drogok, valamint más, itt fel nem sorolt egyéb tiltott drogok.

⁵ A magyarországi gyakorlatban kiszámítják a tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes prevalencia-értékét, melyet "biztosan droghasználati szerfogyasztás" néven szerepeltetnek (Paksi, 2002).

tiltott drogok fogyasztására vonatkozó kérdés is a 15 és 17 évesek számára készült kérdőívben. A feltett kérdések az ESPAD kutatásban alkalmazott kérdésekkel teljesen megegyezők voltak, így lehetőség nyílik a kapott eredmények összevetésére, igaz figyelembe kell vennünk, hogy az ESPAD vizsgálat a 16 éves korú középiskolások körében zajlott.

Az ESPAD-program - melyben Magyarország a kezdetektől, 1995-től részt vesz - célja összehasonlító adatok gyűjtése Európa középiskolásainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, az azokkal kapcsolatos attitűdök alakulásáról (Elekes és Paksi 2000). Ez a vizsgálat, hasonlóan a HBSC vizsgálathoz, nemzetközileg elfogadott protokollok szerint meghatározott időben és módszerekkel történik. Azonban míg az ESPAD vizsgálat kimondottan a különböző szerfogyasztói magatartásokról, a drogfogyasztás sajátosságairól próbál egy átfogó és részletes képet adni (Elekes és Paksi 2000), addig a HBSC vizsgálatba illesztett, a drogfogyasztásra vonatkozó - igaz csupán a fogyasztási szokásokra korlátozódó - kérdéskör az ezen magatartásformák tágabb kontextusban történő elemzésére ad majd lehetőséget. A HBSC kutatás lefedi az iskoláskorú fiatalok egészségmagatartási szokásainak és az azokkal összefüggésben levő tényezőknek nagyon nagy spektrumát, mely lehetővé teszi majd az egyes magatartásformák, így a drogfogyasztás és a fiatalok mindennapi életében szerepet játszó, egyéb fontos tényezők közötti kapcsolatok feltárását.

Eredmények

A drogfogyasztás elterjedtsége

A 6.1. táblázatban látható, hogy a megkérdezett 3034, a középfokú tanintézmények 9. és 11. évfolyamaiban tanuló diákok közel egynegyede, 24,3%-a fogyasztott már valamilyen legális⁶ vagy illegális szert az élete során. A fiatalok 9,3%-a fogyasztott életében legalább egyszer valamilyen gyógyszert visszaélészerűen, nem orvosi utasítás alapján vagy gyógyszert és alkoholt együttesen ugyanilyen célzattal. A visszaélészerű gyógyszerhasználók több mint kétharmada (69,6%-a) azonban emellett tiltott drogot és/vagy inhalánst is használt már az életében, így 2,8% azoknak az aránya, akik tiltott szert nem, csak gyógyszert vagy gyógyszert alkohollal kombinálva fogyasztottak. A teljes megkérdezettek több mint egyötöde, 21,5%-a fogyasztott már valamilyen tiltott szert⁷ és/vagy inhalánst életében.

⁶ Legális szerek közé kerültek a kimondottan drogfogyasztási célzattal használt gyógyszerek, valamint a gyógyszerrel együtt fogyasztott alkohol (A feltett kérdések a kérdőívben: "Használtál-e gyógyszert, vagy alkoholt és gyógyszert együtt, hogy feldobjon?")

⁷ Tiltott szerek közé az alábbiak kerültek: marihuána vagy hasis, LSD és egyéb hallucinogének, ecstasy, amfetaminok, kokain, crack, opiátok, valamint más, itt fel nem sorolt egyéb tiltott drogok.

6.1. táblázat

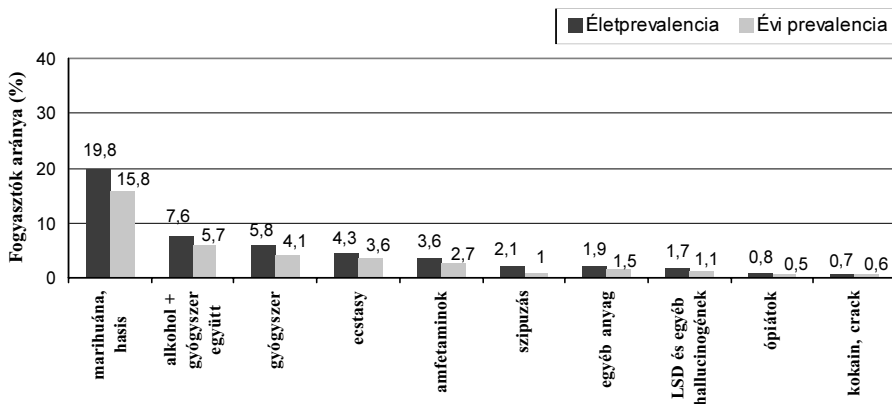
A különböző szerfogyasztói magatartások életprevalencia értékei

Fogyasztói magatartás	%
Tiltott és legális drogfogyasztás együttes prevalencia értéke	24,3
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás teljes életprevalencia értéke	9,3
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás halmozatlan életprevalencia értéke	2,8
Tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia értéke	21,5

Szertípusonként vizsgálva a fiatalok drogfogyasztását, jól látható, hogy a marihuána és a hasis a leggyakrabban alkalmazott szer a drogok fogyasztók körében (6.1. ábra). A megkérdezettek közül szinte minden ötödik tanuló, 19,8% kipróbálta már az életében. Az életprevalencia értékek mellett az évi prevalencia adatokat nézve látszik, hogy a kannabisz származékok esetében az is magas, a tanulók 15,8%-a az adatfelvételt megelőző évben fogyasztott marihuánát vagy hasist. A következő leggyakrabban alkalmazott szerek a legális drogok csoportjába tartoznak, tehát a különböző, nem orvosi céllal fogyasztott gyógyszerek valamint az alkohol és gyógyszer együtt. Az illegális drogok közül a marihuána után az ecstasy valamint az amfetaminok következnek 4,3% és 3,6%-os fogyasztási aránnyal. Az oldószerek, ragasztók, az LSD és egyéb hallucinogének, az opiátok és a kokain valamint a crack viszonylag alacsony, 0,7% és 2,1% közötti fogyasztási aránnyal követik az előzőeket.

6.1. ábra

Az egyes szerek élet- és évi prevalencia értékei



A drogfogyasztás gyakorisága

A drogfogyasztás gyakoriságára vonatkozó válaszok alapján megállapítható (6.2. táblázat), hogy a drogot már fogyasztott fiatalok többsége, 60-80%-a a drogot ténylegesen csak kipróbálta, mivel csak 1-2-szer használta életében. A legtöbbször által kipróbált szert, a marihuánát vagy hasist is a használók valamivel több, mint a fele csak 1-2 alkalommal próbálta életében. A teljes megkérdezettek közül mindössze 2,3% az, aki 40-szer vagy annál többször használta a szert élete során. Az elmúlt évi fogyasztás gyakoriságát tekintve 1,5% az, aki azt állította, hogy 40-szer vagy többször is fogyasztott marihuánát, hasist, mely azonban már megfelelhet akár a heti rendszerességnek is. Az egyéb drogok esetében, mind az élet- mind az évi prevalencia tekintetében hatszori vagy annál többszöri fogyasztást elenyésző, 0,1-0,2%-ban, valamint az ecstasy esetében 0,4%-ban találunk. A gyógyszerfogyasztás az, ahol kicsit magasabb a gyakrabban fogyasztók aránya, de valójában ez is elenyésző.

6.2. táblázat

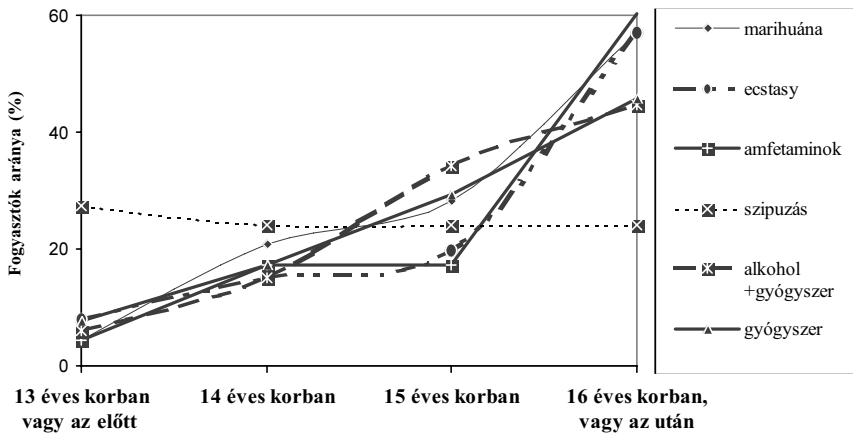
A különböző szerek használatának gyakorisága
(életprevalencia)

Szerfajta %	Használat gyakorisága						
	Soha	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40-szer vagy többször
Marihuána, hasis	80,2	10,9	2,5	2,2	1,3	0,7	2,3
Alkohol + gyógyszer együtt	92,4	5,1	1,1	0,8	0,1	0,1	0,4
Gyógyszer, hogy feldobjon	94,2	3,6	1,0	0,6	0,4	0	0,2
Ecstasy	95,7	2,9	0,4	0,4	0,3	0,2	0,1
Amfetaminok	96,4	2,1	0,7	0,2	0,2	0,2	0,1
Szerves oldószerek, ragasztó	97,9	1,5	0,2	0,1	0,1	0,2	0
Egyéb drog	98,1	0,9	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
LSD vagy más hallucinogének	98,3	1,2	0,3	0,1	0	0	0,1
Opiátok	99,2	0,6	0,2	0	0	0	0
Kokain, crack	99,3	0,5	0,1	0	0	0	0,1

Az első drogfogyasztás jellemzői

A 6.2 ábrában foglaltuk össze az egyes szerekre jellemző első kipróbálás életkorát. Jól látható, hogy a szipuzást leszámítva nagyon kevés fiatal fogyaszt tiltott vagy legális drogot 13 éves korában vagy az előtt. Tizenöt éves korban van egy emelkedés, de a drogfogyasztók nagy többsége, 40-60%-a csak 16 éves korban vagy az után találkozik először a droggal. Érdekes módon a szipuzás az, amelynek az első kipróbálása, úgy tűnik, eléggé független az életkortól.

6.2. ábra
Az első drogfogyasztás életkora szerenként



A drogfogyasztó populáció jellemzői

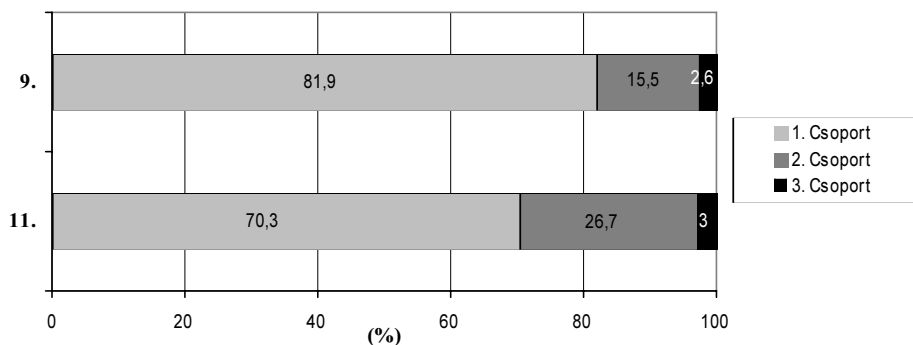
Megvizsgáltuk, hogy a legális és illegális drogfogyasztási szokások tekintetében milyen különbségek mutatkoznak a lányok és a fiúk, a budapesti és a vidéki tanulók, a különböző iskolatípust látogatók valamint a különböző évfolyamba járó tanulók között. A különböző demográfiai valamint az iskolához köthető változók mentén szétválasztott csoportokon belül megvizsgáltuk az egyes drogfogyasztói magatartásokat: mennyien vannak azok akik (1) sem tiltott, sem legális drogot nem fogyasztottak, (2) tiltott szert és/vagy inhalánst életükben legalább egyszer fogyasztottak valamint (3) legális szereket (gyógyszert visszaélés-szerűen vagy gyógyszert és alkoholt együtt) életükben legalább egyszer fogyasztottak.

Mint az a bevezetőben említésre került, a vizsgálat során a középiskolások körében a 9. és 11. évfolyamokban tanulókat kérdeztük. Az átlagéletkor a 9. évfolyamos tanulók között 15,5 év (szórás=0,56), a 11. évfolyamos tanulók körében

pedig 17,5 év (szórás=0,58) volt. A különböző évfolyamokban tanulók drogfogyasztási szokásaikról elmondható (6.3. ábra), hogy míg a kilencedikesek több mint 80%-a nem fogyasztott még semmilyen legális vagy illegális szert, addig a tizenegyedikesek körében ez az érték 70% körül van. A 11. évfolyamosok között 11%-kal többen vannak azok, akik már kipróbáltak valamilyen tiltott szert vagy inhalánst. Ez azonban logikusan következik abból a korábban említett eredményből, hogy az első kipróbálás ideje a tanulók körében többnyire 16 éves kor köré esik. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás viszont csak valamivel magasabb az idősebb tanulók körében. A visszaélészerű gyógyszerfogyasztás halmozatlan életprevalencia értéke az évfolyamok közötti megoszlásban 2,6% (9.o.) és 3% (11.o.), tehát ennyien vannak azok, akik csak legális szert, így gyógyszert vagy alkoholt és gyógyszert együtt fogyasztottak.

6.3. ábra

A különböző drogfogyasztói magatartások életprevalencia értékeinek évfolyamok szerinti különbségei



1. csoport - Sem tiltott, sem legális drogot nem fogyasztott
2. csoport - Valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst életében legalább egyszer fogyasztott
3. csoport - Legális szereket (gyógyszert visszaélészerűen vagy gyógyszert és alkoholt együtt) életében legalább egyszer fogyasztott

Ha az egyes szerekre lebontott különbségeket nézzük, akkor a 6.3. táblázatba foglalt drogfajták esetében találunk szignifikáns különbségeket a használati arányban a két évfolyam tanulói között. A szerves oldószerek és a ragasztó kivételével a táblázatban felsorolt összes szer esetében magasabb az arány az idősebbek között, ami ugyancsak a korábbi tényekből következik, vagyis hogy az első drogfogyasztás többnyire 15,5 évnél idősebb korra tehető.

6.3. táblázat

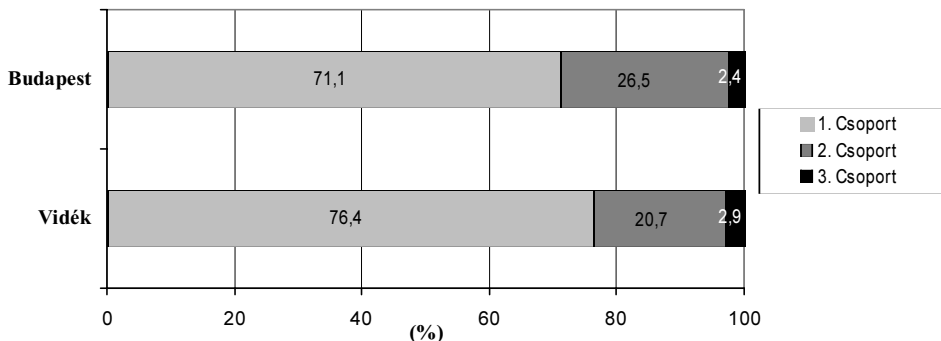
Az egyes szerek használatának életprevalencia értékei évfolyamok szerint

Szerfajták	Életprevalencia (%)	
	9. évfolyam	11. évfolyam
Marihuána, hasis	13,8	25,1
Gyógyszer, hogy feldobjon	4,8	6,6
Ecstasy	3,2	5,2
Amfetaminok	2,8	4,3
Szerves oldószerek, ragasztó	2,9	1,4

Ha a lakóhely változó alapján választjuk szét a tanulókat, akkor jól látható, hogy a fővárosban élő fiatalok körében elterjedtebb a drogfogyasztás. Jelentős különbség az illegális drogok használata esetében található. Míg a budapestiek körében minden negyedik tanuló (26,5%), addig a vidékiek esetében minden ötödik tanuló (20,7%) használt már életében valamilyen tiltott drogot és/vagy inhalánst. A visszaélésszerű gyógyszerhasználat (vagy gyógyszer és alkohol együtt fogyasztása) közel hasonló arányban van jelen a két csoportban (2,4% és 2,9%).

6.4. ábra

A különböző drogfogyasztói magatartások életprevalencia értékeinek lakóhely szerinti különbségei



1. csoport - Sem tiltott, sem legális drogot nem fogyasztott
2. csoport - Valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst életében legalább egyszer fogyasztott
3. csoport - Legális szereket (gyógyszert visszaélésszerűen vagy gyógyszert és alkoholt együtt) életében legalább egyszer fogyasztott

Szerenként lebontva a drogfogyasztási arányokat a két csoportra vonatkozóan, látható (6.4. táblázat), hogy mind a marihuána, mind az ecstasy, mind az LSD és egyéb hallucinogének használata sokkal gyakoribb a budapesti, mint a vidéki középfokú intézményekben tanulók körében. A többi drogfajta esetében nem találhatók jelentős különbségek a használati arányban a két csoport között.

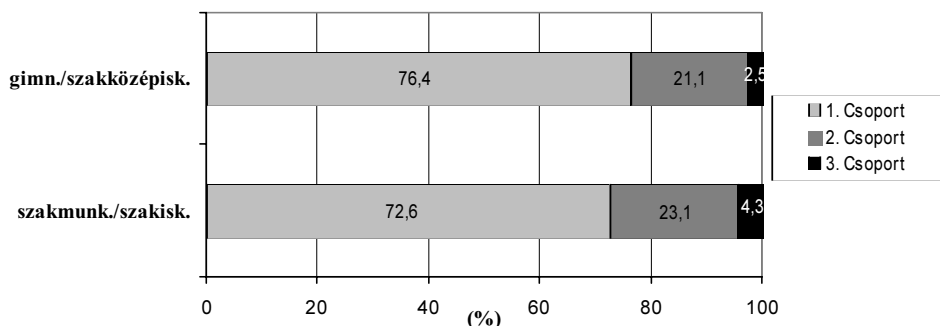
6.4. táblázat
Az egyes szerek használatának életprevalencia értékei
a budapesti és vidéki mintában

<i>Szerfajták</i>	<i>Életprevalencia (%)</i>	
	<i>Budapest</i>	<i>vidék</i>
Marihuána, hasis	25,3	19,0
Ecstasy	6,8	3,9
LSD vagy más hallucinogének	3,7	1,5

Iskolatípusonként vizsgálva a drogfogyasztói magatartást, valamivel alacsonyabb használati arányt találunk a gimnazisták és szakközépiskolások, mint a szakmunkástanulók körében. Ez a különbség leginkább a legális szerek, tehát a nem orvosi utasításra kapott gyógyszer valamint gyógyszer és alkohol együttfogyasztása esetén mutatkozik. A szakmunkástanulók körében ez az érték 4,3%, a gimnáziumban vagy szakközépiskolában tanulók körében pedig 2,5% .

6.5. ábra

A különböző drogfogyasztói magatartások életprevalencia értékeinek iskolatípusok szerinti különbségei



1. csoport - Sem tiltott, sem legális drogot nem fogyasztott
2. csoport - Valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst életében legalább egyszer fogyasztott
3. csoport - Legális szereket (gyógyszert visszaélészerűen vagy gyógyszert és alkoholt együtt) életében legalább egyszer fogyasztott

Négy szer használatának életprevalencia értékei mutatnak jelentős eltérést az iskolatípus szerinti bontásban (6.5. táblázat). Nagyobb különbség a gyógyszerfogyasztás valamint a gyógyszerek és alkohol együttes fogyasztása esetén mutatkozik, mely az előző adatokkal együtt alátámasztja azt a feltételezést, hogy a szakmunkástanulók számára a gyógyszerek és az alkohol hozzáférhetősége könnyebb, mint az illegális drogoké.

6.5. táblázat

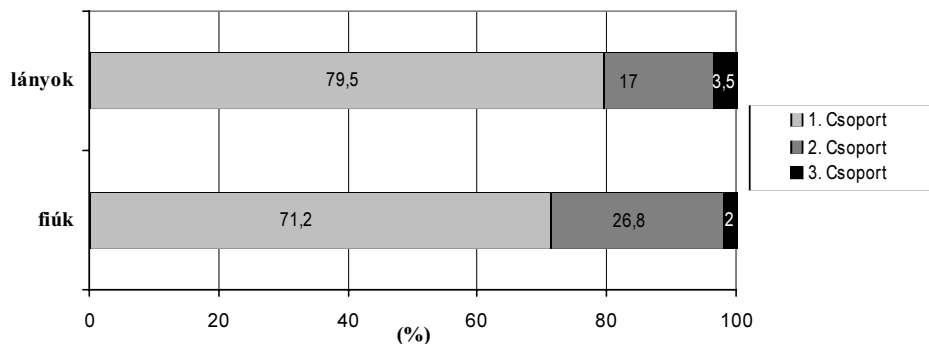
Az egyes szerek használatának életprevalencia értékei iskolatípus szerint

Szerfajták	Életprevalencia (%)	
	Szakmunkás vagy szakiskola	Gimnázium / Szakközépiskola
Alkohol + gyógyszer együtt	10,2	7,1
Gyógyszer, hogy feldobjon	7,7	5,3
Amfetaminok	5,2	3,2
LSD vagy más hallucinogének	2,9	1,5
Opiátok	2,0	0,6

Nemek tekintetében vizsgálva a drogfogyasztás életprevalenciájára vonatkozó adatokat (6.6. ábra), nagyon jelentős eltéréseket találunk. Míg a lányok 17%-a, addig a fiúk 26,8%-a fogyasztott már valamilyen illegális anyagot vagy inhalánst. A lányok körében azonban a visszaélészerű gyógyszerhasználat vagy gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása gyakoribbnak mutatkozik.

6.6. ábra

A különböző drogfogyasztói magatartások életprevalencia értékeinek nemek szerinti különbségei (%)



1. csoport - Sem tiltott, sem legális drogot nem fogyasztott
2. csoport - Valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst életében legalább egyszer fogyasztott
3. csoport - Legális szereket (gyógyszert visszaélészerűen vagy gyógyszert és alkoholt együtt) életében legalább egyszer fogyasztott

Ismét szerenként elemezve (6.6. táblázat) az életprevalencia értékeket, háromféle szer esetében találunk szignifikáns különbségeket a két fogyasztói csoport között. Az összes közül legjelentősebb a marihuána és hasis fogyasztása közötti különbség, mely a fiúk esetében 24,5%, a lányok esetében pedig 15,9%.

6.6. táblázat

Az egyes szerek használatának életprevalencia értékei nemek szerint

Szerfajták	Életprevalencia (%)	
	fiú	lány
Marihuána, hasis	24,5	15,9
Amfetaminok	4,8	2,7
Szerves oldószerek, ragasztó	2,8	1,6

A HBSC kutatás eredményeinek összevetése az ESPAD 1999-es magyarországi vizsgálatának néhány eredményével

Mivel a HBSC-hez hasonló, országos, reprezentatív mintán végzett ESPAD kutatás 1999-es eredményei hozzáférhetőek, fontosnak tartjuk néhány lényegesebb, korábbi ESPAD adat összevetését a jelenlegi kutatás eredményeivel. Az összehasonlítást segíti, hogy a jelenlegi vizsgálat drogfogyasztásra vonatkozó kérdései az ESPAD nemzetközi vizsgálat standard kérdőívének kérdései közül valók. A vizsgált korosztály azonban némileg eltérő, mivel az ESPAD kutatás a középiskolák 9-10 (16 évesek), a HBSC kutatás pedig a 9. és 11. évfolyamaiban tanulók körében zajlott.

A különböző szerfogyasztói magatartások összehasonlítása során (6.7. táblázat) szembevetendő az a különbség, hogy a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás mértéke jelentősen alacsonyabb a 2002-ben vizsgált középiskolás populációban (HBSC).

Míg 1999-ben 16,4%-os volt az arány (ESPAD), 2002-ben 9,3%. A csak gyógyszereket vagy gyógyszert és alkoholt együttesen fogyasztók aránya is sokkal alacsonyabb a 2002-ben megkérdezett fiatalok körében: 2,8% a 7,8%-kal szemben⁸. A tiltott szerek használatának aránya 2002-ben azonban 4%-kal magasabb, 21,5%, mely jelzi, hogy az illegális szerek fogyasztása növekedett az évek során a középiskolások körében.

6.7. táblázat

A különböző szerfogyasztói magatartások életprevalencia értéke a magyarországi középiskolások körében

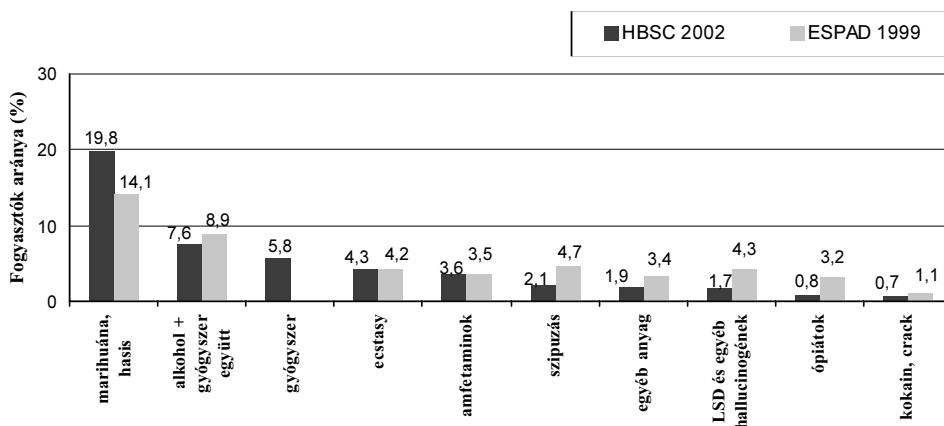
Fogyasztói magatartás	%	
	HBSC 2002 9. és 11. évfolyam	ESPAD 1999 9. és 10. évfolyam
Tiltott és legális drogfogyasztás együttes prevalencia értéke	24,3	25,1
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás teljes életprevalencia értéke	9,3	16,4
Visszaélésszerű gyógyszerfogyasztás halmozatlan életprevalencia értéke	2,8	7,8
Tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia értéke	21,5	17,3

⁸ Fontos megjegyezni, hogy a HBSC kutatás kérdőívében a gyógyszerfogyasztásra vonatkozó kérdésnél szerepelt az a kitétel, hogy "...azért, hogy feldobjon", amivel kizártuk azokat, akik öngyógyító céllal szedték a gyógyszert, míg az ESPAD vizsgálat adataiban ezek is szerepelnek. A nagyobb eltérést ez is okozhatja.

Szerenként megvizsgálva a különbségeket azonnal szembeötlő, hogy csupán a marihuána és hasis magasabb fogyasztási aránya az, ami a tiltott szerek életprevalencia értékét megemelte a 2002-es HBSC vizsgálatban: 14,1%-kal szemben 19,8% azoknak az aránya, akik életükben már használták a szert. Ezzel ellentétben szinte minden egyéb tiltott és legális szer fogyasztásának aránya alacsonyabb értéket mutat az 1999-es vizsgálatához képest.

6.7. ábra

Az egyes szerek életprevalencia értékei a magyarországi 9., 10. és 11. évfolyamba járó középiskolások körében 2002-ben és 1999-ben



Egyedül az ecstasy és az amfetaminok azok, amelyek a három évvel ezelőtti eredményekkel szinte teljes hasonlóságot mutatnak. Számottevően alacsonyabban a HBSC vizsgálat életprevalencia értékei a szipuzás, az LSD és egyéb hallucinogének esetében. Ezeknek a különbségeknek az oka nehezen megállapítható, lehetnek akár a vizsgált populációk között kisebb életkori különbségek is, viszont a marihuána fogyasztásának jelentős emelkedése beleillik abba a bizonyos trendbe, melyet egyéb, korábbi vizsgálatok is megerősítettek.

Megbeszélés

A fentebb összefoglalt adatok alátámasztják azt a bevezetőben jelzett véleményt, miszerint a drogokat már kipróbált fiataloknak csak viszonylag kis hányada fogyasztja azt rendszeresen, tehát nagy többségük nem problematikus droghasználó. Ez igaz a fiatalok körében legelterjedtebb droggal, a kannabisz származékokkal kapcsolatosan is. Mégis hangsúlyozandó és a szakemberek számára kiemelten fontosnak kezelendő tény, hogy minden negyedik-ötödik fiatal már kapcsolatba került illegális droggal, még ha csak a kipróbálás szintjén is.

Igaz nem tudható, hogy ezek közül a fiatalok közül hányan válnak a későbbiekben majd rendszeres használókká.

Jelentős különbségek tapasztalhatók a drogfogyasztás elterjedtségében a különböző évfolyamokban tanulók, a vidéki és a budapesti tanulók, a különböző iskolatípust látogatók valamint a lányok és a fiúk között, mely eredmények útmutatást adhatnak a megelőző munkához. A 9. évfolyamon tanulók, a vidéken lakó fiatalok, a gimnazisták vagy szakközépiskolába járók, valamint a lányok kisebb arányban fogyasztanak valamilyen tiltott szert vagy inhalánst.

Az ESPAD és a HBSC kutatás eredményeit összevetve nehezen magyarázható, hogy az eltérések miből adódtak, hiszen a kannabisz származékokon kívüli minden más illegális, valamint legális drogot fogyasztók aránya alacsonyabb volt, és ez az egyre inkább elterjedtebbnek számító ecstasy valamint az amfetamin származékok esetében is jellemző.

Jelezhetik ezek az adatok azt, hogy egyfajta stagnálás következett be a fiatalok drogfogyasztásában, és a marihuána az, ami a leginkább hozzáférhető és kipróbálásra csábító szer. A különbséget azonban magyarázhatja a két vizsgált populáció enyhén eltérő életkora is, valamint a mintaválasztás és adatfelvétel módja. A különbség oka magában a kutatás céljában és annak gyakorlati megvalósításában is kereshető. Az ESPAD vizsgálatban - mivel az a rizikómagatartásokra fókuszál (dohányzás, alkohol és drogfogyasztás) - a kérdés nagyobb hangsúlyt kap, míg a HBSC vizsgálat az életmód egészének a feltérképezését tűzte ki célul, a rizikómagatartás vizsgálata tehát csak egyik része. Mindezek alapos, további vizsgálatot igényelnek.

Azonban az elmúlt évek helyzetelemzésének eredményein alapulva kirajzolódtak a kábítószer-probléma magyarországi jellegzetességei, melyek alapján körvonalazódott, hogy mi az az irány, amely felé a hazai drogpolitikának indulnia kell. Ezen tudásanyagra és tapasztalatokra támaszkodva a "Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében" című dokumentum az alábbiak szerint fogalmaz:

"Az adatok és a szakemberek tapasztalatai alapján kirajzolódó kép alapján a társadalmi beavatkozás súlypontjává kell tenni az átfogó, a helyi közösségekben működő megelőzést, különös tekintettel a *családra és az iskolára*; a kábítószerrel szembeni keresletet csökkentő intézményrendszer fejlesztését (különös tekintettel a kezelő és rehabilitációs intézményekre); az egyéni és társadalmi kockázatok, valamint a kábítószerrel szembeni hozzáférhetőségének, kínálatának csökkentését". (Nemzeti stratégia, 2000.)

Mint látjuk, az iskola kiemelt helyet foglal el a stratégia cselekvési szinterei között, ezért vizsgálódásunk az iskoláskorúak körében feltétlenül hasznos és egyben elengedhetetlen, és bár a jelen összefoglaló tanulmány keretei nem teszik lehetővé szélesebb összefüggések tárgyalását, remélhetőleg az itt közzétett eredmények hozzájárulnak a fiatalok drogfogyasztási szokásainak további megismeréséhez.

7. NEMI ÉRÉS ÉS SZEXUÁLIS MAGATARTÁS

Németh Ágnes

Bevezetés

Az intenzív testméret- és testaránybeli változások mellett és ezekkel összefüggésben a szexuális érés folyamata határozza meg a serdülőkor jellegzetes biológiai változásait. A serdülés hosszabb életszakaszán belül e gyors testi változások a pubertás időszakában zajlanak, melyek erőteljesen hatnak a fiatalok pszichoszociális fejlődésére, viselkedésére, jóllétére, egészségére (Buchanan és mtsai, 1988; Atkinson és mtsai, 1999; Németh és mtsai, 2002;), ezért a serdülők egészségmagatartásának jobb megértéséhez fontos, hogy a biológiai érési folyamatokat is figyelembe vegyük. A nemi érés háttérében jelentős hormonális változások állnak, melyek közvetlenül és az érés testi változásain keresztül is befolyásolják a fiatalok érzelmi-hangulati állapotát és közérzetét.

A bonyolult hormonális változások eredményezik a külső és belső nemi szervek fejlődését, a nemzőképesség kialakulását, melynek fontos állomása a fiúknál az első magömlés (oigarche vagy spermarche) illetve a lányoknál az első menstruáció (menarche) jelentkezése. A spermarche és a menarche a serdülőkori növekedési lökessel összhangban jelentkezik: a fiúknál a növekedési lökés csúcsa előtt, míg a lányoknál ez után következik be (Bodzsár, 1999). A lányok növekedési csúcsa átlagosan mintegy 2 évvel korábban jelentkezik, mint a fiúké, így a menarche és a spermarche átlagos életkora között 1-1,5 év különbség lehet.

Az érés ütemében azonban nagy egyéni eltérések lehetnek, és ez a tény a fizikai, értelmi és pszichoszociális fejlődés közötti kapcsolatrendszeret még bonyolultabbá teszi. E téren jellegzetes nemi különbségeket is tapasztalhatunk: a fiúknál a kortársakhoz képest korai érés egyértelmű előnyt jelent önértékelésükben és szociális kapcsolataikban. A korán érő fiúk általában magasabbak és izmosabbak kortársaiknál, így férfiasabb megjelenésük nagyobb önbizalmat és a kortárs csoportban nagyobb népszerűséget ad nekik (Schaal és mtsai, 1996, Gáboros 1996). A lányokkal kapcsolatban a korábbi kutatások eredményei nem ennyire egyértelműek, de a legvalószínűbbnek az látszik, hogy az ő számukra pszichoszociális szempontból az átlagos ütemű nemi érés a legelőnyösebb (Litt, 1995; Bodzsár, 2000). Például a testkép és ezáltal az önértékelés elsősorban a korán érőknél (8. fejezetet), de a későn érőknél is kedvezőtlenebb az átlagos érési tempójú kortársakhoz képest.

Mindkét nem számára egyaránt hátrányos a korai érés a rizikómagatartás szem-

pontjából, mert a korán érő fiatalok e magatartásformákat is korábban kipróbálják (Tschann és mtsai, 1994). Ez a kapcsolat a szexuális magatartás esetében is nyilvánvaló. A túl korán elkezdett nemi életet ugyanis lehetséges következményei miatt szintén rizikómagatartásnak tekinthetjük: a védekezés nélküli szexuális élet gyakran vezet nem kívánt terhességhez, abortuszhoz és nemi úton terjedő betegségekhez. Mindezeknek pedig jelentős hatása lehet a későbbi reprodukív egészségre.

Az egészségügyi kockázaton kívül nem elhanyagolandók a védekezés nélküli szexuális aktivitás akár egész életre kiható pszichoszociális következményei (pl. a korai gyermekvállalás miatt be nem fejezett iskolai tanulmányok, a HIV/AIDS fertőzöttek "megbélyegzettsége").

Az utóbbi évtizedek nemzetközi és hazai kutatásai azt igazolták, hogy a nemi érés egyre korábbi életkorokra tolódásával párhuzamosan az első szexuális aktust is világszerte egyre korábban létesítették a fiatalok (Forrai, 1993; Aszmann, 1994; Forrai és Aszmann, 1995; Aszmann, 1997b; Ross és Wyatt, 2000a, 2000b). Az 1997/98-as HBSC adatok szerint éppen Magyarországon volt a legmagasabb a szexuálisan aktív fiatalok aránya (a 9 ország közül, ahol ezt is vizsgálták): a 15 évesek körében meghaladta a 40%-ot (Ross és Wyatt, 2000a, 2000b). Az utóbbi néhány év amerikai adatai azonban már azt mutatják, hogy csökkent a szexuálisan aktív serdülők aránya (Sieving és mtsai, 2002).

A serdülőkorúak nagyarányú szexuális aktivitásában nem csak a biológiai szekuláris trendnek (a nemi érés korábbi életkorokra tolódásának), hanem az intenzív környezeti hatásoknak (tv, videó, magazinok, Internet, stb.) és a fogamzásgátlók megjelenésének, használatuk széles körben való elterjedésének is szerepe van (Forrai és Aszmann, 1995). A mai fiatalok tehát igen sok forrásból juthatnak és jutnak ismeretekhez a szexualitásról, melynek egyaránt vannak előnyei és hátrányai. A téves információk okozta károk nyilvánvalóak. A pozitív hatásra jó példa lehet a kondom, mint védekező eszköz használatának hazai elterjedése és az ezzel kapcsolatos attitűd határozottan pozitív irányú változása. E kedvező trend kialakulásában kétség kívül szerepe van az írott és elektronikus sajtónak, valamint az erre irányuló oktató tevékenységnek is.

A fentiekben leírtak alapján rendkívül fontosnak tartjuk, hogy a szexuális érettségi státuszról és a szexuális magatartásról is legyenek olyan információink, melyeket az egészségneveléssel foglalkozó szakemberek hasznosítani tudnak.

A következő témák köré csoportosítottuk kérdéseinket¹:

- a serdülők biológiai érettségi státusza
- a szexuális aktivitás prevalenciája, kezdeti életkora
- a szexuális aktivitás során alkalmazott védekezési módszerek
- a szexuális aktus és más rizikómagatartások együttes előfordulása.

Eredmények

Nemi érés: menarche- és spermarchekor

A kérdőívben a "*Menstruálsz-e már?*" és a "*Volt-e már magömlésed?*" kérdéseket tettük fel, melyre a "*nem / igen, először... éves koromban*" válaszok voltak adhatók. Az első magömlés (spermarche) és az első menstruáció (menarche) középértékének kiszámításához az igen/nem válaszokat és a gyerekek életkorát vettük figyelembe ("status quo módszer"). Ezekből az adatokból egy speciális matematikai-statisztikai módszerrel - probit analízissel - meg lehet becsülni az adott mintára vagy populációra vonatkozó életkor medián értéket (azt az életkort, amikor a fiataloknak 50%-a már polluál/menstruál). Azoknak a fiúknak az arányát, akiknek már volt magömlése, ill. a már menstruáló lányok arányát nem osztályokra, hanem korcsoportokra bontva adjuk meg, mivel a probit-analízis módszere ezt a felosztást követeli meg.

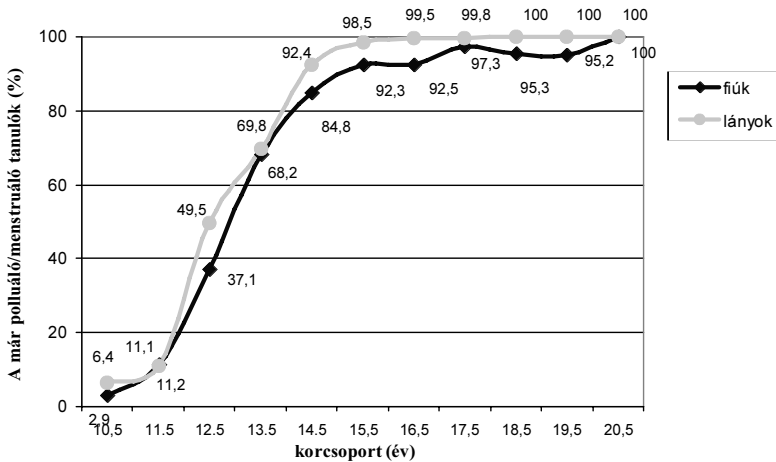
A spermarche medián értéke 13,13 év $\pm 0,15$ év megbízhatósági intervallummal, míg a menarche medián értéke 12,88 év $\pm 0,09$ év megbízhatósági intervallummal.

A spermarche és a menarche életkor szerinti előfordulási gyakorisága a fiúk és lányok között szignifikáns eltérést mutat (7.1 ábra). A lányoknál a két legfiatalabb korcsoport között és a 14,5 éveseknél idősebbek között nincs szignifikáns eltérés. A fiúknál is hasonló a kép, azzal a különbséggel, náluk a 15,5 évesnél idősebb korcsoportok között nincs jelentős különbség.

¹ A szexuális magatartásra vonatkozó kérdések csak a középiskolások (9. és 11. osztályosok) számára készült kérdőívben szerepeltek.

7.1. ábra

A már polluáló és menstruáló 10,5-20,5² éves tanulók aránya.



A szexuális élet kezdete

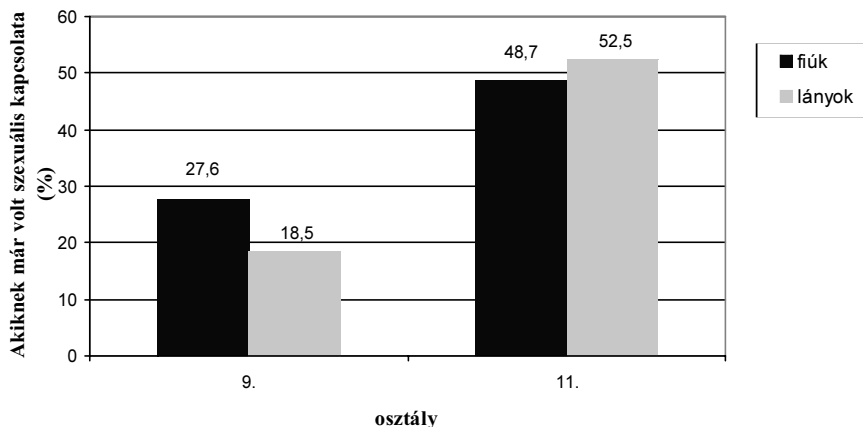
Kérdéseink a következők voltak: *"Volt-e már szexuális kapcsolatod?"* ("igen / nem") és *"Hány éves voltál, amikor először lefeküdtél egy fiúval/lánnyal?"* ("nem volt szexuális kapcsolat / 11 éves vagy fiatalabb / 12 / 13 / 14 / 15 / 16 éves vagy idősebb").

A fiataloknak átlagosan 37,2%-a vallotta, hogy volt már szexuális kapcsolata; a 11. osztályosok szignifikánsan magasabb arányban (7.2 ábra). A fiúk és lányok közötti eltérés a 9. osztályosok között szignifikáns. Azok közül, akiknek már volt ilyen kapcsolata, átlagosan 25,7% vallotta, hogy 14 éves vagy fiatalabb volt az első kapcsolat létesítésekor. Ez a megoszlás a nemek között 29,5% illetve 22,4% a fiúk javára, bár ez a különbség matematikailag nem szignifikáns.

² Néhány középiskolai osztályban voltak túlkoros fiatalok is.

7.2. ábra.

A szexuális kapcsolatot már létesített serdülőkorú tanulók aránya nem és osztály szerint.



Védekezés, rizikómagatartás

Az *"A legutóbbi alkalommal mivel védekeztetek, hogy elkerüljétek a teherbeesést?"* kérdésnél a felsorolt módszerek (pesszárium / kondom / megszakított közösülés / spermicid spray/krém/hab / tableta / esemény utáni tableta / naptár módszer és/vagy hőmérőzés / más) mindegyikénél az *"igen / nem"* válaszok egyikét kellett megjelölni. Emellett válaszolhatta még a tanuló, hogy *"nem volt szexuális kapcsolat / nem védekeztünk / nem tudom"*.

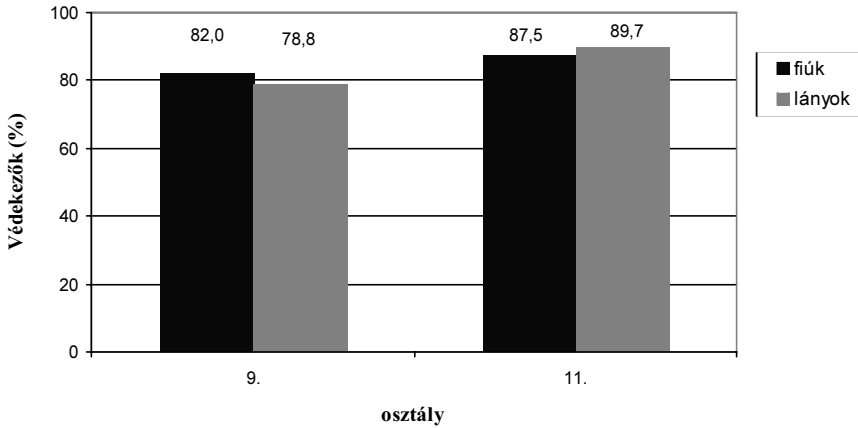
Külön kérdeztünk a kondom használatára, mivel ez az eszköz megfelelően használva nem csak a nem kívánt terhesség, de a szexuális úton terjedő betegségek ellen is védelmet nyújt. Az *"A legutóbbi alkalommal használtál-e te vagy partnered kondomot (kotont)?"* kérdésre a lehetséges válaszok *"soha nem volt szexuális kapcsolat / igen, használtunk / nem, nem használtunk"* voltak.

A szexuális aktus biztonságát veszélyeztető alkohol- vagy drogfogyasztásra az *"Ittál-e alkoholt, vagy használtál-e drogot a legutóbbi alkalommal, mielőtt lefeküdtél valakivel?"* kérdéssel kérdeztünk rá. A lehetséges válaszok *"nem volt szexuális kapcsolat / igen, alkoholt ittam / igen drogot használtam / igen, mindkettőt használtam / egyiket sem használtam"* voltak.

A szexuálisan aktív tanulóknak átlagosan 84,5%-a jelölte, hogy a legutóbbi szexuális aktus alkalmával valamilyen formában védekeztek a teherbeesés ellen. Ebben a nemek és a korcsoportok között sincs jelentős eltérés (7.3 ábra). A három legnépszerűbb védekezési forma a kondom, a fogamzásgátló tableta és a megszakított közösülés, ebben a sorrendben. Ez minden csoportban jellemző, kivéve a 9. osztályos lányokat, ahol a tableta és a megszakított közösülés helyet cserél a sorrendben.

7.3. ábra

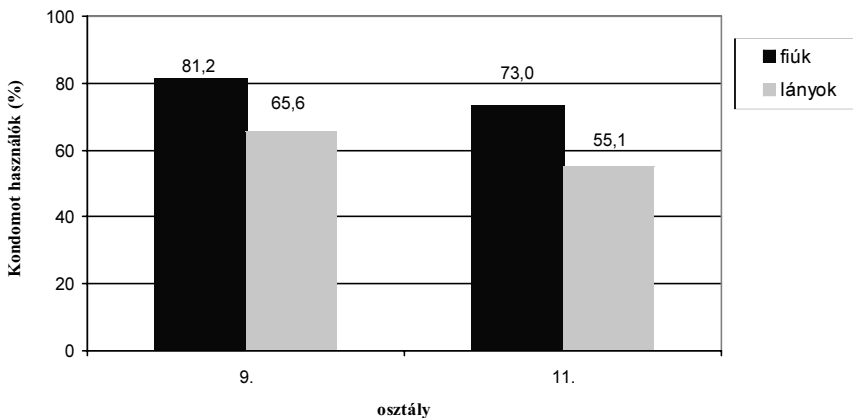
A legutóbbi szexuális aktus alkalmával védekező serdülőkorú tanulók aránya nem és osztály szerint.



A szexuálisan aktív fiataloknak átlagosan 66,6% állította, hogy a legutóbbi együttlét alkalmával ő vagy partnere használt kondomot (7.4 ábra). A fiúk minden korcsoportban szignifikánsan nagyobb arányban vallották ezt. A korcsoportok közötti különbség nem szignifikáns, bár tendenciózus.

7.4. ábra

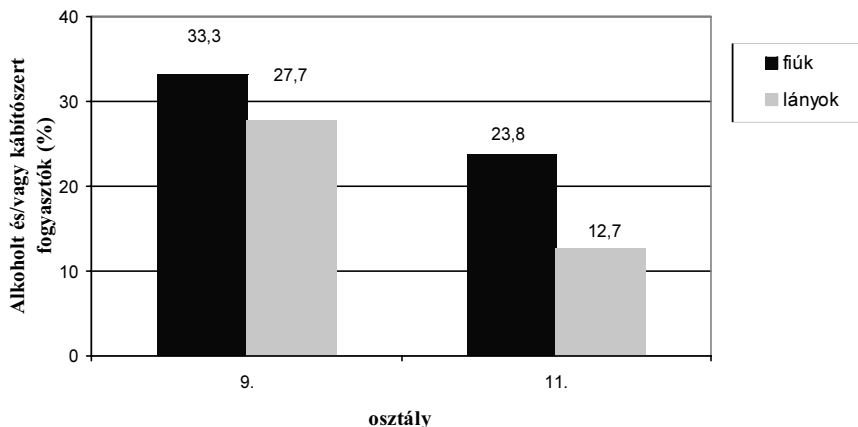
A legutóbbi szexuális aktus alkalmával kondomot használó serdülőkorú tanulók (ill. akiknek partnere használt kondomot) aránya nem és osztály szerint.



A szexuálisan már aktív fiataloknak átlagosan 24,4%-a vallotta, hogy a legutóbbi együttlét előtt alkoholt és/vagy kábítószer fogyasztott (7.5 ábra). A lányokra ez a rizikómagatartás szignifikánsan kevésbé jellemző, mint a fiúkra, és jelentősen kisebb arányú az idősebb korcsoportban. A fiúknál a két korcsoport közötti különbség csak tendencia jellegű.

7.5. ábra

A legutóbbi szexuális együttlét alkalmával alkoholt és/vagy kábítószer fogyasztott serdülőkorú tanulók aránya nem és osztály szerint.



Megbeszélés

A fiúknál a nemi érésre vonatkozó medián érték legalább fél évvel alacsonyabb, mint a korábbi hazai adatok (Eiben és Pantó, 1984; Bodzsár és Pápai, 1994; Bodzsár, 1999), míg a lányok menarche mediánja kevésbé tér el az irodalmi értékektől (Eiben és mtsai, 1991; Bodzsár, 2001). A különbségek okai valószínűleg főként mintavételi jellegűek. Az egészségmagatartás kutatás mintaválasztását elsősorban nem ennek a problémakörnek a vizsgálata határozza meg, ezért a legkorábban érők ebbe a mintába nem kerülhettek be. Ez a tény elsősorban a lányoknál lehet módosító tényező, mivel náluk a nemi érés (is) korábban kezdődik, mint a fiúknál. Másrészt a vizsgált korintervallumon belül csak minden második (az 5. 7. 9. és 10.) évfolyamról kerültek be a tanulók a mintába, ami szintén módosító tényező lehet.

Az 1997/98-as felmérésből származó eredményeinkhez képest (Németh és mtsai, 2002) is van lényeges eltérés: a fiúk középértéke 0,5 évvel alacsonyabb a legutóbbi felmérésben. Ez esetben is mintavételi okokat valószínűsíthetünk,

mert a korábbi adatfelvételekhez képest jelen vizsgálatban más évfolyamokat vizsgáltunk (ld. a Bevezetés fejezetet). A lányok adatai azonban gyakorlatilag azonosak a két felmérésben.

A fentieket figyelembe véve adataink tehát tájékoztató jellegűek, e mintára jellemzőek, semmi esetre sem referencia értékűek. Az egyes korcsoportokban a már polluáló és menstruáló fiatalok arányából azonban jól láthatjuk, hogy az azonos korú fiúk és lányok fiziológiás érése fáziseltolódásban van: a lányoknál átlagosan korábban következik be a menarche, mint a fiúknál a spermarche. A pubertás folyamatának e fontos állomása a fiúk zöménél átlagosan a 11-16. életév, míg a lányoknál a 11-15. életév között jelentkezik.

A szexuálisan aktív fiatalok aránya a korábbi vizsgálatainkhoz képest csökkent, nem is kismértékben: a 15 évesek körében a 90-es években jellemző 40% körüli érték (Aszmann, 1997b; Ross és Wyatt, 2000) jelen vizsgálatban csak 23%-nak adódott. Itt ismét meg kell említenünk, hogy a mintában a korábbi felmérésekhez képest eggyel alacsonyabb évfolyamok szerepeltek, és valószínűleg ez az egyik oka a csökkenésnek. Ez a változás azonban olyan nagymértékű, hogy egész biztosan nem vezethetjük vissza erre az egyetlen tényezőre, így a nemzetközi trendhez hasonlóan kedvezőnek tekinthetjük ezt a tendenciát.

Azt azonban már nem tekinthetjük kedvezőnek, hogy a szexuálisan aktív fiataloknak mintegy negyede már 14 évesen vagy még korábban közöszlűt előszőr. Ők a legveszélyeztetettebbek a nem kívánt terhességek, abortuszok és nemi úton átvihető betegségek szempontjából.

Bár a nemi érés a lányoknál általában korábban kezdődik, mint a fiúknál, a szexuális élet kezdetére vonatkozó arányszámok azt mutatják, hogy a fiúk kezdenek el hamarabb ismerkedni a nemi étellel. Ennek háttérében elsősorban az állhat, hogy a lányok talán kevésbé hajlamosak a kockázatos magatartásra, hiszen nekik több a "vesztési valójuk".

A szexuális aktus közbeni védekezés tekintetében azonban más a kép. A kondomhasználatot a fiúk és a fiatalabbak jelezték nagyobb gyakorisággal. (Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy a kondomot aktívan a fiúk használják, és ez is szerepet játszhat a két nem válaszáda közötti eltérésben.) Ennek a védekezési módnak a népszerűsége öröndetesesen nőt a fiatalok körében az utóbbi években. Ez azért nagyon fontos, mert a serdülő korosztály számára ez a leginkább ajánlott módszer (Kovács, 1998), hiszen megfelelő használata igen nagy biztonsággal megelőzi a teherbeesést és a fertőzést is, ugyanakkor nem avatkozik be a serdülő még fejlődő hormonrendszerébe, mint a fogamzásgátló tableták. Az idősebbeknél tapasztalható alacsonyabb arány talán arra vezethető vissza, hogy ők vagy partnereik már többen választják a védekezésnek más módját (pl. a fogamzásgátló tablettát).

Összességében kedvezőnek nevezhető, hogy a magyar fiataloknak mintegy 85%-a vallotta, hogy védekezett a legutóbbi együttlét alkalmával. Más vizsgálatok adatai és közvetlen orvosi tapasztalatok azonban ennél kedvezőtlenebb helyzetet, kisebb védekezési arányt mutattak ki (Forrai és Aszmann, 1995).

A szexuális aktus alkalmával alkoholt és/vagy kábítószer fogyasztó fiatalok aránya nem elhanyagolható, ez a szexuálisan aktívak közül minden negyedik fiatalra jellemző (a 9. osztályos fiúknál minden harmadikra). Jelentős a különbség a két korcsoport között: a 11. osztályosokra sokkal kevésbé jellemző ez a fajta halmozott rizikómagatartás. Ez feltehetőleg azzal magyarázható, hogy az idősebbek már érettebben gondolkodnak és jobban törekednek a biztonságra a sexualitás terén. Másrészt az idősebbekre inkább jellemző, hogy stabil párkapcsolatuk van, így ez is gátja lehet annak, hogy felelőtlenül, kevésbé kontrolláltan szexuális kapcsolatot létesítsenek. A lányok és fiúk közti különbségre itt is hasonló lehet a magyarázat, mint a szexuális aktivitás kezdete esetében, tehát a lányokra általában jellemző az óvatosabb magatartás a nemi élet terén.

Korábbi vizsgálatainkból kiderült, hogy a szexuálisan aktív fiatalokra magasabb arányban jellemzők egyéb rizikómagatartási formák (dohányzás, alkoholfogyasztás) is, mint a nemi életet még nem élő kortársaikra (Aszmann, 1997b). Ezt az összefüggést érdemes figyelembe venni a prevenciós módszerek kidolgozásában, miként azt is, hogy a másik nemmel való ismerkedésnek, az intim kapcsolatoknak fontos pozitív szerepe lehet a fiatalok jóllétének alakulásában és önértékelésük fejlődésében.

8. TESTKÉP ÉS TESTTÖMEG

Németh Ágnes

Bevezetés

A táplálkozásról és az étkezési szokásokról szóló fejezetben már utaltunk rá, hogy a külső megjelenés mennyire fontos napjaink modern társadalmában. A tömegkommunikációs csatornákon keresztül érkező, a külső megjelenésre, annak fontosságára utaló információk tömege zúdul az emberekre. Ezek hatásai alól még a szilárd identitással rendelkező felnőtt ember is nehezen vonhatja ki magát. A serdülő fiatalok még fogékonyabbak, hiszen testük és személyiségük formálódóban van, sokszor labilis érzelmi állapotúak, keresik helyüket a világban, nyitottak az újdonságokra. A reklámok jelentős része nem véletlenül célozza meg ezt a korosztályt.

A külső megjelenést nagymértékben meghatározó testforma tekintetében a női ideál irreálisan karcsú, míg a fiúk esetében az izmos, "kigyúrt" testalkat számít kívánatosnak. A serdülők intenzív figyelemmel fordulnak saját testük felé, hiszen a serdülőkorban - különösen a pubertás idején - jelentős testarány-, testalkat- és testösszetétel-béli változásokon mennek keresztül. Emellett a nemi érés külső jegyei is nagymértékben megváltoztatják a megjelenést. Ezek a változások sokszor nem kívánatosak a fiatalok számára, hiszen a vágyott testideáltól ezáltal távolodhatnak. A fiúk a hirtelen megnyúlás következtében (mely a pubertáskori változások időszakának első felében történik) "csupa kéz-csupa láb" vékony kamaszokká válhatnak. A lányoknál ugyanakkor régóta közismert tudományos tény, hogy a peteérés beindulásához (amely a pubertáskori változások időszakának második felében következik be, amikor a növekedés üteme már erősen lelassult) bizonyos relatív testszír mennyiség elérése szükséges (Frisch és Revelle, 1970; Bodzsár, 1999), így tehát a már menstruáló lányok korábbi önmaguknál "gömbölydedebbek".

Valószínűleg e gyors testi változások is szerepet játszanak abban, hogy a serdülők gyakran nehezen tudják megítélni testformájukat, ezért sokkal inkább az észlelt túlsúlyosság (negatív szubjektív testkép), mint a tényleges testtömeg/testmagasság arány a mozgatórugója a testtömeg-kontrollnak. A testképpel való elégedettség vagy elégedetlenség nagymértékben befolyásolja a serdülők szubjektív jóllétét és önértékelését is (ld. a 9. fejezetet), így érthető, hogy igyekeznek is tenni azért, hogy az általuk tökéletesnek ítélt testalkatot elérjék: fogyókúráznak, speciális étrendet követnek, edzenek, "erősítenek", stb. A túlzásba vitt testtömeg-kontroll számos veszélyt rejt magában (Kilpatrick és mtsai, 1999). A 3. fejezetben már említettük, hogy ez elégtelen táplálkozáshoz vezethet, ez pedig

akár a növekedés lelassulását, a nemi érés zavarait is eredményezheti. A fogyókúrázásnak számos pszichés hatása is van: általában növeli az ingerlékenységet, koncentrációs és alvási problémákat okozhat (Pesa, 1999), de a későbbi evészavarok kialakulásában (pl. anorexia és bulimia nervosa) is szerepet játszhat (Garner, 1993; Túry és Szabó, 2000).

A fentiekkel szoros kapcsolatban meg kell említenünk még egy fontos problémát: a túlsúlyosság és elhízás (obezitás) kérdését. Ez a modern társadalmakban már népegészségügyi problémát jelent nemcsak a felnőtt, de a gyermek- és serdülő lakosság körében is. A fiatal korban kialakult túlsúlyosság nagy valószínűséggel felnőttkorban is megmarad (Wolf és mtsai, 1994), és ennek jelentős hosszú távú következményei vannak az egészségre nézve (Neumark és Story, 1997; Smoak és mtsai, 1999; Czinner, 1993; Illyés és mtsai, 1993; Zajkás, 1998). Emellett a másodlagos pszichoszociális következmények (pl. kortárs közösségből, programokból való kirekesztettség, alacsony önértékelés) sem elhanyagolandók (Gádoros és mtsai, 1998).

E sokrétű problémakörön belül kutatásunk az alábbi témákkal foglalkozott:

- szubjektív testkép
- objektív testkép: testtömeg-index (BMI)
- testtömeggel való elégedettség és testtömeg-kontroll.

Eredmények

Szubjektív testkép

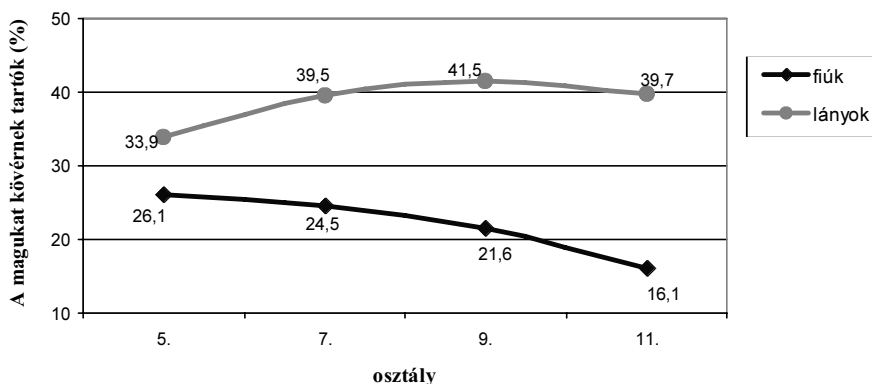
A szubjektív testképet a következő kérdéssel vizsgáltuk: *"Milyennek tartod magad?"*. A lehetséges válaszok a következők voltak: *"nagyon soványnak / egy kicsit soványnak / kb. megfelelőnek / egy kicsit kövérnek / nagyon kövérnek"*. Az eredmények számításakor a *"nagyon"* és az *"egy kicsit"* kategóriákat összevontuk.

A szubjektív testképet tekintve a fiataloknak átlagosan mintegy fele tartja megfelelőnek a testalkatát, és harmada ítéli kövérnek magát. A lányok minden életkorban szignifikánsan nagyobb arányban tartják kövérnek magukat, mint a fiúk. Az életkor emelkedésével a fiúknál jelentősen csökken ez az arány, míg a lányoknál nincs szignifikáns változás (8.1. ábra).

A magukat megfelelő testalkatúnak tartók aránya a fiúknál 55% körül, míg a lányoknál 44% és 50% között mozog. A fiúk között a magukat soványnak tartók aránya 19,2%-ról 29,2%-ra emelkedik az életkor növekedésével, míg a lányok között ez az arány gyakorlatilag állandó: 15% körüli. A fiúk és lányok közötti különbség minden életkorban szignifikáns.

8.1. ábra.

A magukat kövérnek tartó serdülőkorú tanulók aránya nem és osztály szerint.



Objektív testkép: testtömeg-index (BMI)

A testalkat objektív jellemzéséhez a "Hány centi magas vagy cipő nélkül?" és a "Hány kg vagy ruha nélkül?" kérdésekre adott válaszokat használtuk: a kapott adatokból kiszámítottuk a testtömeg-indexet - ismert rövidítéssel BMI-t -, melynek dimenziója kg/m^2 . A BMI átlagértékeit nem osztályok, hanem életkorok szerinti csoportosításban fogjuk megadni, mert a referenciaértékek, amelyhez e minta adatait hasonlítjuk, korcsoportos bontásban állnak rendelkezésre.

A fiúk BMI átlagértékei szignifikánsan magasabbak, mint a lányoké. Határozott életkori változások is megfigyelhetők: az életkor előrehaladtával nőnek az értékek (8.1. táblázat). Ugyanakkor a lányoknál e növekedés mértéke csekélyebb és jelentősen csökken is az egyre idősebb korcsoportoknál.

A túlsúlyosság és elhízottság prevalencia adatait nemzetközileg elfogadott nem- és életkor-specifikus referencia-értékek (Cole és mtsai, 2000) alapján szá-

8.1. táblázat.

A 11,5-17,5 éves tanulók BMI átlagértékei nem és korcsoport szerint.

Korcsoport (év)	Fiúk		Lányok	
	Átlag(kg/m^2)	Szórás (SD)	Átlag(kg/m^2)	Szórás (SD)
11,5	17,96	3,78	17,17	2,97
13,5	19,36	3,28	18,85	3,10
15,5	20,79	3,32	20,03	3,14
17,5	21,87	3,15	20,42	3,03

mítottuk ki (8.2. táblázat). A fiúk arányszámai - a BMI-hez hasonlóan - minden korcsoportban szignifikánsan magasabbak, mint a lányokéi. A különböző életkorú fiúk arányszámai között azonban nincs jelentős eltérés. A lányoknál a 13,5 éves korcsoporttól csökkenő tendencia figyelhető meg az életkor növekedésével (a 13,5 és a 17,5 éves korcsoport között már szignifikáns a különbség).

8.2. táblázat

A 11,5-17,5 éves túlsúlyos és elhízott tanulók aránya nem és korcsoport szerint.

Korcsoport (év)	Fiúk		Lányok	
	Túlsúlyos (%)	Elhízott (%)	Túlsúlyos (%)	Elhízott (%)
11,5	10,6	3,4	7,8	1,4
13,5	13,3	2,5	9,0	1,4
15,5	12,2	3,2	7,8	2,1
17,5	12,3	3,1	5,1	1,5

Testtömeggel való elégedettség

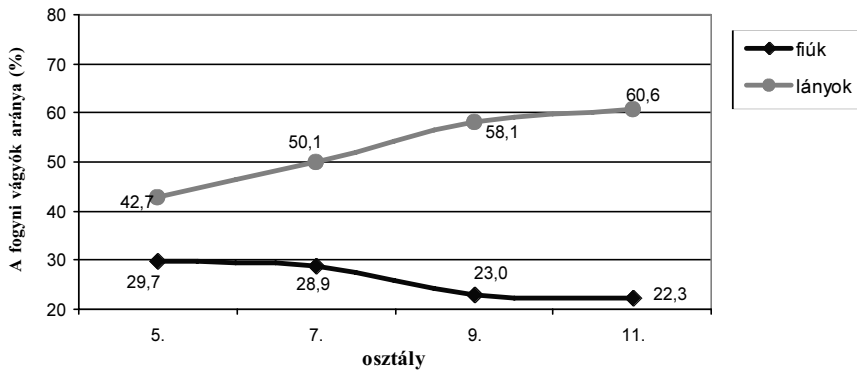
A kérdőívben a *"Jelenleg fogyókúrázol-e vagy próbálsz-e más módon fogyni?"* kérdést tettük fel a tanulóknak, akiknek a *"nem, mert rendben van a testsúlyom / nem, bár fogynom kellene / nem, mert inkább híznom kellene / igen, fogyókúrázom / igen, más módon próbálok fogyni"* válaszok valamelyikét kellett megjelölniük. Az eredmények közlésénél összevonnjuk a *"nem, bár fogynom kellene"*, az *"igen, fogyókúrázom"* és az *"igen, más módon próbálok fogyni"* válaszokat a *"fogyni vágyók"* kategóriájába.

A minta egészségét tekintve átlagosan 40,8% a fogyni és 10,4% a hízni vágyók aránya. Igen nagy eltérés mutatkozik azonban a két nem között, és ez fokozódik az életkor emelkedésével, mert a lányoknál szignifikánsan nő, a fiúknál viszont szignifikánsan csökken a fogyni vágyók aránya (8.2. ábra).

A hízni vágyók aránya gyakorlatilag állandó a korcsoportokat tekintve. A fiúknál 10-14% körül mozog, míg a lányoknál 8-10% ez az arány.

8.2. ábra.

A fogyni vágyó serdülőkorú tanulók aránya nem és orszály szerint.



Megbeszélés

A testkép a bevezetőben már bemutatott jellegzetes nemi különbségeket mutatja. Külön érdemes megemlíteni, hogy míg a fiúknál az életkor előrehaladtával fokozatosan nő a magukat soványnak tartók (és ezzel párhuzamosan csökken a magukat kövérnek tartók) aránya, addig a lányoknál minden életkorban magas azoknak az aránya, akik kövérnek látják magukat (és párhuzamosan alacsony a magukat soványnak ítézők aránya).

Ezekhez az eredményekhez szorosan kapcsolhatók a testtömeg-kontroll adatai. A fiúk számértékei azt mutatják, hogy testképük és ezzel való elégedettségük nagyjából megfelel egymásnak (hasonlók az arányok és a tendenciák a kövérek és a fogyni vágyók tekintetében). A lányoknál a testkép ismeretében nem meglepő, hogy már az 5. osztályosoknál is igen magas a fogyni vágyók aránya (40% feletti). Ez az arány azonban még jelentősen nő is az idősebb korcsoportokban. A fiúkhöz képest szintén szembeszökő különbség, hogy korcsoporttól függően a lányok mintegy 10-20%-kal magasabb aránya szeretne fogyni, mint amennyien kövérnek tartják magukat. Ez arra utal, hogy a lányoknak nem elhanyagolható hányada annak ellenére szeretné a testtömegét csökkenteni, hogy azt megfelelőnek - esetleg ennél kevesebbnek - tartja. Erre korábbi tanulmányok is felhívták már a figyelmet (Koff és Rierdan, 1991).

A soványság - úgy tűnik - mindkét nem számára kívánatos: csak feleannyi serdülő szeretne hízni, mint ahányan soványnak tartják magukat (a fiúknál azonban jelentősen magasabbak ezek az arányok).

Mindezek az eredmények utalnak arra, hogy már a korai serdülőkorban igen

nagy társadalmi nyomás nehezedik a fiatalokra - különösen a lányokra - azáltal, hogy a túlsúlyossághoz és elhízottsághoz kapcsolódó negatív sztereotípiák már viszonylag korai életkorban is hatással vannak a gyermekekre. A nemek közötti különbség hátterében az is fellelhető, hogy a fiúk és lányok különbözőképpen ítélik meg a testüket. Bár serdülőkorban mindkét nemnél nagyon fontos szerepet tölt be a fizikai vonzóság (pl. az önértékelésnek egyik fontos meghatározója, ld. a 9. fejezetet), mégis elsősorban a lányok tekintik a testüket a vonzerő "eszközének" (Kilpatrick és mtsai, 1999). A két nem tehát mind a belső indíttatás, mind a külső elvárások különbözősége miatt vélekedik másképp a testéről. Ennek hátterében igen régi és mélyen gyökerező társadalmi konvenciók állnak, de ezek tárgyalása már túlmutatna e fejezet keretein.

A BMI tárgyalásakor meg kell említenünk az önbevallásos adatok megbízhatóságának problémáját. Erre vonatkozóan az irodalmi adatok meglehetősen ellentmondásosak: egyes tanulmányok igen jó egyezést találtak a mért értékekkel (Goodman és mtsai, 2000), míg mások az így nyert adatok óvatos kezelésére hívják fel a figyelmet (Crawley és Portides, 1995). Jelen vizsgálatban a nemek és korcsoportok közötti különbségek hasonlóak a korábbi hazai vizsgálatoknál tapasztaltakkal (pl. Eiben és mtsai, 1998; Németh és mtsai, 1999). A 15,5 és 17,5 éves lányok BMI átlagértékei között szintén nincs szignifikáns eltérés, ami jelzi, hogy a pubertás után jelentős mértékben lecsökkennek a testi változások, a testarányok stabilizálódnak. A fiúknál mindez átlagosan későbbi életkorban következik be, így náluk még szignifikáns növekedést tapasztalhatunk a legidősebb korcsoportban is.

A túlsúlyosság és az elhízottság prevalencia adatai az életkorral kevésbé változnak ebben a korosztályban, tehát a jellemző arányok már a korai serdülőkorban kialakulnak. A lányok alacsonyabb arányszámai szintén alátámasztják azt, hogy rájuk sokkal inkább jellemző a testtömeg-kontroll, mint a fiúkra, ami csaknem kizárólag a testtömeg csökkentésére és/vagy alacsonyan tartására irányul. Az életkorral jelentősen csökkenő arányok pedig utalhatnak arra, hogy e törekvés egyre általánosabbá válik az idősebb lányok körében.

A magyar fiatalok adatai (melyeket nemzetközileg standardizált referenciaértékek felhasználásával számítottunk ki) nemzetközi összehasonlításban a középmezőnyben helyezkednek el (Mulvihill és mtsai, 2003).

Összefoglalóan tehát elmondhatjuk hogy a testkép, a testtömeg és a testtömeg-kontroll problémaköre egy érdekes kettősséggel jellemezhető a serdülőket illetően: egyrészt általános a testformával, testarányokkal való elégedetlenség, amit jelez a testtömeg kontrollálására való igény. Ez elsősorban a testtömeg csökkentésére irányuló kísérletekben nyilvánul meg, sokszor az egészséget veszélyeztető módon (többek között azért, mert a cél sokszor nem a normál, hanem az ennél kisebb testtömeg elérése). Másrészt a fiataloknak szintén nem elhanyagolható hányadát érinti a túlsúlyosság és elhízottság.

9. SZUBJEKTÍV JÓLLÉT

Kökönyei Gyöngyi

Bevezetés

A szubjektív jóllét vizsgálatának kérdése az utóbbi évtizedekben kitüntetett helyet foglal el. Ez a fokozott érdeklődés részben azt a szociális trendet tükrözi, amely az egyén szubjektív nézőpontját hangsúlyozza az élet értékelésében (Diener és mtai, 1999). Másrészt tudományos vizsgálata a feltörekvő pozitív pszichológia (Seligman és Csikszentmihályi, 2000) keretén belül reneszánszát éli. A szubjektivitás hangsúlyozása egyben azt is jelenti, hogy az objektívnek tartott szociális indikátorok -pl. szocio-ökonomiai státusz (SES)- önmagukban nem magyarázzák eléggé az élet minőségét, és hozzátehetjük, az egészségi állapotot sem.

A szubjektív jóllét összetevői

A szubjektív jóllét több dimenziós fogalom, affektív komponensekre és kognitív komponensekre bontható (Diener, 1984; Diener és mtai, 1999). Az affektív komponensek a pozitív (vagy kellemes) és negatív (vagy kellemetlen) érzelmeket és hangulati állapotokat tartalmazzák, míg a kognitív összetevők az élettel való elégedettséget (egy általános értékelést) és terület-specifikus értékelést (pl. a testre, az egészségre, az énképre vonatkozó értékelést) foglalnak magukban. A következő táblázatban egy olyan példát mutatunk be, amely a jelen vizsgálat adatainak szempontjából is releváns:

negatív affektus	élettel való elégedettség	terület-specifikus elégedettség
depressziós hangulat szomatikus és lelki tünetek jelenléte	globális értékelés	önértékelés testtel való elégedettség ¹ egészségi állapottal való elégedettség

A táblázat jól szemlélteti azt az elképzelést, amely az egészséget (a szubjektív egészséget) nem egyszerűen a különböző testi betegségek, és így a tünetek hiányára vezeti vissza, hanem sokkal szélesebb értelemben a testi egészség mellett az emocionális és a szociális jóllétet (elsősorban a társas kapcsolatokat és társas támogatottságot, a társas hálót sorolhatjuk ide; ezzel a kérdéssel a következő fejezet foglalkozik) is magában foglalja (WHO definíció).

¹ Ezzel a kérdéssel az előző fejezet foglalkozik.

A szubjektív jóllét összetevőinek jellemzői serdülőkorban

A serdülőkori egészséges működést vagy akár a felbukkanó emocionális vagy viselkedéses problémákat nem magyarázhatjuk önmagában csak biológiai, pszichológiai vagy szociális tényezőkkel, sokkal inkább ezek interakciójával (Lerner, Walsch és Howard, 1998; Sameroff, 2000). Serdülőkorban az egyén és környezete (család, iskolai osztály, barátok) közötti kapcsolat gyorsan változik, ennek a kapcsolatnak a jellemzői meghatározzák a serdülőkori fejlődést, annak pozitív és negatív kimenetelét (Lerner és Galambos, 1998), vagyis hatással vannak a szubjektív jóllét érzésének alakulására is.

Fizikai és lelki tünetek, depressziós hangulat, egészségi állapot

A szomatikus tünetek előfordulása általánosnak mondható serdülőkorban, ezt részben a normál serdülőkori fejlődéssel együtt járó, a testi változások felé fordult figyelemből származó introspekció magyarázhatja (Taylor és mtsai, 1996). A tünetek ritkán organikus eredetűek, és általában nem korlátozzák jelentős mértékben a serdülők mindennapi tevékenységét, nem utalnak komoly emocionális zavarra sem (Taylor és mtsai, 1996).

Különböző vizsgálatok szerint a gyermekek kisebb hányada gyakran tapasztal valamilyen testi tünetet (pl. Aszmann, 1997), például fejfájást (Aszmann, 1997a; Kökönyei és mtsai, 2002; Egger és mtsai, 1998), visszatérő (rekurrens) hasi fájdalmat (pl. Hyams, 1996), emellett a hátfájás és az alvási problémák is magas arányban fordulnak elő (King és mtsai, 1996).

A szubjektív panaszokat² általában a stresszel hozzák összefüggésbe (Kaplan és Mammel, 1993), amely serdülőkorban származhat a korábban már említett személy-környezet közötti problémás kapcsolatból.

Korábbi HBSC vizsgálatok eredményei szerint a gyakori szomatikus és pszichés panaszok kapcsolatot mutatnak az iskoláról adott kedvezőtlen válaszokkal, az iskolatársak általi kirekesztettséggel, a problémás szülő-gyerek kapcsolattal (Aszmann, 1997a; Kökönyei és mtsai, 2002; Szabó és mtsai, 2002).

A szomatikus tünetek mellett serdülőkorban az érzelmi problémák, így a depressziós hangulat, súlyosabb esetben a depresszió előfordulása is ugrásszerűen megnövekszik (Hankin és mtsai, 1998). A depresszió előfordulása az egészség-

² A szubjektív panaszok kifejezéssel tulajdonképpen a tünetek keletkezésének okára vonatkozó előfeltételezéseket szeretnénk elkerülni, vagyis nem kutatjuk, hogy a tünetek kialakulásában biológiai vagy pszichológiai tényezők játszanak-e szerepet. A szubjektív jelzővel arra utalunk, hogy a személy átéli ezeket a tüneteket, és be is számol róluk. Mindemellett megjegyezzük, hogy jól ismert adat, hogy a tünetek csak kisebb hányadéért felelősek organikus okok.

károsító magatartásformák rizikótényezői közé tartozik, például Glied és Pine (2002) vizsgálatában a depressziós hangulat a dohányzás, az evészavar és az öngyilkossági gondolatok előfordulását szignifikánsan emelte. Patton és mtsai (1998) tanulmánya arra mutat rá, hogy a depressziós hangulat és a szorongás a kortársak hatásával (több dohányzó kortárs) együtt emeli csak a dohányzás valószínűségét. Az 1997/98-as HBSC vizsgálatban a pszichés tünetek közül a tanulók leggyakrabban a lehangoltság, a szorongás és az ingerlékenység panaszait jelölték meg, a tanulók több mint 20%-a ezeket a tüneteket hetente többször tapasztalta (Kököneyei és mtsai, 2002).

Mind a nem, mind az életkor jelentősen befolyásolja a szubjektív egészség és jóllét alakulását. A lányok sérülékenyebbek az emocionális zavarokra (Hankin és mtsai, 1998), és ugyanez az összefüggés a szomatikus tünetekre is releváns (Scheidt és mtsai, 2000; Kolip és Schmidt, 1999; Aszmann, 1997a). Különböző eredmények arra utalnak, hogy a pszichés zavarokban felnőttkorban megtalálható nemi különbségek már serdülőkorban kezdenek megnyilvánulni (Cole és Cole, 1997; Hankin és mtsai, 1998).

Önértékelés, testi megjelenéssel való elégedettség

A serdülőkor legfőbb életfeladata az identitás kialakítása és felépítése (Erikson, 1991) a különböző területeken (pl. iskola, szociális interakciók) megtapasztalt kompetencia és értékesség segítségével, amely egyben az önértékelés forrása is lesz ebben az időszakban. A szociális elfogadottság mellett, elsősorban a lányoknál a fizikai vonzerő (vagyis a testtel való elégedettség) a legfőbb determinánsa az önértékelésnek (Cole és Cole, 1997; Hankin és Ambranson, 2001). Az önértékelés viszont meghatározza a szubjektív jóllét más tényezőit; a magas önértékelés jó hangulattal, szomatikus és pszichés tünetek hiányával jár együtt (Rosenberg és mtsai, 1995; Kököneyei és mtsai, 2002).

A szubjektív jóllét mérése (A kérdések bemutatása)

Az egészségi állapot önminősítésére a következő kérdést alkalmaztuk: "Szerinted milyen az egészséged?". Négy válaszlehetőség – kitűnő, jó, megfelelő, rossz – állt rendelkezésre. Ez a kérdés felnőtt és serdülőpopuláción megbízhatónak bizonyult (pl. Pikó, 1995, 1998).

Az **Élettel való elégedettséget** egy 11 fokú skálával (Cantrill létra, Cantrill, 1965) mértük. A létra alsó foka (vagyis a skála legkisebb értéke: 0) a legrosszabb életet, míg a legfelső foka (vagyis a legmagasabb értéke: 10) a legjobb életet jelentette.

A **Depressziós hangulat** mérésére a Gyermek Depresszió Kérdőív (Kovacs, 1985; magyarul ld. Rózsa és mtsai, 1999) rövidített változatát használtuk. A 8 item a szomorúságot, az anhedóniát³, a saját maga iránt érzett gyűlöletet, a sírást, a döntésképtelenséget, az öngyilkossági gondolatot, a másokkal való jó viszonyt és a szeretetlenséget mérte. A skála lehetséges pontszáma: 0-16. A skála belső konzisztenciája⁴ mintánkban megfelelőnek bizonyult (Cronbach- α : 0.77). Fontos megjegyezni, hogy ezt a skálát, ill. az önértékelés skálát 7-11. osztályos tanulók között alkalmaztuk.

A tanulók **Önértékelését** Rosenberg (1965) 10 itemes skálájával mértük (a skála pontszáma: 10-40). A négyfokú skála az általános (globális) önértékelést az önfogadásra és az önmagunk értékességére vonatkozó itemek segítségével méri. A skála belső konzisztenciája mintánkban megfelelőnek bizonyult (Cronbach- α : 0.83).

Tizenkét szubjektív egészségi panasz (**pszichés és szomatikus tünetek**) gyakoriságát - szinte naponta, hetente többször, kb. hetente, kb. havonta, ritkábban vagy soha- az elmúlt félévre vonatkozóan mértük. A testi tünetek között a fejfájás, gyomor-vagy hasfájás, hátfájás, hányinger előfordulását, a lelki tünetek között a kedvetlenség, az ingerlékenység, a félelem érzésének, az idegesség előfordulását kérdeztük. Emellett az alvászavarok -elalvási nehézség, többszöri felébredés- és a fáradtság gyakoriságát mértük fel.

³ Az öröme való képesség csökkenése: Nem tud örülni semminek, nem telik öröme semmi-ben.

⁴ A skála reliabilitásának (megbízhatóságának) egyik mutatója a skála belső konzisztenciáját jelző Cronbach- α (lehetséges értéke: 0-1 között van). Egy tesztet akkor tekintünk megbízhatónak, ha ugyanarra a változóra (pl. a depresszió) vonatkozó több egymástól független itemre (pl. itt a depresszió skála itemei) adott válaszok pontértékei korrelálnak egymással. A 0.7 feletti Cronbach- α értékek jó belső konzisztenciát jeleznek.

Eredmények

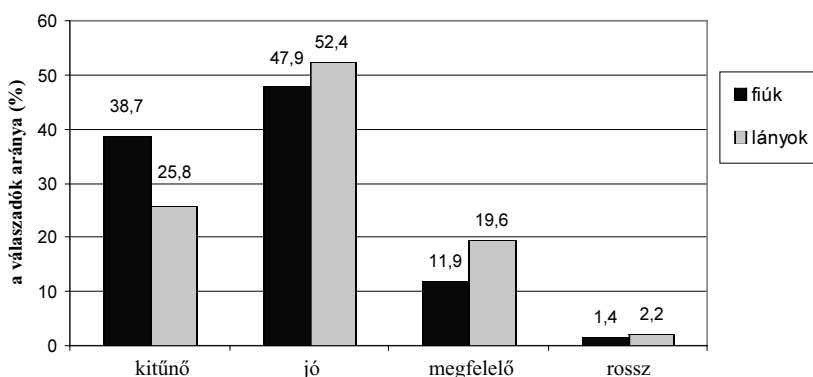
Önminősített egészség

A tanulók nagyobb hányada egészségi állapotát kitűnőnek (a fiúk 38,7%-a, a lányok 25,8%-a) vagy jónak (a fiúk 47,9%-a, a lányok 52,4%-a) tartja (9.1. ábra). A tanulók kisebb hányada -a fiúk 13,3%-a és a lányok 21,8%-a azonban egészségét csak megfelelőnek vagy rossznak minősíti⁵.

Az egész mintában a lányok nagyobb mértékben minősítik az egészségüket rossznak vagy megfelelőnek (9.1. ábra). Minden korcsoportban (iskolai osztályban) megmarad a lányok magasabb aránya, ugyanakkor mindkét nemnél növekszik az ebbe a kategóriába tartozó tanulók aránya (9.2. ábra).

9.1.ábra

Az önminősített egészségi állapot csoportjai nem szerint az egész mintában.



Élettel való elégedettség (létra)

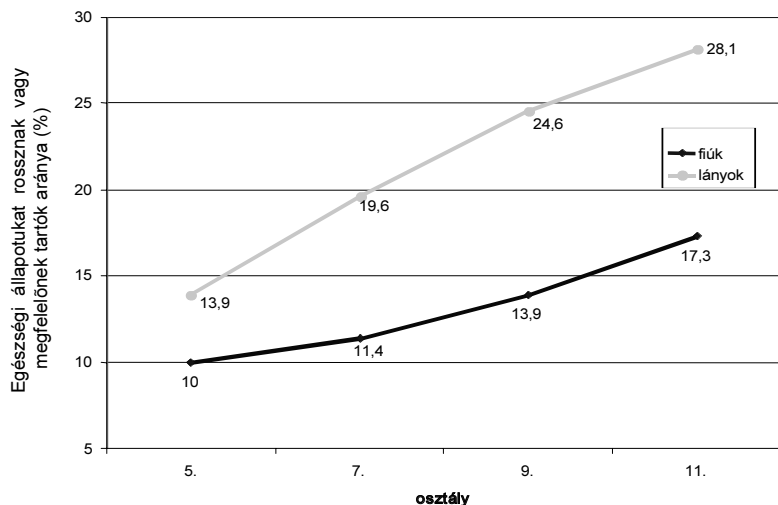
A tanulók 11 fokú skálán jelölték, hogy a lehető legrosszabb (a 0 megjelölése a létrán) és legjobb élet (a 10. létrafok) között hová sorolják magukat. Az egész mintán az élettel való elégedettség átlagértéke 7,34 (szórás=1,85).

A nemek között az átlagokat kétmintás t-próba segítségével hasonlítottuk össze, az eredmény szerint a fiúk szignifikánsan elégedettebbek az életükkel, mint a lányok. A nemi különbség az egyes osztálycsoportokban eltérően alakul: 5.

⁵ A fiúk 1,4%-a, a lányok 2,2%-a minősíti rossznak az egészségét.

9.2. ábra

Az önmagukat a rossz vagy megfelelő egészségi állapotú csoportba soroló tanulók aránya nem és osztály szerint.

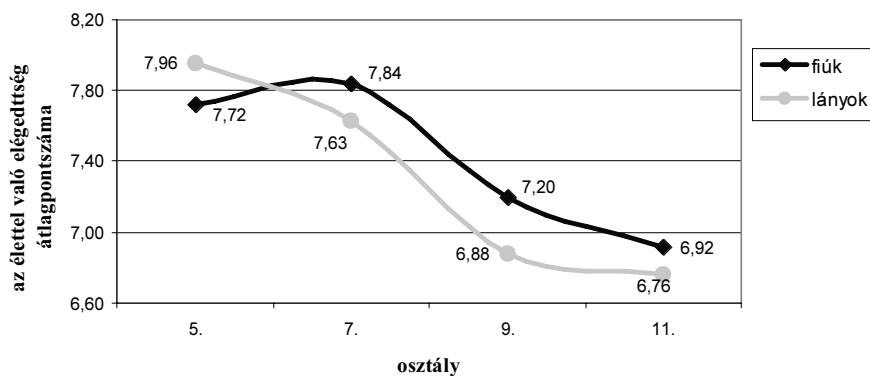


osztályban a lányok, 7. osztályban és 9. osztályban azonban már a fiúk elégedettebbek az életükkel. A 11. osztályban a különbség már csak tendenciaszerű.

Az életkorral előrehaladva (9.3. ábra) általánosan csökkenő tendenciát mutat az étellel való elégedettség, azonban a fiúk, ill. lányok mintáján belül más lefutás figyelhető meg.

9.3. ábra

Az étellel való elégedettség átlagértékei osztály és nem szerint.



A fiúk mintáján belül a korcsoportok átlagának összehasonlítása alapján az 5. és 7. osztályosok átlaga nem különbözik egymástól, míg a 9. és 11. osztályosok átlaga szignifikánsan alacsonyabb a többi csoport (5. és 7. osztály) átlagához képest.

Lányok mintáján belül a 9. és a 11. osztályosok átlaga nem különbözik egymástól, míg az 5. és 7. osztályosok átlaga minden csoport átlagától eltért, vagyis magasabb volt.

A tanulók többsége a létrán az átlagos tartományba (6-9 pont) ill. a fölé (10 pont) esik (9.1 táblázat). Itt is megfigyelhető, hogy az életkorral előrehaladva kevesebben kerülnek ebbe a kategóriába, és megnő az átlag alatti étellel való elégedettségéről beszámoló aránya.

9.1. táblázat

Átlagos vagy átlag fölötti étellel való elégedettségéről beszámoló aránya nem és osztály szerint.

	5. osztály	7. osztály	9. osztály	11. osztály
fiúk	82,9%	90,3%	82,8%	78,1%
lányok	86,0%	85,6%	77,1%	75,1%

Depressziós hangulat

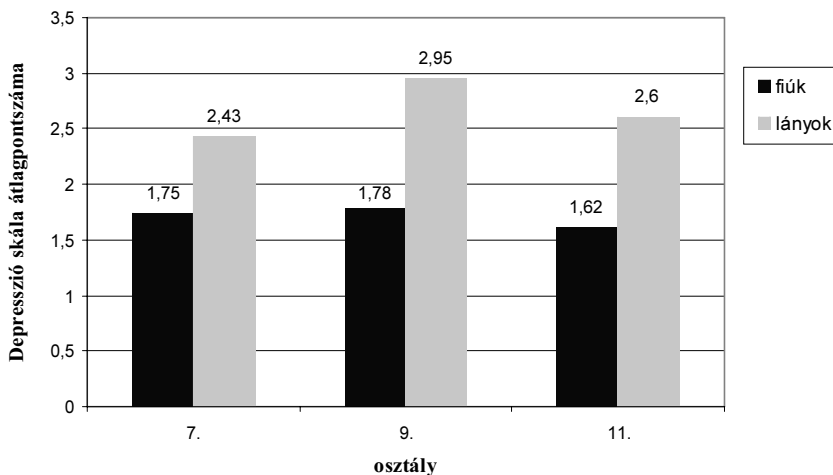
Az egész mintában a skála átlaga: 2,30 (szórás: 2,40). A fiúk szignifikánsan alacsonyabb pontszámot érnek el a skálán. Ez a különbség megmarad minden egyes osztálycsoportban (9.4. ábra).

Ha a nemeken belül a korcsoportok közötti különbséget kutatjuk, akkor azt látjuk, hogy a fiúk mintáján belül nincs különbség. A lányok mintáján azt látjuk, hogy a különbség a 7. és 9. ill. a 9. és 11. osztály különbségéből adódik, míg a 7. osztályosok és a 11. osztályosok átlaga között nincs szignifikáns különbség.

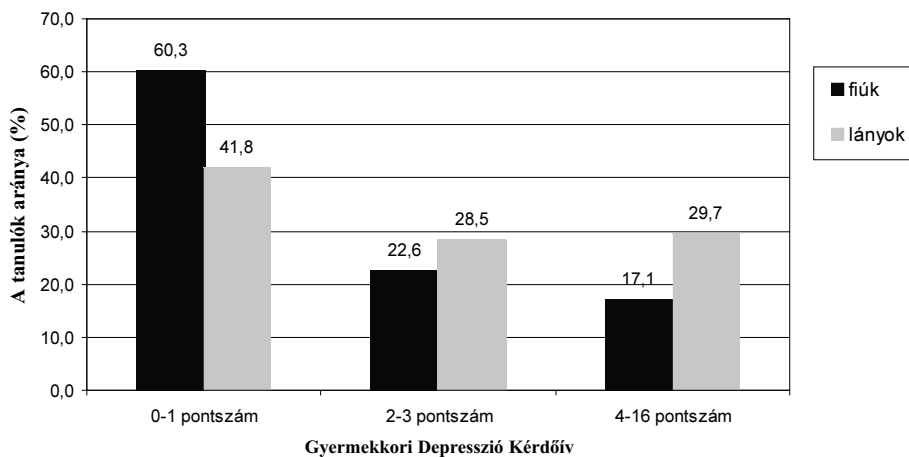
A Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatában kritikus pontként a 4 pontot jelöljük meg (Rózsa Sándor, személyes közlés). A 9.5. ábrán látható, hogy a tanulók nagy részének (fiúk 60,3%-a, a lányok 41,8%-a) az összpontszáma 0-1⁶, ami jó általános közérzetre (a depresszív tünetek hiányára) utal. A tanulók kb. 25%-a (fiúk 22,6%-a, a lányok 28,5%-a) ért el 2 vagy 3 pontot, ami zavart hangulatot jelölhet, míg a lányok közel 30%-a és a fiúk 18%-a négy vagy több pontot kapott, ami depresszív hangulatot jelezhet.

⁶ A 7-11. osztályos fiúk 37,6 %-a, a lányok 22,1 %-a ért el 0 pontot, 22,7% ill. 19,7 % 1 pontot.

9.4. ábra.
A Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatán elért átlagértékek osztály és nem szerint.



9.5. ábra
A depresszió skálán elért pontszámok alapján kialakított csoportba tartozó 7-11. osztályos tanulók aránya nemek szerint.



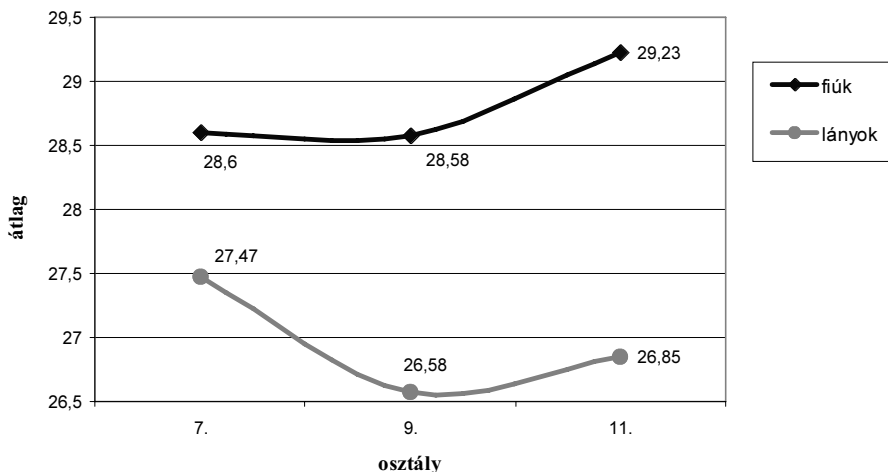
Érdeemes megjegyezni, hogy az öngyilkossági gondolat a 4 vagy annál több pontot elérők csoportjában kiugró, ugyanis több mint 50%-uk fejében már megfogalmazódott ez a gondolat.

Önértékelés

Az egész mintában a skála átlaga: 27,79 pont (szórás: 4,76). A fiúk szignifikánsan magasabb átlagpontszámot érnek el (9.6. ábra), s ez a különbség minden egyes osztályban megmarad. Ha a nemeken belül a korcsoportokon belüli különbséget kutatjuk, akkor más-más mintázatot fedezhetünk fel. Fiúknál a 9. és 11. osztály között szignifikáns emelkedés tapasztalható, míg a lányoknál 7. és 9. osztály között szignifikáns csökkenés tapasztalható, és a 9. és 11. osztály közötti különbség már nem szignifikáns.

9.6. ábra

Az önértékelés skálán elért átlagértékek nem és osztály szerint.



Szomatikus és pszichés tünetek előfordulása

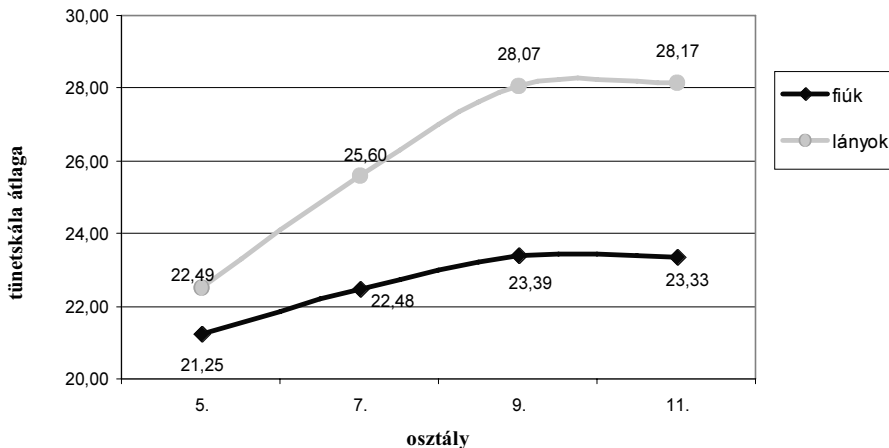
Az eredmények bemutatásához többféle megközelítést alkalmazunk: (1) a 12 tüneten adott összpontszám (Cronbach- $\alpha=0.86$) átlagát tüntetjük fel, ill. (2) azoknak az arányát mutatjuk be, akik gyakran (szinte naponta és hetente többször) tapasztalják a tüneteket; (3) emellett bemutatjuk azoknak a tanulónak az arányát is, akik az elmúlt félévben két vagy több visszatérő tünetet tapasztaltak.

A **tüneteskála** átlaga az egész mintán: 24,60 (szórás=8,78). A lányok (26,26; szórás: 9,22) szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el (9.7. ábra), mint a fiúk (22,63; szórás: 7,77). Vagyis a lányok gyakrabban számolnak be a tünetekről. A nemi különbség minden osztályban megmarad.

Ha a nemeken belül a korcsoportok közötti különbséget kutatjuk, akkor fiúknál azt tapasztaljuk, hogy 5. osztály után magasabb lesz az átlagpontszám, de aztán a 7. osztálytól szignifikánsan nem változik. Ezzel ellentétben a lányoknál a 7. osztály után is még szignifikánsan emelkedés tapasztalható, s a 9. és 11. osztályos lányok átlaga között nem találunk különbséget.

9.7. ábra

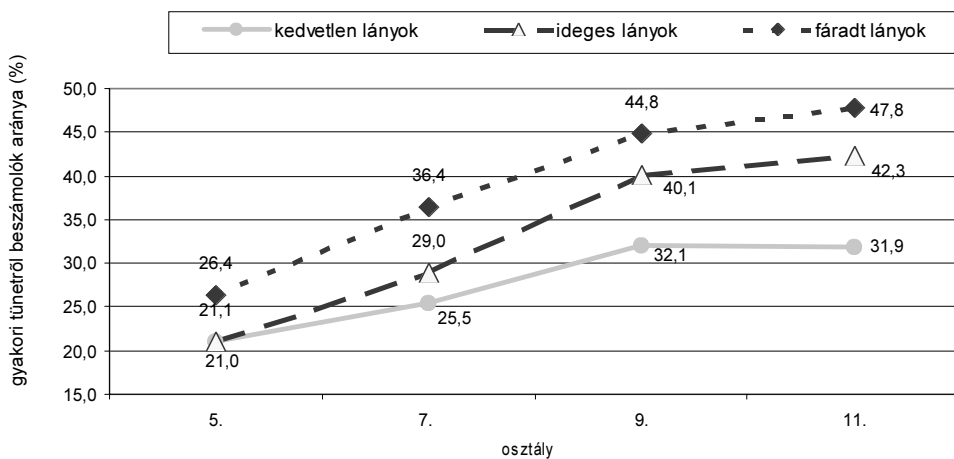
A tüneteskálán elért átlagértékek nem és osztály szerint.



A fiúknál és a lányoknál mindegyik osztályban magas a **kedvetlenség**, az **idegesség** és a **fáradtság** előfordulása. A gyakori fáradtság 9. és 11. osztályban lányoknál (44,8 ill. 47,8%) és fiúknál (31,6 ill. 33,3%) egyaránt kiugró, ugyanez mondható el a gyakori idegességről is (lányoknál 40,1 ill. 42,3%, fiúknál 30,9 ill. 30,4%). Jól látható (9.8. ábra), hogy lányoknál ezek a tünetek már 5. osztályban magas arányban fordulnak elő (több mint 20%), és a fiúknál sem elhanyagolható az előfordulásuk (9.9. ábra). A kedvetlenség gyakori előfordulása a lányoknál jóval pregnásabb, mint a fiúknál.

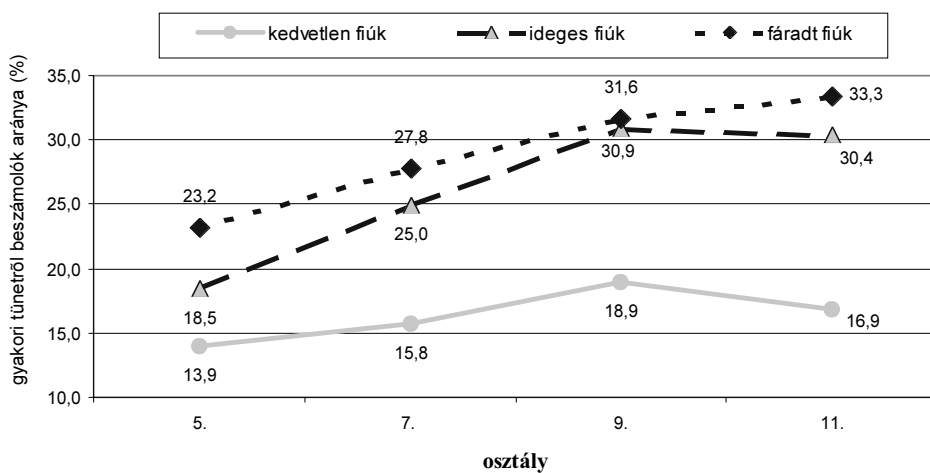
9.8. ábra

A gyakran kedvetlen, ideges és fáradt lánytanulók aránya osztályok szerint.



9.9. ábra

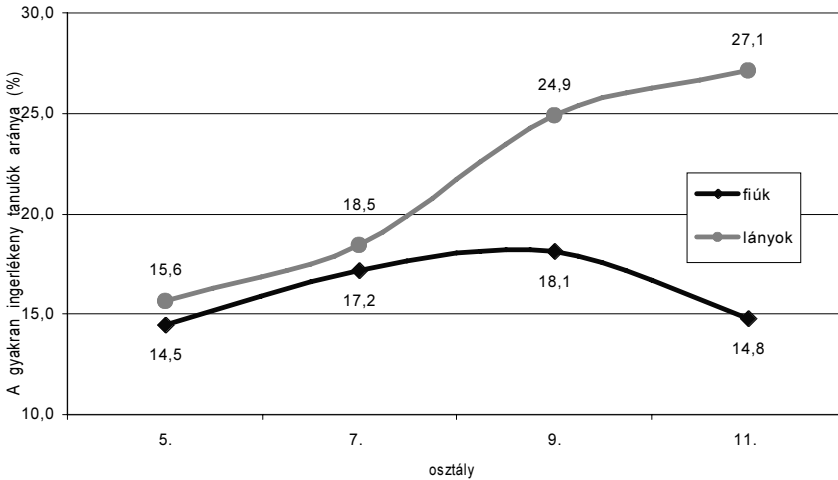
A gyakran kedvetlen, ideges és fáradt fiútanulók aránya osztályok szerint.



A pszichés tünetek közül az **ingerlékenység** is magas arányban fordul elő mindkét nemnél. A 9.10 ábrán jól látható, hogy a 9. és 11. osztályban már a lányoknál nagyobb a gyakori ingerlékenységre panaszkodók aránya, a két nem különbsége a 11. osztályban még pregnánsabb, míg a lányok közel 30%-a számol be gyakori ingerlékenységről, addig a fiúknál az előfordulás 15% alá csökken.

9.10. ábra

A gyakran ingerlékeny tanulók aránya nem és osztály szerint.



A szomatikus tünetek közül a **fej-, a gyomor- és a hátfájás** gyakori előfordulásáról a lányok magasabb arányban számolnak be (9.2 táblázat). Míg a fiúknál a gyakori fejfájásra panaszkodók aránya a 11%-ot egyik osztályban sem haladja meg, addig a lányoknál ez 18,6 és 32% 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 15-18% közötti értékeket találunk.

9.2. táblázat

A fej-, a gyomor és a hátfájás előfordulása nem és osztály szerint.

		5. osztály	7. osztály	9. osztály	11. osztály
fejfájás	fiúk	10,9	8,4	10,7	7,8
	lányok	18,6	24,0	32,0	28,2
gyomorfájás	fiúk	8,7	6,1	5,5	5,6
	lányok	15,2	16,9	17,2	17,5
hátfájás	fiúk	8,5	10,9	9,7	9,3
	lányok	11,2	12,6	17,9	16,6

A szomatikus tünetek közül a **hányinger és szédülés** előfordulása a "fájdalom" tünetekhez képest alacsonyabb mindkét nemnél (9.3 táblázat). Fiúknál a hányinger gyakori előfordulás 1-4% között mozog, míg a szédülés 4-6% közötti értéket mutat. A lányoknál ezek a tünetek is magasabb arányban fordulnak elő, bár a két tünet közül a szédülés prevalenciája a 9. osztályos csoportban lépi át egyedül a 15%-os előfordulási arányt.

9.3. táblázat.

A hányinger, a szédülés és a félelem előfordulása nem és osztály szerint.

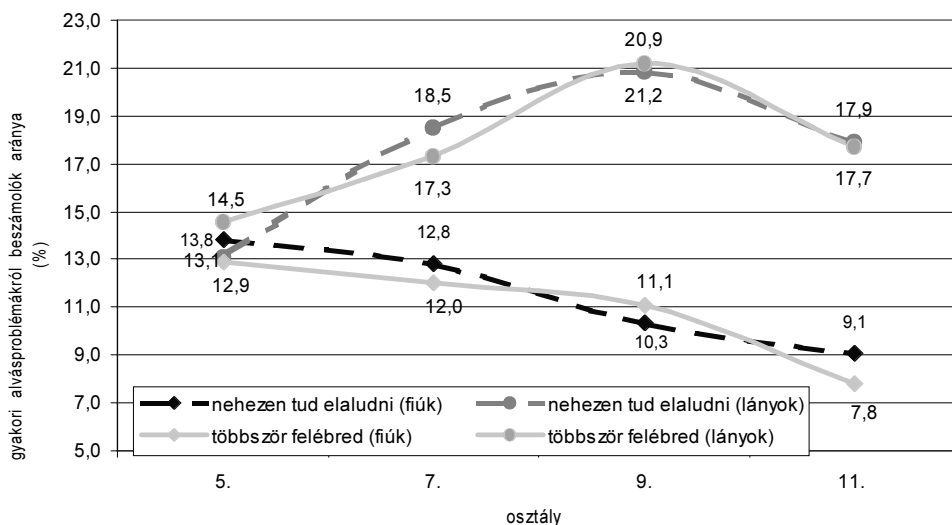
		5. osztály	7. osztály	9. osztály	11. osztály
hányinger	fiúk	3,3	3,6	2,4	1,0
	lányok	4,5	4,1	5,1	3,3
szédülés	fiúk	5,5	6,1	5,8	4,1
	lányok	8,8	11,0	15,7	10,3
félelem	fiúk	4,9	3,9	3,9	3,3
	lányok	10,0	9,9	12,2	12,9

A pszichés tünetek közül a **félelem érzésének** előfordulása fiúknál a hányinger és szédülés előfordulásához hasonlóan alacsony, lányoknál átlagosan 10%-os gyakoriságot figyelhetünk meg.

Gyakoribb alvási problémákról **-nehezen tud elaludni, ill. éjszaka többször felébred-** számolnak be a lányok, közülük is a 9. osztályosok, fiúknál az életkorral előrehaladva csökken az alvásproblémákról panaszkodók aránya (9.11. ábra).

9.11. ábra

Az alvásproblémákkal (nehéz elalvás, gyakori felébredés éjszaka) küzdők nem és osztály szerint.



A tanulók magas arányban számolnak be **két vagy több tünet együttes jelenlétéről** a vizsgált féléves periódusban. A 9.4. táblázatban látható, hogy a 9. és 11. osztályos lányok több mint fele több visszatérő tünetet tapasztal, sőt a 6 vagy több visszatérő szubjektív egészségi panaszról beszámolók aránya is magas, 20 ill. 16,1%.

9.4. táblázat

Két vagy több gyakori tünetről beszámolók aránya nem és osztály szerint.

	5. osztály	7. osztály	9. osztály	11. osztály
fiúk	30,5 %	34,9 %	36,8 %	36,3 %
lányok	36,7 %	46,2 %	55,7 %	58,8 %

Megbeszélés

Összességében a 11-17 éves korosztály nagyobb hányada jó szubjektív egészségi állapotról, jóllétről számol be. A tanulók nagy többsége egészségi állapotát jónak minősíti, hangulatát, közérzetét elfogadhatónak tartja, kevés tünetről panaszkodik, ill. étellel való elégedettsége és önértékelése legalább átlagosnak mondható. A tanulók 20-25%-a azonban a fentebb említett változók mentén rosszabb képet mutat.

Általánosságban a fiúk jobb egészségi állapotról, magasabb étellel való elégedettségéről, alacsonyabb depressziós hangulatról, magasabb önértékelésről és ritkább tünet előfordulásról számolnak be, mint a lányok. Ez alátámasztani látszik azt a megfigyelést, hogy a lányok sérülékenyebbek az emocionális és egyes szomatikus zavarokra. A lányok rosszabb jóllét mutatói -pl. a gyakoribb tünetek, a rosszabb hangulat- többek között összefüggésben lehetnek a nemi éréssel (ld. előző fejezet). A nem hatásán kívül az életkor (jelen vizsgálatban az osztály) is jelentősen befolyásolta a szubjektív jóllét alakulását. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az életkorral előrehaladva összességében romlanak a szubjektív jóllét mutatói, az önminősített egészségi állapot és az étellel való elégedettség esetében ez a mintázat mindkét nemnél tapasztalható, azonban a többi szubjektív jóllét összetevőnél a nem és az osztály együtt határozta meg az előfordulást. A továbbiakban ezt az együttes hatást tekintjük át.

Depresszió és önértékelés. Az életkorral előrehaladva a fiúk és lányok más-más mintázatot mutatnak. A fiúk önértékelése nő, a depresszió skálán elért pontszám nem emelkedik; ezzel szemben a lányoknál az önértékelés csökken, a depresszió skála átlagértéke növekszik, elsősorban a 9. osztályban találtunk magasabb átlagpontszámot. Lányoknál úgy tűnik, hogy a 9. osztály (amely 15 éves kornak feleltethető meg) a kritikus, ugyanis itt csökken le az önértékelés, és nö-

vekszik meg a depressziós hangulat előfordulása. A lányok körében az ingerlékenység előfordulása magas; a 9. és 11. osztályos lánytanulók több mint 25%-a hetente többszöri előfordulásról számol be. Jól ismert, hogy a gyermek- és serdülőkorai depresszió egyik tünete az ingerlékenység (ld. Rózsa, 2001).

Az önértékelésben megmutatókozó nemi különbségek egybevágóak a korábbi vizsgálati eredményekkel. Kling és mtsai (1999) meta-tanulmányukban az általános/globális önértékelésben megmutatókozó nemi különbségeket vizsgálva arra a következtetésre jutottak, hogy a férfiak ezeken a méréseken nagyobb pontszámot érnek el, de átlagosan a nők és férfiak közötti különbség alacsony; a legnagyobb eltérés késői serdülőkorra tehető.

Egyes elképzelések szerint a férfiak (fiúk) és nők (lányok) önértékelése részben másfajta forrásokból táplálkozik. A férfiak (fiúk) önértékelésében a függetlenséggel kapcsolatos törekvések sikere vagy kudarca, míg a nők (lányok) önértékelésében a másokhoz való kapcsolódás, a kölcsönös függőség (ld. Josephs és mtsai, 1992) kialakításának sikere vagy kudarca lehet részben meghatározó. Moretti és mtsai (1998) az aktuális-ideális énkép közötti diszkrepancia⁷ (eltérés) okozta diszfóriás (szomorú) hangulatot vizsgálták. Eredményeik azt mutatják, hogy míg a saját aktuális énkép és a saját ideális énkép közötti eltérés mind a fiúknál, mind a lányoknál diszfóriás hangulatot kelt, addig a mások által ideálisnak vélt énkép és az aktuális énkép közötti eltérés csak a lányoknál vezet diszfóriás hangulathoz. Eszerint a lányoknál az a hiedelem, hogy a mások által (pl. család, barátok, osztálytársak) felállított normáknak nem felelnek meg, nagyobb eséllyel vezet depressziós hangulathoz.

A depresszió skálán nyert saját adataink is alátámasztják azt az általános megfigyelést (ld. Rózsa, 2001), hogy a serdülőkorban már a hangulatzavarok nemi különbségei felfedezhetők.

Tünetek. A tanulók kisebb-nagyobb hányada viszonylag gyakran tapasztal meg valamilyen szomatikus és pszichés tüneteket. A legalacsonyabb arányban a pszichés tünetek közül a félelem, a testi tünetek közül a hányinger és a szédülés fordul elő mindkét nemnél. Leggyakrabban fáradtságról, kedvetlenségről, idegességről, ill. ingerlékenységről számolnak be a tanulók, a tüneteket rendszeresen a lányok (ill. az idősebb lányok) tapasztalják nagyobb arányban. A szomatikus tünetek közül a fej-, gyomor- és hátfájás gyakoriságának előfordulásában jelentős nemi különbség fedezhető fel. A lányok sokkal nagyobb arányban számolnak be ezeknek a tüneteknek a rendszeres előfordulásáról. Az alvásproblémák a lányok között az életkorral előrehaladva nagyobb arányban fordulnak elő, míg a fiúknál a 11. osztályosoknál lecsökken 10% alá.

⁷ Az aktuális és ideális, ill. aktuális és elvárt énkép diszkrepanciái (eltérései) okozta pszichés tünetekről ld. Higgins (1987) elméletét.

A tünetek együttes gyakori előfordulása többet árulhat el a tanulók problémáiról. Bár arra vonatkozóan nincs adatunk, hogy a tünetek mögött milyen okok (organikus vs. nem organikus okok) állhatnak, feltételezhetjük, hogy a tünetek részben pszichoszociális eredetűek (ld. Aszmann és Brunner, 2001; Kökönyei és mtsai, 2002). Természetesen a gyakori tünetmegélés mögött további lehetséges okokat is kereshetünk, pl. hormonális változások, a növekedés ill. az ezzel együtt járó testi és lelki hatások, lányoknál a menstruáció stb.

Eredményeink arra utalnak, hogy a szubjektív egészség mutatóinak monitorozása már gyermekkorban és serdülőkorban is alapvető fontosságú, ezek ismeretében prevenciós eljárások alkalmazásával későbbi (szomatikus és mentális) betegségek előzhetőek meg. Bár a fejezetben a szocializációs szinterek (család, barátok, iskola) változóit nem vontuk be a vizsgálatba, azonban ezek komplex interakciója alakítja a szubjektív jóllét mutatóinak alakulását. Továbbá kézenfekvőnek látszik az a feltételezés is, hogy a szubjektív jóllét és a rizikómagatartás között is kapcsolatot tudunk kimutatni.

10. TÁRSAS KAPCSOLATOK: CSALÁD, BARÁTOK, ISKOLA

Szabó Mónika

Bevezetés

A serdülőkor a társas "támogatórendszerek" átstrukturálódásának időszaka, így a szülőkkal való kapcsolat átalakulása, a barátok szerepének és befolyásoló hatásának növekedése, az iskolai kapcsolatrendszer változása egyaránt jellemző. Ezek a folyamatok a személyiségfejlődésre hatva az egészségre és az egészségmagatartásra is kifejtik hatásukat.

Ebben a fejezetben áttekintjük e három társas terep: a család, a kortárskapcsolatok és az iskola néhány fontos jellemzőjét (a család szerkezete, a baráti kapcsolatok mennyiségi és minőségi vonatkozásai, illetve az iskolai környezet percepciója - az osztálytársak, a tanárok, az iskola megítélése).

A család, mint elsődleges szocializációs terep jellemzői - így például a szülők nevelési stílusa, a kapcsolat melegsége, a családtagok közötti kommunikáció, a gyermek feletti kontroll, a társas támogatás mértéke - alapvető meghatározói a fejlődésnek, a jóllétnek, az egészség- és rizikómagatartásnak is. Ez a komplex rendszer azonban nem statikus, hanem folyamatos változásokkal és átmenetekkel jellemezhető. Az egyik ilyen tipikus átmeneti szakasz a gyermek serdülőkorba lépése, mikor is a családi hierarchiában a serdülő "pozíciója" megerősödik. Ilyenkor jellemző, hogy a szülők egyre inkább megosztják gyermekeikkel a tevékenységeik feletti ellenőrzést (együttes szabályozás, Cole és Cole, 1997).

Bár ezt az időszakot hagyományosan a terepváltás időszakaként írják le a gyermek életében, a szülők szerepe még ekkor is nagyon fontos. Az általuk kora gyermekkorban megalapozott alapvető attitűdök, viselkedésformák és kompetenciák serdülőkorban is meghatározóan fennmaradnak, még ha az ekkor előtérbe kerülő kortárskapcsolatok árnyalják is ezeket. Minden hiedelemmel ellentétben elmondható, hogy a serdülő attitűdjei sokkal inkább hasonlítanak szülei attitűdjeihez a fontos kérdésekben, mint a kortársak véleményéhez (Cole és Cole, 1997).

Az ipari társadalmakban a formális családstruktúrában az elmúlt évtizedekben jelentős változások mentek végbe. Megfigyelhető az egy családon belüli kevesebb gyermek, a válások növekvő száma, és így az egyszülős családmodell gyakorivá válása, valamint jellemző, hogy a már felnőtt gyerekek tanulmányaik kitolódásával egyre tovább maradnak a szülői házban (Coleman és Roker, 2001).

Az egyik és/vagy másik szülő hiánya kimutatható hatással bír a gyermek szociális, kognitív és emocionális fejlődésére, önértékelésére és egészségmagatartásának alakulására is. A kutatások szerint például a szülő hiánya kedvezőtlenül hat a jóllétre (pl. Amato és Keith, 1991), több emocionális problémát valószínűsít, és a családi problémák negatív hatással lehetnek a serdülő önértékelésére (Raphael és mtsai, 1990; McCormick és mtsai, 2000). Különbőség mutatkozhat az agresszió fokában: például az elvált szülők gyermekei több kontrollálatlan érzelmi kitörést (acting out) mutatnak, agresszívebbek. Azoknál a gyermekeknél viszont, akinek meghalt a szülője, inkább valószínűsíthető a szorongás és a depresszió (Felner és mtsai, 1975). Fontos megfigyelés, hogy a szülők hiánya serdülőkorban a szerhasználattal is kapcsolatban áll. Sok kutatás talált összefüggést a drog- és alkoholfogyasztással (pl. Madianos és mtsai, 1995; Brody és Forehand, 1993; Ammoateng és Bahr, 1986), illetve a dohányzással (pl. Nolte és mtsai, 1983; Saucier és Ambert, 1983).¹

Bár a család szerepének vizsgálatakor a legtöbb kutatás a szülőkre fókuszál, a család többi tagjának szerepét is meg kell említeni. Az idősebb generációk (nagyszülők) és a *testvérkapcsolatok* is szocializációs erővel bírnak, és némileg ellensúlyozni képesek a szülő-gyermek kapcsolat problémáiból keletkező hátrányokat. A kutatások arra is rámutattak, hogy bizonyos tapasztalatokat könnyebb elsajátítani egy korban és képességekben közel álló, valamivel idősebb másik gyerek (pl. testvér) modellhatásán keresztül, mint felnőttek által közvetítve (Vajda, 2002).

A *kortársak* szerepére vonatkozóan elmondható, hogy a kisiskoláskori "átpártozás" időszakától kezdve (ekkor a felnőtt és a társkapcsolatok egyfajta kiegyenlítődése figyelhető meg, Vajda, 2002) egyre fontosabbá válnak a kortárs normák, olyannyira, hogy serdülőkorban az önmeghatározás, az identitás alakulásának talán legfontosabb közegét adják. A felnőtt befolyás egyre inkább visszaszorul, bár ebben az időszakban még nem a leválás, hanem a gyermek számára fontos felnőttekhez képest alakított autonómia készítése a jellemző (Vajda, 2002).

A baráti kapcsolatokat a magas hőfok jellemzi, az identitásalakulás folyamatában a baráti háló - az érdeklődés, az értékek és attitűdök hasonlósága alapján - a társas támogatás talán legfontosabb terepévé válik (ld. még Pikó, 2002a, 2002b).

¹ A családstruktúra - konkrétan a szülők hiánya - és az egészségmagatartás összefüggéseiről részletesebben ld. Szabó és mtsai, 2002

Mivel a társakkal való együttlét már többnyire felnőtt felügyelet nélkül zajlik ebben az életkorban, ez növeli a veszélyes vagy egészségre ártalmas tevékenységekben való részvétel esélyét (Vajda, 2002). Saját korábbi vizsgálatunkban is kimutatható volt, hogy a barátokkal, otthontól távol töltött esték száma összefüggést mutatott a gyakoribb dohányzással, alkoholfogyasztással, sőt a bevallott részegségek számával is (Mándoky, 1997b).

A kortárskapcsolatok tágabb közege az *iskola*. Az itt átélt élmények minősége nem csak a tanulmányi eredményekre gyakorol döntő befolyást, hanem a csoportban elfoglalt hely kihat a további fejlődésre (pl. önértékelés) és magatartásformák alakulására is (Cole és Cole, 1997). Vizsgálati adataink szerint azok a gyerekek, akik elégedetlenebbek az iskolával, és ott nem érzik jól magukat, nagyobb valószínűséggel dohányoznak és több alkoholt fogyasztanak (Samdal és Dür, 2000; Aszmann és mtsai, 2000).

Az osztályközösségbe való beilleszkedés sikeressége, az osztálytársakkal való jó kapcsolat fontos tényezője a jó közérzetnek. Amennyiben ez nem sikerül, a kirekesztettség élménye, rosszabb esetben a bántalmazás (bullying, mobbing) negatív következményei jelentkeznek. A bántalmazás alatt olyan szándékos viselkedést értünk, melynek célja, hogy másoknak kárt, fájdalmat, kellemetlenséget, vagy stresszt okozzon. A bántalmazottság pedig az az állapot, mikor valaki sorozatosan és ismétlődően más tanulók negatív akcióinak van kitéve (Olweus, 1993). A vizsgálatok meghatároztak bizonyos veszélyforrásokat a tettes illetve áldozat szerepébe kerülésre vonatkozóan. Így elmondható, hogy az erőszakos magatartás kialakulása a szülői agresszióval, a következetlen neveléssel, a hátrányos helyzettel (pl. munkanélküliség), az alacsony iskolázottsággal, az erőszakos kortárs csoporttal, sőt a média befolyásával is összefügg. Az áldozattá válás ugyanakkor a korlátozó neveléssel, a kortársközösségen belüli peremhellyel, az önbizalomhiánnyal, a féltélességgel, a depresszióval és a barátok alacsonyabb számával függ össze (Olweus, 1993).

A kortárskapcsolatokon túl, ebben az időszakban a *tanárokkal* való kapcsolat is sokat változik: jó esetben egy sokkal kevésbé függő, egyenrangúbb, "partneri" viszonyra alakul át, ám ugyanakkor egyfajta személytelenedés is megfigyelhető a tanár-diák viszonyban (Vajda, 2002): több (szak)tanár tanít, kevesebb idő jut egy-egy gyerekre, a személyes kapcsolat esélyének megteremtése így csökken. Másrészt a tanár személyisége, a vezetési stílus formálódó erővel bír az osztályközösségre is. Korábbi vizsgálatunkban kimutatható összefüggés mutatkozott az osztály légköre, a bántalmazás, kirekesztő magatartás, valamint a gyermekek agresszív viselkedésének mértéke, és az észlelt tanári bánásmód között (Aszmann, 2001). Azok a gyerekek, akik szerint tanáraik bánásmódja nem igazságos, az osztályközösséget is kevésbé pozitívan észlelték: kevésbé látták társaikat segítőkészeknek, az osztály tagjairól kevésbé gondolták, hogy szívesen vannak együtt, illetve gyakoribb bántalmazottságról számoltak be.

Eredmények

A családstruktúra, mint a társas integráció egyik mutatója

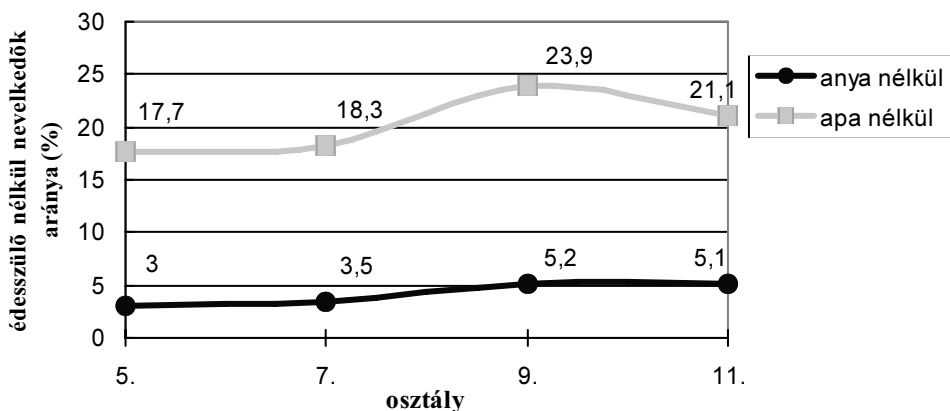
A demográfiai kérdéscsoportban többek között rákérdeztünk a család struktúrájára, azaz hogy kivel él együtt a gyermek (szülők és nevelőszülők, nagyszülők, testvérek jelenléte).

Szülők jelenléte a családban

A 10.2. ábráról leolvasható, hogy a gyerekek mintegy háromnegyede (76%), teljes családban él. Emellett elmondható, hogy a családok 4%-a édesanya nélküli, 20%-a pedig édesapa nélküli. Édesapjával és nevelőanyával a gyerekek 1,2%-a, édesanyjával és nevelőapával pedig 5,4%-a él. Az *egyszülős* családban élők aránya ezek szerint: csak édesapával él 2,8%-a, csak édesanyával él a gyerekek 14,6%-a. (Összesen tehát a családok 17,4%-a egyszülős, legalábbis a tartósan együtt élést tekintve.) Megjegyzendő, hogy a gyermek életkorának előrehaladtával emelkedik a nem teljes családban élők aránya (10.1. ábra).

10.1. ábra

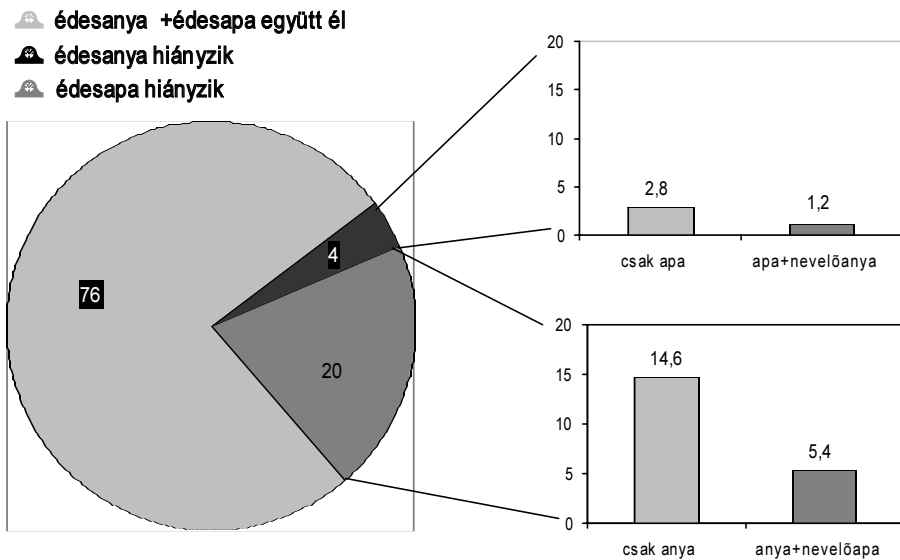
Az édesszülő nélkül nevelkedők arányának változása az életkorral a mintán belül.



Nagyszülők a családban

Saját mintánkra nézve elmondható, hogy a nagyszülővel való együtt élés a mindkét szülő családjának mindössze 3%-ára jellemző. Emellett a gyerekek 5,7%-a válaszolta, hogy nagymamával, 0,7%-a pedig hogy nagypapával él együtt. Nagyon alacsony azoknak a gyerekek aránya, akiket kifejezetten a nagyszülők nevelnek, vagy az egyik szülővel együtt élve (1,2%), vagy pedig teljesen szülők nélkül (0,1%).

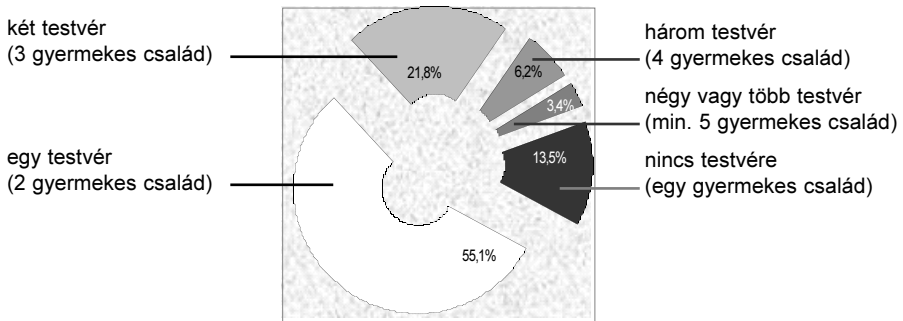
10.2. ábra
A családok összetétele a mintán belül



A testvérek száma

A 10.3. ábra a testvérekről ad áttekintést: a "nincs testvérem" választól a "négy vagy több testvérem van" válaszkategóriáig terjedően leolvasható a válaszok eloszlása (értelemszerűen a 100%-ot itt a legalább egy gyermekes családok adják).

10.3. ábra:
A testvérek számának alakulása a mintán belül

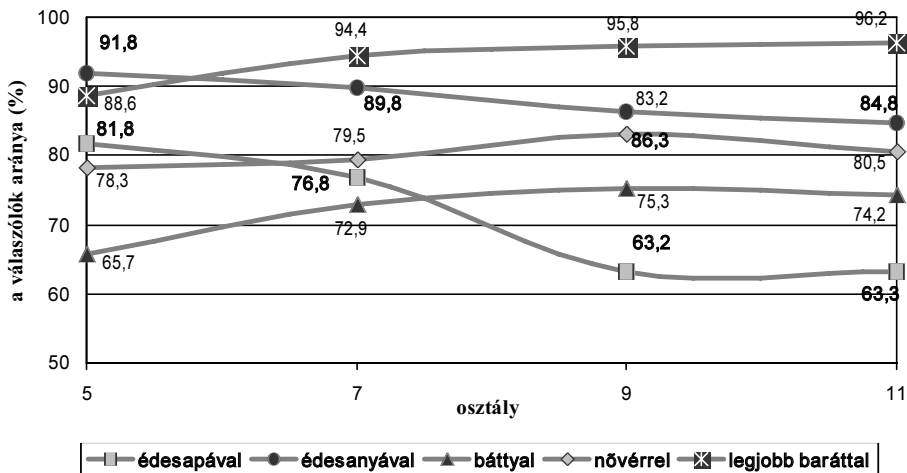


Az észlelt társas támogatás

Az erre vonatkozóan feltett több kérdés közül itt a probléma-megbeszélésre vonatkozó adatokat ismertetjük. A feltett kérdés a következő volt: *"Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató vagy zavaró dolgokat a következő személyekkel?"* Itt a szülők, idősebb testvérek, a barátok szerepeltek, a lehetséges válaszkategóriák a "nagyon könnyen", "könnyen", "nehezen", "nagyon nehezen", illetve a "nincs ilyen személy vagy nem találkozom vele" voltak.

10.4. ábra

A probléma-megbeszélés. Azon tanulók aránya, akik "könnyen" vagy "nagyon könnyen" tudják az őket zavaró dolgokat megbeszélni az adott személlyel



10.1. táblázat

A probléma megbeszélés. Osztályonkénti és nemenkénti bontásban azon tanulók aránya, akik "könnyen" vagy "nagyon könnyen" tudják az őket zavaró dolgokat megbeszélni az adott személlyel

osztály	Édesapával	Édesanyával	Bátytal *	Nővérrel *	Legjobb baráttal
	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány
5.	81,8% 85,7/78,3	91,8% 90,6/92,7	65,7% 73,3/58,2	78,3% 74,5/81,4	88,6% 88,5/88,6
7.	76,8% 83,6/70,2	89,8% 89,3/89,7	72,9% 78,8/67,0	79,5% 75,0/83,5	94,4% 93,2/95,4
9.	63,2% 79,5/60,6	86,3% 87,7/85,4	75,3% 79,0/73,0	83,2% 78,4/86,5	95,8% 95,9/95,8
11.	63,3% 70,6/56,1	84,8% 87,4/82,4	74,2% 79,8/69,7	80,5% 78,3/82,5	96,2% 93,8/98,5
össz.	71,9% 78,3/65,6	88,1% 88,7/87,4	72,1% 77,6/67,3	80,4% 76,5/83,5	93,9% 92,7/94,8

Megjegyzés: A *-gal jelölt kérdésekben szignifikáns nemi különbség van a véleményekben.

Az életkorral előrehaladva csökken a szüleikkel problémáikat "könnyen" megbeszélők aránya, míg ugyanez növekszik a testvérek és a legjobb barát esetében. A nemi különbségek is jelentősnek bizonyultak: a fiúk a nővérukkal, a lányok pedig a bátyjukkal (tehát az ellenkező nemű testvérrrel) tudják nehezebben megbeszélni a problémáikat.

A baráti háló

A barátok száma

Az erre vonatkozó kérdés a "Jelenleg hány közeli fiú vagy lány barátod van?", és az adható válaszkategóriák pedig az "egy sincs", "egy", "kettő", "három vagy több" voltak.

A gyerekek 95,4%-a három vagy több barátról számolt be, és mindösszesen 0,5%-uk vallotta, hogy egy barátja sincs. Az életkort nézve minimálisak a különbségek: a hetedik osztályosok közül mondták a legtöbben (96,5%), hogy három vagy több barátjuk van, míg az ötödik osztályosok legkevesebben (93,7%). Az összes barát számát tekintve a nemek között sincsen jelentős eltérés (három vagy több barát: fiúk: 94,9%, lányok: 95,8%), ám ha figyelembe vesszük a barátok nemét is, már bonyolultabb a kép. Egyrésztől kevesebb ellenkező nemű barátról számoltak be a gyerekek: a lányok mintegy 9,7%-a mondta, hogy nincs

közeli fiúbarátja, míg a fiúknál ez az arány mindössze 1,4%. Ugyanígy jelentkezik a különbség fordítva is: a lány-barát tekintetében a fiúk 10,1%-a állította, - szemben a lányok mindössze 0,8%-ával - hogy nincs lány-barátja. Másrésről viszont az ellenkező nemű barátok száma az életkor előrehaladtával jelentős növekedést mutat: míg az 5.-es fiúk 19,2%-a vallotta, hogy nincs lány-barátja, a 11.-eseknek már csak 7,1%-a. Ugyanígy a lányoknál: az 5. osztályban 15%-uknak nincs fiú-barátja, míg 11.-ben már csak 6,7%-uk vallja ugyanezt.

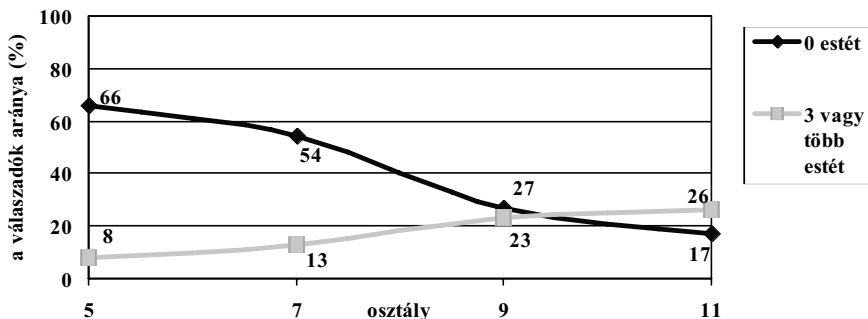
A barátokkal együtt töltött idő: mennyiség és minőség

Rákérdeztünk az együtt töltött napok és esték számára, illetve arra is, hogy hol töltik szabadidejüket együtt a gyerekek. ("Általában hány olyan nap van egy héten, amikor tanítás után (délután) együtt vagy a barátaiddal?", illetve: "Heten te általában hány estét töltesz távol az otthonodtól a barátaiddal?") Válaszkategóriák: 0-1-2-3-4-5-6-7 napon, illetve estét.)

A megkérdezettek mindössze 8%-a mondta azt, hogy nincsen olyan nap, mikor iskola után együtt van a barátaival, és mintegy harmaduk (30%) azt, hogy minden tanítási napon együtt töltenek bizonyos időt.

Szignifikáns különbséget mutat a korcsoportok között az otthonától távol, barátokkal töltött esték száma (10.5. ábra.) Míg az ötödik osztályosok mindössze 1/3-ára jellemző a távollét, addig a 11.-eseknek már 83%-a vallotta, hogy van olyan este, amit otthonától távol tölt. (A nemek közötti különbség nem jelentős ebben a vonatkozásban.)

10.5. ábra
A barátokkal együtt töltött esték száma

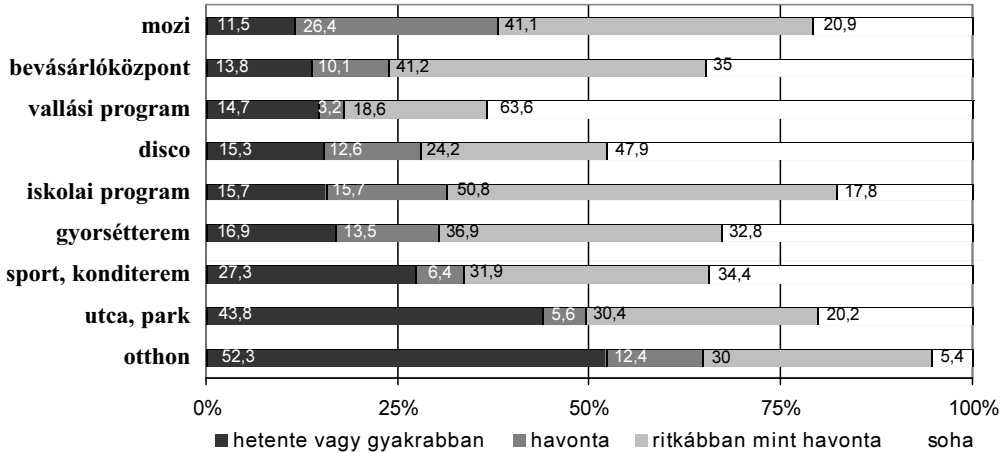


Az időtöltés helyére: "A barátaiddal milyen gyakran töltitek a szabadidőtöket az alábbi helyeken?" kérdés vonatkozott. Az ábrán szereplő helyekkel² kapcsolatban kellett választ megadni:

² Azaz: 1. bevásárlóközpontokban, 2. utcán/parkokban/állomásokon/más közterületen, 3. gyorsétteremben/kávézó-ban, 4. discóban, 5. sport- vagy konditeremben/uszodában, 6. templomban/vallásos gyülekezetben, 7. otthon (nátatok vagy mások otthonában), 8. iskolai sport- vagy kulturális rendezvényen, 9. moziban.

(Válaszkategóriák: soha, ritkán, havonta, hetente, hetente többször, naponta, a 10.6. ábrán - az áttekinthetőség érdekében - az egyes válaszkategóriák összevonásra kerültek).

10.6. ábra
A barátokkal való időtöltés helye



Kiemelkedő nemi különbség mindössze két ponton jelenkezik a mintázatban: a lányok mintegy 9,4%-kal nagyobb arányban számoltak be arról, hogy bevásárlóközpontokban, míg a fiúk 12%-kal többen arról, hogy konditeremben töltik az idejüket barátaikkal. (Konkrétan: bevásárlóközpontokba a lányok 40,1%-a és a fiúk 30,6%-a, illetve konditerembe a lányok 28%-a és a fiúk 39,8%-a jár időnként a barátaival.)

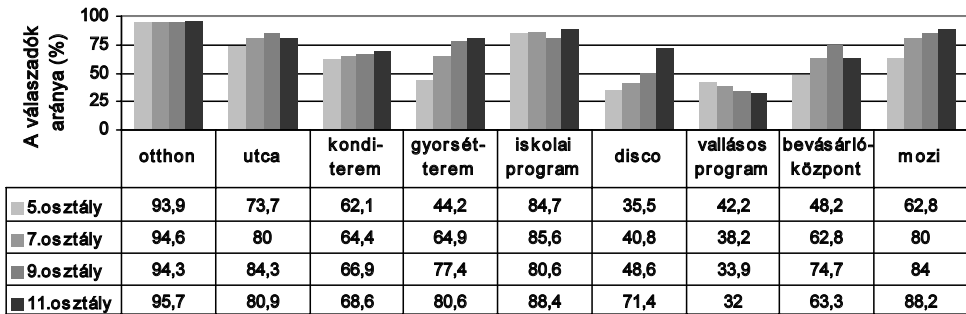
Az életkori trend jelentős: a koraal szignifikánsan nő azoknak az aránya, akik bevallásuk szerint barátaikkal utcán, konditeremben, gyorsétteremben, diszkóban, bevásárlóközpontban, és moziban töltik szabadidejüket, és csökken a vallási programokon való közös részvétel (10.7. ábra).

Az időtöltés helyeinek vizsgálatakor nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a tényt, hogy a különböző településtípuson élők számára más-más lehetőségek és helyszínek érhetőek el. Így például (nagy) városi jelenségnek számít a "plázázás", a budapesti gyerekek 20,6%-a saját bevallása szerint hetente vagy gyakrabban megfordul itt, míg ez az arány a más városokban élőknél alacsonyabb (13,1%), a falvakban élőknél pedig a legkisebb mértékű (9,3%). Hasonló mintázat figyelhető meg a gyorséttermek látogatásánál is (hetente vagy gyakrabban: Bp: 22,9%, város: 17,3%, falu: 12,5%). A diszkó esetében fordított a trend: (hetente vagy gyakrabban: Bp: 8,9%, város: 14,0%, falu: 17,6%), tehát ez tipikusabb szórakozóhelynek mondható a vidéki fiatalok esetében. A barátokkal

templomba, vallásos gyülekezetbe járás is jelentős különbséget mutat: a városiak mintegy kétharmada (70,3-75,0%), míg a vidékiek fele (50,4%) mondta, hogy sohasem tölt időt barátaival közösen ezeken a helyeken.

10.7. ábra

A barátokkal való időtöltés helye, osztályok szerint bontva



Az iskola

A kutatás iskolára vonatkozó kérdései három témakörbe csoportosultak: az osztálytársakról való vélekedés, a tanárokról kialakított kép és az iskolai élet percepciója, az iskolához való viszonyulás.

Az osztályközösség

Négy kérdés vonatkozott arra, hogy milyenek látják közösségüket a tanulók. ("Egyetértesz a következő állításokkal?" Válaszkategóriák: teljesen egyetértek, egyetértek, részben egyetértek, részben nem, nem értek egyet, egyáltalán nem értek egyet.) A 10.2. táblázatban szerepelnek a kérdések, és azoknak a tanulónak az aránya, akik az állítást igaznak érzik (az ötfokozatú skálán az "egyetértek" és a "teljesen egyetértek" válaszkategóriák összevontan).

Az életkor előrehaladtával az osztályközösségről és a társakról alkotott vélemény szignifikánsan kedvezőtlenebbé válik. A három kérdésben pedig nemi különbség is található, a fiúk az együttlét és az elfogadás, míg a lányok a segítségnyújtás szempontjából festenek egy kicsivel kedvezőbb képet osztálytársaikról.

10.2. táblázat

Az osztályközösség percepciója.

Osztályonkénti és nemenkénti bontásban azoknak a tanulók aránya, akik egyetértenek az állítással

osztály	Osztályod tanulói szívesen vannak együtt*		Osztálytársaid többsége kedves és segítőkész		Osztálytársaid elfogadnak olyannak, amilyen vagy*		Amikor osztálytársad nagyon rosszkedvű, mindig akad az osztályból valaki, aki segíteni próbál rajta *	
	össz.	fiú / lány	össz.	fiú / lány	össz.	fiú / lány	össz.	fiú / lány
5.	91,8%	90,6/92,7	65,7%	73,3/58,2	78,3%	74,5/81,4	88,6%	88,5/88,6
7.	89,8%	89,3/89,7	72,9%	78,8/67,0	79,5%	75,0/83,5	94,4%	93,2/95,4
9.	86,3%	87,7/85,4	75,3%	79,0/73,0	83,2%	78,4/86,5	95,8%	95,9/95,8
11.	84,8%	87,4/82,4	74,2%	79,8/69,7	80,5%	78,3/82,5	96,2%	93,8/98,5
össz.	88,1%	88,7/87,4	72,1%	77,6/67,3	80,4%	76,5/83,5	93,9%	92,7/94,8

Megjegyzés: A *-gal jelölt kérdésekben szignifikáns nemi különbség van a véleményekben.

A bántalmazás

A bántalmazás fogalmának körülírása után tettük fel a következő kérdést: "Az elmúlt néhány hónapban milyen gyakran bántalmaztak így téged az iskolában?" Illetve: "Az elmúlt néhány hónapban te milyen gyakran vettél részt tanulótársaid bántalmazásában?" (Válaszkategóriák: nem fordult elő, előfordult 1-2-szer, havonta 2-3-szor, hetente, hetente többször is.)

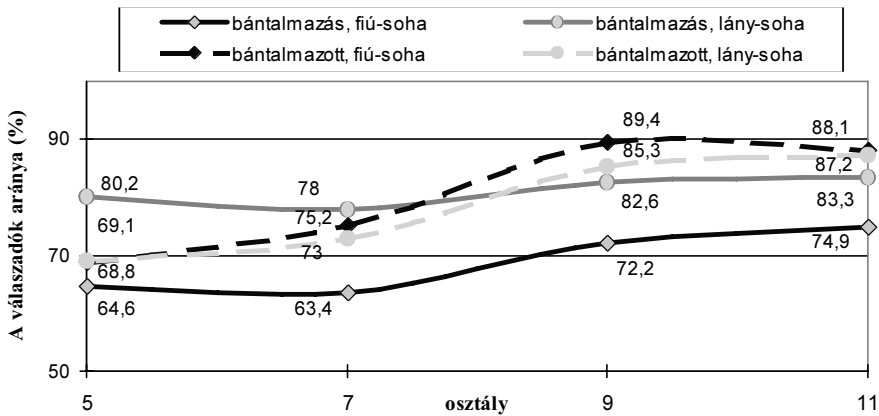
A gyerekek 4/5-e (79,6%) vallotta, hogy sohasem bántalmazták a többiek az iskolában, 15,2%-uknál már néhányszor előfordult, és 5,2%-uk ennél gyakrabban esik áldozatul. Az életkorral a bántalmazottság csökkenő tendenciát mutat (5. osztályban 69%, 7.-ben: 74,1%, 9.-ben: 86,8%, míg 11.-ben már 87,7% azok aránya, akiket saját bevallásuk szerint soha sem bántalmaznak társaik) (10.8. ábra). A nemi különbségek itt elhanyagolhatóak, tehát nem különbözik jelentősen a fiúk-lányok aránya, egyik korcsoportban sem.

A mások bántalmazásánál már bonyolultabb a kép. A gyerekek 3/4-e (75,5%) vallotta, hogy még sohasem bántalmazott másokat, ötöde (19,8%), hogy né-

hányszor előfordult már ilyen, és mindössze 4,7%-uk, hogy ennél gyakrabban vesz részt tanulótársai bántalmazásában. Ám ebben a kérdésben - az életkori trend mellett - jelentősek a nemi különbségek. Legalacsonyabb arányban a 7. osztályos fiúk mondták, hogy soha sem bántalmaznak másokat (63,4%), míg legnagyobb arányban a 11. osztályos lányok (83,3%) (10.8. ábra).

10.8. ábra

Azok aránya, akik sosem bántalmaznak vagy bántalmazottak, nem és osztály szerint.



Az iskola percepciója

A 10.3. táblázat az állításokkal egyetértők vagy azokat igaznak találók arányát mutatja be (az ötfokozatú skálán az "egyetértek"/"teljesen egyetértek", illetve az "eléggé"/"nagyon" válaszkategóriák együttesen).

10.3. táblázat

Az iskola percepciója. Osztályonkénti és nemenkénti bontásban azon tanulók aránya, akik egyetértenek az állítással

osztály	<i>Mennyire nyomasztanak téged az iskolai feladatok? elég/nagyon</i>		<i>Iskolánkban a tanulók részt vesznek a rendszabályok kialakításában *</i> egyetérték/teljesen egyetérték		<i>Élvezem az iskolai munkát/tevékenységeket</i> egyetérték/teljesen egyetérték	
	össz.	fiú / lány	össz.	fiú / lány	össz.	fiú / lány
5.	16,7%	18,8 / 15,6	59,5%	63,2 / 55,4	43,3%	43,7 / 42,9
7.	25,2%	23,8 / 26,8	45,3%	45,6 / 45,0	28,2%	27,4 / 28,6
9.	30,5%	31,8 / 29,4	43,9%	49,1 / 40,7	23,9%	23,1 / 24,4
11.	37,0%	34,4 / 39,6	30,8%	33,4 / 28,1	18,2%	17,8 / 18,6
össz.	27,6%	26,9 / 28,2	44,2%	47,1 / 41,8	28,0%	27,8 / 28,1

Megjegyzés: A *-gal jelölt kérdésben szignifikáns nemi különbség van a véleményekben.

Nemi különbség - a fiúk javára - a rendszabállyal kapcsolatos kérdésben van, és a korcsoportok közötti különbség valamennyi kérdésben szignifikáns. Összességében az iskoláról kialakított kép az életkorral kedvezőtlenebbé válik, egyre csökken az iskolai munkát élvezetesnek találó, és növekszik az iskolai feladatokat nyomasztónak érző tanulók aránya. Csökken azon tanulók aránya is, akik demokratikusnak találják az iskolát.

Vélekedések a tanárokról

A 10.4. táblázatban az állítással egyetértő tanulók arányát jeleztük (az ötfokú skálán az "egyetérték", illetve a "teljesen egyetérték" kategóriát jelölték).

A *-gal jelölt három kérdésben szignifikáns különbség van a nemek között (a fiúk közül többen vélekednek pozitívan tanáraikról), valamint a korcsoportok között is. Az összkép - hasonlóan az osztálytársakról és az iskoláról vallottakhoz - az életkorral ebben a kérdésben is egyre kedvezőtlenebbé válik.

10.4. táblázat

A tanári magatartás percepciója.

Osztályonkénti és nemenkénti bontásban azoknak a tanulók aránya, akik egyetértenek az állítással

osztály	<i>Tanáraink igazságosan bánnak velünk *</i>	<i>Tanáraim arra ösztönöznek, hogy elmondjam a véleményemet az osztályban *</i>	<i>Ha külön segítségre van szükségem, megkapom tőlük</i>	<i>Tanáraimat érdeklí, hogy milyen az egyéniségem *</i>
	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány	össz. fiú / lány
5.	61,3% 60,4 / 61,9	55,2% 55,9 / 54,7	69,9% 69,9 / 69,9	57,0% 59,2 / 54,9
7.	38,0% 41,6 / 34,7	49,0% 50,4 / 47,7	54,2% 54,9 / 53,7	46,0% 48,8 / 43,6
9.	29,9% 36,7 / 25,7	47,6% 50,8 / 45,7	50,6% 50,4 / 50,6	38,3% 41,0 / 36,9
11.	24,2% 25,9 / 20,7	36,4% 39,8 / 33,2	43,7% 45,5 / 41,8	29,6% 32,5 / 24,8
össz.	37,5% 40,6 / 34,9	46,7% 48,7 / 45,8	54,2% 54,9 / 53,5	42% 45,0 / 39,5

Megjegyzés: A *-gal jelölt kérdésekben szignifikáns nemi különbség van a véleményekben.

Megbeszélés

Család: struktúra és probléma-megbeszélés

A mai családok legtöbbször kétgenerációs, szemben a régi gyakorlattal, ahol egész "nagy családot" éltek együtt (több generáció, szélesebb rokonság). A legtipikusabb összetételnek a két gyermekes család mondható és a négy- vagy több gyermekes családok aránya alacsony. A szülők hiányára vonatkozóan elmondható, hogy egy nem túl meredek, ám határozott trend érvényesül: az idősebb generációk magasabb arányban számolnak be valamelyik édeszüllő hiányáról. Ez az adat önmagában nem meglepő (a házasságban töltött évek előrehaladtával nő a szülők válásának valószínűsége), ám figyelmet érdemel, hiszen így nő a veszélyeztetett gyermekek aránya is. A KSH részéről rendelkezésünkre bocsájtott adatok szerint a gyermekes családok 24,9%-a édeszüllős.

Ami a kommunikációt illeti, minden korcsoportban magas azoknak a tanulóknak az aránya, akik úgy érzik, képesek a probléma-megbeszélésre a hozzájuk közel álló személyekkel. A legjobb barát áll az első helyen e tekintetben, őt az

édesanya és nővér követi, majd a báty és végül az édesapa zárja a sort. Általános nemi különbségként jelentkezik itt, hogy a férfi családtagokkal összességében nehezebb a beszélgetés. Szignifikáns különbség mutatkozik ugyanakkor a gyermek neme és életkora alapján is: az édesapával való probléma-megbeszélés inkább a lányoknak, valamint az idősebb gyerekeknek okoz gondot. Az édesanya esetében kevésbé kifejezett ez a tendencia, a testvéreknél pedig javulást mutat az életkorral előrehaladva, és itt is nemi különbségek mutatkoznak: az azonos nemű testvérrel úgy tűnik, könnyebb a probléma-megbeszélés.

Kortársak: baráti háló és osztályközösség

Az észlelt baráti támogatás mértékére vonatkozóan összességében biztatóak a válaszok. Nyilvánvaló hogy a barátok - vélt vagy valós - száma önmagában nem garantálja a megfelelő támogatást, ám a probléma-megbeszélés "könnyedségében" is a barátok járnak az élen, megelőzve a családtagokkal való kommunikációt.

A nemi különbségek a fiú és lány barátok számában - az azonos nemű barátságok gyakoribb volta - nem csak serdülőkorban, hanem később, felnőttkorban is általános jelenségnek mondható. A nemek közötti barátság kialakulását és működését a nemi szerepek és sztereotip kulturális sémák gyakran megnehezítik (pl. Rubin, 1985).

Az időtöltés helyére vonatkozóan látható, hogy a legtipikusabb találkozási hely az otthon, ezt követi a különféle közterületeken (pl. utca, park) való időtöltés, és a gyakoribbak között van az iskolai közös program és a gyorséttermek látogatása is. Az időtöltés minőségi vonatkozásait ezek az adatok ugyan nem térképezik fel (*mit* csinálnak együtt a gyerekek), de a helyek sorrendje mindenképpen figyelemre méltó adat: nem támasztja alá például hangsúlyosan az újabban problémaként kezelt "Plázában lógás" jelenségét.

Iskola: klíma és a tanárok

Általános életkori trendként a kép minden tekintetben kedvezőtlenebbé válik. A tanulók egyre kevésbé élvezik az iskolai feladatokat, és egyre kevésbé gondolják úgy, hogy beleszólásuk van a szabályok kialakításába, illetve egyre inkább érzik úgy, hogy nyomasztóak az iskolai feladatok. A tanárokról kialakított kép is romlik, és ez fokozottan igaz a lányokra nézve, a fiúk egy kicsit kedvezőbb képet festenek a pedagógusokról.

Az osztályklíma kedvező percepciója is csökken az életkorral. Ezzel ellentétes irányú változást mutat viszont a bántalmazás: a fiatalabb gyerekeknél sokkal inkább jellemző - tettes és áldozat szerepben egyaránt - és a fiúknál gyakoribb,

mint a lányoknál. (Talán a problémák más - fejlettebb - megoldásának képessége, vagy lehetséges, hogy ekkorra már "kijelölődik", stigmatizálódik a peremhelyzetű gyerekek csoportja, akikre folyamatosan irányul a zaklatás.)

A gyerekek iskola-képének romlására magyarázatot találni már túlmutat e leíró elemzés keretein. Nyilvánvaló azonban, hogy itt is soktényezős összefüggérendszerrel van szó, melynek egyik eleme lehet azon fejlődéslelektani jelenség, mely szerint a serdülőkorúak sokkal "kritikusabban" szemlélik saját magukat és az őket körülvevő világot egyaránt. Másrészt pedig maga az iskolarendszer is közrejátszhat fokozódó elvárásaival, a felvételi centrikus oktatással. Előidézője lehet ez a feszültebb légkörnek, a gyerekekre irányuló személyes figyelem csökkenésének.

Kitekintés: kölcsönhatások és összefüggések

Végezetül fontos kiemelni, hogy - amint ez talán már az előzőekből is kiderült - a szociális háló e három tényezője - család, barátok, iskola - nem függetlenül, hanem egymást *kölcsönösen alakítva*, interakcióban hatnak. Így például a szülők közvetítette viselkedésminták a gyermek kortárs csoporton belüli helyzetével azáltal függenek össze, hogy az otthon elsajátított interakciós módok mintául szolgálhatnak a társakkal való kommunikációban. Ezek a minták az iskolai előmenetelre is hatással vannak: az odafigyelés, bátorítás, a stimuláló környezet megalapozza a tanulási motivációt (Cole és Cole, 1997).

A kisgyermekkorától kezdődő barátságok a szociális készségek fejlődésének fontos elősegítői. A sikeres együttműködés ugyanis a társas kompetencia folyamatos fejlesztője (Cole és Cole, 1997), ezáltal a kortárs csoportba való későbbi beilleszkedés elősegítője lehet. A kortárs kapcsolatok viszont - a fejlődés fontos közegét adva - például a szülőkről való leválás természetes folyamatát is (Vajda, 2002) elősegíthetik.

"ISKOLÁSKORÚ GYERMEKEK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA"
EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET (EVSZ)
KOLLABORATÍV KUTATÁS
2002. ÉVI MAGYARORSZÁGI ADATFELVÉTELÉNEK
ÖSSZEFOGLALÓ ADATAI

Aszmann Anna

A kutatás története, jelentősége, célkitűzései

Magyarország az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának (EVSZ/EURO) kérésére 1985-ben csatlakozott ahhoz az európai ifjúságkutatáshoz, melyet az 1980-as évek elején négy ország (Norvégia, Finnország, Ausztria és Anglia) kutatói indítottak el informális együttműködésként.

Az EVSZ/EURO hamarosan adoptálta a kutatást, amely 1984-től az európai iroda egyik kiemelt programjaként működik. Azóta hazánkban 5 országosan reprezentatív adatfelvétel történt : 1985-ben, 1990-ben, 1993-ban, 1997-ben és 2002-ben.

A kutatás, amelyet ma 35 európai és észak -amerikai országban végeznek, négy évenként megismételt, anonim módon végzett kérdőíves adatfelvételekből áll.

A kutatást hazánkban az Országos Gyermkegészségügyi Intézet a Nemzeti Drogmegelőzési Intézettel együttműködve végzi.

A kutatás célkitűzései:

- A serdülőkorú (11-15 éves, hazánkban a 17 évesek is) fiatalok önminősített egészségi állapotának, közérzetének és egészségmagatartásának monitorozása.
- Az egészséggel, a közérzettel és az életmóddal összefüggést mutató tényezők mind szélesebb körben való feltárása.
- A kutatás eredményeinek hasznosítása az egészségnevelés, egészségmegőrzés és egészségfejlesztés gyakorlatában.
- A résztvevő országok kutatási potenciáljának fejlesztése a nemzetközi kollaboráció segítségével.

A kutatás nagy nemzetközi kiterjedése módot ad a különböző fejlettségű, különböző társadalmi és kulturális viszonyokkal bíró országokban élő fiatalok önminősített egészségi állapotának, közérzetének és életmódjának összehasonlítására, és ennek segítségével a különbségek és azonosságok meghatározására.

Az olvasó kezében lévő "Jelentés" a 2002. év áprilisában és májusában végzett magyarországi adatfelvétel legfontosabb adatait tartalmazza.

Az adatfelvételben 246 iskola 252 osztályának 5958 tanulója vett részt, képviselve a főváros és az ország minden megyéjének különböző típusú iskoláit.

A beszámoló a gyermekek önminősített egészségi állapotára, közérzetére és egészségmagatartására vonatkozó alapadatokat mutatja be, nemek és iskolai osztályok szerinti bontásban. Egyéb szempontok szerinti bontás csak abban az esetben szerepel az összefoglalóban, ha az adott fejezet témája ezt határozottan igényli.

Az adatfelvételben résztvevő gyermekek családi háttere

A kutatásba bevont tanulók családjainak összetétele

A családok szerkezete és társadalmi-gazdasági helyzete jelentős mértékben befolyásolja a családban felnövekvő gyermekek közérzetét, testi és lelki egészségét, valamint egészségmagatartását.

A kutatásba bevont tanulók 76%-a teljes családban él, 20%-a nem él együtt édesapjával, 4 %-a pedig édesanyjával. Az egyszülős családok aránya 17,4% (ebből csak apjával él 2,8%, csak anyjával él 14,6%), nevelőszülő pedig minden harmadik édesszülő nélküli családban van.

A családok társadalmi-gazdasági helyzete (Szocio-ökonómiai státusza, SES)

A családok társadalmi-gazdasági helyzetét (SES) a szülők foglalkozása és iskolai végzettsége segítségével (amennyiben a gyermekek megbízható információkat adtak) 5 fokozatú skálán mértük. A legfelső SES kategóriába a családok 3-6%-a, a két alsó kategóriába a családok 14-15% -a került attól függően, hogy az apa vagy az anya adatait vettük figyelembe. A két középső kategóriába mind az apa mind az anya adatai alapján a családok fele került. Nem volt besorolható megbízhatatlan vagy hiányzó válaszok miatt a családok 1/4-e.

A családok jómódúságának meghatározására szolgáló objektív jellemzők alapján (autótulajdon, a gyermek rendelkezésére álló saját szoba, számítógép és együttnyaralás a szülőkkel) egy nemzetközi összehasonlításra alkalmas négy fokozatú családi jómódúság skála került kialakításra, melynek alapján a családok 10 %-a sorolható a legalsó, 5%-a a legfelső, 38% a felső középső, 47% az alsó középső kategóriákba.

A tanulók szubjektív megítélése családjuk jómódúságáról kedvezőbb képet mutatott, mint az objektív jellemzőkkel mért: a tanulók közel 48%-a tartotta családját jómódúnak, 46% átlagos módúnak és csupán 6% ítélte úgy, hogy család-

ja nem jómódú. Feltétlenül meg kell jegyezni, hogy az étellel való elégedettség szempontjából a szubjektív minősítés a meghatározóbb.

A család, mint elsődleges szocializációs terep

A család mint elsődleges szocializációs terep - a szülők nevelési stílusa, a családtagok közötti kommunikáció, a kapcsolat melegsége, a gyermekek feletti kontroll, alapvető meghatározói a gyermek fejlődésének, jól-létének és egészségmagatartásának. Az erre vonatkozóan feltett számos kérdés közül a beszámolóban a családtagok közötti probléma megbeszélésre vonatkozó válaszok kerültek elemzésre. Általában jellemző, hogy a gyermekek könnyebben tudják megbeszélni problémáikat édesanyjukkal (88% válaszolta), mint édesapjukkal (72%). Az életkorral előrehaladva csökken a szüleikkel (elsősorban az apával) "problémáikat könnyen" megbeszélők aránya, és növekszik a testvéreikkel és barátaikkal könnyen kommunikálók aránya.

Előzetes vizsgálatainkból ismert, hogy a szülőkkel való jó kommunikáció pozitív és szignifikáns összefüggést mutat a gyermekek étellel való elégedettségével és önminősített egészségével.

A fiatalok társas kapcsolatai

A serdülőkor a társas támogatórendszerek újraalakulásának időszaka, így a szülőkkel való kapcsolat megváltozása, a barátok szerepének és befolyásoló hatásának növekedése, az iskolai kapcsolatrendszer módosulása. A tanulók kevesebb mint 1%-a válaszolta, hogy egy barátja sincs, és csupán 8%-a, hogy egy délutánt sem tölt el barátaival iskola után. Az életkorral növekszik a szabadidejüket és estéiket mind gyakrabban barátaikkal töltő fiatalok aránya. A 9. és 11. osztályos tanulók 1/4-e hetente több mint három estét tölt otthonától távol, a barátaival, és a nemek tekintetében ebben a vonatkozásban nincs szignifikáns különbség.

Érdemes megemlíteni, hogy az otthontól távol eltöltött esték számának növekedésével együtt nő a fiatalok dohányzásának és alkoholfogyasztásának esélye.

A társas kapcsolatok szinterei

A barátokkal eltöltött idő színhelyei gyakorisági sorrendben, a hetente vagy gyakrabban válaszlehetőséget figyelembevéve: a gyermekek otthona (52%), az utcák és parkok (44%), a sportlétesítmények (27%), a gyorséttermek (17%). Ezt követik közel azonos gyakorisággal az iskolai rendezvények (16%), a diszkó (15%), a vallási programok (15%), a bevásárlóközpontok (14%) és a mozi (11%). A "plázázás" fővárosi és nagyvárosi jelenség, a falusi fiatalok körében in-

kább a diszkó kedvelt. A fiúk gyakrabban látogatják a sportrendezvényeket, a lányok a bevásárló központokat.

Az iskola, a gyermek munkahelye

Felnőttkorban végzett vizsgálatokból ismert, hogy a munkahely kedvező légköre (a végzett munkával való elégedettség, demokratikus vezetési módszerek, a dolgozók számára biztosított önállóság) nemcsak a munkahelyi teljesítményt (adott esetben a tanulmányi eredményt), de az egészséget is pozitív módon befolyásolja. Vizsgálati adataink bizonyították, hogy azok a gyermekek, akik elégedetlenebbek az iskolával és ott nem érzik jól magukat, a mellett, hogy az életükkel is kevésbé elégedettek és számos pszichoszomatikus tünetet panaszkodnak, nagyobb valószínűséggel dohányoznak és fogyasztanak több alkoholt. Az osztályközösségbe való beilleszkedés sikeressége mellett a tanárokkal való jó kapcsolat is fontos tényezője a tanulók jó iskolai közérzetének.

Az osztályközösség

Az életkor előrehaladásával az osztályközösségről és a társakról alkotott vélemény szignifikánsan kedvezőtlenebbé válik. A fiúk az együttlét és egymás elfogadása, a lányok a segítségnyújtás szempontjából festenek valamivel kedvezőbb képet.

A jó osztályközösségben ritkábban fordul elő a kiközösítés és egymás bántalmazása. Az egymás bántalmazására vonatkozó válaszok szerint a tanulók 4/5-ét sohasem bántalmazták, 3/4-e saját bevallása szerint soha nem bántalmazott másokat. Néhányszor előfordult ez a tanulók közel ötödével és 5% körül van azok aránya, akiket gyakran bántalmaznak, vagy maga is gyakran bántalmaz. Az idősebb tanulók alacsonyabb arányban, míg a fiatalabbak és a fiúk magasabb arányban számolnak be egymás bántalmazásáról. A bántalmazás ismételt elszenvedése, a társak általi kirekesztettség komoly egészségveszélyeztető tényezők, a gyakrabban bántalmazott gyermekek körében szignifikánsan magasabb a szorongó, pszichoszomatikus és depresszív tünetekkel rendelkezők aránya.

A serdülőkorú számára nagyon fontos, hogy elfogadják őt társai, akár az iskolában akár az iskolán kívül. Előzetes vizsgálataink elemzése arra utalnak, hogy az iskolai kortárs csoport általi elfogadottság, az a tény, hogy a tanuló jól érzi magát az adott közösségben, pozitív összefüggést mutat a serdülő jóllétével és preventív tényezője a rizikómagatartásnak (dohányzás, alkoholfogyasztás) is.

Az iskolához való kötődés - az iskolától való elfordulás

A válaszoló tanulók közel 1/3-a tartja élvezetesnek az iskolai feladatokat, azonban ez az arány az életkorral csökken. A tanulók közel 1/3-a érzi úgy, hogy nyomasztják őt az iskolai feladatok, és az életkorral ez az arány növekszik. Az "Iskolánkban a tanulók részt vesznek a rendszabályok kialakításában" állítással a tanulók 44%-a, alacsonyabb arányban az idősebbek, ért egyet. Összességében az iskoláról kialakított kép az életkorral kedvezőtlenebbé válik.

A fiatalok egészségmagatartása

Táplálkozás

Csecsemő és kisgyermekkorban a táplálkozás rendjét és minőségét elsősorban a család, a gondozói környezet határozza meg. Ez az életkor ugyanakkor nagyon fontos a későbbi táplálkozási szokások kialakulása szempontjából. A gyermek és serdülőkorai fejlődéshez elengedhetetlen a rendszeres és megfelelő minőségű táplálkozás.

Az életkor emelkedésével, különösen a lányok között növekszik a tanítási napokon rendszertelenül étkezők aránya. A válaszoló fiatalok 1/3-a nem reggelizik rendszeresen, és amíg a reggelit kihagyók aránya az 5. osztályban a tanulók 1/5-e, 15-17 éves életkorban már a tanulók 1/3-a (fiúk) és 40%-a (lányok).

Ugyancsak jelentős emelkedést mutat az életkorral a tanítási napokon ebédet sem fogyasztók aránya, amely összességében a válaszolók 1/10-e.

A táplálkozás minőségére vonatkozó adatok szerint a napi rendszerességgel gyümölcsöt fogyasztók aránya összességében 29%, a zöldségféléseket fogyasztók aránya 14%, a tejtermékeket fogyasztók aránya 49%. Ezek az arányok azonban az életkor emelkedésével kedvezőtlenebbé válnak, és minden vizsgált életkorban alacsonyabb arányban fogyasztják ezeket az ételféléseket a fiúk.

A szénsavas üdítőitalok és édességek napi fogyasztása a serdülők mintegy harmadára jellemző; az édességet a lányok, az üdítőitalokat a fiúk fogyasztják napi gyakorisággal magasabb arányban.

A különféle rágeszélvő napi rendszerességgel történő fogyasztása átlagosan 15%, és mindkét nemnél jelentősen csökken az életkorral.

Testkép

A gyors testi és hormonális változások, a külső jelentőségét közvetítő kulturális hatások mind közrejátszanak abban, hogy a serdülők egyre nagyobb figyelemmel fordulnak saját testük és testi változásaik felé, önértékelésüket és közér-

zetüket jelentősen befolyásolja a saját külsejükről alkotott kép. A kívánt testalkat elérése érdekében - amely lányok esetében nem ritkán az irreálisan sovány, fiúk esetében a mesterségesen kigyúrt - gyakran szélsőséges és veszélyes étrendi megszorításokhoz, vagy testépítő hatású kiegészítőkhöz folyamodnak.

Valós és egyre növekvő egészségügyi probléma gyermek és serdülőkorban az elhízás is, melyben biztosan szerepet játszik a fizikailag passzív szabadidős elfoglaltságok térhódítása.

A kutatásba bevont fiatalok véleménye saját testalkatukról és testalkatukkal kapcsolatos elégedettségükről híven tükrözi a kultúra által közvetített ideál iránti vágyat. A válaszolók fele tartja megfelelőnek testalkatát, 1/3-a kövérnek tartja magát, magasabb arányban a lányok. A magukat kövérnek tartó lányok aránya az életkorral növekszik, a fiúk aránya csökken.

Soványnak tartja magát a fiúk 23%-a, a lányok 15%-a. Ez az arány a fiúk között az életkorral növekszik, a lányok között gyakorlatilag változatlan marad.

Valamilyen módon fogyókúrázik a tanulók 26%-a, és 15% azok aránya, akik úgy ítélik meg, hogy fogyniuk kellene, de nem fogyókúráznak. Az életkor előrehaladásával a lányok között növekszik, fiúk között csökken a fogyni vágyók aránya.

A fiúk szubjektív testképe és alkatukkal való elégedettsége megfelelt egymásnak, míg a lányok között jóval többen szeretnének fogyni, mint ahányan kövérnek tartják magukat.

A tanulók szabadidő eltöltésének néhány jellemzője

Mozgás

Kértük a tanulókat, hogy gondolják végig és adják össze napi mozgásos tevékenységeiket (iskolai testnevelés, rendszeres és játékos testedzés), és ezek gyakoriságára, valamint időtartamára kérdeztünk rá (hány olyan nap van a héten, amikor a tanuló legalább egy órát kiadósan mozog).

Válaszaik alapján a gyermekek 5%-a egyetlen napon sem, 32%-a 1-2 napon mozog ennyit, őket soroltuk a keveset mozgók közé. A válaszolók 1/3-a elfogadható gyakorisággal mozog (hetente 3-4 napon mozog legalább egy órát), és valamivel több, mint 1/5-e ennél is gyakrabban mozog, ez utóbbiakat soroltuk a sokat mozgók közé.

A rendszeres és kellő intenzitású mozgást leginkább az egyesületi keretben történő sportolás biztosítja. A tanulók 60%-a nem sportol egyesületi keretben, 13% iskolai, 21% iskolán kívüli egyesületben sportol. A tanulók 7%-a mindkét formában sportol.

Minden vizsgált életkorban a lányok mozognak sokkal kevesebbet. Az elfogad-

ható gyakorisággal mozgó tanulók közül a lányok aránya az életkorral csökken, a fiúk aránya azonban közel azonos marad. Csökken viszont az életkorral mind a fiúk, mind a lányok között a sokat mozgók aránya, lányok esetében már az 5. és 7. osztályok között, fiúk esetében a 7. és a 9. osztályok között. Ugyancsak csökken az életkor növekedésével az egyesületben sportolók aránya, ez a csökkenés azonban elsősorban az iskolai keretben történő sportolást érinti.

A saját állóképesség minősítése a mozgás életkori trendjét tükrözi, sokkal jobbnak tartják állóképességüket a fiúk és a fiatalabb tanulók. Az állóképesség megbecslése szignifikáns pozitív összefüggést mutat a mozgás gyakoriságával.

Fizikailag passzív szabadidős elfoglaltságok

Televízió, videó

A televíziózásra és videózásra fordított időtartam mind tanítási napokon, mind hétvégeken jelentős. Míg tanítási napokon mindkét nemű tanulók között a napi 2-3 órát (megítélésünk szerint ez is sok) nézők aránya magasabb (43%), addig hét végén a válaszadók felét is meghaladja (57%) azok aránya, akik 4 vagy még több órát töltenek naponta televízió vagy videó előtt.

Szabadidejüknek valamivel kevesebb részét fordítják tévézésre/videózásra a lányok, mint a fiúk. Legtöbbet tévéznek a 7. osztályos, legkevesebbet 9. osztályos tanulók.

Számítógép

A számítógép használatát illetően még jelentősebbek a nemi különbségek. A fiúk 30%-a, a lányok 49%-a nem használja napi szinten a számítógépet. Tanítási napokon a fiúk valamivel több mint 1/3-a, a lányok valamivel több mint 1/10-e számítógépezik kettő vagy több órát. Hét végén mindkét nembeliek magasabb arányban (fiúk több mint fele, lányok 20-30%-a) számítógépeznek ennyit. Az életkor emelkedésével a számítógépezésre fordított idő, elsősorban a lányok esetében nem növekszik, hanem inkább csökken.

A képernyős elfoglaltságokra fordított idő a nézett műsorok tartalmától, a használat céljától és a használt eszköz megfelelő beállításától (ergonómia) függően lehet hasznos és egészséges, hiszen a tanulók nagyon sok információhoz juthatnak általuk. A túl hosszú idejű, válogatás és kontroll nélküli használat, a képernyős munkahely nem megfelelő kialakítása azonban, különösen a fiatalabb gyermekek esetében számos testi és lelki panasznak és problémának lehet forrása.

Iskolai felkészülésre fordított idő

A tanulók 18%-a (a fiúk megközelítően 1/5-e, a lányok valamivel több, mint 1/10-e) kevés időt (semmit vagy 1 órát) fordít a másnapra való felkészülésre. A tanulók fele 1-2 órát, 1/5-e 3 órát, 1/10-e 3 óránál többet fordít naponta tanulásra. Hét végén mind a fiúk mind a lányok a hét közbeni időnél is többet fordítanak tanulásra. A tanulásra fordított idő jelentős nemi különbségeket mutat, a négy óránál is többet tanulók között 2-3-szoros a lányok aránya.

A tanulásra fordított idő, különösen a középiskolás korosztályban, erős szignifikáns összefüggést mutat a tanulmányi eredménnyel.

A másnapi felkészülésre fordított időt összevetve a tanórák számával elmondható, hogy a tanulók felének munkaideje, - melyet zömmel ülő helyzetben töltenek, eléri, 1/3-nak munkaideje meghaladja a napi nyolc órát.

Rizikómagatartás

Következményeit tekintve ide sorolható a dohányzás, a rendszeres vagy időnként nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás és a túl korai életkorban elkezdett szexuális élet, különösen ha ez a védekezés elmulasztásával párosul.

Dohányzás

A fiatalok döntő többsége kipróbálja a dohányzást, azonban sokkal kevesebben válnak rendszeres dohányzóvá. A kipróbálás gyakorisága az életkorral meredeken emelkedik: az 5. osztályosok között 18,8%, míg a legidősebb vizsgált korcsoportban már a tanulók több mint 80%-a gyújtott rá életében legalább egyszer. A legfiatalabb korosztályban jelentős a nemi különbség, míg az életkor emelkedésével a fiúk és a lányok közötti különbségek egyre jelentéktelenebbé válnak.

A rendszeres dohányzók (ebben az életkorban a hetente és a naponta dohányzókat soroljuk ide) aránya az életkor előrehaladásával folyamatosan emelkedik. E tekintetben a fiúk és a lányok között nincs számottevő különbség. A legnagyobb változás a 7. és 9. osztály között tapasztalható: mindkét nemre igaz, hogy a rendszeresen dohányzó tanulók száma több mint háromszorosára emelkedik. A 11. osztályos fiúk 40%-a, míg ugyanebben a korosztályban a lányok 35%-a dohányzik rendszeresen, ebből a fiúk 33%-a, a lányok 27%-a dohányzik naponta.

A korábbi kutatások adatai is bizonyítják, hogy szignifikáns különbség mutatható ki a tanulók dohányzási gyakoriságában aszerint, hogy a számukra fontos modellértékű személyek (szülők, barátok) dohányoznak-e, vagy sem.

A naponta dohányzó szülők gyermekei majdnem kétszer annyian a dohányoz-

nak naponta, mint a nemdohányzó szülők gyermekei. Azok a tanulók, akiknek a legjobb barátja dohányzik, maguk is 56%-ban válaszolták, hogy naponta dohányoznak, míg azok között, akik nemdohányzó barátról számoltak be, ez az arány 4%.

Alkoholfogyasztás

Az alkohol kipróbálását jelző tanulók aránya az életkor növekedésével párhuzamosan emelkedik, és a legidősebb korcsoportban meghaladja a megkérdezettek 92%-át. Fiúk között minden vizsgált korosztályban a sör a legnépszerűbb alkoholféleség, a lányok - bár minden életkorban alacsonyabb napi és heti fogyasztásról számolnak be, mint a fiúk - az alkoholféleségek közül inkább a bort és a pezsgőt, 15 és 17 éves életkorban pedig elsősorban a röviditalokat fogyasztják.

Az alkoholfogyasztás módját jól jellemzi a részegségek száma. Az alkoholfogyasztás kipróbálásához hasonlóan az életkor előrehaladásával meredeken emelkedik azon tanulók aránya, akik már voltak részegek (a 11. osztályos fiúk 64%-a, míg a lányok 41%-a volt már többször részeg életében).

A serdülőkorúakra nem elsősorban a napi fogyasztás, hanem a hetente/kéthetente vagy havonta előforduló "bulizós nagyívás" jellemző. A válaszolók közel 1/3-a az utóbbi 30 napban legalább egyszer megivott nagyobb mennyiséget (5 vagy ennél is több pohár alkoholt); a tanulók 1/10-ével ez többször is előfordult. A dohányzás és az alkoholfogyasztás serdülőkorban elsősorban társas összejövetelekhez kötött tevékenységek, a 15-17 évesek 80%-a gyakran a barátai társaságában fogyaszt alkoholt.

Drogfogyasztás

A HBSC vizsgálat hazai adatfelvételei keretében először szerepeltek a 9. és 11. osztályosok droghasználatra vonatkozó kérdések, melyek az összehasonlíthatóság végett azonosak voltak az ESPAD¹ vizsgálat azonos témájú kérdéseivel.

A 9. és 11. osztályos diákok 9%-a fogyasztott életében legalább egyszer valamilyen gyógyszert visszaélészerűen, "azért, hogy feldobja" vagy gyógyszert és alkoholt együttesen ugyanilyen célzattal. A tanulók több mint az egyötöde, 22%-a pedig már valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst is fogyasztott. Szertípusonként vizsgálva a fiatalok drogfogyasztását, elmondható, hogy a marihuána és a hasis a leggyakrabban alkalmazott szerek a drogot fogyasztók körében. A válaszadók közül ezt minden ötödik tanuló kipróbálta már életében. A tanulók

¹ "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" - "Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról valamint dohányzásról"

16%-a az adatfelvételt megelőző évben is fogyasztott marihuánát vagy hasist.

A visszaélésszerű gyógyszert vagy gyógyszert alkohollal együtt fogyasztók közül 1/3-a tiltott drogot és/vagy inhalánst is használt életében.

A marihuána után az ecstasy valamint az amfetaminok következnek, 4% körüli fogyasztási arányokkal. Az oldószeres, ragasztók, az LSD és egyéb hallucinogének, az opiátok és a kokain valamint a crack viszonylag alacsony, 1-2%-os aránnyal követik az előzőeket.

A fiatalok 60-80%-a a drogot ténylegesen csak kipróbálta, mivel csak 1-2-szer használta életében, tehát még nem nevezhető problematikus fogyasztónak. Vonatkozik ez a legtöbbször által kipróbált szerre, a marihuánára is. Mindössze 2,3% az, aki 40-szer vagy annál többször használta e szert élete során. Az elmúlt évi fogyasztás gyakoriságát tekintve a tanulók 1,5%-a válaszolta, hogy 40-szer vagy többször is fogyasztott marihuánát vagy hasist, és ez már megfelelhet akár a heti rendszerességnek is. Az egyéb drogok esetében, a hatszori vagy annál többszöri fogyasztás élet- és évi prevalencia értékei elenyészőek.

A szipuzást leszámítva nagyon kevés fiatal fogyasztott legális vagy tiltott drogot 13 éves életkora előtt, a drogfogyasztók 40-60%-a 16 éves kora körül vagy utána találkozik először a droggal.

Minden szerfajta esetében szignifikáns különbséget találunk a szakmunkástanuló és szakiskolás valamint a gimnáziumi és szakközépiskolás tanulók szerfogyasztása között, a szakmunkástanulók /szakiskolások hátrányára.

A nemek közötti különbségek, kivéve a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást, minden szerfajta esetében szignifikánsak, a fiúk fogyasztanak többet.

A fővárosban élő fiatalok között sokkal elterjedtebb a drogfogyasztás, mint a vidéken élők körében, kivéve a visszaélésszerű gyógyszerfogyasztást. Budapesten minden negyedik, vidéken minden ötödik tanuló használt már valamilyen tiltott drogot és/vagy inhalánst.

Szexuális aktivitás

A korai életkorban, testileg-lelkileg felkészületlenül és gyakran felelőtlenül, védekezés nélkül elkezdett szexuális élet számos kedvezőtlen egészségügyi és egzisztenciális következménnyel járhat. A "Volt-e vagy van-e szexuális kapcsolatod?" kérdésre a 9. osztályos fiúk 28%-a, lányok 19%-a, a 11. osztályos fiúk 49%-a, lányok 53%-a felelt igennel. A nemi különbségek csak a 9. osztályosok esetében szignifikánsak. Azok közül, akiknek már volt szexuális kapcsolata, átlagosan 26% vallotta, hogy 14 éves vagy fiatalabb volt, 27%, hogy 15 éves volt az első kapcsolat létesítésekor, a többieknél az első aktus a 16. életév után következett be. A fiúk és lányok között ebben a tekintetben nem szignifikáns a különbség.

A tanulók válaszai szerint meglepően magas a védekezők aránya, a szexuálisan aktív tanulóknak átlagosan 85%-a jelölte, hogy a legutóbbi szexuális aktus alkalmával valamilyen formában védekeztek a teherbeesés ellen. Ebben a nemek és a korcsoportok között sincs jelentős eltérés.

A védekezők 60%-a kondomot, közel 1/3-a tablettát (ebből 6% esemény utáni tablettát) használt. A fiatalok 18%-a élt a megszakított közösülés módszerével (is).

Az alkohol vagy drogfogyasztás veszélyezteti a szexuális élet biztonságát. Az erre vonatkozó válaszok szerint a fiatalok 24%-a a legutóbbi közösüléskor ivott alkoholt, hozzávetőlegesen 2%-a használt drogot és valamivel kevesebb mint 2%-a drogot is és alkoholt is fogyasztott. A lányokra a rizikómagatartásnak ez a formája kevésbé jellemző.

A serdülőkorúak szubjektív jólléte

A szubjektív jóllét vizsgálatának kérdése az utóbbi évtizedekben kitüntetett helyet foglal el, és azt a trendet tükrözi, amely az egyén szubjektív nézőpontját hangsúlyozza az élet értékelésében. Ez egyben arra is utal, hogy az objektívnek tartott indikátorok nem tükrözik önmagukban az élet minőségét.

A szubjektív jóllét mérésére többféle módszert alkalmaztunk

Az egészségi állapot önminősítésére vonatkozó válaszok szerint a tanulók 82%-a tartotta egészségi állapotát kitűnőnek és jónak, 16% megfelelőnek és 2% tartotta azt rossznak. Minden vizsgált életkorban a lányok tartották rosszabbnak egészségüket, ugyanakkor az életkor emelkedésével mindkét nemben növekszik a kedvezőtlenebb válaszok aránya.

- Az étellel való elégedettséget egy 11 fokú skálával (Cantrill létra, Cantrill, 1965) mértük. Az egész minta étellel való elégedettségének átlagértéke 7,34, a tanulók többsége a létrán az átlagos tartományba (6-9 pont), illetve a fölé esik. Az életkorral előrehaladva általánosan csökkenő tendenciát mutat az étellel való elégedettség, amely a serdülőkori emocionális változások mellett az egyén és környezete kapcsolatrendszerének változásaival magyarázható.
- A tanulók önértékelését Rosenberg (1965) 10 ítemes skálájával mértük (a skála elérhető pontszáma: 10-40). Az egész minta átlag pontszáma 27,79 pont, a fiúk szignifikánsan magasabb átlagpontszámot értek el, és ez minden vizsgált évfolyamon jellemző. Lányok esetében a 7. és 9. osztályok között csökkenés, fiúk esetében a 9. és 11. osztályok között skálapontszám emelkedés tapasztalható. Feltétlenül meg kell jegyezni, hogy előzetes adatfelvételeink elemzései

szerint a serdülőkorúak szubjektív jóllétének legerősebb prediktora a magas önértékelés volt.

- Pszichoszomatikus panaszok: a szomatikus (testi) panaszok gyakori előfordulása általánosnak mondható serdülőkorban, ezt részben a normál serdülőkori fejlődéssel együtt járó, a testi változások felé forduló figyelemből származó introspekció magyarázhatja. A tünetek ritkábban szervi eredetűek, általában a stresszel hozhatók összefüggésbe, amely ebben az életkorban gyakran szárazmazik a fiatal és környezete átalakuló és feszültségteljes kapcsolatából. A szomatikus tünetek előfordulása mellett serdülőkorban az érzelmi problémák, s így a depressziós hangulat, súlyosabb esetben a depresszió előfordulása is ugrásszerűen növekszik. Vizsgálatunk keretében tizenkét szubjektív egészségi panasz (pszichés és szomatikus tünetek) előfordulásának gyakoriságát mértük fel az elmúlt félévre vonatkozóan.
 - Az összes tünet előfordulásának gyakorisága alapján képzett tünetskála átlaga szignifikánsan magasabbnak bizonyult a lányok vonatkozásában, tehát a lányok minden vizsgált osztályban magasabb pontértékeket értek el.
 - Mind a lányok, mind a fiúk között magas azoknak az aránya, akik a kedvetlenség, idegesség, fáradtság és ingerlékenység gyakori (szinte naponta vagy hetente többször) előfordulásáról számolnak be. Gyakori kedvetlenségről, fáradtságról és idegességről számol be pl. a 9. és 11. osztályos fiúk 1/3-a és a lányoknak közel fele. A lányoknál a kedvetlenség előfordulása sokkal kifejezettebb, mint a fiúknál.
 - A szomatikus tünetek közül magasabb arányban számoltak be a tanulók fej, gyomor- és has-, valamint hátfájásról, alacsonyabb arányban a hányinger és szédülés előfordulásáról. Ezeket a tüneteket is szignifikánsan magasabb arányban panaszolják a lányok.
 - A fiúknál gyakoribb alvásproblémákról (nehéz elalvás, gyakori felébredés) számolnak be a lányok, közülük is legmagasabb arányban a 9. osztályos tanulók, míg a fiúk között az életkor emelkedésével inkább csökken az erről panaszuk aránya.
 - A tanulók jelentős aránya (fiúk 30-36%-a, lányok 37-59%-a) számol be két vagy több tünet jelenlétéről a vizsgált féléves periódusban.
- A Depressziós hangulat mérésére a Gyermek Depresszió Kérdőív (Kovacs, 1985; magyarul ld. Rózsa és mtsai, 1999) rövidített változatát használtuk. A 7., 9., 11. osztályosok mintájában a skála átlag pontszáma 2,30. A fiúk szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el, mint a lányok. A tanulók kb. 25%-a (a fiúk 22,6%-a, a lányok 28,5%-a) ért el 2 vagy 3 pontot, ami zavart hangulatot jelölhet, míg a lányok közel 30 %-a és a fiúk 18 %-a négy vagy több pontot kapott, ami depresszív hangulatot jelezhet.

Általánosságban tehát a fiúk jobb egészségi állapotról, az étellel való nagyobb elégedettségről, magasabb önértékelésről, ritkább tünet-előfordulásról számolnak be, mint a lányok. Ez alátámasztani látszik azt a megfigyelést, hogy a lányok érzékenyebbek az egyes szomatikus és emocionális zavarokra. E mellett, szocializációjukból eredően is inkább hajlamosak a panaszok "vállalására" és kommunikálására.

A szubjektív egészség mutatóinak monitorozása nemcsak felnőtt-, de gyermek- és serdülőkorban is fontos, általa rejtett panaszokra és stresszt okozó környezeti és alkati tényezőkre derülhet fény.

Bár a fiatalok életmódját az egyes magatartásformákra bontva vizsgáltuk és tárgyaltuk, tapasztalatok és kutatási eredmények is bizonyítják, hogy az életstílus egyes összetevői (pl. a dohányzás és alkoholfogyasztás) összefüggést mutatnak egymással. Ugyancsak összefüggés mutatható ki már ebben a fiatal életkorban is a jóllét és az életmód között.

Az összefüggés vizsgálatok eredményeit és a gyakorlat számára levonható következtetéseket szándékunk szerint egy következő tanulmányban jelentetjük meg.

MELLÉKLET

A jelentésben feldolgozott kérdések és válaszkategóriák

Bevezetés

1. Milyen nemű vagy?

Fiú / Lány

2. Melyik évben születted?

3. Melyik hónapban születted?

4. Milyen iskolába jársz?

általános iskola / 6 osztályos gimnázium / 8 osztályos gimnázium / 4 osztályos gimnázium vagy szakközépiskola / szakmunkásképző vagy szakiskola

5. Hányadik osztályba jársz?

Társadalmi-gazdasági háttér

6. Hol élsz? (Azt a települést jelöld, ahol az otthonod van!)

Budapesten / Megyeszékhely városban / Városban / Községben, faluban / Tanyán

10.,13. Édesapádnak/édesanyádnak (ha nevelőapáddal/nevelőanyáddal élsz, rá gondoldj) van-e jelenleg állása?

Van / Nincs / Nem tudom / Nincs apukám, anyukám, vagy nem találkozom vele

Ha van állása, írd le pontosan, hol dolgozik (pl. földeken, gyárban, iskolában, hivatalban, kórházban, étteremben, boltban)!

Ha van állása, írd le minél pontosabban, mit dolgozik (pl. földműves, asztalos, tanár, irodai dolgozó, orvos, pincér, eladó)!

11.,14. Ha édesapádnak/édesanyádnak (ha nevelőapáddal/nevelőanyáddal élsz, rá gondoldj) jelenleg nincs állása, ennek mi az oka? (Jelöld meg, ami legjobban illik a helyzetére!)

Beteg, vagy nyugdíjas, vagy tanuló / Éppen munkát keres / Otthon van, mert háztartásbeli / Otthon van, mert másokat gondoz (pl. kistestvéredet gyesen/gyeden, nagyszülődet) / Nem tudom

12.,15. Mi édesapád/édesanyád (ha nevelőapáddal/nevelőanyáddal élsz, rá gondolj) legmagasabb iskolai végzettsége?

Egyetemet vagy főiskolát végzett / Középiskolát végzett / Szakmunkásbizonysítványa van / Általános iskolát végzett / Nem tudom

47. Hány számítógépe van a családnak?

Egy sincs / Egy / Kettő / Több mint kettő

48. Az elmúlt 12 hónapban hányszor nyaraltál, üdültél együtt a családdal?

Egyszer sem / Egyszer / Kétszer / Több mint kétszer

49. Az elmúlt 12 hónapban hányszor nyaraltál, üdültél a szüleid nélkül?

Egyszer sem / Egyszer / Kétszer / Több mint kétszer

50. Van-e a családotoknak személy- vagy teherautója?

Nincs / Van, egy / Van, kettő vagy több

51. Van-e saját szobád (hálószobád), olyan, amit csak te használsz?

Van / Nincs

81. Szerinted mennyire jómódú a családod?

Nagyon jómódú / Elég jómódú / Átlagos / Nem valami jómódú / Egyáltalán nem jómódú

Táplálkozás és étkezési szokások

32-34. Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni/ebédelni/vacsorázni tanítási napokon / hétvégén (szombat, vasárnap)? Ez azt jelenti, hogy pl. nem csak egy pohár tejet, teát vagy gyümölcslevet iszol.

hét közben:

Soha nem reggelizem/ebédelek/vacsorázom rendszeren / Egyszer egy héten / Kétszer egy héten / Háromszor egy héten / Négyyszer egy héten / Ötször egy héten

hétvégén:

Soha nem reggelizem/ebédelek/vacsorázom rendszeren / Egyszer (szombaton vagy vasárnap) / Szombaton és vasárnap is

35. Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat?

Soha / Ritkábban, mint hetente / Hetente / Hetente 2-4-szer / Hetente 5-6-szor / Minden nap egyszer / Minden nap többször is
 Gyümölcs / Zöldségfélék (saláták, főzelékek) / Édességek (csokoládé, cukorka, sütemény) / Kóla vagy más édes üdítőital / Bármilyen alkoholtartalmú ital / Rágcsálnivalók (chips, mogyoró) / Gyorséttermi ételek (hamburger, hot-dog) / Tejtermékek (tej, joghurt, sajt) / Feketekávé

A napirend néhány jellemzője: testmozgás, képernyőhasználat, tanulásra fordított idő**A következőkben a mozgásról (testedzésről) lesz szó.**

A testedzés megnöveli a pulzusod (szívverésed) számát és néha ki is fulladsz (lihegsz). Ide tartozik, ha tornaórán, sportkörön mozogsz, vagy ha a barátaiddal játszol (pl. futsz, gyorsan gyalogolsz, rollerezel, biciklizel, gördeszkázol, úszol, focizol, síelsz, kosárlabdázol, táncolsz stb.)

39. Gondolj az elmúlt 7 napra, és próbáld összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percig kiadósan mozogtál! (Ha pl. egy napon délelőtt is és délután is mozogtál 30-30 percet, akkor az egy napon 60 percnek számít.)

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 napon mozogtam legalább 60 percet

40. Gondolj egy átlagos hétre, hány ilyen napod szokott lenni?

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 ilyen napom szokott lenni

41. Tagja vagy-e valamilyen sportegyesületnek iskolában vagy iskolán kívül?

Nem vagyok tagja sportkörnek / Igen, iskolai sportkörnek vagyok tagja / Igen, iskolán kívüli sportkörnek vagyok tagja / Igen, iskolai és iskolán kívüli sportkörnek is tagja vagyok

43. Milyennek tartod az állóképességedet/teherbíró képességedet? (Mennyire vagy fitt?)

Nagyon jónak / Jónak / Átlagosnak / Nem kielégítőnek

44. Naponta általában hány órát töltesz tv- vagy videónézéssel? Tanítási napokon / Hétvégén

Semennyit / Kb. 1/2 órát / Kb. 1 órát / Kb. 2 órát / Kb. 3 órát / Kb. 4 órát / Kb. 5 órát / Kb. 6 órát / Kb. 7 órát vagy többet

- 45. Naponta általában hány órát töltesz el a másnapi órákra való felkészüléssel, házi feladatod elkészítésével? Tanítási napokon / Hétvégén**
Semennyit / Kb. 1/2 órát / Kb. 1 órát / Kb. 2 órát / Kb. 3 órát / Kb. 4 órát / Kb. 5 órát / Kb. 6 órát / Kb. 7 órát vagy többet
- 46. Naponta általában hány órát számítógépezel szabadidődben (játék, levelezés, chat, internet)? Tanítási napokon / Hétvégén**
Semennyit / Kb. 1/2 órát / Kb. 1 órát / Kb. 2 órát / Kb. 3 órát / Kb. 4 órát / Kb. 5 órát / Kb. 6 órát / Kb. 7 órát vagy többet

Rizikómagatartás: dohányzás és alkoholfogyasztás

- 52. Elszívtál-e már valaha legalább 1 cigit (vagy szivart, vagy pipát)?**
Igen / Nem
- 53. Milyen gyakran dohányzol?**
Naponta / Hetente legalább egyszer, de nem minden nap / Ritkábban, mint hetente / Nem dohányzom
- 54. Hány cigarettát szoktál hetente elszívni? (Ha ritkábban dohányzol, mint hetente, vagy egyáltalán nem dohányzol, akkor írd 0-t!)**
___ db cigarettát szívok hetente
- 57. Dohányoznak-e a következő személyek?**
Igen, naponta / Igen, néha / Nem dohányzik / Nem tudom / Nincs ilyen személy, vagy nem találkozom vele
- Édesanyám (ha nevelőanyáddal élsz, akkor rá gondoldj!) / Édesapám (ha nevelőapáddal élsz, akkor rá gondoldj!) / Legjobb barátom
- 59. Milyen gyakran fogyasztod a különböző alkoholféleségeket? (A csekély mennyiséget is jelöld!)**
Naponta / Hetente / Havonta / Ritkábban, mint havonta / Soha
- Sör, Bor vagy boros kóla, vagy pezsgő / Röviditalok (konyak, whisky, vodka, pálinka) vagy rumos kóla, vagy gin tonikkal, vagy vodka narancssal / Édes likőr
- 60. Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?**
Nem, soha / Igen, egyszer / Igen, 2-3-szor / Igen, 4-10-szer / Igen, több mint 10-szer

61. Az elmúlt 30 napban hányszor ittál meg egyszerre 5 vagy még több pohár alkoholt? (Sör és bor esetén 1-2 decis pohárra, rövidital esetén kupicára/stampedlire gondolj!)

4-szer vagy többször / 3-szor / 2-szer / 1-szer / Az elmúlt 30 napban ilyen nem fordult elő / Soha nem ittam egyszerre 5 vagy több pohárral

62. Amikor alkoholt fogyasztasz, milyen gyakran vagy...?

Soha nem iszom alkoholt / Soha / Ritkán / Néha / Gyakran

Egyedül / Barátaiddal / Édesapáddal (nevelőapáddal) / Édesanyáddal (nevelőanyáddal)

66. Hány éves voltál, amikor először csináltad a következő dolgokat? Válaszd a "soha" kategóriát, ha valamelyiket nem csináltad!

Soha / __ éves voltam

Valamilyen alkoholt ittál (egy-két kortynál többet) / Részeg lettél / Végigszívtad az első cigarettát

Illegális szerek használata

64. Használtál-e már életedben / az elmúlt 12 hónapban egyet vagy többet a következő anyagokból?

Soha / 1-2-szer / 3-5-ször / 6-9-szer / 10-19-szer / 20-39-szer / 40-szer vagy többször

Füves cigi, marihuána, hasis / Gyorsító (speed, amfet, fecske) / Ecstasy (diszko tableta) / Ópium (máktea, máktej) / Gyógyszert, hogy feldobjon / Alkoholt és gyógyszert együtt, hogy feldobjon / Kokain (kokó, crack) / Ragasztó, oldószer (szipuzás, bödönözés) / LSD (bélyeg, lecsó, utazás) / Mást, éspedig: _____

66. Hány éves voltál, amikor először csináltad a következő dolgokat? Válaszd a "soha" kategóriát, ha valamelyiket nem csináltad!

Soha / __ éves voltam

Füves cigit, marihuánát, hasist szívtál / Ecstasyt használtál / Speedet használtál / Ragasztót, oldószert használtál, hogy elkábulj (szipuztál, bödönöztél) / Gyógyszert vettél be, hogy feldobjon vagy elkábulj / Alkoholt és gyógyszert vettél be, hogy feldobjon / Egyéb kábítószert (kábitó hatású anyagot) használtál, éspedig: _____

Nemi érés és szexuális magatartás

74. Menstruálsz-e már? (Csak a lányok válaszoljanak!)

Nem, még nem / Igen, ___ éves koromban kezdtem el menstruálni.

Volt-e már magömlésed? (Csak a fiúk válaszoljanak!)

Nem, még nem / Igen, ___ éves koromban volt először magömlésem...

67. Volt-e már szexuális kapcsolatod? (Lefeküdtél-e már egy fiúval/lánnyal?)

Igen / Nem

68. Hány éves voltál, amikor először lefeküdtél egy fiúval/lánnyal?

Nem volt szexuális kapcsolatom / 11 éves vagy fiatalabb / 12 éves / 13 éves / 14 éves / 15 éves / 16 éves vagy idősebb voltam

69. Ittál-e alkoholt, vagy használtál-e drogot a legutóbbi alkalommal, mielőtt lefeküdtél valakivel?

Soha nem volt szexuális kapcsolatom / Igen, alkoholt ittam / Igen, drogot használtam / Igen, mindkettőt használtam / Egyiket sem használtam

70. A legutóbbi alkalommal használtál-e te vagy partnered kondomot (kötont)?

Soha nem volt szexuális kapcsolatom / Igen, használtunk / Nem, nem használtunk

71. A legutóbbi alkalommal mivel védekeztetek, hogy elkerüljétek a teherbeesést?

Soha nem volt szexuális kapcsolatom / Nem védekeztünk / Pesszáriummal / Kondommal (kotonnal) / Megszakított közösüléssel / Spermicid spray/krém/hab / Tablettával / Esemény utáni tablettával / Naptár módszerrel és/vagy hőmérőzéssel / Más módon / Nem tudom

Testkép és testtömeg

78. Milyennek tartod magad?

Nagyon soványnak / Egy kicsit soványnak / Kb. megfelelőnek / Egy kicsit kövérnek / Nagyon kövérnek

72. Hány centi magas vagy cipő nélkül?**73. Hány kg vagy ruha nélkül?****36. Jelenleg fogyókúrázol-e vagy próbálsz-e más módon fogyni (pl. több mozgással)?**

Nem, mert rendben van a testsúlyom / Nem, bár fogynom kellene / Nem, mert inkább híznom kellene / Igen, fogyókúrázom (keveset eszem vagy diétázom) / Igen, más módon próbálok fogyni (Írd le, hogyan!)

Szubjektív jóllét

75. Szerinted milyen az egészséged?

Kitűnő / Jó / Megfelelő / Rossz

77. Itt van előtted egy létra.

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!

93- 100. Biztos te is tapasztaltad már, hogy hangulatod, érzéseid, gondolataid időnként megváltoznak. Kérjük, minden csoportból válaszd ki azt az egy mondatot, amely legjobban jellemzi érzéseidet az elmúlt két hétben! Tegyéél egy "X" jelet az általad kiválasztott mondat előtti négyzetbe! Nincs jó vagy rossz válasz. (Rövidített depresszió skála.)

Ritkán vagyok szomorú
Gyakran vagyok szomorú
Mindig szomorú vagyok

Sok mindenben örömöm telik
Néhány dologban lelem csak örömöm
Semmi sem szerez nekem örömet

Gyűlölöm magam
Nem szeretem magam
Szeretem magam

Mindig sírhatnékem van
Gyakran van sírhatnékem
Néha van csak sírhatnékem

Képtelen vagyok bármiben is dönteni
Nehezen tudok valamiben is dönteni
Nem esik nehezemre dönteni

Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
A legszívesebben megölném magam

Engem senki sem szeret igazán
Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret engem

Jól kijövök a többiekkel
Gyakran veszem össze másokkal
Szinte mindig veszekszem valakivel

101-110. Mennyire értesz egyet a következő állításokkal?

(Mennyire tartod igaznak?) (Önértékelés skála)

Egyáltalán nem értek egyet / Nem értek egyet / Egyetértek / Teljesen egyetértek

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.

76. Az elmúlt 6 hónapban milyen gyakran érezted a következőket?

Szinte naponta / Hetente többször / Kb. hetente / Kb. havonta / Ritkábban vagy soha

Fájt a fejem / Fájt a gyomrom vagy a hasam / Fájt a hátam / Kedvetlen, rossz kedvű voltam / Ingerlékeny, indulatos, veszekedős voltam / Félttem, Ideges voltam / Nem tudtam elaludni / Többször felébredtem / Szédültem / Fáradt, kimerült voltam / Hányingerem volt vagy hánytam

Társas kapcsolatok: család, barátok, iskola**8. Most néhány kérdés következik a családról.**

Azokról szeretnénk kérdezni, akikkel élsz. Nem mindenki lakik együtt mindkét szülőjével, és néha két otthonunk vagy két családunk is van.

Jelöld be, kikkel laksz!

Felnőttek: Édesanyám / Édesapám / Nevelőanyám (vagy édesapám barátnője, élettársa) / Nevelőapám (vagy édesanyám barátja, élettársa) / Nagymamám / Nagypapám / Nevelőotthonban élek / Valaki mással vagy máshol élek (írd le pontosan): ____

Gyerekek: Írd le, hány testvéreddel élsz itt! Sorold ide a fél- vagy mostohatestvért és a fogadott testvért is! Írd be a megfelelő számot, vagy 0-t, ha nem él itt testvéred! Fiútestvérek száma: Lánytestvérek száma:

16. Milyen könnyen tudod megbeszélni a téged nagyon foglalkoztató vagy zavaró dolgokat a következő személyekkel?

Nagyon könnyen / Könnyen / Nehezen / Nagyon nehezen / Nincs ilyen személy vagy nem találkozom vele

Édesapáddal / Nevelőapáddal (vagy édesanyád barátjával, élettársával) / Édesanyáddal / Nevelőanyáddal (vagy édesapád barátnőjével, élettársával) / Bátyáddal (bátyáiddal) / Nővéreddel (nővéreiddel) / Legjobb barátoddal / Azonos nemű barátaiddal / Ellenkező nemű barátaiddal

22. Jelenleg hány közeli fiú / lány barátod van?

egy sincs / egy / kettő / három vagy több

23. Általában hány olyan nap van egy héten, amikor tanítás után (délután) együtt vagy a barátaiddal?

A hét 1 napján / 2 napján / 3 napján / 4 napján / 5 napján

24. Hetente általában hány estét töltesz távol az otthonodtól a barátaiddal?

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 estét

27. A barátaiddal milyen gyakran töltitek a szabadidőtöket az alábbi helyeken?

Soha / Ritkán / Havonta / Hetente / Hetente többször / Naponta

Bevásárlóközpontokban / Utcán, parkokban, állomásokon, más közterületen / Gyorsétteremben (pl. McDonald's, Pizza Hut, Burger King stb.) kávézóban / Discóban / Sport- vagy konditeremben vagy uszodában / Templomban, vallásos gyülekezetben / Otthon (nátatok vagy mások otthonában) / Iskolai sport- vagy kulturális rendezvényen / Moziban

90. Egyetértesz a következő állításokkal?

Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet

Az osztályod tanulói szívesen vannak együtt / Osztálytársaid többsége

kedves és segítőkész / Osztálytársaid elfogadnak olyannak, amilyen vagy /
Amikor osztálytársad nagyon rosszkedvű, mindig akad az osztályból valaki,
aki segíteni próbál rajta / Az iskola tanulói részt vesznek az iskolai rendezvények szervezésében

Most néhány kérdés következik a bántalmazásról.

Bántalmazásnak nevezzük, ha egy vagy több gyerek ismétlődően megver, kínoz, gúnyol egy másik gyereket. Az is bántalmazás, ha ismétlődően kiközösítenek valakit (pl. kizárják a játékból), vagy durván ugratják, rosszakat mondanak róla.

Nem számít bántalmazásnak, ha két kb. egyformán erős gyerek verekszik vagy birkózik egymással, vagy ha barátságosan ugratják egymást.

29. Az elmúlt néhány hónapban milyen gyakran bántalmaztak így téged az iskolában?

Nem fordult elő / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Hetente / Hetente többször is

30. Az elmúlt néhány hónapban te milyen gyakran vettél részt tanulótársaid bántalmazásában?

Nem fordult elő / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Hetente / Hetente többször is

85. Mennyire nyomasztanak téged az iskolai feladatok?

Egyáltalán nem / Egy kicsit / Eléggé / Nagyon

Kérjük, figyelmesen olvasd el az iskoládról szóló alábbi állításokat! Mind-egyiknél jelöld meg, mennyire értesz vele egyet!

(Mennyire tartod igaznak?)

Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet

87. Iskolánkban a tanulók részt vesznek a rendszabályok kialakításában.

91. Élvezem az iskolai munkát/tevékenységeket.

88. Kérjük, olvasd el az alábbi állításokat a tanáraidról!

(Mindegyiknél azt a választ jelöld, amelyik a legtöbbjükre jellemző!)

Teljesen egyetértek / Egyetértek / Részben egyetértek, részben nem / Nem értek egyet / Egyáltalán nem értek egyet

Tanáraim arra ösztönöznek, hogy elmondjam a véleményemet az osztályban / Tanáraink igazságosan bánnak velünk / Ha külön segítségre van szükségem, megkapom tőlük / Tanáraitam érdekli, hogy milyen az egyéniségem.

IRODALOMJEGYZÉK

- AMATO, P.R., KEITH, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- AMMOATENG, A.Y., BAHR, S.J. (1986). Religion, family, and adolescent drug abuse. *Sociological Perspectives*, 29, 53-76.
- ANGELUSZ R., TARDOS R. (1998). Médiahasználat vagy médiafogyasztás? A televízió-nézés egy új empirikus tipológiája. *JEL-KÉP*, 3, 3-25.
- ANTALL M., REGÖLY-MÉREI A., NAGY K., BÍRÓ L., GREINER E., BARNÁ M., BALAJTI A., DOMONKOS A. (2001). Reprezentatív táplálkozás-egészségügyi szűrővizsgálat fővárosi középiskolákban. *Táplálkozás, allergia, diéta*, 6, 15-29.
- ASZMANN A. (1994). Magyar iskolásgyermek szexuális magatartása, AIDS/HIV fertőzés terjedésével kapcsolatos ismeretszintje, a fertőzöttekhez történő viszonyulása. *Egészségnevelés*, 35.
- ASZMANN A. (1997a). A serdülők egészségi állapota, közérzete, panaszai és gyógyszerhasználata. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolásgyermek egészségmagatartása 1986-1993*. Anonymus Kiadó, Budapest, 75-95.
- ASZMANN A. (1997b). Szexuális magatartás. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolásgyermek egészségmagatartása 1986-1993*. Anonymus Kiadó, Budapest 165-172.
- ASZMANN A. (szerk.) (1997c). *Iskolásgyermek egészségmagatartása 1986-1993*. Anonymus Kiadó, Budapest.
- ASZMANN A. (2001): Magyar diákok egészségi állapota és az iskola. In: Szekszárdi J. (szerk.). *Nevelési kézikönyv nem csak osztályfőnököknek*. OKI Kiadó, Dinasztia Tankönyvkiadó, Budapest.
- ASZMANN A., BRUNNER, P. (2001). Hátrányos helyzet és egészségi állapot egy ifjúságkutatás tükrében. *Egészségtudomány*, XLV/3, 266-272.
- ASZMANN A., NÉMETH Á. (2000). *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása* (A nemzetközi riport magyar adaptációja). Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.

- ASZMANN A., RÓZSA S., CZEGLÉDI R., NÉMETH Á. (1999). Magyar serdülők egészséget befolyásoló magatartása, a rizikómagatartás 1986-1997 közötti változása. *Egészségnevelés*, 40, 123-132.
- ASZMANN A., RÓZSA S., NÉMETH Á. (2000). A magyar serdülők dohányzása, alkoholfogyasztása és a pszichoszociális környezet. *Egészségnevelés*, 41, 177-187.
- ASZMANN A., SZABÓ PÁL (1990). Serdülők önmagukról. *Pedagógiai Szemle*, 11, 818-830.
- ATKINSON, R.L., ATKINSON, R.C., SMITH, E.E., BEM, D.J. (1999). *Pszichológia*. Osiris-századvég, Budapest.
- BEE, H. (1995). Health and Illness in Childhood and Adolescence. In: Bee, H. (Ed.). *Developing Child*. Harper Collins, N.Y. 61, 123, 129.
- Beszámoló a magyar lakosság egészségi állapotáról.* (1999). Debreceni Orvostudományi Egyetem Népegészségügyi Iskola.
- BIDDLE, S. et al (1998). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity: evidence and implications*. London, Health Education Authority. (idézi Hickman és mtsai, 2000)
- BIHARI Á., KAKUCS R., GYULAI É., NAGYNÉ ZENTAI É. (1999). Táplálkozási ismeretek és szokások változása különböző korú gyermekek körében. *Egészségnevelés*, 40, 175-179.
- BODÁNSZKY H. (1993). Egészséges táplálkozás a felnőttkori betegségek megelőzésére. In: Szamosi T. (szerk.). *Felnőttkori kóros állapotok megelőzése gyermekkorban*. Medicina, Budapest, 73-85.
- BODZSÁR É.B. (1999). *Humánbiológia: Fejlődés, növekedés, érés*. Egyetemi tankönyv. Eötvös-Pázmány Kiadó, Budapest, 37-60, 175-205.
- BODZSÁR É.B. (2000). Some Psycho-social Aspects of Puberty. In: Bodzsár É.B., Susanne, C., Prokopec, M. (eds.). *Puberty: Variability of Changes and Complexity of Factors*. Eötvös University Press, Budapest, 183-196.
- BODZSÁR É.B. (2001). A pubertás auxológiai jellemzői. *Humanbiologia Budapestinensis, Supplementum*, 28, 13-16.
- BODZSÁR É.B., PÁPAI J. (1994). Secular trend in body proportions and composition. *Humanbiologia Budapestinensis*, 25, 245-254.
- BRODY, G.H., FOREHAND, R. (1993). Prospective associations among family form, family processes, and adolescents' alcohol and drug use. *Behaviour Research & Therapy*, 31, 587-593.

- BUCHANAN, C.M., ECCLES, J., BECKER, J. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- CANTRILL, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- CASTELNUOVO, A.D., ROTONDO, S., IACOVIELLO, L. (2002). Meta-Analysis of Wine and Beer Consumption in Relation to Vascular Risk. *Circulation*, 105, 2863-2844.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health*, 67, 9-26.
- COLE, M., COLE S.R. (1997). *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- 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, 1-6.
- COLEMAN, J., ROKER, D. (Eds.) (2001). *Supporting parents of teenagers. A handbook for professionals*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- COMBATING THE TOBACCO EPIDEMIC (1999). World Health Report.
- CRAWLEY, H.F., PORTIDES, G. (1995). Self-reported versus measured height, weight and body mass index amongst 16-17 year old British teenagers. *International Journal of Obesity*, 19, 579-584.
- CURBING THE EPIDEMIC - *Governments and the Economics of Tobacco Control* (1999). World Bank Publication, Washington, D. C., Worldbank.
- CURRIE, C., HURRELMANN, K., SETTERBOLTE, W., SMITH, R. and TODD, J. (Eds.) (2000). *Health and Health Behaviour among Young People*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescence. Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- CZINNER A. (1993). Gyermekkorú kövérség. In: Szamosi T. (szerk.). *Felnőttkori kóros állapotok megelőzése gyermekkorban*. Medicina, Budapest, 45-54.
- CSOBOTH CS. (1997). Egészségkárosító magatartásformák- életmód. *Végeken*, 2-3.
- DAVEY-SMITH G., BARTLEY M., BLANE D. (1990). The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 301, 373-377.

- DEMETROVICS ZS. (1998). *Drog és Disco Budapesten. Táncos szórakozóhelyeket látogató fiatalok szociodemográfiai jellemzői és drogfogyasztási szokásai*. Budapesti Szociális Forrásközpont, Budapest.
- DEMETROVICS ZS. (2001). *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- DEMETROVICS ZS. (2002). Néhány gondolat a drogproblémáról. In: Buda B. (szerk.). *Drogok, drogprevenció, ifjúsági problémák, intézményi szerepválarok*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet - dART, Budapest.
- DIENER, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- DIENER, E., SUH, E.M., LUCAS, R.E., SMITH, H.L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- DiFRANZA J.R., RIGOTTI N.A., McNEILL A.D., et al (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313-319.
- DiFRANZA J.R., SAVAGEAU J.A., RIGOTTI N.A. et al (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youth: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.
- DOLL R., PETO R., WHEATLY K., GRAY R., SUTHERLAND I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 309, 901-911.
- DUE, P., HICKMAN, M., KOMKOV, A. és mtsai (2001). Physical Activity In: Currie C., Samdal O., Boyce W. and Smith R. (eds.). *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. Child and Adolescent Health Reserach Unit (CAHRU), University of Edinburgh, 59-70.
- EGGER, H., ANGOLD, A., COSTELLO, E.J. (1998). Headaches and Psychopathology in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 951-958.
- EIBEN O.G., BARABÁS A., PANTÓ E. (1991). The Hungarian National Growth Study I. Reference Data on the Biological Developmental Status, Physical Fitness of 3-18 year old Hungarian Youth in the 1980s. *Humanbiologia Budapestinensis*, 21.
- EIBEN O.G., PANTÓ E. (1984). Adatok városi és falusi fiúk oigarchekorához. *Anthropológiai Közlemények*, 28, 193-194.

- EIBEN O.G., NÉMETH Á., BARABÁS A., PANTÓ E. (1998). Adatok Budapest ifjúságának biológiai fejlettségéhez és fizikai eronlétéhez. *Humanbiologia Budapestinensis, Supplementum 24*, 142.
- ELEKES ZS., PAKSI B. (1996). *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- ELEKES ZS., PAKSI B. (1999a). F fiatalok szenvedélyei?! Alkohol- és drogfogyasztás valamint dohányzás a budapesti középiskolások körében 1999-ben. *Századvég, újfolyam, 13*, 53-73.
- ELEKES ZS., PAKSI B. (1999b). *Középiskolások alkohol- és drogfogyasztása valamint dohányzása Pest megyében*. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Pest Megyei Intézete, Budapest.
- ELEKES ZS., PAKSI B. (2000). *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon*. Ifjúsági és Sportminisztérium. Aula, Budapest.
- EMCDDA REPORT on the drug situation in the candidate CEECs. (2002) EMCDDA, Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities.
- ENGLANDER, L.J., KENDRICK, J.S., GARGIULLO, P.M., ZAHNISER, S.C., HANNON, W.H. (2001). Measure of maternal tobacco exposure and infant birth weight at term. *American Journal Epidemiology, 153*, 954-960.
- ERIKSON, E.H. (1991). Az életciklus: Az identitás epigenezise. In: *A fiatal Luther és más írások*. Gondolat, Budapest, 437-497.
- EVANS, D.W. (1998). Tobacco use and adolescents. In: Henderson, A., Chapmlin, S. (Eds.). *Promoting teen health*. Sage, London.
- FEHÉRNÉ MÉREY I. (1996). *Se többet, se kevesebbet*. Útmutató Tanácsadó és Kiadó Kft., 108-118.
- FELNER, R.D., STOLBERG, A., COWEN, E. L. (1975). Crisis events and school mental health referral patterns of young children. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 43*, 305-310.
- FORRAI J. (1993). Szexuális nevelés és AIDS felvilágosítás, mint iskolai anyag. *Egészségnevelés, 34*, 132-133.
- FORRAI J., ASZMANN A. (1995). Serdülőkorúak szexuális ismeretei, magatartása. In: Aszmann A. (szerk.). *Serdülők egészségi állapota és egészségmagatartása*. Új-Aranyhíd Kft., Budapest, 108-137.

- FRISCH, R.E., REVELLE, R. (1970). Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weight and adolescent events. *Science*, 169, 397-398.
- GÁDOROS J. (1998). Pszichomotoros, mentális és szociális fejlődés. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolaegészségügy*. Anonymus Kiadó, Budapest, 53-64.
- GÁDOROS J., RÓZSA S., KŐ N. (1998). A gyermek- és serdülőkori elhízás pszichoszociális jellemzői. *Egészségnevelés*, 39, 33-39.
- GARNER, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 34, 1631-1635.
- GEREVICH J., BÁCSKAI E. (1994). Protektív és rizikó-prediktorok a drogfogasztás kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 3, 231-240.
- GLIED, S., PINE, D.S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 1009-1014.
- GODEAU, E., RAHAV, G., HUBLET, A. (2003). Tobacco Smoking. 2001/02 HBSC International Report: "Young people's health in context". (in press).
- GOODMAN, E., HINDEN, B.R., KHANDELWAL, S. (2000). Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*, 106, 52-58.
- GOODMAN, E. (1999). The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 89, 1522-1528.
- HALLDÓRSSON, M., KUNST, A.E., KÖHLER, L., MACKENBACH, J.P. (2000). Socioeconomic inequalities in health of children and adolescents: a comparative study of five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 10, 281-289.
- HANKIN, B.L., ABRAMSON, L.Y., MOFFITT, T.E., SILVA, P.A., MCGEE, R.M., ANGELL, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- HANKIN, B.L., AMBRANSON, L.Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- HIBELL B., ANDERSSON, A.L. (2000). *The 1999 ESPAD report. Alcohol and other drug abuse among students in 30 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). The Pompidou Group at the Council of Europe and the authors, Stockholm.

- HICKMAN, M., ROBERTS, C., GASPAR DE MATOS, M. (2000). Exercise and leisure-time activities. In: Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. and Todd, J. (eds.). *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health Policy for children and adolescents, Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 73-81.
- HIGGINS, E.T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- HYAMS, J.S. (1996). Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *Journal of Pediatrics*, 129, 220-226.
- ILLYÉS I., SÁRI B., TORDAY J. (1993). Csökkent glukóztolerancia (IGT) elhízott gyermekekben. *Gyermekgyógyászat*, 44, 397.
- JOHNSTON, BACHMAN ÉS O'MALLEY (1999). *Monitoring the future*. Ann Arbor, Institute for Social Research.
- JOSEPHS, R.A., MARKUS, H.R., TAFARODI, R.W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 391-402.
- KAMINER Y. (1994). *Adolescent substance abuse. A comprehensive guide to theory and practice*. Plenum Medical Book Company, New York.
- KAPLAN, D.W., MAMMEL, K.A. (1993). Adolescence. In: Hathaway, W. E., Hay Jr., W.W., Groothuis, J.R., Paisley, J.W. (Eds.). *Current pediatric Diagnosis Treatment*. Lange Medical Book, 85-112.
- KAWACHI I., KENNEDY B.P., LOCHNER, K., PROTHROW-STITH, D. (1997). Social Capital, Income and Inequality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491-1498.
- KILPATRICK, M., OHANNESSIAN, C. & BARTHOLOMEW, J.B. (1999). Adolescent weight management and perceptions: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 69, 148-152.
- KING, A., WOLD, B., TUDOR-SMITH, C., HAREL, Y. (1996). *The Health of Youth: A cross-national survey*. WHO Regional Publications, European Series No. 69.
- KLING, K.C., HUDE, J.S., SHOWERS, C.J., BUSWELL, B.N. (1999). Gender differences in self-esteem: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500.
- KOFF, E., RIERDAN, J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 12, 307-312.

- KOLAS, T., NAKLING, J., SALVESEN, K.A. (2000). Smoking during pregnancy incrisis the risk of preterm babies among parous women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 79, 644-648.
- KOLIP, P., SCHMIDT, B. (1999). *Gender and Health in adolescence*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. Issue 2.
- KOMÁROMI É. (2000). A droghasználat kialakulásának okai. In: Rác J. (szerk.). A drogkérdésről őszintén. B+V Lap és Könyvkiadó Kft., Képzett Beteg könyvek sorozat.
- KOPP M., SKRABSKI Á., SZEDMÁK S. (1998). A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: Glatz, F. (szerk.). *Magyarország az ezredfordulón*. MTA Stratégiai Kutatások, Néesség, orvos, társadalom, Budapest, 15-37.
- KOVÁCS, J. (1998). A serdülőkorúak szexualitása. Nemi úton terjedő betegségek, fogamzásgátlás. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolaegészségügy*. Anonymus Kiadó, Budapest, 236-243.
- KOVACS, M. (1985). The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 991-994.
- KÖKÖNYEI GY., ASZMANN A., SZABÓ M. (2002). A serdülők jóllétét befolyásoló tényezők. *Egészségnevelés*, XLIII/2. 49-57.
- LÁSZLÓ M. (1999) Példa - kép. A tizenéves korosztály értékválasztásai és a média. *JEL-KÉP*, 3, 33.-49.
- LERNER, R.M., GALAMBOS, N.L. (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.
- LERNER, R.M., WALSCH, M.E., HOWARD, R.A. (1998). Developmental-contextual considerations: person-context relations as the bases for risk and resiliency in child and adolescent development. In: Bellack, A.S., Hersen, M. (eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. Elsevier Sciences Ltd. 1-24.
- LITT, I.F. (1995). Pubertal and Psychosocial Development: Implications for Pediatricians. *Pediatrics in Review*, 16, 243-247.
- LOSONCZI Á. (1989). *Ártó-védő társadalom*. KJK, Budapest.
- MADIANOS, M.G., MADIANOU, D., STEFANIS, C. (1995). Familial correlates of drug and alcohol use in a nationwide general population survey. *Psychopathology*, 28, 85-94.

- MÁNDOKI R. (1988) *Serdülőkorú tanulók testedzése, sportolása*. Országos Egészségnevelési Intézet. 5-7.
- MÁNDOKI R. (1997a). Egészséget befolyásoló szokások. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolásgyermek egészségmagatartása 1986-1993*. Anonymus, Budapest, 95-112.
- MÁNDOKI R.(1997b): A serdülők családi és kortárskapcsolatai. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolásgyermek egészségmagatartása 1986-1993*. Anonymus, Budapest, 35-44.o.
- MCCORMICK, C.B, KENNEDY, J.H. (2000). Father-child separation, retrospective and current views of attachment relationship with father, and self-esteem in late adolescence. *Psychological Reports*, 86, 827-834.
- MILES, G., EID, S. (1997). The dietary habits of young people. *Nursery Times*, 93, 46-48.
- MORETTI, M.M., REIN, A.S., WIEBE, V.J. (1998). Relational self-regulation. Gender differences in risk for dysphoria. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, 30, 243-252.
- MUKAMAL K.J., CONIGRAVE K.M., MITTLEMAN M.A. et al (2003). Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in Coronary Heart Disease in Men. *The New England Journal of Medicine*, 348, 118-119.
- MULLAN, E., CURRIE, C. (2000). Socioeconomic inequalities in adolescent health. In. Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. and Todd, J. (eds.). *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health Policy for children and adolescents, Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 65-72.
- MULVIHILL, C., NÉMETH Á., VEERECKEN, C. (2003): Body image, weight control and body weight. 2001/02 HBSC International Report: "Young people's health in context". (in press).
- NAGY M. (2002). Tanulók, munkaterhek és iskolai eredményeik, 16-44.
- NAGY M., GARAMI E., HERMANN Z., IMRE A., SZABÓ I., VÁGÓ I. (2002). Információk a tanulói munkaterhek vizsgálatáról. <http://www.oki.hu/oldcimlap.asp>
- NÉMETH Á., ASZMANN A., NYULI K. (2000). Magyar serdülők táplálkozási szokásai egy nemzetközi vizsgálat tükrében. *Egészségnevelés*, 41, 74-84.

- NÉMETH Á., BODZSÁR É.B., ASZMANN A. (2002). Maturation status and psychosocial characteristics of Hungarian Adolescents. *Anthropologiai Közlemények*, 43, 85-94.
- NÉMETH Á., BODZSÁR É.B., EIBEN O.G. (1999). Comparisons of Fatness Indicators in Budapest Children. *Anthropologischer Anzeiger*, 57, 325-337.
- Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében* (2000. június)
- NEUMARK, S.D., STORY, M. (1997). Recommendations from overweight youth regarding school-based weight control programs. *Journal of School Health*, 67, 428-433.
- NOLTE, A.E., SMITH, B.J., O'ROURKE, T. (1983). The relationship between health risk attitudes and behaviors and parental presence. *Journal of School Health*, 53, 234-240.
- OLWEUS, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell.
- PAKSI B. (2002). A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái. In: Ritter I. (szerk.). *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről - 2002*. Gyermek-, Ifjúsági- és Sportminisztérium.
- PATTON, G.C., CARLIN, J.B., COFFEY, C. et al (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Public Health Association*, 8, 1518-1522.
- PESA, J. (1999). Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 69, 196-201.
- PETO, R., LOPEZ, A.D., BOREHAM, J., THUN, M., HEATH, C. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*, 339, 1268-1278.
- PIKÓ B. (2002a). *Fiatalok pszichoszociális egészséges és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Osiris Kiadó, Budapest 190-212.
- PIKÓ B. (2002b). *Egészségpszichológia*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- PIKÓ B. (1998). Social support and health in adolescence: a factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 3, 333-344.
- PIKÓ B. (1995). Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 136, 1667-1673.

- POWER, C., MATTHEWS S., MANOR, O. (1998). Inequalities in self-rated health: explanations of different stages of life. *The Lancet*, 351, 1009- 1014.
- RÁCZ J. (1988). *Drogfogyasztó magatartás*. Medicina, Budapest.
- RÁCZ J. (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. HIETE Egészségügyi Főiskolai Kar.
- RAHKONEN, O., ARBER, S., LAHELMA, E. (1995). Health inequalities in early adulthood: a comparison on young men and women in Britain and Finland. *Social Science and Medicine*, 41, 163-171.
- RAPHAEL, B., CUBIS, J., DUNNE, M., LEWIN, T. et al (1990). The impact of parental loss on adolescents' psychosocial characteristics. *Adolescence*, 25, 689-700.
- RESNICOW, K. (1991). The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 61, 81-85.
- RISKÓ Á. (1993). Az étkezési zavarok (anorexia, bulímia, obesitas) meghatározása, klinikai tünetei, pszichodinamikai jellegzetességei, kezelési lehetőségei. In: *Étkezési zavarok*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest 6-15.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- ROSENBERG, M., SCHOOLER, C., SCHOENBACH, C., ROSENBERG, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- ROSS, J., WYATT, W. (2000a): Sexual behaviour. In: Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. and Todd, J. (eds.). *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health Policy for children and adolescents, Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 115-120.
- ROSS, J., WYATT, W. (2000b). Szexuális magatartás. In: Aszmann A., Németh Á. (szerk.). *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása*. OTH, Budapest, 28-33.
- RÓZSA S. (2001). Gyermek- és serdülőkori depresszió. In: Szádóczy E. és Rihmer Z. (szerk.). *Hangulatzavarok*. Medicina, Budapest, 59-78.
- RÓZSA S., VETRÓ Á., KOMLÓSI A. és mtsai (1999). A gyermek- és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 4, 459-482.
- RUBIN, L.B. (1985). *Just Friends. The role of friendship in our lives*. Harper and Row, New York.

- RUTTER, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J., Masten, A.S. et al. (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge University Press, New York, 181-214.
- SALLIS, J.F., OWEN, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Sage, London. (idézi Urbán és Hann, 2003)
- SAMDAL, O., DÜR, W. (2000). The school environment and the health of adolescents. In: Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. and Todd, J. (eds.). *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health Policy for children and adolescents, Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 24-39.
- SAMEROFF, A.J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- SAUCIER, J.F., AMBERT, A.M. (1983). Parental marital status and adolescents' health-risk behavior. *Adolescence*, 18, 403-411.
- SCHAAL, B., TREMBLAY, R., SOUSSIGNAN, R., SUSMAN, E.J. (1996). Male Testosterone Linked to High Social Dominance but Low Physical Aggression in Early Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1322-1330.
- SCHEIDT, P., OVERPECK, M., WYATT, W., ASZMANN, A. (2000). Adolescents' general health and well-being. In: Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. and Todd, J. (eds.). *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series: Health Policy for children and adolescents, Issue 1, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 24-39.
- SELIGMAN, M.E.P., CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SIEVING, R.E., OLIPHANT, J.A., BLUM, R.W. (2002). Adolescent Sexual Behaviour and Sexual Health. *Pediatrics in Review*, 23, 407-415.
- SMOAK, C.G., BURKE, G.L., WEBBER, L.S., HARSHA, D.W., SRINIVISAN, S.R., BERENSON, G.S. (1999). Relation of obesity to clustering of cardiovascular disease risk factors in children and young adults. *American Journal of Epidemiology*, 125, 364-372.
- Social determinants of health: the solid facts*. WHO 1998. (Magyar nyelven kiadta az Egészséges Városok Szövetsége, 1999 Pécs)

- SOMHEGYI A., VARGA P. P. - GERINCGYÓGYÁSZATI NEMZETKÖZI KÖZPONT (1999). A Gerincgyógyászati Nemzeti Központ országos primer prevenció programja: beszámoló a program indulásáról. *Népegészségügy*, 80, 23-33.
- SORENSEN, H.T., NORGDARD, B., PEDERSEN, L., LARSEN, H., JOHNSEN, S.P. (2002). Maternal smoking and risk of hypertrophic infantile pyloric stenosis: 10 year population based cohort study. *British Medical Journal*, 325, 1011-1012.
- SPENCER, N.J., BAMBANG, S., LOGAN, S., GILL, L. (1999). Socioeconomic status and birth weight: comparison an area based measure with the Registrar General's social class. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 495-498.
- STEINMETZ, K. A., POTTER, J. D. (1991). Vegetables, fruits, and cancer. *Epidemiology. Cancer causes control*, 2, 325-357.
- STUART, L., SPENCER, N. (2000). Inequality and children's health (Editorial.) *Child: Care, Health and Development*, 26, 1-3.
- SZABÓ M., ASZMANN A., KÖKÖNYEI GY. (2002). Serdülőkorúak jólléte és rizikómagatartása, a családstruktúra és a nemi szerepek függvényében. *Egészségnevelés*, 43, 97-103.
- SZAMOSI T. (1993). A korai szívmizominfarktus megelőzésének lehetőségei gyermekkorban. In: Szamosi T. (szerk.). *Felnőttkori kóros állapotok megelőzése gyermekkorban*. Medicina, Budapest, 17-32.
- TÁRKI (1998). *Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról*.
- TAYLOR, D.C., SZATMARI, P., BOYLE, M.H., OFFORD, D.R. (1996). Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: a community study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 491-499.
- TSCHANN, J.M., ALDER, N.E., IRWIN, C.E., MILLSTEIN, S.G., TURNER, R.A., KEGELES, S.M. (1994). Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychology*, 13, 326-333.
- TÚRY F., SZABÓ P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Medicina, Budapest.

- UNICEF International Child Development Centre (1995). *Poverty, Children and Policy: Responses for A Brighter Future, Economies in Transition Studies*. UNICEF Regional Monitoring Report No 3.
- URBÁN R., HANN E. (2003). Rendszeres testedzés és a szocioökonómiai státusz összefüggései magyar reprezentatív mintában *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4, 11-16.
- VAJDA ZS. (2002). A társas kapcsolatok és viselkedés fejlődése kisiskolás kortól serdülőkorig. In: Mészáros A. (szerk.). *Az iskola szociálpszichológiai jelenségvilága*. Eötvös Kiadó, Budapest, 147-163.
- VARGA J. (2002). *Testedzés és egészségmagatartás - Védőfaktor-e a sport?* Kézirat. Szakdolgozat, ELTE BTK pszichológia szak
- VELKEY L. (1996). Adatok a televízió és video nézés hazai gyakorlatának és hatásának megismeréséhez. *Gyermekgyógyászat*, 3, 242-251.
- VETRÓ Á., CSAPÓ Á. (1991). *A televízió és a gyermek*. Animula, Budapest.
- WECHSLER, H., DOWDALL, G., DAVENPORT, A., RIMM, E. (1995). A gender-specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85, 982-985.
- WEST, P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 44, 833-858.
- WILLIAMS, C.L., BOLLELLA, M., WYNDER, E.L. (1995). A New Recommendation for Dietary Fiber in Childhood. *Pediatrics*, 96, 985-988.
- WOLF, W.S., CAMPBELL, C.C., FRONGILLO, E.A., HAAS, J.D., MELNIK, T.A. (1994). Overweight schoolchildren in New York State: prevalence and characteristics. *American Journal of Public Health*, 84, 807-813.
- ZAJKÁS G. (1998). Iskolás gyermekek táplálkozása Magyarországon. In: Aszmann A. (szerk.). *Iskolaegészségügy*. Anonymus Kiadó, Budapest, 373-381.