

**AZ EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS ÉS A
SZEMÉLYISÉG KAPCSOLATÁNAK VIZSGÁLATA
KÜLÖNBÖZŐ ÉLETKORI CSOPORTOKBAN**

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	3
2. Elméleti bevezető	3
2.1. Az egészségmagatartás formái	3
2.2. Az egészségmagatartás kialakulása	5
2.3. Az egészségmagatartást meghatározó tényezők	6
2.4. Az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll	7
2.5. Az egészségkontroll és az egészségmagatartás közötti kapcsolat	8
2.6. A megküzdés, megküzdési stratégiák	9
2.7. A megküzdés és az egészségmagatartás közötti kapcsolat	10
2.8. Az önértékelés	11
2.9. Az önértékelés és az egészségmagatartás közötti kapcsolat	12
2.10. Az énhatékonyság	13
2.11. Az énhatékonyság és az egészségmagatartás közötti kapcsolat.....	13
3. Módszerek	14
3.1. Résztvevők	14
3.2. Eszközök	14
3.3. A vizsgálat leírása	16
3.4. Hipotézisek, kérdések.....	17
4. Eredmények.....	18
4.1. Nemek közötti különbségek az egészségvédő magatartás mértékében.....	18
4.2. Egészségvédő magatartás – különbségek az egyes életkori csoportok között	19
4.3. Az egészségvédő magatartás és a személyiség egyes tényezői közötti kapcsolat	21
4.3.1 Összefüggések az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában	21
4.3.2 Összefüggések a középiskolás diákok csoportjában	23
4.3.3 Összefüggések az egyetemista hallgatók csoportjában	24
4.4. Az egészségvédő magatartás és a személyiség kapcsolatának nemi különbségei	28
4.4.1 Nemek közötti különbségek az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában	28
4.4.2 Nemek közötti különbségek a középiskolás diákok csoportjában	29
4.4.3 Nemek közötti különbségek az egyetemista hallgatók csoportjában	30
5. Megvitatás	32
6. Konklúzió és kitekintés	36
7. Köszönetnyilvánítás	37
8. Felhasznált irodalom	38
9. Mellékletek.....	40

Az egészségvédő magatartás és a személyiség kapcsolatának vizsgálata különböző életkori csoportokban

1. Bevezetés

A dolgozathoz kapcsolódó kutatás középpontjában az egészségvédő magatartás különböző életkori csoportokban történő vizsgálata, továbbá az egészségvédő magatartás mértéke, valamint egyes személyiségtényezők közötti lehetséges összefüggések feltárása áll. A kutatás során olyan személyiségtényezőket vizsgállok, amelyek korábbi kutatások eredményei, valamint a saját feltételezéseim alapján kapcsolatban állhatnak az egészségmagatartással. Az egyes életkori csoportokat általános iskolai felső tagozatos, illetve középiskolai diákok, valamint egyetemista hallgatók alkotják, dolgozatom célja az e három csoport között felfedezhető egészségmagatartásbeli különbségek feltárása. Az eredmények bemutatása során az egyes életkori csoportokon belül tapasztalható a nemek közötti egészségmagatartásbeli különbségek vizsgálatát követően térek majd át az egyes életkori csoportok között tapasztalható egészségvédő magatartásbeli különbségek részletezésére. Továbbá dolgozatom fontos részét képezi annak vizsgálata, hogy az egyes életkori csoportokon belül az általam vizsgált személyiségtényezők – egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll, megküzdés, önértékelés, illetve énhatékonyság – közül melyek állnak szignifikáns kapcsolatban az egészségvédő magatartás mértékével. Így lehetővé válik annak feltárása is, hogy milyen különbségek fedezhetőek fel a három életkori csoport között arra vonatkozóan, hogy mely csoportban mely személyiségtényezők lehetnek a legmeghatározóbbak az egészségmagatartást illetően.

2. Elméleti bevezető

2.1. Az egészségmagatartás formái

Az egészség megőrzésében, fenntartásában fontos szerepe van a pszichés tényezőknek, azokon keresztül pedig a magatartásnak (Kulcsár, 2002). Az egészséggel összefüggésbe hozható magatartásformáknak kétféle megnyilvánulási módja lehet: szolgálhatják az egyén egészségének védelmét, azonban káros, kockázati tényezőként is megjelenhetnek. Azokat a viselkedésformákat, amelyek célja az egyén számára az egészség megőrzése, a preventív

egészségmagatartásokhoz sorolhatjuk (Matarazzo, 1984; idézi Pikó, 2002). Harris és Guten (1979) szerint egészségvédő viselkedésnek minősül az a viselkedés, magatartás, amelyet azzal a céllal végez az egyén, hogy egészségét megóvja, elősegítse vagy fenntartsa (Harris & Guten, 1979; idézi Kulcsár, 1998). Kasl és Cobb (1966) pedig úgy határozták meg az egészségmagatartást, mint bármely viselkedést, amelyről úgy véli az egyén, hogy az elősegíti, fenntartja egészségét, segíti őt a betegség kialakulásának megelőzésében, valamint más esetben elősegíti annak felismerését (Kasl & Cobb, 1966; idézi Kulcsár, 1998). A preventív magatartás nem csupán a kockázati magatartásformák hiányát jelenti, hanem azt is, hogy az egyén tudatosan és aktívan végez olyan cselekvéseket, amelyek által óvja egészségét (például rendszeres fizikai aktivitást végez, egészségesen táplálkozik) (Matarazzo, 1984; idézi Pikó, 2002). A megfelelő táplálkozási szokások és a rendszeres fizikai aktivitás mellett az egészségvédő magatartásformák közé sorolhatjuk a megfelelő alvási szokásokat, vagy a fogak rendszeres ápolását, valamint a biztonságunkat szolgáló cselekvéseket is (Jessor, Turbin & Costa, 1998).

A kockázati vagy más néven patogén magatartásformákat az egészségre nézve kockázatos, káros hatásokkal járó viselkedésmódok alkotják (Matarazzo, 1984; idézi Pikó, 2002). Számos olyan kockázati tényező létezik, amely az egyén életmódjának részeként jelentősen károsíthatja egészségét. Ezek közé az egészségkárosító kockázati tényezők közé sorolható a dohányzás, a kábítószer használat, az alkoholfogyasztás, a rendszertelen, nem megfelelő táplálkozás vagy a fizikai aktivitás hiánya (Kulcsár, 1998). Egyes kutatások arra engednek következtetni, hogy a kedvezőtlen egészségmagatartás kapcsolatban állhat a lelki élet zavaaraival, amelyek így kiváltó okai lehetnek a káros, kockázati magatartásformák megjelenésének. Kimutatták az összefüggést a depressziós tünetekkel, az öngyilkossági gondolatokkal, továbbá a nem megfelelő konfliktusmegoldó módok alkalmazásával (Green & Pope, 2000; Kandel, Raveis & Davies, 1991; Pikó, 2000c; idézi Pikó, 2002). Az egészségmagatartás egyéni mintázata tehát a kockázati, valamint a preventív egészségmagatartásformákból áll össze, ezek alkotják az egyén egészséggel kapcsolatos életmódját. A legfontosabb – és egyben leggyakrabban vizsgált – egészségmagatartási minták közé sorolható a dohányzás, droghasználat, alkoholfogyasztás, mint kockázati magatartásformák, valamint a fizikai aktivitás, a biztonságos közlekedéssel kapcsolatos viselkedésmódok, a biztonságos szexuális élet, valamint a tudatos étkezés, amelyek a preventív magatartásformák közé sorolhatóak (Pikó, 2002).

2.2. Az egészségmagatartás kialakulása

Az egyén egészségmagatartása akkor lesz várhatóan optimális, ha az egészséggel kapcsolatos viselkedését a korai életszakaszban kialakult szokások alapozzák meg (Kulcsár, 2002). Ez azért van így, mert az egészségviselkedés szokásszintű elemei leginkább kisgyermekkorban alakíthatóak ki, sajátíthatóak el. Az ekkor kialakított szokások képezik az egészségmagatartás, a preventív viselkedés alapját, ezért ez az életszakasz – az óvodás- és kisiskoláskor – kiemelt jelentőségű az egészségnevelést illetően (Kulcsár, 1998). Így a kockázati magatartásformák megelőzésének is az lehet a legmegfelelőbb módja, ha minél fiatalabb életkorban próbálják befolyásolni a gyerekek egészséggel kapcsolatos magatartását (Pikó, 2002).

Különösen kritikus korszaknak tekinthető az egészségmagatartás szempontjából a serdülőkor (Kulcsár, 1998), amely során jelentős biológiai, valamint pszichoszociális változások történnek, amelyek magatartási változásokkal is járnak (Eccles et al., 1993). A serdülőkori egészségviselkedésben – mind az egészségvédő, mind pedig az azt veszélyeztető magatartásformákat tekintve – meghatározóak a személyiséget érintő egyéni különbségek, ugyanakkor fontos szerepe lehet a szociális környezetnek is (Jessor, Turbin & Costa, 1998). Számos kockázati tényezővel találják szemben magukat a fiatalok ebben az időszakban, ezért megnő egyes kockázati magatartásformák előfordulásának gyakorisága is, így a dohányzás, a kábítószer használat, valamint az alkoholfogyasztás, és az olyan potenciálisan kockázatos viselkedések megjelenése is erre az életszakaszra tehető, mint a nemi élet kezdete, vagy a jogosítvány megszerzését követően az autózás (Kulcsár, 1998). Jellemző továbbá, hogy amellet, hogy az egészségkárosító magatartásformák gyakorisága nő, egyes, az egészség védelmét szolgáló magatartásformák gyakorisága csökkenhet (Kulig, Brenner & McManus, 2003; idézi Pikó & Keresztes, 2007). A serdülőkor kritikus periódusnak számít tehát az egészség szempontjából meghatározó magatartásformák elfogadását, elsajátítását illetően (Jessor, 1984; Maggs, Schulenberg & Hurrelmann, 1997; idézi Jessor, Turbin & Costa, 1998). Többek között azért is, mert úgy tűnik, hogy az ebben az életszakaszban kialakult egészséggel kapcsolatos szokások, értékek és életformák az egyén életének későbbi szakaszaiban is fennmaradnak, így befolyásolva a személy későbbi egészségi állapotát is (Maggs, Schulenberg & Hurrelmann, 1997; idézi Jessor, Turbin & Costa, 1998).

2.3. Az egészségmagatartást meghatározó tényezők

Egészségi állapotunkért legjelentősebb mértékben az életmódunkat, egészségviselkedésünket alkotó magatartási elemek felelősek. Az egészségmagatartásunkkal kapcsolatos döntéseinket jelentősen befolyásoló tényezők közé tartoznak az adott kulturális szokások (Pikó, 2002), hiszen az egészségmagatartást illetően a legfőbb meghatározó tényezők közé sorolható az egészségügyi kultúra, a nevelés, valamint az oktatás (Kulcsár, 2002). Az egészségünkkel kapcsolatos elhatározásainkat azonban mégis döntően a személyiségünknek, illetve motivációinknak megfelelően hozzuk meg. A magatartást alakító tényezők lehetnek tudatosak, racionálisak, szintén vannak azonban tudattalan elemek is, amelyek már kevésbé tekinthetők racionálisnak. A preventív magatartás esetében feltehetően nagyobb részben a tudatos, racionális erők dominálnak, míg a kockázati magatartást inkább tudattalan motivációk határozzák meg, melyek érzelmi alapon működnek (Pikó, 2002). Jellemző, hogy az életkor előrehaladtával párhuzamosan nő a tudatosan végzett preventív egészségmagatartásformák aránya (mint például a rendszeres fizikai aktivitás, vagy az egészséges táplálkozás körébe sorolható diéta) (Kulcsár, 1998).

Az egészségmagatartás szempontjából a nemek között tapasztalható különbségek is meghatározóak. A férfiak jellemzően kisebb mértékben, ritkábban veszik igénybe az egyes egészségügyi szolgáltatásokat, kevésbé vesznek részt a szűrővizsgálatokon, és általában később észlelik a betegségekhez kapcsolódó tüneteket is, mint a nők. Továbbá fontos különbség a két nem között, hogy a férfiak esetében általában kevésbé jellemzőek az egészség védelmét és így a betegségek megelőzését szolgáló magatartásformák, azaz feltehetően a nők nagyobb mértékben törődnek a betegségmegelőzéssel, mint a férfiak (Gijsbers van Wijk, Huisman & Kolk, 1999; idézi Csabai & Molnár, 2009). A nemek között tapasztalható egészségmagatartásbeli különbségeket illetően feltételezhetően fontos szerepe lehet a férfi identitásnak, valamint a férfiasságról vallott széles körben elfogadott nézeteknek. A tradicionálisan elfogadott maszkulinitás fő elemei közé tartozik a testtel való (túlzott) törődés hiánya, továbbá az egészséghez, az egészségi állapot alakulásához kapcsolódó aggodás elutasítása (Bunton & Crashaw, 2002; idézi Csabai & Molnár, 2009). Az ilyen vélekedések hátterét olyan sztereotípiák alkotják, amelyek szerint a férfiak jobban ellenállnak a betegségeknek, amelyek így rájuk kevésbé jelentenek veszélyt, továbbá nagyobb fájdalomtűréssel rendelkeznek (Petersen, 1998; idézi Csabai & Molnár, 2009). A férfakkal ellentétben a nőket már gyermekkoruk során arra szocializálják, hogy nyugodtan kifejezhetik a fájdalommal, kellemetlenségekkel kapcsolatos érzéseiket, így korábban felismerik a

lehetséges stresszorokat, mert érzékenyebbek azokra (de Ridder, 2000; idézi Csabai & Molnár, 2009). A nőknél tehát elfogadottabbnak tekintik, ha óvják egészségüket, figyelnek saját egészségi állapotukra, így ezt a viselkedést tradicionálisan femininnek tekintik. Annak háttérében tehát, hogy a férfiakra kisebb mértékű, az egészségük védelmét szolgáló magatartás jellemző, feltehetően nem az egészséggel való törődés, hanem a feminin viselkedés elutasítása áll (Lee & Owens, 2002; idézi Csabai & Molnár, 2009).

2.4. Az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll

A gyógyításban hosszú ideje megfigyelhető, hogy vannak olyan emberek, akik gyógyíthatatlannak vélt betegségeket is túlélnek és felépülnek belőle, míg másoknál kevésbé súlyos betegségek esetén is lassú és nehézkes felépülés figyelhető meg. Így felmerül a kérdés, hogy milyen befolyásoló tényezők állhatnak ennek háttérében. A gyógyulással, valamint az életben maradással kapcsolatos hit és remény fontossága mellett meghatározó tényezőnek tartják az egészség-tudatosságot is, hiszen a gyógyulást illetően lényeges lehet a testi és lelki állapotokat és a környezetet is hatékonyan befolyásoló viselkedés. Az említett tényezők pszichológiai megfelelője az észlelt kontroll koncepciója, melynek a betegséggel való megküzdésen kívül fontos szerepe lehet a beteggé válásban is (Csabai & Molnár, 2009). Az észlelt kontroll – tehát az, hogy mennyire gondoljuk magunkat hatékonynak, mennyire érezzük úgy, hogy befolyásolni, kontrollálni tudjuk magunk körül a dolgokat – nagy jelentőséggel bír önértékelésünk, énképünk meghatározásában is (Fiske & Taylor, 1984; idézi Csabai & Molnár, 2009). A kontroll észlelésének továbbá a stressz kezelésében is fontos szerepe lehet, mely az által mutatkozik meg, hogy segítségével a személy hatékonyabb megküzdési stratégiákat alkalmazhat, míg a kontroll hiánya esetén kialakulhat a tehetetlenség állapota (Csabai & Molnár, 2009).

Az észlelt kontrollnak az egészség és betegség kontextusában történő vizsgálatára a Wallston, Wallston és DeVellis (1978) által kifejlesztett Multidimenzionális egészségkontroll kérdőív ad lehetőséget. A kérdőívben a külső és belső kontroll helyett a *belső*, a *szociális külső*, valamint a *transzcendens* kontroll fogalma jelenik meg. A *belső* kontroll dimenziójához az a vélekedés kapcsolható, miszerint az egyén egészségi állapotát főként a saját maga hozzáállása, viselkedése határozza meg. Magas *szociális külső* kontroll esetén a jellemző vélekedés az, hogy az egészségi állapot feletti kontroll leginkább más személyek (orvosok, családtagok, barátok) kezében van. A *transzcendens* kontroll dimenziójában elért magas értékek esetén pedig az a személyre jellemző vélekedés, hogy egészségi állapota főként egy

külső transzcendens „hatalom” (Isten, sors, szerencse) által meghatározott (Wallston, Wallston & DeVellis, 1978; idézi Norman, 1995). Wallston és Wallston (1982) a „kontroll-észlelő” személyekre jellemző egészséggel kapcsolatosan észlelet kontrollt tartják optimálisnak, amikor az egyén az önmaga és a más személyek által a saját egészsége felett gyakorolt kontrollt egyaránt meghatározónak tartja. Ez a vélekedés meghatározó az egészséggel kapcsolatos optimális viselkedést illetően (Wallston & Wallston, 1982; idézi Csabai & Molnár, 2009).

2.5. Az egészségkontroll és az egészségmagatartás közötti kapcsolat

Egyes kutatások során összefüggést találtak az egészségkontroll skálák közül a belső kontroll skála, valamint az egészségvédő magatartásformák gyakorisága között. E kutatások eredményei szerint nagyobb mértékben figyelhetőek meg egészségvédő viselkedésmódok azoknál a személyeknél, akik a belső kontroll skálán magasabb pontszámokat érnek el, tehát akik egészségi állapotuk alakulását leginkább saját maguknak tulajdonítják (Duffy, 1988; Rauckhorst, 1987; Waller & Bates, 1992; Weiss & Larsen, 1990; idézi Norman, 1995). Más esetekben azonban nem találtak szignifikáns összefüggést e két tényező között (Dean, 1991; Muhlenkamp, Brown & Sands, 1985; Winefield, 1982; Wurtele, Britcher & Saslawsky, 1985; idézi Norman, 1995). Lehetséges, hogy annak, hogy nem minden esetben mutatkozott szignifikáns összefüggés e két tényező között, az állhat a háttérben, hogy egyéb tényezők figyelembevétele is szükséges az egészségkontroll skálák és az egészségmagatartás közötti kapcsolat vizsgálatakor. Egyes kutatások felhívták a figyelmet arra, hogy fontos lehet figyelembe venni azt is, hogy az egyén számára mennyire értékes saját egészsége. Az, hogy az egyén jellemzően inkább belső kontrollos, feltehetően csak abban az esetben jelzi előre az egészségvédő magatartás nagyobb gyakoriságát, ha az egyén számára saját egészsége magas értékkel bír (Lau, Hartman & Ware, 1986; Wallston, 1992; idézi Norman, 1995). Az említett feltevéseket Weiss és Larsen (1990) vizsgálatainak eredményei is alátámasztották. Kutatásuk során szignifikáns kapcsolat mutatkozott az egészségvédő viselkedés mértéke, valamint a belső egészségkontroll skálán elért pontszámok között az olyan személyek esetében, akik nagy értéket tulajdonítanak saját egészségüknek. Nem találtak kapcsolatot azonban e két tényező között, ha az egyén számára saját egészsége alacsony értékkel bír (Weiss & Larsen, 1990; idézi Norman, 1995).

2.6. A megküzdés, megküzdési stratégiák

A megküzdés fogalma alatt azt a folyamatot értjük, ahogyan az egyén reagál egy őt érő megterhelő, stresszkeltő helyzetre (Tiringer, 2007). Az, hogy az egyén egy bizonyos eseményt követően stresszt él-e át, és ha igen, akkor az milyen mértékű, továbbá, hogy hogyan képes megbirkózni azzal, azt befolyásolja az adott szituációra vonatkozó értékelése, valamint a megküzdési képességei (Lazarus, 1968; idézi Csabai & Molnár, 2009). A megküzdés legszélesebb körben elfogadott meghatározása Richard Lazarus nevéhez köthető. Az ő fogalma szerint megküzdésnek azok a kognitív, illetve viselkedéses erőfeszítések tekinthetők, amelyek által az egyén az őt érő külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, így a megküzdési stratégiák alkalmazása által próbál megbirkózni a stresszt keltő eseményekkel. Ezeket az erőfeszítéseket a személy úgy értékeli, hogy azok kimerítik az aktuális személyes erőforrásait, vagy meghaladják azokat (Lazarus & Folkman, 1984; idézi Tiringer, 2007). A megküzdéshez köthető reakciókra jellemző, hogy azok szándékosak, erőfeszítést igényelnek, valamint tudatosak. Más-más személyek a megküzdés különböző módjait alkalmazzák, melyek eltérő mértékben mondhatóak eredményesnek (Tiringer, 2007).

Lazarus eredetileg két fő megküzdési módot különített el, így megkülönböztetett a problémamegoldásra, valamint az érzelmek szabályozására irányuló erőfeszítéseket. A *problémafókuszú megküzdési stratégiák* közé azokat az erőfeszítéseket sorolhatjuk, amelyek a helyzet megváltoztatására irányulnak. Ekkor a személy a kialakult helyzetre, és az annak következtében kialakult problémára vagy problémákra összpontosít. Az ilyenkor alkalmazott problémamegoldó stratégiák irányulhatnak kifelé, magára a helyzetre, a problémára, annak megoldására. Irányulhatnak azonban befelé is, olyankor a személy nem a környezetének módosítására törekszik, hanem önmagán, önmagában változtat meg valamit, így próbálja segíteni a helyzet megoldását. *Érzelempontú megküzdési stratégiák* alkalmazása esetén a személy nem a probléma megoldására fókuszál, hanem inkább a stresszhelyzet által kiváltott érzelmi reakcióit igyekszik enyhíteni, próbálja megakadályozni azt, hogy eluralkodjanak rajta a negatív érzelmek, így a szorongásának csökkentésére törekszik (Lazarus & Launier, 1978; idézi Margitics & Pauwlik, 2006). Lazarus (1990) a fent említett megküzdési módokat az egészséges, érett személyiség megküzdési folyamatainak tekinti. Nem tartja adaptívnak azonban az erőteljesen az énvédelemre, a szorongás csökkentésére irányuló stratégiákat, úgy véli, ezeknek fontos szerepe lehet bizonyos testi, illetve mentális megbetegedések kialakulásában és fenntartásában (Lazarus, 1990; idézi Margitics, 2005). Lazarus (1993) arra is felhívja a figyelmet, hogy habár a személyiség egy viszonylag stabil jellemzője az egyén

megküzdési stílusa, de fontos szerepe lehet a körülményeknek is arra vonatkozóan, hogy aktuálisan milyen megküzdési stratégiát alkalmaz a személy. Így bizonyos esetekben nemcsak a problémafókuszú, hanem az érzelmeközpontú stratégiák is lehetnek adaptívak, attól függően, hogy mikor és hol, azaz milyen körülmények között alkalmazza azokat az egyén (Lazarus, 1993; idézi Csabai & Molnár, 2009). Jellemző továbbá, hogy az emberek többsége a megküzdési stratégiák mindegyikét alkalmazza, de különböző arányban, egyes stratégiák gyakrabban és hangsúlyosabban jelennek meg, míg mások kevésbé (Lazarus & Folkman, 1986; idézi Csabai & Molnár, 2009).

A két fő csoporton belül (problémafókuszú és érzelmeközpontú) nyolc kategória különíthető el, amelyek megfelelnek a Folkman és Lazarus által 1980-ban kidolgozott 68 tételes Megküzdési kérdőív (Ways of Coping Questionnaire, Folkman & Lazarus, 1980) nyolc alskálájának. Ezek a következők: konfrontáció, eltávolodás, érzelmek és a viselkedés szabályozása, társas támogatás keresése, felelősségvállalás, problémamegoldás-tervezés, elkerülés-menekülés, illetve pozitív jelentés keresése (Lazarus & Folkman, 1986; idézi Csabai & Molnár, 2009). Kopp és Skrabski (1992) magyar mintán végeztek vizsgálatot, és megalkották a kérdőív rövidített változatát, mely 22 tételt tartalmaz (Kopp & Skrabski, 1995). Dolgozatomhoz az általuk kidolgozott rövidített kérdőívet használtam fel. Az ő elméletük szerint hét különböző konfliktusmegoldási faktor különíthető el, melyek a következők: a problémaelemzés, a céltudatos cselekvés, az érzelmi indíttatású cselekvés, az alkalmazkodás, a segítségkérés, az érzelmi egyensúly keresése, valamint a visszahúzódás (Kopp & Skrabski, 1992).

2.7. A megküzdés és az egészségmagatartás közötti kapcsolat

Egészségünk fenntartásában, valamint a betegségek megelőzésében kiemelkedő, kulcsfontosságú szerepe van életmódunk minősége, valamint magatartásmódunk mellett a stresszkezelési technikáknak is (Ogden, 1995b; idézi Pikó, 2002). Egyéb pszichológiai tényezők mellett tehát a megküzdési módoknak is fontos szerepe van abban, hogy az egyes egészségmagatartási formák milyen gyakran jelennek meg egy adott személynél. A megküzdési mechanizmusok nagymértékben meghatározzák magatartásunkat, ezáltal pedig az egészségviselkedésünk szempontjából is meghatározóak (Pikó, 2001). Megküzdési stratégiáink lehetnek problémafókuszúak, ha elsősorban a probléma megoldására összpontosítunk, valamint érzelmeközpontúak, ha az érzelmi egyensúly elérésén van a hangsúly (Folkman, Lazarus, Gruen & Delongis, 1986; idézi Pikó & Keresztes, 2007).

Kutatások igazolják, hogy az említett megküzdési módok közül a problémafókuszú megküzdésre jellemző, hogy elősegíti az egészségvédő magatartásformákat, míg az érzelmközpontú megküzdés a káros szerfogyasztásra való hajlammal hozható összefüggésbe (Pikó, 2001). Mindkét megküzdési módra igaz azonban, hogy szélsőséges módon alkalmazva inkább betegségkeltő hatású, mint hogy az egészségmagatartást segítené elő, ezért optimálisabbnak tekinthető, ha a problémafókuszú, illetve az érzelmközpontú megküzdési stratégiák alkalmazása között egyensúly van (Swan, Carmelli, Dame, Rosenman & Spielberger, 1992; idézi Pikó & Keresztes, 2007).

2.8. Az önértékelés

Az emberek egyik alapvető vágya, hogy szeretnék úgy gondolni, úgy érezni, hogy ők értékes emberi lények, és ez a vágy nagymértékben meghatározza a viselkedésüket (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt & Schimel, 2004; idézi Crocker & Knight, 2005). William James (1890) úgy gondolta, hogy az önértékelés egyszerre tekinthető stabil személyiségvonásnak és egy olyan állapotnak, amely folyamatos változásban van annak megfelelően, hogy milyen (pozitív vagy negatív) hatások érik a személyt. Az emberek különböznek azonban abban, hogy mely események hatnak az önértékelésükre, és abban, hogy ezek a hatások milyen irányúak, azaz növelik vagy csökkentik az egyén önértékelését (James, 1890; idézi Crocker & Knight, 2005). Általában jellemző, hogy a pozitív tartalmú, kellemes eseményeknek az önértékelést növelő hatásuk van, míg a kellemetlen, az egyént rosszul érintő történések következtében alacsonyabb lesz a személy aktuális önértékelése. Ezeknek a hatásoknak a motivációt, és így a viselkedést érintő következményei is vannak. Attól függetlenül, hogy az egyén alapvetően magas vagy alacsony önértékelésű, arra törekszik, hogy a kellemes, pozitív érzést keltő helyzetekhez minél közelebb kerüljön (így növelve az önértékelését), a számára rossz érzéseket okozó, kellemetlen helyzeteket pedig elkerülje (így elkerülve az önértékelés csökkenését) (Crocker & Wolfe, 2001; idézi Crocker & Knight, 2005). Ha az önértékelésről, mint stabil személyiségvonásról gondolkodunk, akkor megemlíthetők olyan megfigyelések, mint hogy a magas önértékelésű személyek hajlamosabbak a sikereiket belső, kudarcaikat pedig külső okoknak tulajdonítani, míg az alacsony önértékelés azzal járhat együtt, hogy a sikerek okait inkább külső, a kudarcok okait pedig inkább belső eredetűnek gondolják (Ickes & Layden, 1978; idézi Hirschy & Morris, 2002). Carver, Scheier és Weintraub (1989) felhívták a figyelmet arra, hogy a magas

önértékelésnek nagy jelentősége van a megküzdéssel kapcsolatosan, azáltal, hogy hatékonyan képes segíteni azt (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

2.9. Az önértékelés és az egészségmagatartás közötti kapcsolat

A pozitív önértékelés felépítése – mely a gyermekkor során kezdődik és életünk végéig tart – alapvető fontosságú mentális, emocionális és szociális egészségünk szempontjából (Macdonald, 1994; idézi Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004). Az önértékelés tehát fontos – az egyén egészségét és életminőségét meghatározó – pszichológiai tényezőnek tekinthető (Evans, 1997; idézi Mann et al., 2004). Az egyén önmagával kapcsolatos vélekedései és értékelései határozzák meg, hogy ki ő, mire képes, és hogy milyen emberré tud válni. Az önmagunkról alkotott kép, valamint a saját magunkkal kapcsolatos érzelmeink összessége alkotja az énfogalmunkat, önértékelésünket (Burns, 1982; idézi Mann et al., 2004). Míg az énfogalom az egyén önmagáról alkotott vélekedéseit, valamint a személyes tulajdonságairól és képességeiről való kognitív tudást foglalja magában (Marius, 1977; Kihlstrom & Cantor, 1983; idézi Mann et al., 2004), addig az önértékelés az énfogalom értékelő és érzelmi dimenziója (Harter, 1999; idézi Mann et al., 2004). Az önértékelés fogalma az egyén önmagával kapcsolatos globális – pozitív vagy negatív – értékelésére utal, mely alapja, hogy a személy hogyan értékeli önmagát az életének különböző területein és az általa ellátott egyes szerepekben (Rogers, 1981; Markus & Nurius, 1986; idézi Mann et al., 2004). A pozitív önértékelés olyan védőfaktornak tekinthető, amely hozzájárul a jobb egészségi állapot meglétéhez, azáltal, hogy védi az egyént a negatív hatásoktól, elősegíti a siker, az eredmények és az elégedettség elérését, valamint legfőképpen a betegségekkel való hatékony megküzdést. Ezzel szemben az instabil énképnek és az alacsony önértékelésnek kritikus szerepe lehet számos mentális betegség, illetve társadalmi probléma megjelenésében (például depresszió, anorexia nervosa, bulimia, szorongás, erőszak). Mindezek alapján az alacsony – negatív – önértékelés kockázati tényezőnek, a magas – pozitív – önértékelés pedig védőfaktornak tekinthető. Az önértékelés tehát mind a fizikai, mind pedig a mentális egészség szempontjából meghatározó tényező, ezért az egészségfejlesztő programokba az önértékelés fejlesztését, növelését megcélzó elemeket is fontos lehet beépíteni (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries, 2004).

2.10. Az énhatékonyság

Az énhatékonyság fogalmát Bandura (1977) vezette be. Lényege, hogy a személy kontrollálhatónak érzi cselekvése következményeit, és ezáltal magatartását. Ha az egyén úgy érzi, hogy ő maga határozhatja meg, hogy milyen kimenetele lesz a magatartásából eredő történéseknek, akkor fogja viselkedését kompetensnek, hatékonynak érezni (Bandura, 1977; idézi Pikó, 2002). Az énhatékonyság fogalma tehát arra utal, hogy az egyén hisz abban, hogy egy adott cél elérése érdekében képes megtervezni és végrehajtani bizonyos cselekedeteket, és abban, hogy kontrollt tud gyakorolni bizonyos az életét befolyásoló események felett (Bandura, 1997; 2001a; idézi Benight & Bandura, 2004). Az egyén énhatékonyságának mértéke meghatározó tényező arra vonatkozóan, hogy mennyire tudja a személy rugalmasan kezelni a számára kedvezőtlen helyzeteket, és hogy mennyire sérülékeny a stresszt kiváltó eseményekkel szemben (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino & Pastorelli, 2003; idézi Salami, 2010). Az általános énhatékonyság azt a személyes kompetenciaérzést foglalja magában, hogy az egyén képes hatékonyan megbirkózni azokkal a stresszt és szorongást keltő helyzetekkel, amelyekkel szembekerül (Adeyemo & Adeleye, 2008; Schwarzer, 1994; idézi Salami, 2010). Ezért az énhatékonyság egy olyan személyes erőforrásnak tekinthető, amely elősegítheti a hatékony megküzdést (Knoll, Rieckmann & Schwarzer, 2005; idézi Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed & Knoll, 2005). Azokra a személyekre, akik hatékonyabbnak érzik magukat, jellemző, hogy több kihívást jelentő feladatot vállalnak el, és magasabb célokat tűznek ki maguk elé. Cselekedeteiket gondolatban már előre eltervezik, és ha valamit elkezdenek, akkor abba több energiát fektetnek, és hosszabban kitartanak mellette, mint az alacsonyabb énhatékonysággal rendelkező személyek. Továbbá ha valamilyen akadállyal szembesülnek, rövid időn belül felülkerekednek azon, és továbbra is kitartanak céljaik mellett, mert úgy vélik, hogy hatékonyan tudják kezelni az egyes helyzeteket (Bandura, 1997; idézi Schwarzer et al., 2005).

2.11. Az énhatékonyság és az egészségmagatartás közötti kapcsolat

Az énhatékonyság, tehát az, hogy az egyén mennyire érzi kompetensnek a viselkedését, az egészségi állapot alakulására is hatással van (Bandura, Reese & Adams, 1982; idézi Pikó, 2002). Továbbá az egészségmagatartás szempontjából is meghatározó tényező. Azok a személyek, akik jobban bíznak képességeikben, és így hatékonyabbnak érzik magukat, nagyobb fokú egészségtudatossággal is jellemezhetőek, valamint nagyobb

mértékben képesek az egészség védelmét szolgáló magatartásváltoztatásra. Ebből következik, hogy a csupán a félelemkeltést, a kockázatok felismertetését megcélzó egészségfejlesztő programoknál hatékonyabbak azok, amelyek az észlelt kompetencia erősítését, a kompetens viselkedési képesség fejlesztését tűzik ki célul (Meyerowitz & Chaiken, 1987; idézi Pikó, 2002). A problémamegoldó képességeinkről alkotott kép, valamint az észlelt kompetencia mértéke tehát kulcsfontosságú tényezőnek tekinthető egészségi állapotunk megóvásában (Pikó, 2002).

3. Módszerek

3.1. Résztvevők

A vizsgálatban összesen 177 fő, 12-26 év közötti személy vett részt, 81 fiú és 96 lány (átlag életkor: 16,92; szórás: 3,767). A vizsgálatban résztvevő személyek három különböző, a kutatás során összehasonlítható csoportot alkottak, az általános iskolai felső tagozatos, illetve a középiskolai diákok, valamint az egyetemista hallgatók csoportját. Az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjába 66 fő, 12-16 év közötti diák került (átlag életkor: 13,11; szórás: 0,947). A középiskolai diákok csoportját 50 fő, 15-18 év közötti fiatal alkotta (átlag életkor: 16,50; szórás: 0,678). Az egyetemista hallgatók csoportjához pedig 61 fő, 18-26 év közötti személy tartozott (átlag életkor: 21,38; szórás: 1,985). A nemek megoszlása a három különböző életkori csoportban a következőképpen alakult: az általános iskolai felső tagozatos diákok esetében 27 fiú és 39 lány, a középiskolásoknál 21 fiú és 29 lány, az egyetemista hallgatók csoportjánál pedig 33 fiú, illetve 28 lány. A vizsgálati személyekkel felvett kérdőíveken kívül a résztvevők személyére vonatkozó adatok (nem, életkor, lakóhely) kerültek rögzítésre.

3.2. Eszközök

Rövid Egészség Kérdőív

A Rövid Egészség Kérdőív (Csabai et al., 1998) a vizsgálati személyek egészségmagatartását vizsgáló mérőeszköz, mely 10 tételből áll. Az egyes tételek olyan viselkedésmódoknak felelnek meg, amelyek az egészséges életmódot, az egészség megóvását segítik. A vizsgálati személyeknek egy egytől ötig terjedő skálán kell jelölniük, hogy mennyire értenek egyet

azzal, hogy jellemző rájuk az adott viselkedésmód (1=egyáltalán nem értek egyet, 2=inkább nem értek egyet, 3=valamelyest egyetértek, 4=inkább egyetértek, 5=teljes mértékben egyetértek). Minél magasabb a kérdőívben a kitöltő által elért összpontszám, annál inkább jellemző lehet rá, hogy olyan viselkedésformák jellemzik, amelyek által igyekszik megővni egészségét (Csabai et al., 1998).

Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív

A Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív (Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire; Wallston, Wallston, & De Vellis, 1978) három fő dimenzió mérésére szolgál, melyek a következők: belső kontroll (I-MHLC), külső szociális kontroll (P-MHLC), illetve transzcendens kontroll (C-MHLC). A kérdőív 18 itemből áll, és az egyes dimenziókhoz 6-6 tétel tartozik. Az egyes tételeknél a vizsgálati személyeknek egy egytől hatig terjedő skálán kell bejelölniük, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással (1=egyáltalán nem értek egyet, 2=inkább nem értek egyet, 3=valamelyest nem értek egyet, 4=valamelyest egyetértek, 5=inkább egyetértek, 6=teljesen egyetértek). Mind a három dimenzióhoz tartozik egy külön pontszám, és minél magasabb pontszámot ér el a személy egy adott dimenzióon belül, annál inkább jellemző lehet rá az adott dimenzióhoz tartozó vélekedés (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978).

Rosenberg Önértékelési Kérdőív

A Rosenberg Önértékelési Kérdőív (Rosenberg, 1965) egy, a globális önértékelés vizsgálatára szolgáló, egydimenziós mérőeszköz. A kérdőív 10 tételből áll, melyek között vannak pozitív, illetve negatív tartalmú (ezáltal a kiértékelésnél fordított pontozású tételnek minősülő) – az egyén önértékelésére vonatkozó – állítások is. A vizsgálati személynek minden egyes állítás estén egytől négyig terjedő Likert-skálán kell jelölnie, hogy mennyire ért egyet rá vonatkozóan az egyes kijelentésekkel (1=egyáltalán nem értek egyet, 2=nem értek egyet, 3=egyetértek, 4=teljesen egyetértek) (Rosenberg, 1965).

Általános Énhatékonyság Kérdőív

Az Általános Énhatékonyság Kérdőív (Schwarzer & Jerusalem, 1995) 10 tételt tartalmaz, melyek az énhatékonyság (mint személyiségdiszpozíció) mértékének becslésére

szolgálnak. A vizsgálati személyek egytől-négyig terjedő Likert-skálán jelölik be, hogy milyen mértékben tartják magukra jellemzőnek az adott állítást (1=egyáltalán nem jellemző, 2=alig jellemző, 3=jellemző, 4=Teljesen jellemző) (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Folkman és Lazarus-féle konfliktusmegoldó kérdőív magyar adaptációja (Kopp & Skrabski, 1995)

A Folkman és Lazarus által kidolgozott konfliktusmegoldó kérdőív (Folkman & Lazarus, 1980) 22 tételt tartalmazó magyar adaptációja (Kopp & Skrabski, 1995) az eredeti kérdőívhez hasonlóan a nehéz élethelyzetekben, szituációkban tanúsított viselkedés vizsgálatára irányul. A kitöltő személyeknek minden állítás esetében egy négyfokú skálán kell jellemeznie viselkedését (0=nem volt jellemző, 1=alig volt jellemző, 2=jellemző volt, 3=nagyon jellemző volt). Kopp és Skrabski (1992) az eredeti kérdőív magyar mintán történő első alkalmazását követően hét különböző konfliktusmegoldási faktort különített el, melyek a következők: problémaelemzés, céltudatos cselekvés, érzelmi indíttatású cselekvés, alkalmazkodás, segítségkérés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzódás. A hét faktor közül a problémaelemzés és a céltudatos cselekvés a problémára irányuló konfliktusmegoldások közé sorolhatóak, a további öt faktor (érzelmi indíttatású cselekvés, alkalmazkodás, segítségkérés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzódás) pedig érzelmközpontú problémamegoldásnak minősül (Kopp & Skrabski, 1992). Az eredeti kérdőív rövidített, 22 tételes változatát Kopp és Skrabski 1995-ben készítette el (Kopp & Skrabski, 1995).

3.3. A vizsgálat leírása

A vizsgálati személyekkel személyesen vettem fel a kérdőíveket, melyek kitöltése átlagosan körülbelül 10-15 percet vett igénybe. A kérdőívek felvétele egy vidéki általános-, valamint egy középiskolában, továbbá a Szegedi Tudományegyetem területén elérhető diákokkal, hallgatókkal történt. A kérdőívek felvételét megelőzően, annak megvalósításához az általános iskolában az iskola igazgatóhelyettesétől, a középiskolában pedig az iskola igazgatójától kértem engedélyt. Mindkét esetben lehetőséget kaptam arra, hogy egy tanóra keretén belül felvehessem a diákokkal a kérdőíveket, amely során tájékoztattam diákokat a kérdőívekhez tartozó fő instrukciókról, valamint arról, hogy a kérdőív kitöltése teljes mértékben anonim és az adatokat bizalmasan kezelem. Az egyetemista hallgatók csoportjába tartozó személyeket egyenként kerestem fel az egyetem területén, őket szintén tájékoztattam

az instrukciókról, valamint a kérdőív anonimitásáról és az adatok bizalmas kezeléséről. A kérdőívek felvétele, valamint az adatok elemzése során az etikai szabályokat betartottam (1. sz. melléklet).

3.4. Hipotézisek, kérdések

Az adott mintán a vizsgált személyiségdimenziók, valamint az egészségvédő magatartás közötti kapcsolatra vonatkozó előzetes hipotéziseim a következők:

- A lányokra feltehetően minden életkori csoportban nagyobb mértékű egészségvédő magatartás jellemző, mint a fiúkra (Gijsbers van Wijk, Huisman & Kolk eredményei alapján).
- Az egészségkontroll skálák közül a belső kontroll skála, valamint az egészségvédő magatartás mértéke között szignifikáns pozitív irányú korreláció áll fenn (Duffy (1988), Rauckhorst (1987), Waller & Bates (1992), valamint Weiss & Larsen (1990) eredményei alapján).
- A megküzdési módok közül a problémafókuszú megküzdési stratégiák nagyobb mértékben korrelálnak szignifikánsan pozitívan az egészségvédő magatartás mértékével, mint az érzelemközpontú megküzdési stratégiák (Pikó (2001) műve alapján).
- Az önértékelés, valamint az egészségvédő magatartás mértéke között szignifikáns pozitív irányú korreláció figyelhető meg (Mann, Hosman, Schaalma & de Vries (2004) elméleti megfontolásai alapján).
- Az énhatékonyság, valamint az egészségvédő magatartás mértéke között szignifikáns korreláció áll fenn, mely kapcsolat pozitív irányú (Meyerowitz & Chaiken (1987) elméleti megfontolásai alapján).

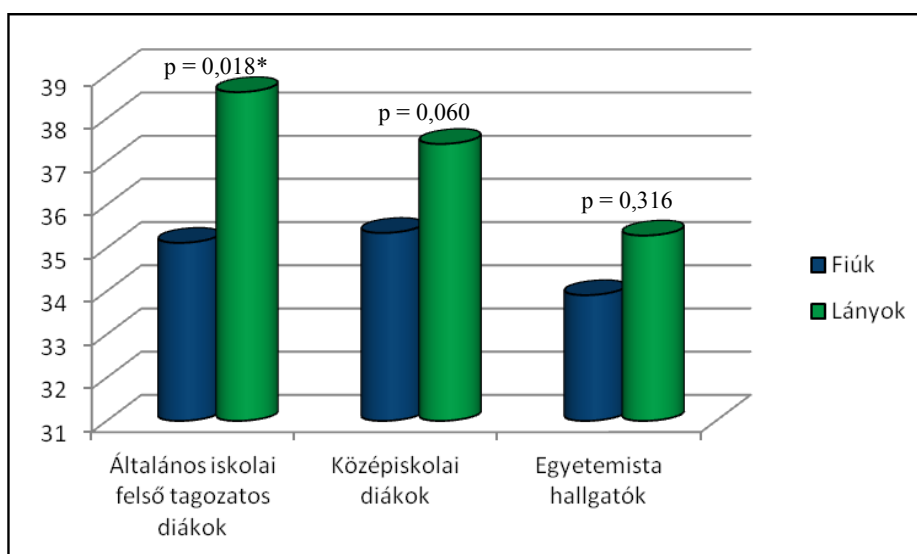
Kérdések, amelyekre szeretnék választ kapni a kutatás során kapott adatok elemzése során:

- Milyen különbségek fedezhetők fel az egyes életkori csoportok (az általános iskolai felső tagozatos, illetve a középiskolai diákok, valamint az egyetemista hallgatók) között az egészségvédő magatartás mértékét tekintve?
- Milyen különbségek figyelhetők meg az egyes életkori csoportok között abban a tekintetben, hogy mely csoportban mely személyiségtényezőkkel áll szignifikáns összefüggésben az egészségvédő magatartás mértéke?

4. Eredmények

4.1. Nemek közötti különbségek az egészségvédő magatartás mértékében

Független mintás t-próba segítségével megvizsgáltam – külön-külön az egyes csoportokon belül – a két nem közötti lehetséges különbségeket az egészségvédő magatartás mértékére vonatkozóan. Az *általános iskolai felső tagozatos* diákok csoportja esetében a kapott eredmények azt mutatták, hogy szignifikáns különbség fedezhető fel a fiúk és a lányok egészségvédő magatartásának mértéke között ($t(61) = -2,441$; $p = 0,018$). Az eredmények alapján ebben az életkori csoportban a lányokat szignifikánsan nagyobb mértékben jellemzi az egészségvédő magatartás, mint a fiúkat (*fiúk*: átlagérték: 35,12, szórás: 5,518; *lányok*: átlagérték: 38,61, szórás: 5,563). A további két csoport, azaz a *középiskolai* diákok, valamint az *egyetemista* hallgatók csoportja esetében nem volt szignifikáns különbség a fiúk és a lányok között az egészségvédő magatartás mértékét tekintve, tendenciaszerűen azonban e két csoportban is megjelent, hogy a lányokra nagyobb mértékű egészségvédő magatartás jellemző, mint a fiúkra. A nemek között tapasztalható, az egészségvédő magatartás mértékére vonatkozó különbség mértéke, valamint a hozzájuk tartozó szignifikancia-szint értéke – az egyes életkori csoportok szerint elkülönítve – az 1. ábrán látható. A különbségek szemléletesebb bemutatása érdekében az 1. ábrán a Rövid Egészség Kérdőíven (Csabai et al., 1998) elérhető 10 és 50 pontszám közötti értéktartomány helyett az adatok a 31 és 39 közötti értéktartományban kerülnek bemutatásra.



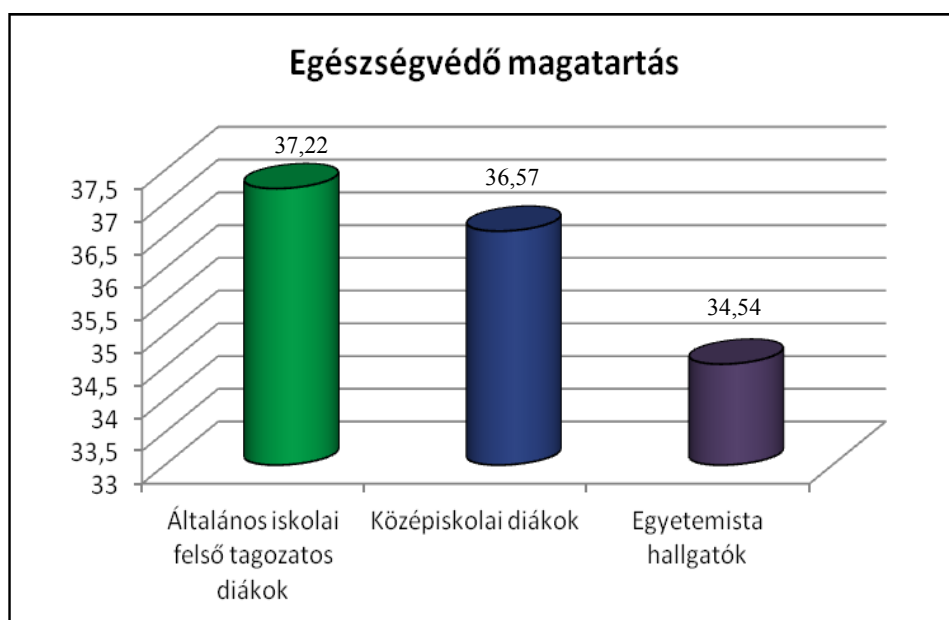
1. ábra: A fiúk és lányok közötti különbségek az egyes csoportokon belül az egészségvédő magatartás mértékére vonatkozóan (a szignifikáns különbség meglétét csillag jelöli) ($n = 173$)

Összegezve a nemek között tapasztalható – az egészségvédő magatartás mértékére vonatkozó – különbségeket, ahogyan az az *1. ábrán* is megfigyelhető, mindhárom életkori csoportban nagyobb mértékű egészségvédő magatartás jellemző a lányok körében, mint a fiúknál, így az eredmények igazolták a nemek közötti különbségre vonatkozó előzetesen megfogalmazott hipotézist. Ez a két nem közötti különbség ugyan csak az általános iskolai felső tagozatos diákok esetében bizonyult szignifikánsnak, tendenciaszerűen azonban a további két életkori csoport (a középiskolás diákok, valamint az egyetemista hallgatók) esetében is megjelent.

4.2. Egészségvédő magatartás – különbségek az egyes életkori csoportok között

Dolgozatom egyik fő célja annak feltárása, hogy milyen egészségmagatartásbeli különbségek figyelhetők meg az általam vizsgált egyes életkori csoportok között. E különbségek vizsgálatához az egyes statisztikai módszerek közül az egyszempontos varianciaanalízist (One-way ANOVA) alkalmaztam. Az egyszempontos varianciaanalízis feltétele a varianciák azonossága, a Levene teszt eredményei alapján a varianciák között nincs szignifikáns különbség ($p = 0,053$), így az egyszempontos varianciaanalízis használata megfelelő. Az egyszempontos varianciaanalízis során kapott szignifikancia érték alapján ($p = 0,012$) megállapítható, hogy az egyes életkori csoportok között szignifikáns különbség fedezhető fel az egészségvédő magatartás mértékét tekintve. A varianciaanalízis utótesztjei során az LSD teszt eredményei azt mutatták, hogy az egyes életkori csoportok közül az általános iskolai felső tagozatos diákok, valamint a középiskolai diákok egészségvédő magatartásának mértéke között nincs jelentős különbség ($p = 0,504$). Szignifikáns különbség mutatkozott azonban az általános iskolai felső tagozatos diákok, valamint az egyetemista hallgatók csoportja között az egészségmagatartásuk mértékét tekintve ($p = 0,004$). Az eredmények azt mutatták, hogy az egyetemista hallgatók (átlagérték: 34,54; szórás: 5,300) jelentősen kisebb mértékben jellemezhetőek az egészségük védelmét szolgáló viselkedésmóddal, mint az általános iskolai felső tagozatos diákok (átlagérték: 37,22; szórás: 5,763). Szintén szignifikáns különbség mutatkozott az adott mintán a középiskolai diákok, valamint az egyetemista hallgatók egészségvédő magatartásának mértékét tekintve ($p = 0,040$). Így azt mondhatjuk, hogy az egyetemista hallgatók (átlagérték: 34,54; szórás: 5,300) esetében jelentősen kisebb mértékben jelennek meg az egészségük védelmét szolgáló magatartásformák, mint a középiskolás diákoknál (átlagérték: 36,57; szórás: 3,791). A kérdőívhez kapcsolódó – az egyes csoportokhoz tartozó – átlagértékeket áttekintve azt

mondhatjuk, hogy a legnagyobb mértékű egészségvédő magatartás az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjánál volt megfigyelhető (átlagérték: 37,22; szórás: 5,763), ennél valamelyest kisebb mértékben jellemezte az egészségvédő viselkedés a középiskolai diákok csoportját (átlagérték: 36,57; szórás: 3,791). A legkisebb mértékű, az egészség védelmét szolgáló magatartás pedig az egyetemista hallgatók esetében volt jellemző (átlagérték: 34,54; szórás: 5,300). Az egyes életkori csoportok egészségmagatartást vizsgáló kérdőívhez (Rövid Egészség Kérdőív - Csabai et al., 1998) tartozó átlagértékei, és így az egyes csoportok között tapasztalható különbség mértéke a 2. ábrán látható. A különbségek szemléletesebb bemutatása érdekében a 2. ábrán a Rövid Egészség Kérdőíven (Csabai et al., 1998) elérhető 10 és 50 pontszám közötti értéktartomány helyett az adatok a 33 és 37,5 közötti értéktartományban kerülnek bemutatásra.



2. ábra: Az egészségvédő magatartás mértéke a különböző életkori csoportokban (a pontos átlagértékek feltüntetésével) ($n = 173$)

Az adott mintán tehát jellemző, hogy jelentős mértékben különböznek egymástól az általános iskolai felső tagozatos, valamint a középiskolai diákok, illetve az egyetemista hallgatók abban a tekintetben, hogy milyen mértékű az egészségük védelmét, megőrzését szolgáló magatartásforma, viselkedésmód jellemzi őket. Az eredmények alapján feltételezhetjük, hogy az egészségvédő magatartás mértékében az életkor előrehaladtával (az általános iskola felső tagozatától az egyetemista évekig) egy csökkenő tendencia figyelhető meg.

4.3. Az egészségvédő magatartás és a személyiség egyes tényezői közötti kapcsolat

Dolgozatom fontos részét képezi az egészségvédő magatartás mértéke, valamint az általam vizsgált személyiségtényezők között – az egyes életkori csoportokon belül tapasztalható – összefüggések feltárása. Így lehetővé válhat annak vizsgálata, hogy milyen különbségek lehetnek az általános iskolai felső tagozatos, és a középiskolai diákok, valamint az egyetemista hallgatók között az egészségmagatartás és a személyiség egyes tényezői közötti kapcsolat tekintetében. Az egészségmagatartás és az általam vizsgált személyiségtényezők (egészséggel kapcsolatosan észlelt kontroll, önértékelés, énhatékonyság, megküzdési mód) közötti összefüggések feltárására a Pearson-féle korrelációt alkalmaztam.

4.3.1 Összefüggések az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában

Az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportja esetében az egészségmagatartás mértéke szignifikánsan pozitívan korrelált az *egészségkontroll skálák* közül mind a belső, mind pedig a külső szociális kontroll skálával, azonban ez a kapcsolat erősebbnek mutatkozott a belső kontroll skála esetében (*belső kontroll skála*: $r = 0,406$, $p = 0,001$; *külső szociális kontroll skála*: $r = 0,321$, $p = 0,014$). Így azt mondhatjuk, hogy minél magasabb pontszámot ér el az egyén a belső vagy a külső szociális kontroll skálán, annál nagyobb mértékben jellemzik olyan magatartásformák, amelyek az egészsége védelmét szolgálják. Azaz feltehetően nagyobb mértékben jellemezhető egészségvédő magatartással egy olyan személy, akire jellemző, hogy nagyobb részben vagy saját magának, vagy az őt körülvevő személyeknek (orvos, család, barátok) tulajdonítja egészsége alakulását. Minél kevésbé jellemző azonban az egyénre, hogy önmagának, vagy más személyeknek tulajdonítja egészségi állapotának alakulását, feltehetően annál kisebb mértékű egészségvédő magatartás jellemzi. Azonban mivel az r (azaz a korrelációs együttható) értéke magasabb a belső kontroll skála esetén, ezért azt mondhatjuk, hogy ez az – egészségmagatartás és egészségkontroll közötti – pozitív irányú kapcsolat nagyobb mértékben jellemző akkor, ha az egyén jellemzően inkább belső kontrollal, azaz inkább saját magának tulajdonítja egészségi állapotának alakulását. Így az eredmények alátámasztották azt az előzetesen megállapított hipotézist, miszerint a belső kontroll skála pozitívan korrelál az egészségmagatartás mértékével. Szintén szignifikáns pozitív irányú korreláció mutatkozott az egészségvédő magatartás, valamint az *énhatékonyság* mértéke között ($r = 0,426$, $p = 0,001$). Ez az eredmény arra utal, hogy minél magasabb énhatékonysággal rendelkezik az egyén, annál nagyobb mértékű egészségvédő

magatartás jellemzi őt. Tehát az olyan személyeket, akikre magasabb énhatékonyság jellemző, azaz hatékonyabbnak érzik magukat, feltehetően nagyobb mértékben jellemzik az olyan viselkedésmódok, magatartásformák is, amelyek egészségük védelmét szolgálják. Az alacsonyabb énhatékonyságú személyek esetén pedig feltételezhetően az egészség megővését szolgáló viselkedésmódok gyakorisága is alacsonyabb. Ezek az eredmények alátámasztották azt az előzetesen megállapított hipotézist, amely szerint az énhatékonyság mértéke pozitívan korrelál az egészségmagatartás mértékével. A megküzdési stratégiákkal kapcsolatosan azt mutatták az eredmények, hogy a kétféle megküzdési mód közül csak a *problémafókuszú megküzdési stratégiák* alkalmazása korrelált szignifikánsan az egészségvédő magatartás mértékével, mely kapcsolat pozitív irányú volt ($r = 0,469$, $p = 0,000$). Ez arra utal, hogy a problémafókuszú megküzdési stratégiák nagyobb mértékű alkalmazása az egészség védelmét szolgáló viselkedésmódok magasabb gyakoriságával járhat együtt. Minél kevésbé jellemző azonban, hogy az egyén problémafókuszú megküzdési stratégiákat alkalmaz, feltehetően annál kevésbé jellemzik őt olyan magatartásformák, amelyek egészségének megőrzését, fenntartását szolgálják. Így azt a hipotézist szintén alátámasztották az eredmények, amely szerint a megküzdési módok közül a problémafókuszú megküzdési stratégiák nagyobb mértékben korrelálnak szignifikánsan pozitívan az egészségvédő magatartás mértékével, mint az érzelempontú megküzdési stratégiák. A vizsgált változók közül a *transzcendens kontroll* skála, az *önértékelés*, valamint a megküzdési módok közül az *érzelempontú megküzdési stratégiák* alkalmazása nem korrelált szignifikánsan a középiskolás diákok csoportjába tartozó egyének egészségmagatartásával. Így ebben az életkori csoportban azt a hipotézist nem támasztották alá az eredmények, amely szerint az önértékelés, valamint az egészségvédő magatartás mértéke között szignifikáns pozitív irányú korreláció áll fenn. Összevetve az egyes korreláció erősségét mutató r értékeket, azt láthatjuk, hogy az egészségvédő magatartás és az adott mintán vizsgált egyes személyiségtényezők közötti összefüggés a problémafókuszú megküzdés esetében a legerősebb, a leggyengébb – de még mindig szignifikáns – korreláció pedig az egészségkontroll skálák közül a külső szociális kontroll skála esetén figyelhető meg. Az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában tapasztalható, az egészségmagatartás, valamint a kutatás során vizsgált egyes személyiségtényezők közötti korrelációkra vonatkozó adatok a 21. oldalon, az *1. táblázatban* láthatóak.

Általános iskolai felső tagozatos diákok csoportja		
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,406^{**}$	$p = 0,001$
Külső szociális kontroll	$r = 0,321^*$	$p = 0,014$
Transzcendens kontroll	$r = 0,106$	$p = 0,414$
Önértékelés	$r = 0,255$	$p = 0,053$
Énhatékonyság	$r = 0,426^{**}$	$p = 0,001$
Problémafókuszú megküzdés	$r = 0,469^{**}$	$p = 0,000$
Érzelempőzpontú megküzdés	$r = 0,116$	$p = 0,383$

1. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló korrelációra vonatkozó adatok az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában (a szignifikáns korreláció meglétét csillag jelöli) ($n = 63$)

4.3.2 Összefüggések a középiskolás diákok csoportjában

A középiskolás diákok csoportja esetében szintén a Pearson-féle korreláció segítségével vizsgáltam, hogy milyen lehetséges összefüggések lehetnek az egészségvédő magatartás mértéke, valamint a vizsgált személyiségtényezők között. A statisztikai elemzés eredményei azt mutatták, hogy ebben az életkori csoportban az általam vizsgált személyiségtényezők egyikével sem korrelált szignifikánsan az egészségvédő magatartás mértéke. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a középiskolás diákok csoportjában az egyén egészségvédő magatartásának mértéke nem függ össze jelentősen önértékelésének, illetve énhatékonyságának mértékével, vagy azzal, hogy inkább problémafókuszú vagy érzelempőzpontú megküzdési stratégiákat alkalmaz, továbbá azzal sem, hogy a személy saját magának, az őt körülvevő személyeknek vagy egy transzcendens, felsőbb hatalomnak tulajdonítja egészsége alakulását. Így ebben a csoportban az eredmények nem támasztották alá az előzetesen megfogalmazott – az egészségvédő magatartás és a személyiség egyes tényezői közötti összefüggésekre vonatkozó – hipotéziseket. A háttérben álló lehetséges okokra, magyarázatokra az eredmények megvitatása során térek majd ki. A középiskolás diákok csoportjában tapasztalható, az egészségmagatartás, valamint a kutatás során vizsgált egyes személyiségtényezők közötti korrelációkra vonatkozó adatok a 22. oldalon, a 2. táblázatban láthatóak.

Középiskolás diákok csoportja		
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,163$	$p = 0,275$
Külső szociális kontroll	$r = 0,124$	$p = 0,396$
Transzcendens kontroll	$r = -0,059$	$p = 0,692$
Önértékelés	$r = 0,252$	$p = 0,088$
Énhatékonyság	$r = 0,131$	$p = 0,371$
Problémafókuszú megküzdés	$r = -0,007$	$p = 0,962$
Érzelempőzpontú megküzdés	$r = -0,210$	$p = 0,157$

2. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló korrelációra vonatkozó adatok a középiskolás diákok csoportjában (a szignifikáns korreláció meglétét csillag jelöli) ($n = 49$)

4.3.3 Összefüggések az egyetemista hallgatók csoportjában

Az egyetemista hallgatók csoportjának esetében szintén a Pearson-féle korrelációt alkalmaztam az egészségvédő magatartás, valamint a személyiség egyes tényezői közötti lehetséges összefüggések feltárására. Az egészségmagatartás mértéke az *egészségkontroll skálák* közül mind a belső, mind pedig a külső szociális kontroll skálával szignifikánsan pozitívan korrelált. Az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában tapasztaltaktól eltérően azonban az egyetemista hallgatóknál ez a kapcsolat a külső kontroll skála esetében mutatkozott erősebbnek (*belső kontroll skála*: $r = 0,399$, $p = 0,001$; *külső szociális kontroll skála*: $r = 0,411$, $p = 0,001$). Így azt mondhatjuk, hogy minél magasabb pontszámot ér el a személy az egészségkontroll skálák közül a belső vagy a külső szociális kontroll skálán, annál nagyobb mértékben jellemzőek rá az egészsége védelmét szolgáló magatartásformák. Azaz feltehetően nagyobb mértékben jellemezhető egészségvédő magatartással az egyén, ha jellemző rá, hogy nagyobb részben önmagának, vagy az őt körülvevő bizonyos személyeknek (orvos, családtagok, barátok) tulajdonítja egészsége alakulását. Minél kevésbé jellemző azonban a személyre, hogy saját magának, vagy más személyeknek tulajdonítja egészségi állapotának alakulását, feltehetően annál kevésbé jellemzi őt az egészsége védelmét szolgáló magatartás. Az r (korrelációs együttható) értéke azonban magasabb a külső szociális kontroll skála esetén, ezért azt mondhatjuk, hogy ez az – egészségmagatartás és egészségkontroll

közötti – pozitív irányú kapcsolat nagyobb mértékben jellemző akkor, ha az egyén jellemzően inkább külső (szociális) kontrollal, azaz inkább az őt körülvevő személyeknek tulajdonítja egészségi állapotának alakulását. Az eredmények azonban így is alátámasztották azt az előzetesen megállapított hipotézist, miszerint a belső kontroll skála pozitívan korrelál az egészségmagatartás mértékével. Az egészségmagatartás mértéke a vizsgált személyiségtényezők közül az *énhatékonyság* mértékével is szignifikánsan korrelált, amely kapcsolat ebben az életkori csoportban is pozitív irányú volt ($r = 0,285$, $p = 0,027$). Ez az eredmény arra utal, hogy minél magasabb énéhatékonysággal rendelkezik az egyén, feltehetően annál nagyobb mértékű egészségvédő magatartás jellemzi őt. Tehát az egyetemista hallgatók csoportját alkotó egyénekre is jellemző hogy azok, akikre magasabb énéhatékonyság jellemző, azaz hatékonyabbnak érzik magukat, feltételezhetően nagyobb mértékű egészségvédő magatartással is jellemezhetőek. Az alacsonyabb énéhatékonyságú személyek esetén pedig feltehetően az egészségük megőrzését, fenntartását szolgáló viselkedésmódok gyakorisága is alacsonyabb. Ezek az eredmények alátámasztották azt az előzetesen megfogalmazott hipotézist, mely szerint az egyénre jellemző énéhatékonyság mértéke pozitívan korrelál az egészségmagatartásának mértékével. A megküzdési stratégiákat illetően az eredmények azt mutatták, hogy az egészségmagatartás mértéke a *problémafókuszú*, valamint az *érzelempontú megküzdési stratégiák* alkalmazásával egyaránt szignifikánsan pozitívan korrelál (*problémafókuszú megküzdés*: $r = 0,303$, $p = 0,020$; *érzelempontú megküzdés*: $r = 0,260$, $p = 0,049$). Ez arra utal, hogy mind a problémafókuszú, mind pedig az érzelempontú megküzdési stratégiák (nagyobb mértékben történő) alkalmazása feltehetően az egészség védelmét szolgáló magatartásformák magasabb gyakoriságával járhat együtt. Az r (korrelációs együttható) értéke azonban magasabb a problémafókuszú megküzdés esetén, ezért azt mondhatjuk, hogy feltételezhetően a probléma megoldására irányuló stratégiák alkalmazása nagyobb mértékű egészségvédő magatartással jár együtt, mint az érzelempontú megküzdési módok alkalmazása. Így azt a hipotézist szintén alátámasztották az eredmények, amely szerint a megküzdési módok közül a problémafókuszú megküzdési stratégiák nagyobb mértékben korrelálnak szignifikánsan pozitívan az egészségvédő magatartás mértékével, mint az érzelempontú megküzdési stratégiák. Az egyetemista hallgatók csoportjában a vizsgált változók közül a *transzcendens kontroll*, valamint az *önértékelés* nem korrelált szignifikánsan az ebbe az életkori csoportba tartozó személyek egészségmagatartásával. Így ebben az életkori csoportban sem támasztották alá az eredmények azt a hipotézist, amely szerint az önértékelés, valamint az egészségvédő magatartás mértéke között szignifikáns pozitív irányú korreláció áll fenn. Összevetve az egyes

korreláció erősségét mutató r értékeket, azt láthatjuk, hogy az egészségvédő magatartás és az adott mintán vizsgált egyes személyiségtényezők közötti összefüggés a belső-, valamint a külső szociális egészségkontroll skálák esetében a legerősebb, a leggyengébb – de még mindig szignifikáns – korreláció pedig az érzelempőzpontú megküzdés esetén figyelhető meg. Az egyetemista hallgatók csoportjában tapasztalható, az egészségmagatartás, valamint az egyes személyiségtényezők közötti korrelációkra vonatkozó adatok a 3. táblázatban láthatóak.

Egyetemista hallgatók csoportja		
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,399^{**}$	$p = 0,001$
Külső szociális kontroll	$r = 0,411^{**}$	$p = 0,001$
Transzcendens kontroll	$r = 0,229$	$p = 0,084$
Önértékelés	$r = 0,244$	$p = 0,064$
Énhatékonyság	$r = 0,285^{*}$	$p = 0,027$
Problémafókuszú megküzdés	$r = 0,303^{*}$	$p = 0,020$
Érzelempőzpontú megküzdés	$r = 0,260^{*}$	$p = 0,049$

3. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló korrelációra vonatkozó adatok az egyetemista hallgatók csoportjában (a szignifikáns korreláció meglétét csillag jelöli) ($n = 61$)

Az egészségmagatartás mértéke, valamint a vizsgált személyiségtényezők közötti kapcsolatra vonatkozó – az egyes életkori csoportokban tapasztalható – eredmények összesítve a 25. oldalon, a 4. táblázatban láthatóak. A táblázatban a különböző életkori csoportokon belül azok a vizsgált személyiségtényezők vannak feltüntetve, amelyek esetében a statisztikai elemzések során szignifikáns összefüggés mutatkozott az egészségvédő magatartás mértékével.

Általános iskolai felső tagozatos diákok csoportja		
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,406^{**}$	$p = 0,001$
Külső szociális kontroll	$r = 0,321^*$	$p = 0,014$
Énhatékonyság	$r = 0,426^{**}$	$p = 0,001$
Problémafókuszú megküzdés	$r = 0,469^{**}$	$p = 0,000$
Középiskolás diákok csoportja		
	Egészségmagatartás	
-	-	-
Egyetemista hallgatók csoportja		
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,399^{**}$	$p = 0,001$
Külső szociális kontroll	$r = 0,411^{**}$	$p = 0,001$
Énhatékonyság	$r = 0,285^*$	$p = 0,027$
Problémafókuszú megküzdés	$r = 0,303^*$	$p = 0,020$
Érzelempontú megküzdés	$r = 0,260^*$	$p = 0,049$

4. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló szignifikáns korrelációkra vonatkozó adatok összesítve (a szignifikáns korreláció meglétét csillag jelöli) ($n = 173$)

Összefoglalva az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők közötti kapcsolatra vonatkozó eredményeket, azt mondhatjuk, hogy felfedezhetőek különbségek az egyes csoportok között. A vizsgált életkori csoportok közül kettő (az általános iskolai felső tagozatos diákok és az egyetemista hallgatók) esetében az előzetesen megfogalmazott hipotézisek beigazolódtak (kivéve az önértékelés és az egészségmagatartás kapcsolatára vonatkozó hipotézist), így ezen csoportok esetében az eredmények alátámasztották a beigazolódott hipotézisek alapjául szolgáló korábbi kutatások eredményeit. A középiskolások csoportjához tartozó eredmények azonban nem igazolták az előzetes hipotéziseket, és így nem támasztották alá a korábbi kutatások eredményeit, hiszen itt nem mutatkozott jelentős kapcsolat az egészségvédő magatartás mértéke, valamint az egyes személyiségtényezők

között. Az ezen eredmények háttérében álló lehetséges okok, magyarázatok felvetésére a dolgozat következő pontjában, az eredmények megvitatásánál kerül sor.

4.4. Az egészségvédő magatartás és a személyiség kapcsolatának nemi különbségei

Az egészségvédő magatartás mértéke és a személyiség egyes tényezői közötti összefüggések életkori csoportok szerinti vizsgálata mellett a dolgozat részét képezte a vizsgált összefüggésekkel kapcsolatos nemek közötti különbségek feltárása is. Így a továbbiakban az egyes életkori csoportokon belül külön-külön a fiúkra és a lányokra vonatkozó szignifikáns összefüggéseket mutatom be, mely összefüggések vizsgálatára a Pearson-féle korrelációt alkalmaztam.

4.4.1 Nemek közötti különbségek az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában

Az általános iskolai felső tagozatos diákok esetében az eredmények alapján a fiúk esetében az egészségvédő magatartás egyetlen vizsgált személyiségtényezővel sem korrelált, míg a lányok esetében több személyiségtényezővel is összefüggött. Így a lányok esetében elmondhatjuk, hogy szignifikáns összefüggést mutatott az egészségmagatartás mértéke a belső egészségkontrollal ($r = 0,402$, $p = 0,012$), a külső szociális egészségkontrollal ($r = 0,450$, $p = 0,009$), az önértékeléssel ($r = 0,431$, $p = 0,010$), az énhatékonysággal ($r = 0,455$, $p = 0,005$), valamint a problémafókuszú megküzdéssel ($r = 0,592$, $p = 0,000$). Feltételezhetjük tehát, hogy az általános iskolai felső tagozatos lányokra jellemző, hogy minél inkább saját maguknak vagy más személyeknek tulajdonítják egészségi állapotuk alakulását, továbbá minél pozitívabban látják önmagukat annál nagyobb mértékű egészségvédő magatartás is jellemezheti őket. Továbbá szintén nagyobb mértékű egészségvédelem lehet rájuk jellemző, ha hatékonyabbnak érzik magukat, illetve ha egy stresszorral való szembesüléskor a probléma megoldására irányuló megküzdési módokat alkalmazznak. Az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában a fiúk és a lányok esetében jellemző – az egészségvédő magatartás és a vizsgált személyiségtényezők közötti – szignifikáns összefüggések a 32. oldalon az 5. táblázatban láthatóak.

Általános iskolás felső tagozatos diákok csoportja		
	Fiúk	
	Egészségmagatartás	
-	-	-
	Lányok	
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,402^*$	$p = 0,012$
Külső szociális kontroll	$r = 0,450^{**}$	$p = 0,009$
Önértékelés	$r = 0,431^{**}$	$p = 0,010$
Énhatékonyság	$r = 0,455^{**}$	$p = 0,005$
Problémafókuszú megküzdés	$r = 0,592^{**}$	$p = 0,000$

5. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló szignifikáns korrelációkra vonatkozó adatok az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában nemek szerint elkülönítve (fiúk: $n = 25$; lányok: $n = 38$)

4.4.2 Nemek közötti különbségek a középiskolás diákok csoportjában

A középiskolás diákok csoportjában a fiúk esetében – az általános iskolai felső tagozatos diákokhoz hasonlóan – az egészségvédő magatartás szintén nem mutatott szignifikáns összefüggést a vizsgált személyiségtényezőkkel. Továbbá ebben az életkori csoportban a lányok esetében is csupán egyetlen személyiségtényezővel korrelált szignifikánsan az egészségvédő magatartás mértéke, egészen pontosan az önértékeléssel ($r = 0,411$, $p = 0,033$). Feltételezhetjük tehát, hogy a középiskolás diákok csoportjába tartozó lányokra is jellemző, hogy minél magasabb az önértékelésük, minél pozitívabban látják önmagukat, annál nagyobb fokú egészségvédő magatartás is jellemezheti őket. Míg az alacsonyabb, negatívabb önértékelés kisebb mértékű egészségvédő magatartással is járhat együtt. A középiskolás diákok csoportjában a fiúk és a lányok esetében jellemző – az egészségvédő magatartás és a vizsgált személyiségtényezők közötti – szignifikáns összefüggések a 33. oldalon, a 6. táblázatban láthatóak.

Középiskolás diákok csoportja		
	Fiúk	
	Egészségmagatartás	
-	-	-
	Lányok	
	Egészségmagatartás	
Önértékelés	$r = 0,411^*$	$p = 0,033$

6. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló szignifikáns korrelációkra vonatkozó adatok a középiskolás diákok csoportjában nemek szerint elkülönítve (fiúk: $n = 20$; lányok: $n = 29$)

4.4.3 Nemek közötti különbségek az egyetemista hallgatók csoportjában

Az egyetemista hallgatók csoportjában már a fiúk, férfiak esetében is felfedezhetőek voltak szignifikáns összefüggések az egészségvédő magatartás mértéke és egyes személyiségtényezők között. Így az egészségvédő magatartás mértéke szignifikánsan korrelált a belső egészségkontrollal ($r = 0,438$, $p = 0,011$), a külső szociális egészségkontrollal ($r = 0,371$, $p = 0,037$), az énhatékonysággal ($r = 0,569$, $p = 0,001$), valamint a problémafókuszú megküzdéssel ($r = 0,538$, $p = 0,001$). Feltételezhetjük tehát, hogy az egyetemista hallgatók csoportjába tartozó fiúk, férfiakra jellemző, hogy minél inkább saját maguknak, vagy esetleg más személyeknek tulajdonítják egészségük alakulását, továbbá minél nagyobb énhatékonysággal rendelkeznek, és minél inkább problémafókuszú megküzdés jellemzi őket, annál nagyobb mértékű egészségvédő magatartás is lehet rájuk jellemző. A lányok, nők esetében az eredmények alapján szintén több szignifikáns összefüggés volt látható. Így az egészségvédő magatartásuk mértéke szignifikáns összefüggést mutatott a külső szociális egészségkontrollal ($r = 0,447$, $p = 0,017$), a transzcendens egészségkontrollal ($r = 0,513$, $p = 0,007$), az önértékeléssel ($r = 0,583$, $p = 0,001$), továbbá az érzelmközpontú megküzdéssel ($r = 0,452$, $p = 0,018$). Az egyetemista hallgatók csoportjába tartozó lányokra, nőkre tehát feltehetően jellemző, hogy minél inkább más személyeknek, vagy esetleg valamely transzcendens, felsőbb hatalomnak tulajdonítják egészségi állapotuk alakulását, illetve minél inkább az érzelmi egyensúly elérésére szolgáló megküzdési stratégiákat alkalmaznak, annál nagyobb mértékű egészségvédő magatartás jellemezheti őket. Továbbá az az egyetemista hallgatók esetében is jellemző volt a lányokra, nőkre, hogy az önértékelés jelentősen összefüggött az egészségmagatartással, azaz feltehetően minél magasabb önértékeléssel

rendelkezik, minél pozitívabban látják magukat, annál nagyobb fokú egészségvédelem is jellemezheti őket. Az egyetemista hallgatók csoportjában a fiúk, férfiak és a lányok, nők esetében jellemző – az egészségvédő magatartás és a vizsgált személyiségtényezők közötti – szignifikáns összefüggések a 7. táblázatban láthatóak.

Egyetemista hallgatók csoportja		
	Fiúk, férfiak	
	Egészségmagatartás	
Belső kontroll	$r = 0,438^*$	$p = 0,011$
Külső szociális kontroll	$r = 0,371^*$	$p = 0,037$
Énhatékony	$r = 0,569^{**}$	$p = 0,001$
Problémafókuszú megküzdés	$r = 0,538^{**}$	$p = 0,001$
	Lányok, nők	
	Egészségmagatartás	
Külső szociális kontroll	$r = 0,447^*$	$p = 0,017$
Transzcendens kontroll	$r = 0,513^{**}$	$p = 0,007$
Önértékelés	$r = 0,583^{**}$	$p = 0,001$
Érzelempontú megküzdés	$r = 0,452^*$	$p = 0,018$

7. táblázat: Az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között fennálló szignifikáns korrelációkra vonatkozó adatok az egyetemista hallgatók csoportjában nemek szerint elkülönítve (fiúk: $n = 33$; lányok: $n = 28$)

Összességében megfigyelhető, hogy az egészségvédő magatartás, illetve a vizsgált személyiségtényezők közötti összefüggések más-más módon jelentek meg az ugyanazon életkori csoportba tartozó fiúk és lányok együttes vizsgálatakor, illetve abban az esetben, amikor az egyes életkori csoportokon belül nemek szerint elkülönítve is megtörtént az adatok elemzése. Ezek az eredmények arra utalhatnak, hogy nem csupán az egyes életkori csoportok között lehetnek különbségek az egészségmagatartás és a személyiség kapcsolatát illetően, hanem az egyes csoportokon belül a nemek között is. Áttekintve az eredményeket kitűnik egy további fontos eredmény, miszerint a lányok esetében az önértékelés mindegyik életkori csoportban szignifikáns összefüggést mutatott az egészségvédő magatartással. A kapott eredmények az egészségfejlesztéshez kapcsolódóan fontos tényezőkre hívják fel a figyelmet, amelyekre az eredmények megvitatása során térek majd ki.

5. Megvitatás

A dolgozatban leírt kutatás fontos részét képezte az egészségvédő magatartás különböző életkori csoportokban történő vizsgálata, mely csoportokat általános iskolai felső tagozatos, illetve középiskolai diákok, valamint egyetemista hallgatók alkottak. Sor került az egyes csoportokon belül, a fiúk és lányok között tapasztalható - az egészségvédő magatartáshoz kapcsolódó – különbségek, továbbá az egyes életkori csoportok között tapasztalható, az egészségmagatartás mértékére vonatkozó különbségek feltárására. További fontos cél volt annak vizsgálata, hogy milyen lehetséges összefüggések fedezhetőek fel az egyén egészségvédő magatartásának mértéke, valamint a személyiség egyes dimenziói között, továbbá annak feltárása, hogy az egyes életkori csoportok, illetve a csoportokon belül a nemek között milyen különbségek lehetnek ebben a tekintetben. Az egészségmagatartással feltételezhetően összefüggésbe hozható személyiségdimenzióként vizsgáltam az egészséggel kapcsolatosan észlelt kontrollt, az énhatékonyságot, az önértékelést, valamint az egyénre jellemző megküzdési módot.

A nemek közötti – az egészségvédő magatartás mértékére vonatkozó különbségeket illetően az eredmények azt mutatták, hogy a lányok mindhárom életkori csoportban nagyobb mértékű egészségvédő magatartással jellemezhetőek, mint a fiúk. Ez a különbség a fiúk és a lányok között az egyes életkori csoportok közül ugyan csak az általános iskolai felső tagozatos diákok esetében bizonyult szignifikánsnak, tendenciaszerűen a további két csoportban is megjelent. Azaz, ugyan az egészségvédő magatartás mértékére vonatkozó nemek közötti különbség csak az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában tekinthető jelentősnek, a középiskolai, valamint az egyetemista hallgatók csoportjába tartozó lányokról azonban szintén elmondható, hogy nagyobb mértékű, az egészségük védelmét, fenntartását szolgáló magatartással jellemezhetőek, mint az ugyanazon csoportba tartozó fiúk. Ezek az eredmények alátámasztják az előzetesen megállapított – a nemek közötti különbségekre vonatkozó – hipotézist, továbbá a hipotézis alapjául szolgáló korábbi kutatásokat, amelyek eredményei szintén azt mutatták, hogy a férfiakra kevésbé jellemző az egészségük védelmét, és ezáltal a betegségek megelőzését szolgáló magatartás, mint a nőkre (Gijssbers van Wijk, Huisman & Kolk, 1999; idézi Csabai & Molnár, 2009). Lehetséges, hogy e különbségek hátterében valóban a férfiak és nők eltérő gyermekkori szocializációja állhat, ahogyan azt korábbi elméleti megfontolások során feltételezték (deRidder, 2000; idézi Csabai & Molnár, 2009).

A következő pont annak vizsgálata volt, hogy az egyes életkori csoportokon belül milyen mértékű egészségvédő magatartás jellemző, illetve ehhez kapcsolódóan milyen különbségek fedezhetőek fel a csoportok között. Az általam vizsgált minta esetében az egészségvédő magatartás mértékét tekintve megfigyelhető volt, hogy legnagyobb mértékben az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjában jellemző az egészség védelmét, fenntartását szolgáló magatartás. A középiskolai diákok csoportját az általános iskolai felső tagozatosok csoportjában tapasztalnál – nem szignifikáns mértékben, de tendenciaszerűen – kisebb mértékű egészségvédő magatartás jellemzi, továbbá az egészségmagatartást alkotó – az egészség megőrzését szolgáló – magatartásformák az egyetemista hallgatók csoportjában még szignifikánsan kisebb mértékben vannak jelen, mint az előbbi két fiatalabb korosztálynál. Az eredmények alapján feltételezhetjük, hogy az általános iskolai felső tagozatos diákok esetében tapasztalható nagyobb mértékű egészségvédő magatartás az egyetemi évekig az életkor előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat.

Lehetséges, hogy ennek hátterében az állhat, hogy az általános iskolás évek alatt a fiatalok még nagyobb szülői kontroll alatt vannak, és így a szülőknek nagyobb befolyása van gyermekeik egészségmagatartására. Ekkor még hatékonyabban tudják segíteni őket abban, hogy olyan magatartásformákat alakítsanak ki, amelyek által óvni tudják egészségüket. Továbbá ebben az életkorban nagyobb mértékben van lehetősége a szülőknek arra is, hogy ellenőrzés alatt tudják tartani gyermekük egészségének alakulását, egészségmagatartását. Később – a középiskolás és az egyetemi évek alatt – azonban a fiatalok már egyre kevésbé állnak szülői kontroll alatt, így azt sem tudják már olyan nagymértékben felügyelni, befolyásolni a szülők, hogy milyen mértékű egészségvédő magatartás jellemzi gyermekeiket. Középiskolás korban elsősorban azért, mert meghatározóbbá válik a kortársak szerepe, ezért ebben az időszakban több időt töltenek egymással a fiatalok, mint szüleikkel, amely a szülői kontroll mértékének csökkenésével járhat. Az egyetemi évek alatt pedig a fiatalok többsége nem a szülővárosában kezdi meg felsőfokú tanulmányait, hanem egy másik városban, távolabb a szülőktől, és így a szülői kontrolltól is. Elképzelhető, hogy ezeknek a körülményeknek is szerepe lehet abban, hogy az egészségvédő magatartás mértéke az életkor előrehaladtával párhuzamosan csökkenni látszik. Továbbá abban, hogy az egyetemista hallgatók esetében jelentősen kisebb mértékű egészségvédő magatartás volt jellemző, mint a másik két csoportnál, annak is fontos szerepe lehet, hogy az általános iskolától és a középiskolától eltérően az egyetemen már kevésbé jellemző az a fajta rendszeresség, mint amit korábban megszokhattunk. Így az egyetemi évek alatt egy a korábbtól eltérő, teljesen más életritmus szerint élik mindennapjaikat a fiatalok, amelynek szintén fontos szerepe lehet

az egészségvédő magatartás mértékének csökkenésében. Természetesen azonban ezek a magyarázatok csupán feltételezések, további – a háttértényezőket is vizsgáló – kutatások során kaphatnánk pontosabb képet a háttérben álló lehetséges tényezőkről.

Az egészségvédő magatartás mértéke, valamint a személyiség egyes tényezői közötti összefüggések vizsgálatakor a következő eredmények születtek az egyes életkori csoportokban. Az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportja esetében az egészségvédő magatartás mértéke szignifikáns összefüggésben állt a belső, valamint a külső szociális egészségkontroll skálával, továbbá az énhatékonysággal és a problémafókuszú megküzdéssel. Azaz az adott mintán jellemző, hogy az általános iskolai felső tagozatos diákokat nagyobb mértékben jellemzi az egészségük védelmét szolgáló magatartás, ha jellemzően inkább önmaguknak, vagy más személyeknek tulajdonítják egészségi állapotuk alakulását. Továbbá minél magasabb énhatékonysággal rendelkeznek, azaz minél hatékonyabbnak érzik magukat, illetve minél nagyobb mértékben alkalmaznak problémafókuszú megküzdési stratégiákat, annál nagyobb mértékű egészségvédő magatartás jellemzi őket. Az egyetemista hallgatók csoportja esetében az egészségvédő magatartás mértéke – az általános iskolai felső tagozatos diákok csoportjához hasonlóan – több személyiségtényezővel is szignifikáns összefüggést mutatott. Így az adott mintán az egyetemista hallgatókról is elmondható, hogy minél inkább önmaguknak, vagy más személyeknek tulajdonítják egészségi állapotuk alakulását, továbbá minél hatékonyabbnak érzik magukat, annál nagyobb mértékben jellemzi őket az egészségük megőrzését, fenntartását szolgáló viselkedés. A problémafókuszú megküzdés mellett azonban az egyetemisták esetében az érzelmeközpontú megküzdési stratégiák nagyobb mértékben történő alkalmazása is nagyobb mértékű egészségvédő viselkedéssel jár együtt, így tehát az olyan magatartásformák meglétével, amelyeket az egyén azzal a céllal végez, hogy megóvja, fenntartsa egészségét (Harris & Guten, 1979; idézi Kulcsár, 1998). Miközben az általános iskolai felső tagozatos diákok és az egyetemista hallgatók esetében az egészségmagatartás mértéke több személyiségtényezővel is szignifikánsan összefüggött, a középiskolás diákok csoportját tekintve az eredmények azt mutatták, hogy az egészségvédő magatartásuk mértéke egyetlen vizsgált személyiségtényezővel sem állt szignifikáns kapcsolatban. Korábbi kutatások eredményei – amelyre az általam előzetesen megfogalmazott hipotézisek támaszkodtak – hangsúlyozták, hogy egyes személyiségtényezők és az egészségvédő magatartás mértéke között jelentős kapcsolat van. Az általam kapott eredmények – a vizsgált életkori csoportok közül – két csoport esetében szintén megerősítették a korábbiakat, ám az egyik csoportban (a középiskolás diákok esetében) nem nyertek megerősítést a korábbi eredmények. Így feltételezhető, hogy habár általában jellemző hogy a személyiség egyes

tényezői meghatározóak az egészségvédő magatartás mértéke szempontjából, de nem biztos, hogy ez minden életkorban, életkori csoportban így van. Elképzelhető, hogy a középiskolások csoportja esetében egyéb tényezők lehetnek meghatározóak az egészségmagatartás szempontjából. Jessor, Turbin és Costa (1998) felhívták a figyelmet arra, hogy a serdülőkorú egészségviselkedésben az egyéni személyiségtényezők mellett a szociális környezetnek is rendkívül fontos szerepe lehet (Jessor, Turbin & Costa, 1998). Elképzelhető tehát, hogy ebben a csoportban valamilyen a serdülőkorhoz köthető tényező állhat erősebb összefüggésben az egészségmagatartással. Ebből kiindulva elképzelhető, hogy a kapott eredmények háttérében talán a kortársak megnövekedett szerepe áll. Lehetséges, hogy ebben az életkori szakaszban – azaz a középiskolai évek alatt – olyan mértékben megnő a kortársak szerepe, hatása az egyénre, hogy az azonos életkorú barátok, ismerősök az egészségvédő magatartást tekintve is meghatározóbbak lehetnek, mint az egyéni személyiségtényezők, az egyéni vélekedések. Mindezek tükrében feltételezhető, hogy különböző életkori szakaszokban eltérő tényezők lehetnek meghatározóak az egészségvédő magatartás szempontjából. Azonban természetesen nem zárhatjuk ki azt sem, hogy a kapott eredmények háttérében a minta elemszáma áll. Elképzelhető, hogy egy nagyobb elemszámnál valójában szignifikáns összefüggéseket kaphattunk volna a középiskolások esetében is az egészségmagatartás és a vizsgált személyiségtényezők között. Ennek meghatározására szintén további vizsgálatok, kutatások lennének hivatottak.

Az egészségvédő magatartás, valamint a személyiség közötti kapcsolat nemek közötti különbségeinek vizsgálata során valamelyest árnyaltabbá váltak a vizsgált összefüggések. Az eredmények egyrészt felhívták arra a figyelmet, hogy nem csupán az életkori csoportok között lehetnek különbségek az egészségvédő magatartás és a személyiség közötti kapcsolatot illetően, hanem a nemek között is fedezhetünk fel erre vonatkozó különbségeket. Továbbá a kapott eredmények közül kiemelhetjük az egyik legjelentősebbet, miszerint a lányoknál mindhárom életkori csoportban szignifikáns összefüggés volt az egészségvédő magatartás mértéke, valamint az önértékelés között. Az eredmények arra utalnak, hogy minél pozitívabban látják magukat a lányok, annál nagyobb fokú egészségvédelem jellemzi őket, ami az általános iskolai felső tagozatos, a középiskolai diákok és az egyetemisták esetében is jellemzőnek tűnik. Azonban a fiúknál ez az összefüggés egyetlen csoportban sem jelent meg, ami szintén felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségfejlesztés során az életkori sajátosságok mellett a nemi különbségeket is fontos lehet figyelembe venni. Elképzelhető, hogy a lányoknál fontos szempont lehet az egészségvédő magatartással kapcsolatosan az önértékelés növelése is, míg a fiúknál talán a személyiség más tényezőire lehet érdemes nagyobb

hangsúlyt fektetni. Az elemszámra való tekintettel azonban természetesen fontos hozzátenni, hogy további – nagyobb mintán végzett – vizsgálatok lennének szükségesek ahhoz, hogy biztosabb és pontosabb képet kaphassunk az egészségmagatartás és a személyiség közötti összefüggésekhez kapcsolódó nemi különbségekről, illetve a kutatás során vizsgált egyéb tényezőkről is. Az eredmények azonban mindenképpen felhívják a figyelmet bizonyos fontos tendenciákra, különbségekre, illetve lehetséges összefüggésekre, amelyek igazolása, illetve a háttérben álló tényezők feltárása további kutatások során válhatna lehetővé.

6. Konklúzió és kitekintés

A dolgozathoz kapcsolódó kutatás során kapott eredmények több tényezőre is felhívták a figyelmet a fiatalok egészségvédő magatartásával kapcsolatban. Egyrészt az eredmények megmutatták, hogy mindhárom életkori csoportban nagyobb egészségvédő magatartás jellemző a lányokra, mint a fiúkra. Továbbá jelentős különbség mutatkozott az egyes életkori csoportok között az egészségvédő magatartás mértékében. Az egyetemista hallgatók esetében jelentősen kisebb mértékben volt jellemző az olyan magatartásformák megléte, amelyek által egészségük megőrzése lenne a cél, mint az általános iskolai felső tagozatos, valamint a középiskolás diákok körében. Összességében, az eredmények azt mutatták, hogy az általános iskola felső tagozatától kezdve az egyetemi évekig az egészségvédő magatartás mértékében egy csökkenő tendenciát feltételezhetünk. Végül pedig arra utaló eredmények is születtek, hogy a különböző életkori szakaszokban más-más tényezők állhatnak összefüggésben az egészségvédő magatartással. Az eredmények az egészségprevenció tekintetében arra utalnak, hogy a fiatalok körében történő egészségfejlesztés során mind az életkori sajátosságok, mind pedig a nemi különbségek figyelembevétele is rendkívül fontos lehet.

További kutatások során fontos lehet az egészségvédő magatartás vizsgálatának kiterjesztése az általános iskolai felső tagozatos diákoknál fiatalabb, valamint az egyetemista hallgatóknál idősebb (az adott mintát tekintve 26 év feletti) életkori csoportokra is. Ezáltal lehetővé válhatna annak pontosabb felvázolása, hogy vélhetően hogyan alakul, változik az egészségvédő magatartás – annak minősége, mértéke – az élet során, a különböző életszakaszokban. Jelen kutatást a kapott eredmények tükrében a személyiség egyes tényezőin túl a különböző szociális tényezők, társas hatások egészségmagatartáshoz való viszonyának vizsgálatára is érdemes lenne kiterjeszteni. Továbbá későbbi vizsgálatok során fontos lenne lehetővé tenni valamilyen módon a háttérben álló tényezők feltárását is, amely által még

pontosabb képet kaphatnánk az egészségvédő magatartásról és az azzal összefüggést mutató tényezőkről. Úgy gondolom, hogy egy nagyobb elemszámú, szélesebb életkori intervallumot felölelő mintán, a vizsgált tényezők kibővítését követően elvégzett kutatásnak nemcsak az elméleti tudás gazdagítását, hanem a gyakorlati alkalmazást illetően is nagy jelentősége lehetne.

7. Köszönetnyilvánítás

Szeretném köszönetemet kifejezni témavezetőmnek, Dr. Csabai Márta tanárnőnek, aki tanácsaival és biztatásával nagymértékben segítette munkámat.

Továbbá szeretném megköszönni a békéscsabai Erzsébethelyi Általános Iskola igazgatóhelyettesének, Bozóné Gecsei Csillának, valamint a Széchenyi István Két Tanítási Nyelvű Közgazdasági Szakközépiskola igazgatójának, Laduver Ferencnek, hogy hozzájárultak a dolgozat elkészítéséhez azáltal, hogy engedélyezték a kérdőívek iskolájukban történő felvételét, továbbá segítették annak megvalósulását.

8. Felhasznált irodalom

- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- Carver, C. S., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Crocker, J., & Knight, K. M. (2005). Contingencies of Self-Worth. *American Psychological Society*, 14(4), 200-203.
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Csabai, M., Erős, F., Fábíán, Z., Kovács, A., László, J., & Pólya, T. (1998). *Az egészség szociális reprezentációja budapesti középiskolások körében*. Budapest: Scientia Humana.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Miller Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., & Iver, D. M. (1993). Development during adolescence. *American Psychologist*, 48, 90–101.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Hirschy, A. J., & Morris, J. R. (2002). Individual differences in attributional style: the relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and Individual Differences*, 32, 183-196.
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 788-800.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1992). *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Kiadó.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány, A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Budapest: Corvinus Kiadó.
- Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: Elte Eötvös Kiadó.
- Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: Elte Eötvös Kiadó.

- Mann, M. M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372.
- Margitics, F. (2005). A diszfunkcionális attitűdök, megküzdési stratégiák és az attribúciós stílus összefüggése a szubklinikus depressziós tünetegyüttessel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(2), 95-122.
- Margitics, F., & Pauwlik, Zs. (2006). Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, 106(1), 43-62.
- Norman, P. (1995). Health locus of control and health behavior: an investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 213-218.
- Pikó, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223-235.
- Pikó, B. (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Pikó, B., & Keresztes, N. (2007). Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62(2), 203-214.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salami, S. O. (2010). Emotional intelligence, self-efficacy, psychological well-being and students' attitudes: implications for quality education. *European Journal of Educational Studies* 2(3), 247-257.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weiman, S. Wright, & M. Johnston (Eds). *Measures in health psychology: A users portfolio, causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor: UKNFER-NELSON.
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39, 807-818.
- Tiringer, I. (2007). Megküzdés (coping). In J. Kállai, A. Oláh & J. Varga (Eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 177-197). Budapest: Medicina Kiadó.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 161-170.

9. Mellékletek

1. sz. melléklet: Plágium nyilatkozat
2. sz. melléklet: Etikai jóváhagyás alóli mentességet bejelentő űrlap
3. sz. melléklet: A kérdőív elején található általános kérdések
4. sz. melléklet: Rövid Egészség Kérdőív
5. sz. melléklet: Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív
6. sz. melléklet: Rosenberg Önértékelési Kérdőív
7. sz. melléklet: Általános Énhatékonyság Kérdőív
8. sz. melléklet: Folkman és Lazarus-féle konfliktusmegoldó kérdőív magyar adaptációja

1. sz. melléklet: Plágium nyilatkozat

A plágium szabályokat ismerem, és dolgozatomban azokat betartottam.

Szegedi Margit, 2012. november 20.

2. sz. melléklet: Etikai jóváhagyás alóli mentességet bejelentő űrlap

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY

Bölcsészettudományi Kar
Pszichológia Tanszék
6722 SZEGED, Petőfi S. sgt. 30-34.

Tel.: (62)544-509
Tel.+Fax: (62)544-509

SZEGED

Institute of Psychology
Faculty of Arts
Petőfi S. sgt. 30-34., H-6722 SZEGED

Phone: (36 62) 544-509
Phone and Fax: (36 62) 544-509

Etikai jóváhagyás alóli mentességet bejelentő űrlap
B/ diák kutatók számára

A kutatás mentesül a Tanszéki Etikai Bizottság jóváhagyása alól, ha a kutatásról joggal feltételezhető, hogy nem okoz semmiféle terhelést, károsodást vagy sérelmet a résztvevők számára, és/vagy a kutatás nem érint fokozott körülményt igénylő populációt (mint pl. betegek, börtönbüntetést töltők, kis gyermekek, kisebbségi csoportok). Az etikai jóváhagyást nem igénylő kutatásban éppen úgy be kell tartani a pszichológiai kutatás etikai szabályait (v.ö. Tanszéki Etikai Kódex II/6 pont), mint a jóváhagyást igénylő kutatásokban.

1. A kutatást végző diák(ok) neve: *Szegedi Margit*

2. A kutatásért felelős oktató neve, beosztása: *Dr. Csabai Márta, egyetemi tanár*

3. A kutatás címe: *Az egészségvédő magatartás és a személyiség kapcsolatának vizsgálata különböző életkori csoportokban*

4. A kutatás melyik kategóriába esik:

- ☐ kurzus munka; ebben az esetben, kurzus neve:
- ☐ műhelymunka
- ☐ szakdolgozati munka
- ☐ TDK munka
- ☐ egyéb:

5. Az etikai mentesség indoklása a megfelelő kategória aláhúzásával:

a/ oktatási vagy nevelési módszerek vizsgálata,

b/ névtelen kérdőíves felmérések,

c/ személyiségi jogot nem sértő, nyilvános helyen történő természetes megfigyelés,

d/ munkakör, illetve szervezeti hatékonyság kutatás, amely nem jelentenek kockázatot

e/ egyéb:

Dátum: 2012. november 20.

Szegedi Margit

3. sz. melléklet: A kérdőív elején található általános kérdések

1.) Neme (karikázza be a megfelelőt): férfi nő

2.) Életkora: év

3.) Lakóhelye (karikázza be a megfelelőt):

1. főváros
2. megyeszékhely (vagy megyei jogú város)
3. egyéb város
4. község
5. egyéb

4. sz. melléklet: Rövid Egészség Kérdőív

Mennyire ért egyet Önmagára nézve az alábbi kijelentésekkel?

	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Valame-lyest egyetérték	Inkább egyetérték	Teljes mértékben egyetérték
Ügyelek a rendszeres táplálkozásra.	1	2	3	4	5
Legalább 8 órát alszom naponta.	1	2	3	4	5
Inkább gyalog megyek a 3. emeletre, mint hogy liftre várjak.	1	2	3	4	5
Ha elől ülök az autóban, használom a biztonsági övet.	1	2	3	4	5
Naponta háromszor mosok fogat.	1	2	3	4	5
Kerülöm a köhögő, náthás embereket.	1	2	3	4	5
Ügyelek arra, hogy testsúlyom optimális legyen.	1	2	3	4	5
Gyógynövényeket, biokészítményeket fogyasztok (gyógytea, müzli, barnakenyér, stb.).	1	2	3	4	5
Télen hordok sapkát, sálát.	1	2	3	4	5
Általában törődöm az egészségemmel.	1	2	3	4	5

5. sz. melléklet: Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív

Az alábbiakban olvasható minden mondat egy, az Ön egészségi állapotával kapcsolatos állítást tartalmaz, melyekről el kell döntenie, hogy egyet ért-e velük vagy sem. Minden egyes állítás mellett talál egy skálát, ahol az „1” azt jelenti, hogy egyáltalán nem ért egyet, a „6” pedig hogy teljesen egyetért. Arra kérjük, hogy minden állítással kapcsolatban karikázza be azt a számot, amely leginkább tükrözi egyetértése mértékét! Minél inkább egyetért tehát az adott kijelentéssel, annál nagyobb számot karikázzon be; és minél kevésbé ért egyet egy állítással, annál kisebb értéket jelöljön meg! Kérjük, figyeljen arra, hogy MINDEN EGYES ÁLLÍTÁSNÁL válasszon, és hogy CSAK EGY számot karikázzon be! A teszt az Ön személyes véleményét méri, ezért természetesen nincsenek jó vagy rossz válaszok!

	Egyál- talan nem érték egyet	Inkább nem érték egyet	Vala- melyest nem érték egyet	Vala- melyest egyetért ek	Inkább egyetért ek	Teljese n egyetért ek
1. Ha az állapotom romlik, rajtam múlik, hogy milyen hamar érzem ismét jobban magam.	1	2	3	4	5	6
2. Ami az állapotomat illeti: lesz, ami lesz.	1	2	3	4	5	6
3. Ha rendszeresen látogatom az orvosomat, kevesebb problémám lesz az egészségi állapotommal.	1	2	3	4	5	6
4. A legtöbb dolog, ami hatással van az állapotomra, véletlenszerűen történik.	1	2	3	4	5	6
5. Bármikor rosszabbodik az állapotom, fel kell keresnem egy egészségügyi szakembert.	1	2	3	4	5	6
6. Kifejezetten felelős vagyok az állapotom romlásáért vagy javulásáért.	1	2	3	4	5	6
7. Más embereknek fontos szerepe van abban, hogy az állapotom javul, változatlan marad vagy rosszabbodik.	1	2	3	4	5	6
8. Az én hibám, ha az állapotom rosszabbodik.	1	2	3	4	5	6
9. A szerencsének nagy szerepe van abban, hogyan javul az állapotom.	1	2	3	4	5	6
10. Az, hogy az állapotom javuljon, mások erőfeszítésein múlik.	1	2	3	4	5	6
11. Bármilyen javulás következik be az állapotomban, az a jó szerencsétől függ.	1	2	3	4	5	6
12. A legfontosabb dolog, ami hatással van az állapotomra, az az, hogy én magam mit teszek.	1	2	3	4	5	6
13. Akár javul, akár romlik az állapotom, az az én érdemem, illetve hibám.	1	2	3	4	5	6
14. Pontosan követni az orvos utasításait a legjobb módja annak, hogy ne romoljon az állapotom.	1	2	3	4	5	6
15. Ha romlik az állapotom, azt a sors akarta így.	1	2	3	4	5	6

	Egyál- talan nem érték egyed	Inkább nem érték egyed	Vala- melyest nem érték egyed	Vala- melyest egyedért ek	Inkább egyedért ek	Teljese n egyedért ek
16. Ha szerencsém van, az állapotom javulni fog.	1	2	3	4	5	6
17. Ha romlik az állapotom, az amiatt van, mert nem törődtem magammal eleget.	1	2	3	4	5	6
18. A másoktól kapott segítségtől függ, milyen gyorsan javul az állapotom.	1	2	3	4	5	6

6. sz. melléklet: Rosenberg Önértékelési Kérdőív

Mennyire ért egyet Önmagára nézve az alábbi kijelentésekkel?

	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyetértek	Teljesen egyetértek
1. Egészeben véve elégedett vagyok magammal.	1	2	3	4
2. Időnként azt gondolom, egyáltalán nem vagyok jó.	1	2	3	4
3. Úgy érzem, egyáltalán nincsenek jó tulajdonságaim.	1	2	3	4
4. Ugyanolyan jól meg tudok csinálni dolgokat, mint mások.	1	2	3	4
5. Úgy érzem, nem sok mindenre lehetek büszke.	1	2	3	4
6. Időnként teljesen haszontalannak érzem magamat.	1	2	3	4
7. Úgy érzem, értékes ember vagyok, vagy legalábbis teljesen egyenértékű másokkal.	1	2	3	4
8. Szeretném, ha többre becsülhetném magam.	1	2	3	4
9. Végző soron hajlok arra, hogy kudarcnak tekintsem magam.	1	2	3	4
10. Jóban vagyok magammal.	1	2	3	4

7. sz. melléklet: Általános Énhatékonyság Kérdőív

Mennyire tartja Önmagára jellemzőnek az alábbi állításokat?

	Egyáltalán nem jellemző (1)	Alig jellemző (2)	Jellemző (3)	Teljesen jellemző (4)
1. Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom.	1	2	3	4
2. Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit szeretnék.	1	2	3	4
3. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem a céljaimat.	1	2	3	4
4. Ötletességemnek köszönhetően tudom, hogy miként kezeljem a váratlan helyzeteket.	1	2	3	4
5. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.	1	2	3	4
6. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást.	1	2	3	4
7. Meg tudom őrizni a nyugalmamat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok megoldóképességemre.	1	2	3	4
8. Ha szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra.	1	2	3	4
9. Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, hogy mitévő legyek.	1	2	3	4
10. Bármí történik, általában kezelni tudom a helyzeteket.	1	2	3	4

8. sz. melléklet: Folkman és Lazarus-féle konfliktusmegoldó kérdőív magyar adaptációja

Nehéz helyzetben az ember sok mindent tehet és gondolhat, miközben próbál megbirkózni a helyzettel. Emlékezzen vissza egy ilyen helyzetre, amikor az adott esemény bekövetkezett, élje bele magát az akkori lelkiállapotába, és karikázza be a megfelelő számot az alábbiakban felsorolt reakciók mellett, attól függően, hogy azok közül melyek és milyen mértékben fordultak elő Önnél az eseményt követő hetekben. Itt nincsenek jó, vagy rossz válaszok, csak az Ön akkori lelkiállapota fontos.

	Nem volt jellemző	Alig volt jellemző	Jellemző volt	Nagyon jellemző volt
1. Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.	0	1	2	3
2. Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valami jó származzon a dologból.	0	1	2	3
3. Valami olyasmibe fogtam, amiről tudtam, hogy nem fog beválni, de legalább csináltam valamit.	0	1	2	3
4. Magamat okoltam és hibáztattam.	0	1	2	3
5. Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.	0	1	2	3
6. Kifejeztem a haragomat a probléma előidézői felé.	0	1	2	3
7. Elfogadtam mások együttérzését és megértését.	0	1	2	3
8. A helyzet valamilyen kreatív, alkotói tevékenységre ösztönzött.	0	1	2	3
9. Más emberként kerültem ki a helyzetből - jó értelemben véve.	0	1	2	3
10. Valahogy szabadjára engedtem érzéseimet.	0	1	2	3
11. Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni vagy szabadságra menni.	0	1	2	3
12. Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon.	0	1	2	3
13. Egy lapra tettem fel mindent, vagy valami nagyon kockázatosba fogtam.	0	1	2	3
14. Egy általam nagyra tartott baráttól, vagy rokontól kértem tanácsot.	0	1	2	3
15. Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetbe kerültem.	0	1	2	3
16. Másokon vezettem le feszültségemet.	0	1	2	3
17. Tudtam, mit kell tennem, így megkésztettem erőfeszítésem a siker érdekében.	0	1	2	3
18. Több különböző megoldást találtam a problémára.	0	1	2	3
19. Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet.	0	1	2	3
20. Imádkoztam.	0	1	2	3
21. Átgondoltam, hogy mit fogok mondani, vagy tenni az ügyben.	0	1	2	3
22. Igyekeztem a dolgokat a másik személy szempontjából nézni.	0	1	2	3