

DEBRECENI EGYETEM
BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIAI INTÉZET

Szüleink álmainkban is kísértenek?

– az alvás, a megtapasztalt szülői bánásmód és a kötődés kapcsolata

TDK PÁLYAMUNKA

Témavezető:

Kató Szabolcs

Egyetemi tanársegéd

Tóth Beatrix

Pszichológia BA

Debrecen

2024

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	3
2. Szakirodalmi áttekintés	4
2.1. Az alvás	4
2.1.1. Az alváshigiéne	6
2.1.2. Az alvásminőség	7
2.1.3. Az alvászavarok	8
2.2. A kötődés	9
2.2.1. A kötődéelmélet	9
2.2.2. További elgondolások a kötődésről	11
2.3. A szülői nevelési attitűdök	12
2.3.1. Schaefer Szülői Nevelési Attitűdök Modellje	13
2.4. A szülői nevelési attitűdök és a kötődés kapcsolata	14
2.5. A serdülők alvási szokásai	15
3. Téma– és kérdésfelvetés	16
3.1. Témafelvetés	16
3.2. Hipotézisek	17
4. A vizsgálat	18
4.1. A minta	18
4.2. Módszer	18
4.2.1. A vizsgálat menete	18
4.2.2. Vizsgálati eszközök	19
4.2.3. Alkalmazott statisztikai módszerek	21
5. Eredmények	22
5.1. Leíró statisztika	22
5.2. Hipotézisvizsgálatok	27
6. Összefoglalás	30
7. Limitációk	33
8. Kitekintés	33
Irodalomjegyzék	35

Absztrakt

A vizsgálat célja annak a feltérképezése volt, hogy az alvásra a különböző kötődési és megtapasztalt szülői nevelési stílusok milyen hatással lehetnek. Az alvást számos tényező befolyásolhatja, és hasonlóan, az alvás is kihathat az életünk számos területére. Az alváshigiéné és az alvásminőség mondhatni “kéz a kézben” járnak egymással, amennyiben az egyik nem megfelelő, az negatív hatással lehet a másikra. Az alváshigiéné több aspektusát a serdülők esetében még a szülők szabályozzák, ezáltal befolyásolhatják a gyermekük alvását is, amivel közvetve akár az alvásminőséget is. Emellett a kötődés és a megtapasztalt szülői nevelési stílus hasonlóan hatnak a gyermekek életére abból a szempontból, hogy mindkettő egy olyan belső munkamodellt alakít ki, amely szerint értékeli fogja magát például a társas kapcsolataiban.

A 14-19 éves korosztályban végzett vizsgálatban egy öt kérdőívből álló kérdőívsomagot (*Demográfiai Kérdőív, ASHS, PSQI-HUN, ECR-RS, H-PBI*) töltötték ki a résztvevők papír alapon, melyek alapján történt meg a felállított hipotézisek vizsgálata. Az eredmények alapján elmondható, hogy a jelen vizsgálatban az alváshigiéné és az alvásminőség között szignifikáns kapcsolat volt található ($r=-0,59$, $p>0,001$), illetve a a minél jobb alváshigiénével rendelkezőknél szignifikánsan kevesebb nappali diszfunkciós tünet jelent meg ($r=-0,366$, $p>0,001$). Emellett az alvás és a kötődés tekintetében nem minden változó volt szignifikáns hatással az alvásminőségre, csak az anya iránt érzett szorongás ($t=3,32$; $p=0,001$), és az apa iránt érzett elkerülés ($t=4,38$; $p<0,001$). Az alváshigiéné esetében ugyanúgy, csak az anya iránt érzett szorongás ($t=-2,02$; $p=0,045$), és az apa iránt érzett elkerülés ($t=-2,36$; $p<0,019$) befolyásolta az alváshigiénét.

Általánosan vizsgálva a kötődést, a legnagyobb mértékű elkerülést és szorongást is a lányok érezték az édesapjukkal szemben, ezzel szemben a legkisebb elkerülést és szorongást a fiúk az édesanyjukkal szemben. A megtapasztalt szülői bánásmód eredményeit tekintve pedig mindkét szülő esetében nagyobb mértékű szerető-törődő viselkedésről számoltak be a fiúk, és gyakoribb korlátozó, illetve túlvédő attitűdről a lányok.

1. Bevezetés

Az alvás, bár gyakran nem gondolunk bele, de életünk egy meghatározó részét képezi, ugyanis közel egyharmadát töltjük vele. Egy olyan folyamat, amely során a szervezet többek között a regenerációra is fókuszál, ezáltal pedig nyilvánvalónak tűnhet az, hogy milyen fontos is a szerepe az egészségmegőrzésben (Adam és Oswald, 1977). Egyre több kutatás is rámutat erre a mai szemmel már általánosan elfogadottnak tűnő tényre, hogy nem csupán az általános jólétet segíti, de az immunrendszer, a kardiovaszkuláris rendszer működését, a mentális egészség és a kognitív teljesítmény fenntartásában is egy fontos befolyásoló tényezőként jelenik meg az alvás (Baranwal és mtsai., 2023).

Az életünkben betöltött szerepe mellett azonban egy rendkívül érzékeny folyamatról is beszélünk, amelyet több tényező összetetten, akár egyidejűleg befolyásolhat. Erre az érzékenységre való tekintettel pedig számos kutatás fókuszában áll. Az alvással foglalkozó kutatások túlnyomó hányada az alvászavarok és a fiziológiai megbetegedések kapcsolatát helyezi a vizsgálatok fókuszába (Hyppa és Kronholm, 1989, Scott és mtsai., 2014), azonban többek között Zohar és munkatársai (2005) is pozitív kapcsolatot feltételeznek a kielégítő alvás és a megfelelően működő pszichoszociális funkciók között. Az általuk leírt kognitív modell is azt a folyamatot vezeti le, amelynek következtében az alváshiány szignifikáns hatással van a kognitív energiát igénylő tevékenységekre és azok pontos végrehajtására, mint például a pszichomotoros cselekvésekre, de emellett csökkentheti az egyén szubjektíven megélt energiaszintjét is.

A pszichoszociális funkciókat többek között olyan tényezők is befolyásolhatják, mint az egyén kötődési stílusa (Adams és mtsai., 2014), vagy a megtapasztalt szülői nevelési stílus (Billows és mtsai., 2009), ezáltal közvetetten befolyásolhatja az egészséget is. A közeli kapcsolataink minősége pedig az életünk több aspektusát is nagymértékben meghatározzák, mint az általános jólét, a fizikai és mentális egészség, de akár az élethosszt is (Hazan és Campa, 2013). Ez alapján pedig nem tekinthető elrugaszkodottnak az az elgondolás sem, hogy már magára az alvásra is hatással lehet.

2. Szakirodalmi áttekintés

2.1. Az alvás

Az alvás alatt egy olyan állapotot értünk, amely többek között a megváltozott tudatossággal, a csökkent érzékelési aktivitással, az önkéntes izomgátlással és a csökkent környezeti kölcsönhatásokkal jellemezhető (Solari, 2015). Az alvás során a test számos olyan fiziológiai folyamaton megy keresztül, amelyek kulcsfontosságú szerepet játszanak az egyén fizikai és mentális regenerációjában, illetve amelyek elengedhetetlenek az olyan funkciók számára, mint a memória konszolidációja, a tanulás, az immunrendszer szabályozása és a jólét biztosítása (Baranwal és mtsai., 2023).

Már az ókorban is mint a lélek aktivitására tekintettek az alvásra, korai megfigyelések ekkor is történtek, de a szisztematikus vizsgálatok és kutatások csak a 19. század utolsó évtizedeiben kezdődtek meg. Az egyik első számottevő felismerést Aserinsky és Kleitman felfedezése hozta meg, az 1950-es években nevezték meg a REM (*rapid eye movement*, gyors szemmozgásos) alvást. Vizsgálataik során azt találták, hogy az alvásnak erre a szakaszára jellemzőek a szemmozgások és az élénk álmotévékenység, ezzel pedig megnyitották az alváskutatás új kapuit (Chokroverty, 2010). Nem sokkal később, az EEG egyre szélesebb körben történő felhasználásának köszönhetően az alvási ciklusnak több szakaszát nevezték meg. Ezentúl nem csak egy REM szakasról, hanem több nem-REM (*non-rapid eye movement*, nem gyors szemmozgásos) alvásszakasról is beszéltek, utóbbinak négy különböző típusát írták le (Halász és Bódizs, 2001). Mind az öt szakasz egyéni, rá jellemző karakterisztikumokkal rendelkezik például hullámhosszát, fiziológiai jellemzőit tekintve. Az alváskutatók ekkor már az alvás vizsgálatának folyamán többek között a szem körüli izmok és a végtagok mozgását, a szívritmust, illetve a légzés mélységét is mérték. Az alvás kezdetén az izmok állapota még nagyrészt az éber állapotéhoz hasonlítanak, de a légzésszám és a szívritmus az elalvással szinte egyidejűleg elkezd csökkenni (Chokroverty, 2010).

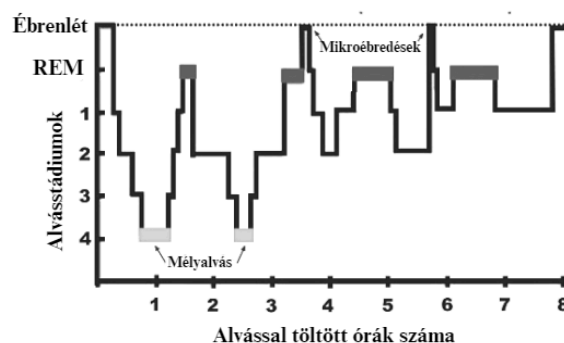
Egy éjszaka folyamán 4-6, átlagosan 90-120 perc hosszú ciklus fordul elő. Az idő előrehaladtával a nem-REM fázisok hossza fokozatosan lecsökken, a REM fázisok hossza azonban fokozatosan megnő. Az egyes fázisok rövid a következőképpen jellemezhetőek Adam és Oswald (1977) leírása alapján:

1. Nem-REM fázis: egy átmenetet képez az éber és az alvó állapot között, ekkor az agyhullámok és az izmok aktivitása fokozatosan lelassul.
2. Nem-REM fázis: ez a könnyű alvás időszaka, amely alatt teljesen abbamarad a szemmozgás, az agyhullámok tovább lelassulnak, a szívritmus is csökken.
3. Nem-REM fázis: rendkívül lassú agyhullámok, a vérnyomás csökkenése, és a légzés lelassulása jellemzi.
4. Nem-REM fázis: ez a legmélyebb alvási fázis, ekkor állítja elő az agy a leglassabb hullámokat. Nincsen szemmozgás, de a végtagizmok továbbra is képesek a mozgásra. Ekkor a legnehezebb felébreszteni valakit.
5. REM fázis: jellemző az erős agyi aktivitás, általában ekkor álmodunk. A mozgatóizmaink pedig átmenetileg lebénulnak. Ebből a fázisból a legkönnyebb felébredni, ez gyakran meg is történik néhány másodpercre az éjszaka folyamán, azonban erre nem feltétlenül emlékszünk reggel.

Az alvási cikluson belül a fázisok sorrendje soha nem változik, a következőképpen alakul: 1 – 2 – 3 – 4 – 3 – 2 – 1 – 5, majd kezdődik is a következő ciklus. A sorrend olyannyira kötött, hogy ha megpróbálunk valakit a kezdeti fázisok egyikében felébreszteni, akkor gyorsan végigjárja a szervezete a további fázisokat (Halász és Bódizs, 2001).

1. Ábra

Az alvás szakaszai és fázisai (Halász és Bódizs, 2001).



Megjegyzés: Az ábra az alábbi forrásból adaptálva: Halász, P. és Bódizs, R., 2001. Az alvás és álmodás idegélettana. *Hippocrates*, 3(3), 169-174

2.1.1. Az alváshigiéné

Mint az már említésre került, az alvás az idegrendszeri fejlődés szempontjából kiemelt fontosságú, ilyenkor történik a napi történések feldolgozása, az elsajátított tartalmak a rövid távú memóriából a hosszú távúba átíródása, és ilyenkor pihennek a szervezet feldolgozó folyamatai is (Adam és Oswald, 1977). Az alváshigiéné azokat az alváshoz kapcsolódó környezeti és viselkedési jelzőket foglalja magába, amelyek jelentős mértékben befolyásolhatják akár pozitív, akár negatív irányba az alvás mennyiségét, minőségét, de az el- és az átalvást is egyaránt (Riedel, 2000).

Az egészségmagatartás magába foglalja mindazon cselekvéseket és szokásokat, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, helyreállításához. Alapvetően az alváshigiéné, mint az egészségmagatartás egy formája, mindenki számára fontos alapelvekből épül fel, azonban az ideális formája személyről személyre változhat. Az alvás időtartama, és minősége például az általános jólét egy indikátora (LeBourgeois és mtsai., 2004). Bódizs (2022) vizsgálatából látható, hogy a felnőtt magyar lakosság átlagosan 8 órát alszik, azonban egyes betegségek jellemzően ettől rövidebb (légzőszervi betegségek) vagy hosszabb (gyomorfekély) alvásidővel járnak együtt. Az alvásidő közepe éjjeli 3 órára tehető, amit viszont jelentősen befolyásolhat az életkor (az idősök korábban alszanak el) és a nem is (a nők korábban alszanak el és kelnek fel) (Bódizs és Horváth, 2021).

A jó alváshigiénés rutin kialakítása szignifikánsan javíthatja az alvásminőséget és hozzájárulhat az általános egészség és jólét megőrzéséhez (Voinescu és Szentagotai – Tatar, 2015). Ezzel szemben a rossz alváshigiéné negatívan befolyásolhatja az alvást, felborítva akár az egyén cirkadián ritmusát is (Martinez és Lenz, 2010). A cirkadián ritmus egy olyan, nagyjából 24 órás ciklus, amelyre a köznyelvben általában biológiai óraként is hivatkoznak. Több folyamat működik e szerint, mint az egyes hormonoknak a kibocsátása, vagy a testhőmérséklet szabályozása, de a legismertebb az alvás és az ébrenlét fázisa. Ennek a folyamatnak az irányítója a melatonin hormon, amely hozzájárul a pihentető alvás biztosításához, amennyiben megfelelő mennyiségben képes a szervezetünk a termelésére (Dewald-Kaufmann és mtsai., 2014). Amennyiben nem termelődik és szabadul fel elegendő melatonin a szervezetünkben, ezzel felborítva az alvás – ébrenlét ciklust, akkor akár alváshiány is kialakulhat, amely hatással van a kognitív funkciókra, mint a memória, a figyelem, és a problémamegoldás, de a hangulatra és az általános jólétre is (Irish és mtsai., 2015). Emellett hosszútávon megemelkedhet a stressz szint, nehezebbé téve a napi

akadályokkal való megküzdést (Riedel, 2000), legyengülhet az immunrendszer, ezzel fogékonyabbá válva a különböző betegségekre, illetve a krónikus betegségeket is súlyosbíthatja (Hyypä és Kronholm, 1989; Bruni és mtsai., 1999). A fáradtság következtében pedig jellemző a meggyengült koordinációs képesség, a lassabb reakcióidő, amik megnövelhetik például a balesetek kockázatát is (Voinescu és Szentagotai-Tatar, 2015).

Bizonyos szokások kialakítása jelentős mértékben javíthatja az alváshigiénét, ezáltal kiegyensúlyozottabbá téve az alvás, és az ébrenlét állapotát is (Irish és mtsai., 2015). Már napközben is célszerű odafigyelni többek között arra, hogy eleget tartózkodjunk a szabad levegőn természetes fényben, vagy hogy ne szunyókáljunk a lefekvéshez közel, ezekkel is szabályozva a cirkadián ritmust. Célszerű lefekvés előtt kerülni a nehéz ételeket és a stimulánsokat, mint a koffein és a nikotin (Dewald-Kaufmann és mtsai., 2014), de az elektromos eszközök kékfénye is lelassítja a melatonin hormon termelését, ezzel nehezítve az elalvást (Baranwal és mtsai., 2023). Emellett fontos a konzisztens rutin kialakítása is, amelybe beletartozik az optimális alvókörnyezet kialakítása is, amely ideálisan egy csendes, sötét, hűvös hely, amelyet nem használunk például tanulásra, munkavégzésre, televíziózásra (Voinescu és Szentagotai-Tatar, 2015).

2.1.2. Az alvásminőség

Az alvásminőség alatt az alvásnak az egyén által megélt szubjektív értékelését értjük. Buysse és munkatársai szerint (1989) az alvást kvalitatív és kvantitatív tulajdonságok mentén jellemezhetjük; kvalitatív tulajdonság például az alvás pihentetősége, és kvantitatív a hossza vagy a látenciája. Az alvásminőség mérése történhet szubjektív önbeszámolókkal vagy alváslaboratóriumban végzett vizsgálatokkal is, bár az önbeszámolón alapuló vizsgálatok egyik nagy előnye, hogy rövid időn belül akár nagy mintán is használható a laboratóriumi vizsgálatokkal szemben, amelyek azon túl, hogy időigényesek, nagy költségeket is vonhatnak maguk után (Dorsey, 1991).

A jó alvásminőség létfontosságú az általános egészség és jólét szempontjából (Buysee és mtsai., 1989). A nem megfelelő alvásminőség többek között nappali fáradtsághoz, koncentrációs nehézségekhez, de akár hangulatzavarokhoz is vezethet. Nem csak az alvás mennyiségéről szól, hanem az alvási élmény mélységéről és az egészség-helyreállító jellegéről is (Gallasch és Gradisar, 2007). Az alvásminőséget többek között befolyásolja a

környezet is. Fontos, hogy mennyire sötét a szobánk, az ágyunkon ülve vagy fekvé dolgozunk, tanulunk, esetleg lefekvés után még telefonozunk-e, vagy televíziót nézünk. Sok esetben, ezek a tevékenységek összefolyhatnak, nehéz őket szétválasztani, főként, ha egyébként is egy térre vannak szűkítve (Solari, 2015).

Az alváskörnyezet mellett az alvásminőség meghatározásában az életmód is jelentős szerepet játszik (Nelson és mtsai., 2022). Kirmil-Gray és munkatársai (1984) vizsgálatában a jó és a rossz alvásminőséggel rendelkezők alvási szokásaiban és környezetében csak néhány különbséget találtak. Többek között az ágyban történő olvasás, tanulás, televízió nézés, és zenehallgatás nem volt gyakoribb a “rosszul alvóknál”, mint a “jól alvóknál”. Azonban a “rosszul alvók” több koffeintartalmú italról számoltak be a nap folyamán, illetve inkább érezték magukat feszültnek, ingerlékenynek, kevésbé energikusnak, és több negatív jelzőt használtak önmaguk leírására is, ami negatív önképre is utalhat. Lee és munkatársai (2021) kutatásában a rossz minőségű alvásról beszámolók egyúttal fokozott fáradtságról, szorongásról és depressziós tünetekről is gyakrabban számoltak be. A rossz alvásminőség és a depresszió, szorongás tüneteinek egyidejű fellépése és hosszú távú fennmaradása akár az életminőség csökkenéséhez is vezethet. Emellett a szerzők leírták, hogy a nemünk is hozzájárulhat az alvásminőségünkhöz, ennek feltételezett okai többek között a férfiak és a nők közötti eltérés a cirkadián ritmust szabályozó génekben, a légzésszabályozásban, és a nemi hormonok hatásában.

2.1.3. Az alvászavarok

Alvászavarról akkor beszélhetünk, amikor az alvási folyamat zavarára utaló tünetek mellett a napközbeni teljesítmény deficittünetei is megjelennek, mint a kimerültség, a fáradékonyság, a kognitív deficittünetek, az affektív jelenségek. Emellett a tünetek legalább egy hónapja fennállnak és az egyén mindennapi életminőségét rontják, a teljesítőképességét nagymértékben csökkentik (Posner és Gehrman, 2010). Az alvászavarok befolyásolhatják az alvás mintázatát, minőségét és terjedelmét. Az alvászavarok legtöbbször elalvási – átalvási zavarként, illetve korai ébredésként, vagy ezek kombinációjaként jelentkeznek. Azonban ezek mellett léteznek speciális alvászavarok is, mint például a narkolepszia (hirtelen, rohamokban jelentkező, váratlan álomba merülés a nap különböző időszakaiban), vagy a szomnambulizmus (alvajárás) (Hauri, 2021).

A nehezített alvás, az álmatlanság, az inszomnia, míg a fokozott alvástevékenység a hiperszomnia. Nagyon gyakori mindkét jelenség egyszerre történő megjelenése az alvászavarral élő egyénnél. Ez nem meglepő, hiszen aki az éjszaka folyamán nem képes megfelelően kipihenni magát, az napközben általában fáradékonyabb, és gyakran a nappali órákban alszik, ezzel igyekezve pótolni a kiesett pihenést (Baranwal és mtsai., 2023). Az alvászavarok többféle módon csoportosíthatóak, például életkori sajátosságok, tünettan, vagy kiváltó okok szerint, az orvosi gyakorlatban is használt felosztás alapján két fő csoportra bonthatóak fel a leggyakrabban előforduló alvászavarok (Chokroverty, 2010):

- *Disszomniák*: inszomnia, hiperszomnia, narkolepszia, légzéssel kapcsolatos alvási zavar, alvási apnoe, cirkadián ritmuszavar
- *Paraszomniák*: lidérces álom, alvási rémület, alvajárás

2.2. A kötődés

Az ember szociális viselkedésére, a személyiségfejlődésre meghatározó hatást gyakorolnak a gyermekkori kötődések, elsősorban az anyához (vagy más stabil, őt helyettesítő személyhez) való kötődés (Merei és Binét, 2006). Maga a szó, valamennyi meghatározása szerint, érzelmi kapcsolatot jelent. A kötődés fő motívumai a bizalom, a ragaszkodás, és a szeretet. A bizalom teremti meg az alapot a társas kapcsolatok működéséhez, a kialakulásához azonban feltétlen bizalomra van szükség, azaz arra a bizonyosságra, hogy a másakra bármilyen helyzetben, bármilyen körülmények között számítani lehet. A bizalom egyidejűleg egyfajta kiszolgáltatottságot, és védtelenséget is hordoz magában (Hazan és Campa, 2013).

2.2.1. A kötődésemélet

A kötődésemélet (Bowlby, 1969) egy olyan gondolkodási keretet ad a kötődés leírására, amely segítségével megmagyarázhatóak a különböző helyzetekhez való alkalmazkodásban megmutatkozó egyéni különbségek. Az egyik kulcsmotívuma szerint a biztonság élményének korai megtapasztalása mentén kiépül a gyermekben egy modell, amely a későbbi kapcsolatainak is az alapját biztosítja (Vajda és Kósa, 2005). A kötődési rendszernek három funkciója van: egyszerre fontos a lehetőség a közelség keresésére

stresszhelyzetben; a biztonságos menedékbe való visszavonulásra, és a biztonságos bázis léte, ahonnan elindulhat az autonómia kialakulásának útján (Bowlby, 1969).

Bowlby (1969) elgondolása szerint velünk születik a késztetés a kötődésre és ennek megfelelő a csecsemő viselkedési repertoárja is, mint például a sírás, vagy a nevetés. Ezek mind olyan viselkedések, amelyek biztosítják a közelséget és a kapcsolatot az anyával vagy az elsődleges gondozóval. Hangsúlyozta az anya válaszkészségének fontosságát is, mivel a gyermek kontaktuskereső viselkedése a kettejük között zajló párbeszédnek csupán az egyik oldala, és kizárólag a megfelelő válasz adásának esetén alakulhat ki a biztonságos kötődés. Feltételezte azt is, hogy az ember esetében is létezik egy olyan szenzitív periódus, amelynek ideje alatt ki kell alakulnia a kötődésnek, melynek három különböző mintázatát írta le:

- *Biztonságos kötődés:* a gyermekek, akik az anya jelenlétében aktívan explorálnak, sokat kommunikálnak, az ismeretlen helyzetekkel, személyekkel viszont kezdetben tartózkodóak.
- *Szorongó – elkerülő kötődés:* azok a gyermekek, akik kevés figyelmet fordítanak az anyjukra, amikor Ő is jelen van. Ha nyugtalanok, akkor az idegen ugyanolyan jól képes megnyugtatni őket, mint az anyjuk.
- *Szorongó – ambivalens kötődés:* a gyermekek, akik egyszerre keresik és kerülnek is a fizikai kapcsolatot az anyával. Például sírnak azért, hogy felvegye, majd eztután fészkelődnek, hogy rakják le őket.

Később elkülönítettek egy negyedik kategóriát is azoknak a gyerekeknek a leírására, akik az egyik előbb felsorolt csoportba sem voltak beilleszthetők, ők a *zavart / dezorganizált kötődésűek*. Jellemző rájuk az ellentmondásos és inkonzisztens viselkedés, például egyesek elindulnak az anyjuk felé, majd amikor odaérnek hozzá, akkor megijedve elfordulnak tőle. Mások dezorientáltak, lehangoltak vagy akár érzelem nélkülinek is tűnhetnek (Hazan és Campa, 2013). Vizsgálatok bizonyították, hogy a biztonságos kötődés ritkábban jár együtt alkalmazkodási, viselkedési problémákkal és pozitív kapcsolatban áll a nagyobb fokú rezilienciával és a kisebb mértékű magányosság érzésével (Billows és mtsai., 2009). Az iskolai és a társas kompetenciák szempontjából pedig kapcsolatba hozható az iskolai, a szocio-emocionális kompetencia, az empátia és az iskolai feladatokból eredő frusztrációval szembeni jobb alkalmazkodással, az érzelmi szabályozással és a rezilienciával. (Brand és

mtsai, 2009). Ezzel szemben, Dewald-Kaufmann és munkatársai (2014) leírása alapján a nem-biztonságos kötődés összefügg a stresszválasz szabályozásának diszfunkciójával, a fokozott figyelmi állapottal, a stresszel szembeni sérülékenységgel.

2.2.2. További elgondolások a kötődésről

Már Bowlby is úgy gondolta, hogy a kötődés az emberi természetnek egy olyan jellemzője, amely az egész életen át meghatározza a cselekedeteinket. Sokáig a kutatások középpontjában csak a korai, anya-csecsemő kötődés volt, arányaiban kevés vizsgálat irányult az apa-gyermek kötődés megismerésére és leírására (Hazan és Campa, 2013). A gyermeknek mindkét szülőhöz való kötődése lehet azonos, vagy különböző. Ez abból a szempontból fontos, mert az édesanyák és az édesapák különböző szerepet töltenek be a gyermek életében. Például, az anyához való kötődés jelentős szerepet tölt be a pozitív és a negatív érzelmek megértésben, integrálásában, melyek a kötődés biztonságos menedék funkciójához kapcsolhatóak. Ezzel szemben, az apával való kötődés úgy tűnik, hogy jelentős szerepet játszik abban, ahogy a gyermek felfedezi környezetét, amely a biztonságos bázis funkciójával hozható párhuzamba (Paquette, 2004).

A kötődés fő tárgyai az élet során nem állandóak, idővel fokozatosan megváltoznak. Az elsődleges gondozó szerepét először a gyermeket körülvevő kortársak veszik át, majd a partner(ek). Tehát a kötődési rendszer először az anya és a gyermek között végbemenő interakcióban aktiválódik, majd az éréssel, illetve a gyermek szociális kapcsolatainak kibővülésével a kortárs kapcsolatok finomítják, sőt akár teljes mértékben át is formálhatják a korábban kialakult belső munkamodellt (Jantek és Vargha, 2016). A korai elméletek leírói három eltérő típust különítettek el a kötődési viselkedések kapcsán, majd később a három kategóriát bővítette ki oly módon Bartholomew és Horowitz (1991), hogy megnevezték az elkerülő típus két formáját, a félelemtelit és elutasítót, szerintük minden személy elhelyezhető két dimenzió mentén a kötődési típusa alapján, ez az *én és a másik modellje*.

1. Táblázat

Bartholomew és Horowitz (1991) kötődési modellje.

		Énkép (szorongás)	
		Pozitív (alacsony)	Negatív (magas)
Másikról alkotott kép (elkerülés)	Pozitív (alacsony)	<i>biztonságos</i>	<i>elárasztott</i>
	Negatív (magas)	<i>elutasító elkerülő</i>	<i>félelemteli elkerülő</i>

A szorongás és elkerülés tengelyeken adott értékek kombinációjaként is lehet tekinteni a négy kötődési típusra. Szorongás tekintetében alacsony értékekkel rendelkeznek a biztonságosan kötődők és az elutasító elkerülők is, az utóbbi mivel magasabban van az ingerküszöbük. Magas szorongásszint jellemzi viszont az elárasztott és a félelemteli elkerülő kötődésűeket. Az elkerülés dimenziója a fontos másiktól való távolságot jeleníti meg. Tehát alacsony értékekkel jellemezhetőek a biztonságos, és az elárasztott kötődésű személyek, míg az elutasító és félelemteli elkerülőkre éppen az ellenkezője igaz (Fraley és mtai., 2000). Az elkerülés magasabb foka együtt jár az alacsonyabb mértékű önfeltárással, a közelségtől való félelemmel, és a bizalom kisebb mértékével (Collins, 1996).

2.3. A szülői nevelési attitűdök

A szülők nevelési attitűdjei meghatározóak a gyermek személyiségfejlődését tekintve, a kötődéshez hasonlóan ennek kapcsán is kialakul egy olyan belső munkamodell, amely szerint az élete folyamán szervezni fogja a cselekedeteit, kapcsolatait (Vajda és Kósa, 2005).

Becker szülői attitűdökről felállított modellje (1964) az érzelmi és kontroll dimenziók mentén írja le a szülők nevelési magatartását. A meleg szülői magatartás a gyermeket elfogadja, támogatja, megértően viselkedik vele, míg a hideg magatartás ennek az ellentéte (Ranschburg, 2002). Becker a szeretetet a büntetés módjával kapcsolja össze, az elfogadó szülők dicsérettel, magyarázattal formálják a viselkedést, tehát nem a személyiségét, hanem a viselkedését értékelik. Ezzel szemben az elutasító szülők jellemzően hatalmat hangsúlyozó büntetési módokat alkalmaznak, mint a fizikális büntetés (Vajda és Kósa, 2005).

Becker modellje alapján a szülői attitűd hatása a gyermek személyiségfejlődésére (Vajda és Kósa, 2005).

	<i>Szerető, elfogadó (meleg) szülő</i>	<i>Elutasító, rideg (hideg) szülő</i>
<i>Sok szabályt állító, kontrolláló</i>	Szabály- és tekintélytisztelő, konformista, kevésbé kreatív	Szorongó, neurotikus hajlam, szuicid veszély
<i>Kevés szabályt állító, engedékeny</i>	Nonkonformista, kreatív, kezdeményező	Nyílt agresszió, antiszociális viselkedés

Megjegyzés: Az ábra az alábbi forrásból adaptálva: Vajda, Z., és Kósa, É. (2005). Neveléslélektan. Osiris. (pp 119-120.)

A kontroll dimenzió ezzel szemben azt hivatott leírni, hogy a szülők mennyire szorítják korlátok közé a gyermek szabadságát, milyen és mennyi szabályt állítanak fel a viselkedésének szabályozására. A dimenzió engedékeny végpontja olyan szülői magatartást ír le, amelyik szabad utat ad a viselkedésnek, míg a korlátozó végponthoz közel álló szülő fékezi a gyerek viselkedését, merev rendszabályokat állít fel elé (Ranschburg, 2002; Vajda és Kósa, 2005).

2.3.1. Schaefer Szülői Nevelési Attitűdök Modellje

Schaefer (1965) dolgozta ki a szülői nevelői attitűdök cirkumplex modelljét, amiben Beckerhez hasonlóan ő is két dimenzió mentén csoportosított, ezek az ő esetében a kontroll és az érzelmi kapcsolat jellege, amik alapján négy nevelési stílust írt le:

- *Meleg-engedékeny nevelési stílus:* a gyermek személyiségfejlődésére ez mutatkozik a legkedvezőbbnek. A szülő figyelembe veszi a gyermek igényeit, szeretetteljesen fordul felé de mindeközben mégsem fojtja meg túlzott féltéssel. Bár megkívánja a szabályok pontos betartását, de azok nem merevek, az engedékenység elegendő szabad teret ad az autonómiának.
- *Meleg-korlátozó nevelési stílus:* ez a viselkedést nagymértékben szabályozó nevelés, amely az önállóság kialakulását is ellehetetleníti, de ezzel egyszerre túlságosan szerető is a szülő. Mivel a gyermek a korlátozással szembeni érzéseit nyíltan nem élheti meg a szülői tiltás miatt, ezért azt befelé irányítja, ami szorongás kialakulásához is vezethet (Ranschburg és mtsai., 1984).

- *Hideg-engedékeny nevelési stílus:* ez esetben a szülő nem elégíti ki a gyermeke függőségi igényét. Jellemző erre a nevelési stílusra a nyílt ellenszenv, és a gyermekkel nem törődés. A szülővel szemben érzett agresszióját a gyermek a környezete irányában képes kifejezni, amely a későbbiekben viselkedészavarba vagy antiszociális magatartásba is torkollhat.
- *Hideg-korlátozó nevelési stílus:* jellemzőek a szülő részéről a kötődés elutasítása, amely rejtetten, túlzott korlátozások formájában jelenik meg. Ez egy kifejezhetetlen agressziót vált ki a gyermekből, úgy érzi, el kell fojtania azt. Ez a magatartás belső, lelki konfliktusokat eredményezhet, az agresszióját akár önmaga ellen fordíthatja, ezzel veszélyeztetve a testi és lelki egészségét (Ranschburg, 2002).

2.4. A szülői nevelési attitűdök és a kötődés kapcsolata

A közvetlen család jelentős szerepet tölt be a serdülők pszichológiai és szociális fejlődésében, illetve az identitásuk kialakításában és megerősítésében, tehát elmondható, hogy fontos szerepe van a szülői nevelési attitűdöknek a gyermekek életében. A diszfunkcionális családi légkör, a helytelen nevelési módszerek és attitűdök, melyek lehetnek túlzottan kontrollálóak, engedékenyek vagy elhanyagolók, a serdülőkorban megélt nehézségeket akár problémás viselkedés irányába is terelhetik (Kaya és Öz, 2020). McKinney és munkatársai (2011) szerint a szülői nevelési attitűdök oly módon is befolyásolhatják a gyermekek személyiségét, miszerint a legalább egy korlátozó szülő által nevelt serdülők jobb alkalmazkodóképességgel rendelkeznek, mint azok, akiknek nincsen ilyen típusú szülője. Emellett a korlátozóbb nevelés összefüggést mutat a magas önregulációs szinttel, a jobb iskolai teljesítménnyel és tanulási készségekkel, valamint a kevesebb kockázatos viselkedések megjelenésével a gyermekek esetében. Az engedékeny nevelési stílus közvetlenül hatással van a kontroll folyamatokra, közvetetten pedig az alkohol-, drogfogyasztást is befolyásolhatja Liu és mtsai. (2019). Wood és munkatársai (2003) szerint az elhanyagolás és a gyenge szülő-gyermek kapcsolat gyermekkori megtapasztalása kulcsfontosságú lehet az addiktív zavarokra való hajlam tekintetében is. Azoknál a gyerekeknél, akik a szüleiket elhanyagolóként ítélték meg, nagyobb valószínűséggel jelent meg szerhasználat, illetve erőszakos viselkedés (Zeinali és mtsai., 2011).

Emellett Hoenicka és munkatársai (2022) a felnőttkori kötődés és a szülői bánásmód vizsgálata során azt találták, hogy a leggyakoribb felnőtt kötődési stílus a biztonságos volt, ezt követte az elutasító-elkerülő, a szorongó, és a félelemteli elkerülő. Kutatásukban japán, spanyol és olasz felnőttek vettek részt, a nem-biztonságos kötődési stílusok közül a japánok esetében az elutasító-elkerülő, az olaszok és a spanyolok esetében a szorongó kötődés volt a leggyakoribb. A szülői attitűdök tekintetében a japánok nagyobb mértékben számoltak be túlvédő magatartásról, ami a közeli kapcsolataik szintjén a nagyobb mértékű elkerüléssel kapcsolható össze. Ezzel szemben a spanyolok nagyobb mértékű függetlenségről számoltak be, ami a felnőttkori kapcsolatokban a kisebb elkerüléssel függött össze, az olasz mintában pedig nem találtak szignifikáns kapcsolatot a felnőttkori kötődés és a megtapasztalt szülői bánásmód között.

2.5. A serdülők alvási szokásai

Az életkor egy fontos befolyásoló tényező az ideális alvásmennyiség meghatározásában. Míg egy újszülött 14-18, egy csecsemő 12-14, egy iskoláskorú 11-12 órát alszik, addig a felnőttek általánosan 7-8 órát töltenek alvással, fokozatosan csökken az alvásidő a kor előrehaladtával (Solari, 2015). A serdülőkor pedig egy olyan kritikus időszak az életben, amelyet egyidejűleg több kognitív, fizikai, érzelmi és szociokulturális változás is jellemez. Az ebben az időszakban kialakult egészségügyi szokások pedig akár hosszantartó hatással lehetnek az egyén jólétére egész életében, fontos szerepe van annak, hogy már ebben a korban ki legyen alakulva a megfelelő egészségmagatartással kapcsolatos szokások, és az szokássá váljon (Carskadon és mtsai., 2006).

A konzisztens cirkadián ritmus az egyik legmeghatározóbb tényező az adekvát alvásidő biztosításában. Azok, akik hasonló időben alszanak el és kelnek fel, mind hétközben, mind hétvégén, jobb lehet az alvásminőségük és kisebb eséllyel élhetnek meg alváshiányt, vagy alvásmegvonást (Noland és mtsai., 2009). A serdülők cirkadián alvás-ébrenlét ciklusa azonban két-három órával el van tolódva a felnőttekéhez képest, és az alvási ritmusuk sok esetben eltér a tanítási és a tanítás nélküli napokon. A korai iskolakezdés is ütközik a cirkadián ritmus eltolódásával, ami a hét folyamán rövidebb alvást eredményezhet. A hétvégék során viszont a serdülők hajlamosabbak későbbi időpontban elaludni, mint hétköznapi és tovább is aludni reggel (Garipey és mtsai., 2020). Ennek köszönhetően a serdülők gyakran rossz cirkadián ritmus szerint alszanak, ami növelheti a

hangulatszabályozási- vagy akár a tanulási nehézségek megjelenését is, de balesetek és sérülések esélyét is növeli (Carskadon és mtsai., 2006)

Az iskolai feladatok, beadandók mennyisége is megnövekszik az általános iskolaihoz képest, ami az elektronikai eszközök használatával kézenfogva tovább késlelteti az elalvási időt. A rossz alvási minták az európai és az észak-amerikai serdülők mintegy 30-70%-át érintik (Garipey és mtsai., 2020). Ide tartozik az elégtelen, a nem pihentető, a megszakított vagy a rosszul időzített alvás, de a serdülők legalább egynegyede este nehezen alszik el és napközben is fáradtnak érzi magát (Solari, 2015). Buxton és munkatársai (2015) a megfelelő alvásminőség és alvásidő esetében védőfaktorként jelennek meg a jól körülhatárolt szabályok az alváshigiénével kapcsolatban, mint például a limitált koffeinfogyasztás. Ezzel szemben nagyobb valószínűséggel jelentkezett alváshiány az olyan esetekben, ahol mind a szülők és a gyermekek elektronikai eszközöket használtak a közvetlenül lefekvés előtt, emellett a depressziós tünetek megjelenését is elősegítheti a kialvatlanság (Tóth és Lukács, 2020)

Magyarországi mintán vizsgálva, a 2022-es HBSC (*Health Behaviour of School-Aged Children*) jelentés (Németh, 2023) szerint a serdülők átlagos alvás ideje hétköznapokon 7.59 óra, hétvégén pedig 9.64 óra. A vizsgált mintában a tanulóknak csupán a fele számolt be minimum nyolc óra alvásról a hétköznapok folyamán, de nem tanítási napok esetében többségük (89%) aludt legalább ennyit. Átlagosan 22.38-kor fekszenek le hétköznapokon, míg hétvégén majdnem egy órával később, 23:44-kor. Átlagosan 6:12-kor kelnek hétköznapokon, hétvégén pedig 9:23-kor.

3. Téma– és kérdésfelvetés

3.1. Témafelvetés

A kutatás középpontjában az alvás áll, az alvásminőségre és az alváshigiénére helyezve a hangsúlyt, és amelyek kapcsolatát vizsgáljuk a megtapasztalt szülői bánásmóddal és a kötődéssel, a 14 és 19 és közötti korosztályban. A kutatás ezen felül törekszik pótolni a hiányos kutatásokat a témában, mert bár a külföldi kutatók (Brand, 2009; Schwichtenberg és mtsai., 2013) próbát tettek a kötődés és az alvásminőség közötti kapcsolat feltárásával a különböző korosztályokban, hasonlóan átfogó vizsgálat a legjobb tudomásunk szerint nem történt hazai viszonylatban, főként nem a serdülőket a középpontba helyezve.

Mint a szakirodalmi áttekintésben is olvashattuk, a kielégítő alvás elengedhetetlennek bizonyul a megfelelő kognitív, érzelmi, és viselkedési funkciókhoz. Az elégtelen alvással kapcsolatosan felmerülő problémák pedig kifejezettebbek lehetnek a serdülőkorban, ami egyébként is jelentős fiziológiai, pszichológiai, és szociokulturális változások időszaka. A szülői nevelési stílus pedig szorosan összefügg a serdülők pszichológiai jólétével, kiemelten kapcsolódik a támogatás mértéke a serdülők alvási mintázataihoz (Brand, 2009). Néhány tanulmány (Waters és mtsai., 2003; Weinfield és mtsai., 2003; Schwichtenberg és mtsai., 2013) a csecsemők és kisgyermekek körében azt találta, hogy a kötődési stílus és az alvás kölcsönösen hatást gyakorolhatnak egymásra. Szerintük azok a gyermekek, akik szorongó-ambivalens kötődéssel rendelkeznek, nagyobb kockázatnak vannak kitéve rosszabb alvásminőség szempontjából. Emellett felvetik, hogy akik elkerülő kötődéssel rendelkeznek, kevésbé hajlamosak az alvászavarokra. Jelenleg azonban arról nincsen egyértelmű álláspont, hogy miként befolyásolja egymást az alvás és a kötődési rendszerek az élet későbbi szakaszaiban. Emellett Adams (2014) leírása alapján 12-18 év közötti gyermekek kötődési stílusának és alvásának vizsgálatára külföldi viszonylatban sem folytak még átfogó kutatások.

3.2. Hipotézisek

A kutatás során a következő hipotézisek kerültek megfogalmazásra:

H1: A rossz alváshigiéné (alacsony ASHS pontszám) együtt jár a rossz alvásminőséggel (magas PSQI-HUN pontszám).

H2: Az alváshigiéné az életkor előrehaladtával javuló tendenciát mutat.

H3: A jobb alváshatékonyság együtt jár a kisebb mértékű nappali diszfunkcióval.

H4: Az alváshigiéné hatással van a nappali diszfunkciók megjelenésére.

H5: Korlátozóbb szülői bánásmód együtt jár a jobb alváshigiénével, és jobb alvásminőséggel.

H6: A túlvédő és a korlátozó szülői bánásmódot megtapasztaltak rosszabb alváminőségről számolnak be, mint a szerető szülői bánásmódot megtapasztaltak.

H7: A szülővel szemben érzett szorongás és elkerülés hatással van az alvásminőségre, és az alváshigiénére.

4. A vizsgálat

4.1. A minta

A vizsgálat kezdete előtt két fő esetében a szülők nem járultak hozzá gyermekük részvételéhez, egy fő esetében bár a szülők hozzájárultak, de Ő megtagadta a részvételt. A teljes mintát 147 fő alkotta, mivel kizárásra öt fő, ugyanis inadekvát válaszokat adtak.

A vizsgálatban résztvevők 14 és 19 éves kor között voltak, az átlagos életkor 16.1 év volt. A nemek megoszlása szerint 53 fiú (36.1%), 89 lány (60.5%) és 5 egyéb (3.4%) nemű személy volt, a lakhelyük szerint 49-en faluban, 51-en városban, 47-en vármegyeszékhelyen élnek. Lakhatásuk szempontjából mindkét biológiai szülővel 104-en, csak az egyik biológiai szülővel 30-an, míg az egyik biológiai szülővel és egy nevelőszülővel 11-en élnek, egy fő a nagynénjét, egy pedig kollégiumot jelölt meg mint lakóhely.

4.2. Módszer

4.2.1. A vizsgálat menete

A vizsgálatot a Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Karának Pszichológiai Intézetének Kutatásetikai Bizottsága engedélyével végeztük el, a kutatásetikai engedély száma: UD – IP – 2023/22.

Először felvettük a kapcsolatot a kiválasztott intézmény igazgatójával, akit tájékoztattunk a vizsgálatról, és az engedélyét kértük a kutatás elvégzéséhez az iskolában. A vizsgálat helyszínéül szolgáló intézményben tanuló diákok közül lettek véletlenszerűen kiválasztva a résztvevők a 14 és 19 éves korosztályból. Ezt követően a gyermekek szülei az iskolán keresztül kaptak egy tájékoztatót és egy passzív beleegyező nyilatkozatot (*1. Melléklet*), amelyen nyilatkozni tudtak arról, hogy hozzájárulnak-e a gyermekük részvételéhez a vizsgálatban.

A kérdőíveket személyesen vettük fel az intézményben tanórai keretek között. A kitöltés előtt a diákokat is tájékoztattuk szóban és írásban (*2. Melléklet*) mind a vizsgálatról, annak céljáról, a részvétel feltételeiről, majd ezt követően az alábbi, öt kérdéssorból álló kérdőívcsomagot töltötték ki, maga a kitöltés nagyjából 15–20 percet vett igénybe:

- *Demográfiai Kérdőív*
- *Adolescent Sleep Hygiene Scale (ASHS)*
- *Pittsburgh Alvásminőség Skála (Pittsburgh Sleep Quality Scale, PSQI-HUN)*
- *Közvetlen Kapcsolatok Élményei – Kapcsolati Struktúrák Kötődési Kérdőív* (Experiences in Close Relationships – Relationship Structures, ECR-RS)
- *Szülői Bánásmód Kérdőív* (Parental Behaviour Index, H-PBI)

4.2.2. Vizsgálati eszközök

Demográfiai Kérdőív. Ez az öt kérdésből álló kérdőív (3. sz. melléklet) kitér a kutatás szempontjából fontos demográfiai adatokra, amelyekre a kérdőívecsomag többi skálája nem, ilyen a résztvevők kora, a lakhelye, illetve a vele egy háztartásban élő személyek.

Adolescent Sleep Hygiene Scale (ASHS). A skálát az alváshigiéné olyan aspektusainak vizsgálatára készítették, amelyek a 12 év feletti serdülők alvásának minőségét és mennyiségét befolyásolhatják (Storfer-Isser és mtsai, 2013), és az elmúlt 30 napra vonatkoznak a kérdések. Az ASHS 32 iteme közül 4 kvalitatív, melyek a hétköznapi és hétvégi ébredési és elalvási időre kérdeznak rá, 28 kvantitatív, melyek 8 alfaktorba csoportosíthatóak: *fiziológiai*- (“Lefekvéskor fáj a hasam.”), *viselkedéses*- (“Lefekvéskor olyan dolgokat csinálok, amelyek ébren tartanak.”), *kognitív/emocionális tényezők* (“Lefekvéskor zaklatottnak érzem magam.”), *az alváskörnyezet* (“Úgy alszok el, hogy közben TV-t nézek.”), *az alvásstabilitás* (“Hétvégéken több, mint egy órával tovább maradok fent, mint a szokásos lefekvési időm.”), *a nappali alvás* (“Napközben egy óránál többet szoktam aludni.”), *a szerhasználat* (“Este 6 óra után dohányzok vagy dohányterméket fogyasztok.”), és *a lefekvési rutin* (“Én nekem van egy esti rutinom.”) (LeBourgeois és mtsai., 2005). A válaszlehetőségeket a kitöltők egy hat fokú Likert-skálán pontozzák (1: Soha – 6: Mindig). Az adott faktorhoz tartozó itemekre adott pontok átlaga adja a faktorok pontszámát, míg a faktorpontok összege adja az összpontszámot, amely egy átfogó képet ad az alváshigiénéről. A magasabb pontszámok mind a faktorok, mind az összpontszám esetében azt jelzik, hogy jobb eredményeket értek el az alváshigiéné ezen aspektusaiban. Mivel magyar nyelven az ASHS nem elérhető, így a vizsgálat megkezdése előtt megtörtént a skála lefordítása az eredeti angol nyelvről, az eredeti és a magyar nyelvű változatot a 4. és 5. Mellékletek tartalmazzák.

Pittsburgh Alvásminőség Index (PSQI-HUN). A kérdőív a szubjektív alvásminőség mérésére alkalmas az elmúlt 30 napra vonatkoztatva. Eredetileg klinikai populációban történő

felhasználásra tervezték Buysse és munkatársai (1989) a Pittsburghi Egyetemen, ahol szerzői jogok védelme alatt áll, ezért a vizsgálat kezdete előtt kérvényeztem a felhasználást, majd továbbították a magyar nyelvű adaptációt (Takács és mtsai., 2016). A szubjektív alvásminőség fontos mutató a pszichiátriai zavarokban szenvedő betegeknél, ugyanis a zavarok gyakran társulhatnak alvászavarokkal is. A kérdőív 19 iteme hét faktorba csoportosítható: *szubjektív alvásminőség, elalvási idő, alvásidő, alváshatékonyság, alvászavarok, altatószerhasználat és nappali diszfunkció*. A kitöltő minden állítást egy 0-3 skálán értékel (nem fordult elő; kevesebb, mint hetente egyszer; hetente egyszer-kétszer; hetente több, mint háromszor), emellett öt további kérdéssel is kiegészül a kérdőív, amelyben a válaszadó a lakótársának megítélése szerint értékeli az alvását, azonban ezek nem kerülnek a pontozásra.

Közvetlen kapcsolatok élményei – kapcsolati struktúrák kötődési kérdőív (ECR-RS). A kérdőív alkalmas egy-egy közeli személyhez fűződő kötődés vizsgálatára, a jelen vizsgálatban az édesanyára és az édesapára vonatkozóan lettek megjelenítve az állítások. Az ECR (*Experiences in Close Relationships*, Brennan és mtsai., 1998) kérdőív átdolgozott változata az ECR-R (Fraley és mtsai., 2000), melynek egy tovább adaptált verziója az ECR-RS, a Fraley és munkatársai (2011) általi átdolgozásnak köszönhetően már nem csak a romantikus felnőttkori kötődés mérésére használható fel, hanem átfogóan, több típusú kötődés vizsgálatára is (barát, rokon). Magyar nyelvre Jantek és munkatársai (2016) fordították le és adaptálták, a kérdőív a 6. *Mellékletben* található.. A kérdőív két faktora a *szorongás* (“Félek, hogy esetleg elfordul tőlem.”) és az *elkerülés* (“Nem szívesen nyílok meg neki.”), amelyek mentén négy kötődési stílust nevez meg, ezek megegyeznek Bartholomew és Horowitz (1991) kötődési modelljével, amelyről a szakirodalmi áttekintés “Kötődés” részében esett szó.

Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI). A PBI (Parker és mtsai., 1979) eredetileg Schaefer két dimenzióját használja fel a gyermekkori szülői bánásmód percepciójának felmérésére az első 16 életévre vonatkozóan. A 25 itemből álló kérdőív eredetileg két alkálával rendelkezik, ezek a szeretet-törődés (“care”) és a túlvédés, de a magyar nyelvű adaptációban (Tóth és Gervai, 1999) a kontrollálás két külön faktorrá vált szét (túlvédés és korlátozás). Így tehát egy háromfaktoros modell alapján a szülőket három kategória mentén sorolja be: *szeretet-törődés* (“Meg tudott vigasztalni, ha valami bántott”), *korlátozás* (“Hagyta, hogy úgy öltözködjem, ahogy nekem tetszik”), *túlvédés* (“Mindent tudni akart a magánügyeimről.”), a teljes kérdőív a 7. *Mellékletben* olvasható.

4.2.3. Alkalmazott statisztikai módszerek

Cronbach-féle alfa. Megbízhatóságvizsgálatra használható mutató, egy skála belső konzisztenciáját fejezi ki egy 0 és 1 közötti értékkel. A Cronbach α értéke 0,70-0,85 között elfogadható, de a gyakorlatban 0,6 felett is elfogadható (Vargha, 2019). Az ASHS (32 item, $\alpha=0,65$), és PSQI-HUN (19 item, $\alpha=0,69$) skálák megbízhatósága megfelelőnek bizonyult.

K-középpontú klaszteranalízis. A klaszteranalízis az adatok csoportosítását jelenti, a kialakított csoportok a klaszterek. Számos eljárás egyike a K-középpontú, a klaszterközéppontok a változók átlagait tükrözik (Tibshirani és mtsai., 2001).

Normalitásvizsgálat. A normális eloszlás egy valószínűségi függvény, megmutatja, hogyan oszlanak meg egy változó értékei, vizsgálata során végezhető Kolmogorov-Smirnov vagy Shapiro-Wilk teszt. Ha a teszt eredménye nem szignifikáns ($p>0,05$), akkor a változó normál eloszlású. Paraméteres eljárások csak normál eloszlású változók esetén használhatóak, nem normális eloszlás esetén nemparaméteres eljárások alkalmazandók (Vargha, 2000).

Varianciaanalízis. Két vagy több skála várható értékének összehasonlítására használható, azt vizsgálja, van-e különbség két vagy több csoport átlaga között. A varianciaanalízis feltételei, hogy a minták függetlenek, és normális eloszlásúak legyenek és a minták azonos varianciájú populációból származzanak. (Vargha, 2000)

Egyszerű és többszörös lineáris regresszió. A lineáris regresszió egy paraméteres regressziós modell, amely egy vagy több független változó hatását vizsgálja egy függő változóra. A többváltozós lineáris regresszió előfeltételei a multikollinearitás, a megfigyelések függetlensége és az, hogy független változók nem korrelálhatnak egymással. (Vargha, 2019)

Kruskal-Wallis próba. Egy olyan nemparaméteres eljárás, amely kettőnél több független minta egy szempont szerinti vizsgálata során használható, a nullhipotézis szerint több csoport mediánjai egyenlőek egymással (Vargha, 2000).

Spearman-féle rangkorreláció. Egy nemparaméteres eljárás, ami azt mutatja meg, milyen mértékben határozza meg az egyik változó nagysága a másik változó nagyságát. Nullhipotézise, hogy a változók között nincsen kapcsolat, mérőszáma a korrelációs együttható (r), az értéke - 1 és + 1 közötti lehet. Minél közelebb van a két szélső értékhez, annál erősebb az összefüggés, a nullához közeli érték az összefüggés hiányát jelenti (Vargha, 2000).

5. Eredmények

5.1. Leíró statisztika

Alváshigiéné és alvásminőség. Az *ASHS* skálán a magasabb pontszám elérése jelöli a minél jobb alváshigiénét, a mintában az átlagos összpontszám 4.3 volt, szórása 0.561. A legalacsonyabb elért pontszám 2.83, míg a legmagasabb 5.62. Ezzel szemben a *PSQI* skálán a minél alacsonyabb pontszám elérése jelöli a jobb alvásminőséget, ez esetben az átlagos elért összpontszám 6.72, szórása 3.07. A legalacsonyabb elért pontszám 1, a legmagasabb 17.

A két skálát összevetve a legjobb eredményeket az alváshigiéné szempontjából a szerhasználat, és az alváskörnyezet, az alvásminőség esetében az altatószerhasználat és az alváshatékonyság alfaktorokon érték el. Ezzel szemben a legrosszabb eredményeket az alváshigiénét tekintve a viselkedéses-, a kognitív/emocionális tényezők és az alvásstabilitás, az alvásminőséggel kapcsolatosan a nappali diszfunkciók és az alvászavarok alskálákon érték el, a pontos értékeket a 3. és 4. Táblázatok tartalmazzák.

3. Táblázat.

Az ASHS eredményeinek alfaktorok szerinti megoszlása

	<i>Faktor</i>	<i>Átlag</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Szórás</i>	<i>Normalitás (Shapiro-Wilk)</i>
<i>ASHS</i>	Fiziológiai tényezők	4.57	2-6	0.839	W=0,958 p<0,001
	Viselkedéses tényezők	3.38	0.667-6	0.951	W=0.988 p=0,255
	Kognitív/Emocionális t.	3.6	1-5.83	1.11	W=0.986 p=0,143
	Alváskörnyezet	5.14	2.4-13	1.03	W=0,755 p<0,001
	Alvásstabilitás	3.36	1-6	1.02	W=0.984 p=0.077
	Nappali alvás	4.5	1-6	1.27	W=0.918 p<0.001
	Szerhasználat	5.27	1-6	0.955	W=0.758 p<0,001
	Lefekvés rutin	4.55	1.6	1.69	W=0.797 P<0.001

4. Táblázat.

A PSQI-HUN eredményeinek alfaktorok szerinti megoszlása

	<i>Faktor</i>	<i>Átlag</i>	<i>Min-Max</i>	<i>Szórás</i>	<i>Normalitás (Shapiro-Wilk)</i>
<i>PSQI</i>	Szubjektív alvásminőség	1.14	0-3	0.672	W=0.809 p<0,001
	Alváslátencia	1.15	0-3	0.886	W=0.848 p<0,001
	Alvásidő	1.01	0-3	0.717	W=0.817 p<0,001
	Alváshatékonyság	0.449	0-3	0.837	W=0.586 p<0,001
	Alvászavarok	1.27	0-3	0.625	W=0.672 p<0,001
	Altatószerhasználat	0.197	0-3	0.626	W=0.353 p<0,001
	Nappali diszfunkció	1.5	0-3	0.762	W=0.832 p<0,001

A tanítási napokon átlagosan 7.52 órát aludtak, a nem tanítási napokon pedig lényegesen többet, átlagosan 9.64 órát. A tanítási napokon az átlagos lefekvési idő 22 óra 40 perc volt, a felkelési idő 6 óra 12 perc. Ezzel szemben a nem tanítási napokon mindkét időpont számottevően későbbi időpontra tolódott, az átlagos lefekvési idő 23 óra 30 perc, a felkelési idő 9 óra 9 perc volt. A nem tanítási napokon történő alvásidő és az átlagos tanítási napokon történő felkelési idő megegyeznek a 2022-es HBSC (Németh, 2023) felmérés eredményeivel is, illetve a többi adat is csak néhány perces eltérést mutat, nem tanítási napokon 14 perccel korábban fekszenek le, de ugyanennyivel is kelnek korábban. A pontos értékek a 5. Táblázatban találhatók.

5. Táblázat

A saját minta és a HBSC tanulmány 2022-es (Németh, 2023) alvásidőre vonatkozó értékei

		<i>Saját minta</i>	<i>HBSC</i>
<i>Átlagos alvásidő</i>	<i>Tanítási nap</i>	7.52 óra	7.59 óra
	<i>Nem tanítási nap</i>	9.64 óra	9.64 óra
<i>Átlagos felkelési idő</i>	<i>Tanítási nap</i>	6:12	6:12
	<i>Nem tanítási nap</i>	9:09	9:23
<i>Átlagos lefekvési idő</i>	<i>Tanítási nap</i>	22:40	22:38
	<i>Nem tanítási nap</i>	23:30	23:44

A kötődés. Az ECR-RS kérdőívben külön adtak választ az elkerülés és a szorongás skálák mentén az édesanyára és édesapára vonatkozóan. Ahogy az 6. Táblázatban is látható, mindkét skálán a lánygyermek szülei érték el magasabb pontszámot, a szórás is nagyobb volt ezekben az esetekben, mint a fiúknál. Emellett a fiúk és a lányok esetében is az édesapák kaptak magasabb pontszámot, mind az elkerülést, mind a szorongást tekintve, azaz a mintában a lánygyermek az édesapjukkal szemben érezte a legnagyobb elkerülést és szorongást is, a legkisebb elkerülés és szorongás értékeket pedig a fiúgyermekek ítélték az édesanyjuknak.

K-központú klaszteranalízist is végeztünk, a klaszterek számának meghatározásakor Tibshirani és munkatársai (2001) által felvetett „távolsági-statisztika” (gap statistic) eljárást alkalmaztunk, az e szerinti ideális klaszterszámok a 9. és 10. Mellékletben találhatóak. Az anyai ECR-nél három, az apainál négy klaszter került meghatározásra, ezek a 2. Ábrán láthatóak. Bartholomew és Horowitz (1991) alapján az apa esetében meghatározásra került a biztonságos (50 fő), az elutasító-elkerülő (53 fő) a félelemteli elkerülő (22 fő) és egy elkerülő (22 fő) csoport, utóbbit nem lehet sem elutasítóként, sem félelemteliként jellemezni, míg az anyánál a három klaszter a biztonságos (48), a félelemteli-elkerülő (16) és az elutasító-elkerülő (83) voltak. A modelljünkben mint negyedik kötődési típus jelenik meg az elárasztott kötődés, azonban a jelen mintában sem az anyánál, sem az apánál nem volt a számottevő elárasztott kötődésű személy.

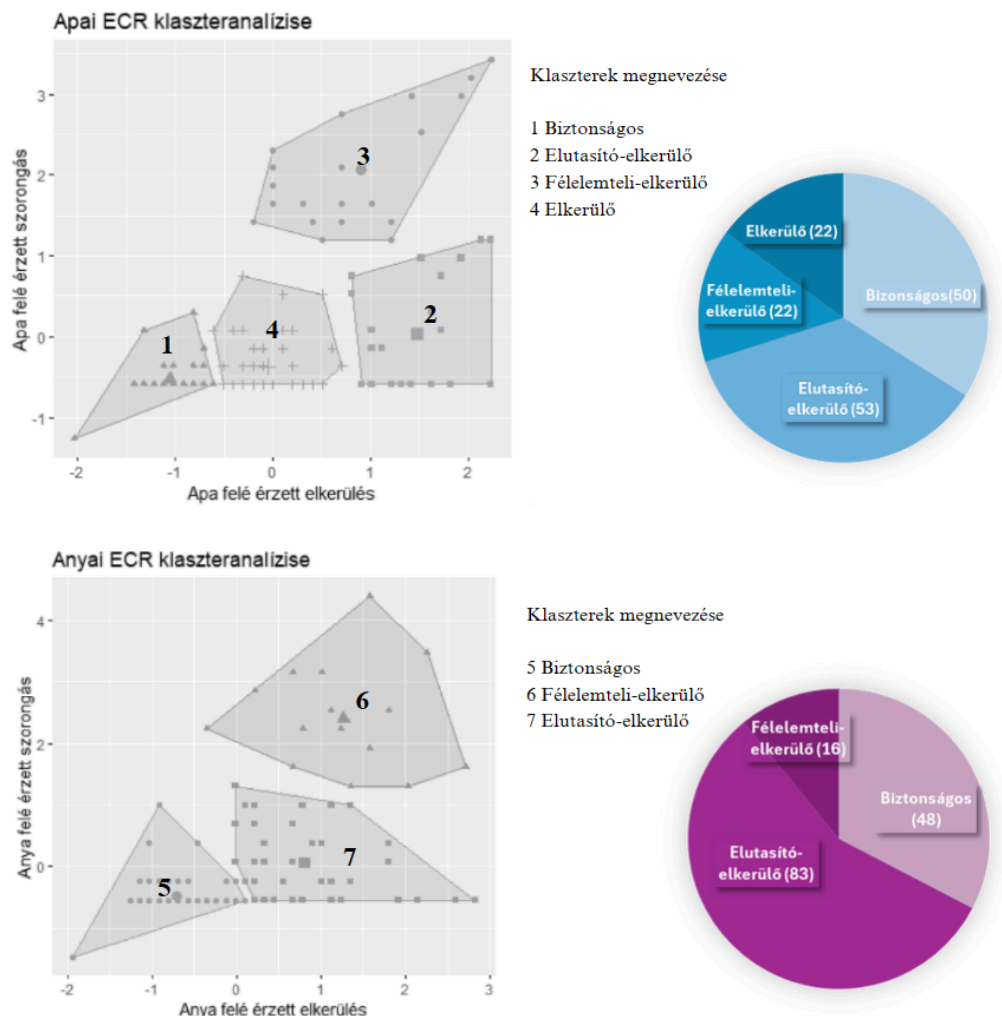
6. Táblázat.

Az ECR dimenziói nemi eloszlás szerint.

Szülő	Dimenziók	Fiúk			Lányok		
		Átlag	Min-Max	Szórás	Átlag	Min-Max	Szórás
Anya	<i>Elkerülés</i>	16.4	6-34	7.08	18.8	0-41	9.22
	<i>Szorongás</i>	3.89	3-12	2.15	5.13	0-16	3.38
Apa	<i>Elkerülés</i>	16.7	0-39	8.41	21.3	6-42	10.0
	<i>Szorongás</i>	3.96	0-16	2.50	6.52	3-21	4.97

2. Ábra

Az ECR dimenziói alapján meghatározott klaszterek és azok eloszlásai.



A szülői bánásmód. A PBI kérdőív három alfaktorra bontva (szeretet-törődés, korlátozás, túlvédés) vizsgálja a kitöltő által megtapasztalt szülői bánásmódot, a vizsgálat során külön töltötték ki az édesanyára és az édesapára vonatkozóan. Mint az 7. Táblázatban is leolvasható, mind a három alskála esetében magasabb pontszámra értékelték az édesanyákat. A kapott eredményeket összevetve a normatív adatokkal (Tóth és Gervai, 1999) látható, hogy míg az anyai szerető-törődő és túlvédő bánásmódok átlaga a mintában magasabb volt, addig a korlátozóé lecsökkent. Az apai bánásmód esetében viszont a szerető-törődő és a korlátozó viselkedés átlaga lett kevesebb, a túlvédő nőtt meg kismértékben.

A kérdőív dimenzióinak nemi eltérései a 8. Táblázatban láthatóak, a magasabb átlagpontszámot ebben a felosztásban is az anyai bánásmód kapta mind a fiúktól és mind a lányoktól. Viszont, mindkét szülő tekintetében a nagyobb mértékű szerető-törődő viselkedésről a fiúk, míg nagyobb mértékű korlátozó és túlvédő attitűdről inkább a lányok számoltak be.

7. Táblázat.

A Szülői Bánásmód Kérdőív dimenzióinak összehasonlítása normatív adatokkal (Tóth és Gervai, 1999)

Szülő	Dimenziók	Saját minta			Tóth-Gervai (1999)	
		Átlag	Min-Max	Szórás	Átlag	Szórás
Anya	<i>Szeretet</i>	29	0-36	7.54	28.1	6.3
	<i>Korlátozás</i>	6.41	0-18	3.75	8.7	4.5
	<i>Túlvédés</i>	7.64	0-20	4.17	6.0	3.5
Apa	<i>Szeretet</i>	21.9	0-30	7.46	25.63	8.5
	<i>Korlátozás</i>	5.22	0-17	4.15	6.5	4.7
	<i>Túlvédés</i>	5.73	0-17	4.20	5.6	4.1

8. Táblázat.

A Szülői Bánásmód Kérdőív dimenzióinak nemi eltérései

Szülő	Dimenziók	Fiúk			Lányok		
		átlag	min-max	szórás	Átlag	min-max	szórás
Anya	<i>szeretet</i>	30.0	1-36	6.17	28.7	0-36	8.27
	<i>korlátozás</i>	5.43	0-12	3.05	6.84	0-18	3.87
	<i>túlvédés</i>	7.81	1-20	4.26	7.39	0-20	4.18
Apa	<i>szeretet</i>	23.7	0-30	6.36	21.2	0-30	7.86
	<i>korlátozás</i>	4.13	0-14	3.39	5.82	0-17	4.30
	<i>túlvédés</i>	5.13	0-17	3.86	5.98	0-17	4.41

5.2. Hipotézisvizsgálatok

H1: A rossz alváshigiéné (alacsony ASHS pontszám) együtt jár a rossz alvásminőséggel (magas PSQI-HUN pontszám).

A hipotézis vizsgálatára az ASHS és a PSQI-HUN összpontszámaival egy Spearman-féle rangkorrelációs próbát végeztünk el, mindegyik előfeltétel teljesült. A próba eredménye $\rho = -0,542$, $p > 0,001$, azaz egy szignifikáns, közepes erősségű, fordított korreláció figyelhető meg az alváshigiéné és az alvásminőség között. Tehát, a rossz alváshigiéné együtt jár a rossz alvásminőséggel.

H2: Az alváshigiéné az életkor előrehaladtával javuló tendenciát mutat.

A hipotézis vizsgálatára az ASHS összpontszáma és a vizsgálatban résztvevők életkorával egy Spearman-féle rangkorrelációs próbát végeztem, a próbának mindegyik előfeltétele teljesült. A próba eredménye $\rho = -0,110$, $p = 0,184$, azaz egy nem szignifikáns fordított korreláció van az életkor és az alváshigiéné között. Tehát, bár nem szignifikánsan, de az életkorral kis mértékben javul az alváshigiéné.

H3: A jobb alváshatékonyság együtt jár a kisebb mértékű nappali diszfunkcióval.

A hipotézis vizsgálatában a PSQI-HUN *Alváshatékonyság* illetve *Nappali diszfunkciók* faktorai között végeztem egy Spearman-féle rangkorrelációs vizsgálatot. A korrelációs teszt eredménye $\rho = 0,119$, $p = 0,149$, azaz a két változó között semmilyen kapcsolat nem fedezhető fel, az alvás hatékonysága és a nappali diszfunkciók megjelenése nem áll kapcsolatban egymással.

H4: Az alváshigiéné hatással van a nappali diszfunkciók megjelenésére.

A hipotézis tesztelésére az ASHS összpontszáma és a PSQI-HUN *Nappali diszfunkciók* faktora alapján végeztünk egy Spearman-féle rangkorrelációs próbát, a próba mindegyik előfeltétele teljesült. A próba eredménye $r = -0,338$, $p > 0,001$, azaz egy szignifikáns, közepes erősségű, fordított korreláció figyelhető meg, tehát elmondható, hogy a minél jobb alváshigiénével rendelkezőknél kevesebb nappali diszfunkciós tünet jelent meg.

H5: Korlátozóbb szülői bánásmód együtt jár a jobb alváshigiéniével, és jobb alvásminőséggel.

A hipotézis vizsgálatában a H-PBI anyai és apai korlátozó nevelési stílus pontszámát, és az ASHS összpontszámokat használtuk fel, egy lineáris regressziós eljárást alkalmaztunk. Mind az ASHS, mind a PSQI-HUN esetében 3-3 modellt állítottunk fel:

- alváshigiéne/alvásminőség mindkét szülő korlátozó viselkedésének függvénye
- alváshigiéne/alvásminőség csak az anya korlátozó viselkedésének függvénye
- alváshigiéne/alvásminőség csak az apa korlátozó viselkedésének függvénye

A modelleken varianciaanalízist végeztünk el annak megállapítására, hogy melyik modell befolyásolja legjobban az alváshigiénét. A varianciaanalízis eredménye az ASHS esetében $Pr > F = 0,60$, azaz a három alváshigiénét vizsgáló modellek közül egyikben sem fedezhető fel számottevő kapcsolat a függő és független változók között. A PSQI-HUN esetében a $Pr > F = 0,93$, azaz az alvásminőséget vizsgáló modellek közül egyikben sem fedezhető fel számottevő kapcsolat. Tehát, egyik szülő korlátozó bánásmódja sem jár együtt nagyobb arányban a jobb alváshigiéniével vagy alvásminőséggel.

H6: A túlvédő és a korlátozó szülői bánásmódot megtapasztaltak rosszabb alváminőségről számolnak be, mint a szerető szülői bánásmódot megtapasztaltak.

A hipotézis tesztelését több lépés előzte meg. Először elvégeztük a H-PBI faktorainak (szeretet-törődés, túlvédés, korlátozás) az elemszámra történő korrekcióját, ehhez a faktorok értékeit elosztottuk az adott faktort mérő elemek számával. Ezt követően megállapítottuk a vizsgálati személyek szüleinek a „domináns bánásmódját”, ezzel kilenc csoportot alkotva:

- szerető-törődő anya, szerető-törődő apa (N=83)
- szerető-törődő anya, túlvédő apa (N=7)
- szerető-törődő anya, korlátozó apa (N=10)
- túlvédő anya, szerető-törődő apa (N=6)
- túlvédő anya, túlvédő apa (N=2)
- túlvédő anya, korlátozó apa (N=0)
- korlátozó anya, szerető-törődő apa (N=1)
- korlátozó anya, túlvédő apa (N=0)
- korlátozó anya, korlátozó apa (N=5)

Az alvásminőség változó eloszlása nem normális eloszlású (Shapiro-Wilk, $W=0,934$, $p>0,001$), ezért Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk. A Kruskal-Wallis próba eredménye

$p=0,46$, azaz nem tapasztalható szignifikáns különbség az alvásminőségben a különböző szülői stílusok között.

H7: A szülővel szemben érzett szorongás és elkerülés hatással van az alvásminőségre, és az alváshigiénére.

A hipotézis vizsgálatához az ECR-RS faktorait szülőnkénti felosztásban, valamint a PSQI-HUN, és az ASHS összpontszámait használtuk fel, ezekkel többszörös lineáris regressziót végeztünk. Először az alvásminőséggel kapcsolatban végeztük el a lineáris regressziót, eredménye alapján a regressziós modell megtartható, az F-próba értékét tekintve a modell szignifikáns ($F=17,9$; $p<0,001$). Nem mindegyik változó van hatással az alvásminőségre, csak az anya iránt érzett szorongás ($t = 3,32$; $p = 0,001$), és az apa iránt érzett elkerülés ($t=4,38$; $p<0,001$) befolyásolja azt, az apa iránt érzett szorongás ($t=-0,67$; $p = 0,5$), és az anya iránt érzett elkerülés ($t=-0,14$; $p=0,88$) nem volt hatással rá. A pontos eredményeket az 9. Táblázat tartalmazza. A lineáris regressziós modellhez tartozó R^2 érték 0,336, azaz a szülői ECR értékek az PSQI összértékének varianciájának 33%-át magyarázzák.

Az alváshigiéné vizsgálata során a többszörös lineáris regresszió eredménye alapján a regressziós modell megtartható, az F-próba értékét tekintve a modell szignifikáns ($F=12,7$; $p<0,001$). A pontos eredményeket az 10. Táblázat tartalmazza, de ebben az esetben sem volt minden független változó hatással a függő változóra, ugyanúgy, csak az anya iránt érzett szorongás ($t=-2,02$; $p=0,045$), és az apa iránt érzett elkerülés ($t=-2,36$; $p<0,019$) befolyásolja az alváshigiénét, az apa iránt érzett szorongás ($t=-1,514$; $p=0,132$), és az anya iránt érzett elkerülés ($t=-0,49$; $p=0,62$) nem volt hatással rá. A lineáris regressziós modellhez tartozó R^2 érték 0,264, azaz az ASHS összértékének varianciájának 26%-át magyarázzák.

9. Táblázat

Többszörös lineáris regresszió az alvásminőség és a kötődés kapcsolata tekintetében -PSQI

Prediktor	<i>b</i>	<i>beta</i>	sr^2	<i>r</i>	Illeszkedés
Metszés	2.91**				
Anyai elkerülés	-0.00	-0.01	.00	.40**	
Apai elkerülés	0.14**	0.44	.09	.52**	
Anyai szorongás	0.29**	0.30	.05	.44**	
Apai elkerülés	-0.04	-0.06	.00	.33**	

Megjegyzés* $p < .05$. ** $p < .01$.

$R^2 = .336^{**}$

10. Táblázat

Többszörös lineáris regresszió az alváshigiéné és a kötődés kapcsolata tekintetében - ASHS

Prediktor	<i>b</i>	<i>beta</i>	<i>sr</i> ²	<i>r</i>	Illeszkedés
Metszés	4.91**				
Anyai elkerülés	-0.00	-0.05	.00	-.35**	
Apai elkerülés	-0.01*	-0.25	.03	-.44**	
Anyai szorongás	-0.03*	-0.19	.02	-.39**	
Apai elkerülés	-0.02	-0.15	.01	-.40**	

Megjegyzés* $p < .05$. ** $p < .01$

$R^2 = .264^{**}$

6. Összefoglalás

A vizsgálat középpontjában az alvás, és annak egyes aspektusai, az alváshigiéné és az alvásminőség állt, ez a két tényező már önmagában is szignifikáns kapcsolatot mutatott egymással, csakúgy, mint Dewald-Kaufmann és munkatársai (2014) kutatásában. Bár az alváshigiénére az életkor egy nem szignifikáns pozitív hatást mutatott, a nappali diszfunkciók megjelenése ellen már a jó alváshigiéné szignifikáns eredménnyel mutatkozott hatékonyak. Ezzel szemben a nappali diszfunkciókkal nem mutatott semmilyen kapcsolatot az alváshatékonyosság, ez az eredmény pedig véleményünk szerint több kérdést is felvet a nappali diszfunkciók megjelenését befolyásoló tényezőkkel, és az alváshatékonyosság ébrenléti hatásaival kapcsolatban. A legjobb eredményeket az alváshigiéné szempontjából a szerhasználat, és az alváskörnyezet; az alvásminőség esetében az altatószerhasználat és az alváshatékonyosság alfaktorokon érték el. Ez az alváshatékonyosság alszála kivételével nem meglepő abból a szempontból, hogy a kitöltők számottevő többsége 18 év alatti, ekkor pedig sok esetben a szülőknek nagy befolyásuk van ezekre a területekre. Itt kiemelném a szerhasználat alfaktort, amely nem csak az altató hatású készítményekre vonatkozik a PSQI altatószerhasználat faktorával ellentétben, hanem többek között az alkohol és a nikotin fogyasztására is, amelyek 18 év alatt jogilag büntetendőek, így nem meglepő a kisebb mértékű megjelenése az eredményben sem.

A kötődést is vizsgáltuk, a mintában nagyobb volt a szüleikhez nem-biztonságosan kötődők aránya, mint a biztonságos kötődésűek. Bartholomew és Horowitz (1991) elmélete mentén az apai kötődés esetén négy klaszter került meghatározásra, ezek a biztonságos, az

elutasító-elkerülő, a félelemteli elkerülő és egy olyan elkerülő csoport, amelyet nem lehetett sem elutasítóként, sem félelemteliként jellemezni. Az anyánál három klaszterre lett felosztva a minta, ezek a biztonságos, a félelemteli-elkerülő és az elutasító-elkerülő voltak. A kötődési elméletükben megjelenik a biztonságos, az elutasító-elkerülő, és a félelemteli-elkerülő típus mellett egy elárasztott kötődésű csoport is, ez a jelen vizsgálatban nem került elkülönítésre, valószínűsíthetően az alacsony mintaelemszám következtében. Az ECR-RS kérdőív mindkét skáláján a lányok szülei érték el magasabb elkerülés és szorongás értéket, illetve a fiúk és a lányok is az apákat értékelték magasabb pontszámokkal mind az elkerülést, és a szorongást tekintve. Hasonlóan Jantek és munkatársai (2016) vizsgálatával, melyben a nők elkerülés értéke magasabb volt a férfiakénál az apával szemben, a legnagyobb elkerülés és szorongás értéket is a lányok érezték az édesapjukkal szemben, míg a legkisebb elkerülést és szorongást a fiúk mutatták az édesanyjukkal szemben.

A szülői nevelési attitűdöket tekintve a minta eredményeit a normatív adatokkal (Tóth és Gervai, 1999) összehasonlítva az anyai szerető-törődő és a túlvédő bánásmódok átlaga a jelen mintában magasabb volt, viszont a korlátozóé kismértékben csökkent. Az apai bánásmód esetében ezzel szemben a szerető-törődő és a korlátozó viselkedés mértéke lett kisebb, és a túlvédő nőtt meg. Ezeknek a változásoknak az oka lehet a minta sajátossága is, de akár a normatív adatok felvétele óta eltelt idő alatt a nevelési mintákban bekövetkezett változások is. A PBI kérdőív dimenzióinak nemi eltéréseit tekintve mindkét szülő esetében nagyobb mértékű szerető-törődő viselkedésről a fiúk, korlátozóról és túlvédőről a lányok számoltak be. Ez alapján felmerülhet a gondolat, hogy a szülők inkább a lányokat féltik, mint a fiúkat, és ennek okán esetlegesen több és szigorúbb szabályt is állíthatnak fel velük szemben. Parker és munkatársai (1979) leírásában felvetik, hogy az édesanyák általánosan szerető-törődőbbek és túlvédőbbek, mint az édesapák, ez a jelen vizsgálatban is igazolódott, de emellett az édesanyák a korlátozás skálán is magasabb értékeket kaptak.

Az alvás és a megtapasztalt szülői bánásmód kapcsolatának tekintetében az eltérő nevelési attitűdök nem befolyásolták szignifikánsan az alvásminőséget, és bár a több és rigidebb szabályt felállító, korlátozóbb szülői bánásmód Buxton és munkatársai (2015) vizsgálatában jobb alváshigiénét mutatott, a jelen vizsgálatban sem a jobb alváshigiénével, sem a jobb alvásminőséggel nem volt összekapcsolható szignifikánsan. Sőt, az ötödik hipotézis vizsgálata során az alternatív hipotézissel ellentétes eredményeket kaptunk: mind az anyai, mind az apai korlátozás rontott az alvásminőségen, bár ennek mértéke minden esetben csekély volt és a lineáris modellek sem voltak szignifikánsak. Ennek az eredménynek az a

potenciális magyarázata, hogy a kutatásukban a gyermekek átlagéletkora számottevően alacsonyabb volt (11,4 év), mint a jelen vizsgálatban (16,1 év), illetve az ő esetükben is míg a 6-11 éves korosztályban a szülők közel harmada (30,7%) állított fel szabályokat az alvással kapcsolatban, a 12-17 éves korosztályban már csak a szülők 18,2%-a. Lehetséges, hogy későbbi életkorban már kevésbé vannak jótékony hatással a gyermekek alvására a szülők által felállított szabályok, akár egyfajta stresszforrásként is megjelenhetnek.

Az alvás és a kötődési stílus feltételezett kapcsolatának vizsgálata során mind az alváshigiénére és az alvásminőségre is szignifikáns hatással volt az édesanya iránt érzett szorongás és az édesapa iránt érzett elkerülés, azonban az édesanyával szembeni elkerülés, és az édesapával szembeni szorongás nem mutatott szignifikáns kapcsolatot az alvással. A nem-biztonságos kötődésnek számos negatív hatása empirikusan bizonyított, mint diszfunkcionális stressz-szabályozás, a fokozott figyelmi állapot (Dewald-Kaufmann és mtsai, 2014), alkalmazkodási, viselkedési problémákkal is összeköthető (Billows és mtsai., 2009), azonban a lista kiegészülni látszik az alvással. Azaz, a biztonságos kötődés szerepet játszhat mind az alváshigiéné és az alvásminőség szabályozásában. A nem-biztonságos kötődési stílusok közül szorongó-ambivalens serdülőt egy állandó jellegű aggodással lehet leírni, jellemzően az anyától inadekvát választ kapott kisgyermekként és ugyan vágyik a társas kapcsolatokra, nem képes kapcsolódni, aggódik, hogy le fogják cserélni. Ezzel szemben egy bizonytalan-elkerülő kötődésű serdülő kerüli a kötődést, kisgyermekként az ő igényei sem voltak kielégítve. A kortárs kapcsolatokban a teljes elkerülés jellemzi, gyakran perifériára szorul, a társas kapcsolatai beszűkültek (Lukács, 2020). A biztonságos kötődési minta egy védőfaktorként jelenik meg az élet több aspektusában, jobban alkalmazkodik az új helyzetekhez, stressz szintje alacsonyabb, rezilienciája magasabb (Weinfield és mtsai., 2003). Ez alapján felmerülhet a kérdés, hogy az édesapák és az édesanyák milyen különböző szerepet játszhatnak a gyermekük életének későbbi szakaszaiban, amelynek következtében ilyen ellentétes befolyásoló tényezőként jelenhet meg az elkerülés és a szorongás mértéke az alvás tekintetében.

7. Limitációk

A vizsgálat több szempontból sem volt tökéletes, a felmerülő korlátokra is kitérnék röviden. Elsősorban, mint az többször felmerült a szakirodalmi áttekintésben is, az alvás egy nagyon érzékeny folyamat, amelyet több tényező is befolyásolhat, ezért nem állítható bizonyossággal, hogy csak a kötődési stílus és/vagy a megtapasztalt szülői nevelési stílus hatása olvasható ki az egyes eredményekből.

Másodsorban a minta nem tekinthető reprezentatívnak, ugyanis a résztvevők mind egy intézményben tanulnak, a szociokulturális háttérüket tekintve részben homogének lehetnek. Ez kiküszöbölhető lett volna azzal, ha több, különböző intézményben került volna felvételre a kérdőív. Illetve, mivel az iskolában történt a vizsgálat, így egyes környezeti hatások is befolyásolhatták közvetlenül vagy közvetetten a válaszaikat, mint az oktató jelenléte, vagy az iskolai normák. A minta reprezentativitása mellett az alacsony elemszám is befolyásolta az értékeket, például a kötődési stílusok klaszterekbe osztása esetén.

Emellett a kérdőívek önbeszámolón alapulnak és retrospektívek, így ezek is ki vannak téve a válaszadók tudatos és nem tudatos torzításának. Az ECR-RS kérdőív pedig a bizonytalan kötődési stílusok esetén jobban differenciál (Jantek és mtsai., 2016) és az ASHS egy magyar nyelven még nem validált skála, így nem elhanyagolható az ebből következő esetleges hiba esélye sem az eredmények statisztikai elemzése során.

8. Kitekintés

A vizsgálat során bár nem sikerült minden megfogalmazott hipotézist és feltevést szignifikáns eredményekkel bebizonyítani, de a csak részlegesen -, és a nem szignifikáns eredmények is egy utat mutathatnak a későbbi vizsgálatokhoz és kutatásokhoz ebben a témakörben. Mint említésre került, az alvás hatékonyságának szerepe az alvás-ébrenléti ciklusban és a nappali diszfunkciók megjelenésének befolyásoló tényezői egy érdekes kérdésként merül fel, csakúgy, mint a kötődésben megmutatkozó különbségek az édesanyák és az édesapák irányába, és azok eltérő hatásai a gyermek életére. Emellett az ASHS skála magyar nyelvre történő adaptálása is egy kaput nyithat a serdülők alvásának hazai kutatásában és segítséget nyújthat egészségpromóciós programok kidolgozásában a részükre.

Nyilatkozat mesterséges intelligencia (MI) használatáról

Alulírott, Tóth Beatrix, nyilatkozom, hogy a pályamunka megírása során mesterséges intelligencia nem került felhasználásra.

Tóth Beatrix

s.k.

Irodalomjegyzék

- Adam, K., és Oswald, I. (1977). Sleep is for tissue restoration. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 11(4), 376-388.
- Adams, G. C., Stoops, M. A., és Skomro, R. P. (2014). Sleep tight: Exploring the relationship between sleep and attachment stíle across the lifespan. *Sleep Medicine Reviews*, 18(6), 495-507. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.03.002>
- Baranwal, N., Yu, P. K., és Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in Cardiovascular Diseases*, (77), 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.005>
- Bartholomew, K., és Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Billows, M., Gradisar, M., Dohnt, H., Johnston, A., McCappin, S., és Hudson, J. (2009). Family disorganization, sleep hygiene, and adolescent sleep disturbance. *Journal of Clinical Child és Adolescent Psychology*, 38(5), 745-752. <https://doi.org/10.1080/15374410903103635>
- Bódizs, R. (2022). Alvás-ébrenlét időzítés, álmoság és egészség kronoepidemiológiai kitekintésekkel. In Á. Engler, G. Purebl, É. Susánszky, és A. Székely (Eds.), *Magyar Lelkiállapot 2021 Család – Egészség – Közösség Hungarostudy 2021 tanulmányok*. (pp. 291-310). KINCS.
- Bódizs, R., és Horváth, C. G. (n.d.). Alvásmennyiség és alvásidőzítés a felnőtt magyar lakosság körében. *Kapocs*, 21(1), 103-111.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Vol 1 Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Brand, S., Hatzinger, M., Beck, J., és Holsboer-Trachsler, E. (2009). Percieved parenting styles, personality traits and sleep patterns in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32(5), 1189-1207. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.01.010>
- Bruni, O., Galli, F., és Guidetti, V. (1999). Sleep Hygiene and Migraine in Children and Adolescents. *Cephalalgia*, 19(25), 57-59. <https://doi.org/10.1177/0333102499019s2516>
- Buxton, O. M., Chang, A.-M., Spilsbury, J. C., Bos, T., Emsellem, H., és Knutson, K. L. (2015). Sleep in the modern family: protective family routines for child and adolescent sleep. *Sleep Health*, 1(1), 15-27. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.002>
- Buysee, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., és Kupfer, D. J. (1989). Pittsburgh

- sleep quality index. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*.
<https://doi.org/10.1037/t05178-000>
- Carskadon, M. A., Acebo, C., és Jenni, O. G. (2006). Regulation of Adolescent Sleep: Implications for Behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 276-291. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.032>
- Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep és sleep disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 131(2), 126-140.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810-832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810>
- Dewald-Kaufmann, J. F., Oort, F. J., és Meijer, A. M. (2014). The effects of sleep extension and sleep hygiene advice on sleep and depressive symptoms in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 273-283. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12157>
- Dorsey, C. M. (1991). Falling to sleep: psychological and behavioural underpinnings of insomnia. In T. H. E. Monk (Ed.), *Sleep, Sleepiness and Performance* (pp. 223-247). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.11.1398>
- Fraley, R. C., Garner, J. P., és Shaver, P. R. (2000). Adult attachment and the defensive regulation of attention and memory: Examining the role of preemptive and postemptive defensive processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 816-826. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.816>
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., és Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, (23), 615-625.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., és Brennan, K. A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, (78), 350-365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Gallasch, J., és Gradisar, M. (2007). Relationships between sleep knowledge, sleep practice and sleep quality. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 63-73. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2006.00248.x>
- Gariepy, G., Danna, S., Gobina, I., Rasmussen, M., Gaspar de Matos, M., Tynjälä, J., Janssen, I., Kalman, M., Villerusa, A., Husarova, D., Brooks, F., Elgar, F. J., Klavina-Makrecka, S., Smigelskas, K., Gaspar, T., és Schnohr, C. (2020). How Are

- Adolescents Sleeping? Adolescent Sleep Patterns and Sociodemographic Differences in 24 European and North American Countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S81-S88. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.013>
- Halász, P., és Bódizs, R. (2001). Az alvás és álmodás idegéletana. *Hippocrates*, 3(3), 169-174.
- Hauri, P. J. (2021). Sleep Disorders. In R. J. Gatchel, A. Baum, és J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health, Volume I: Clinical Psychology and Behavioral Medicine: Overlapping Disciplines* (pp. 211-260). Taylor és Francis Group.
- Hazan, C., és Campa, M. I. (Eds.). (2013). *Human Bonding: The Science of Affectional Ties*. Guilford Publications.
- Hazan, C., és Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hoenicka, M., López-de-la-Nieta, O., Martínez Rubió, J. L., Shinohara, K., Neoh, M. J., Dimitriou, D., Esposito, G., és Iandolo, G. (2022). Parental bonding in retrospect and adult attachment style: A comparative study between Spanish, Italian and Japanese cultures. *PLoS ONE*, 17(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278185>
- Hyypä, M. T., és Kronholm, E. (1989). Quality of sleep and chronic illnesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(7), 633-638. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90006-1](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90006-1)
- Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., és Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, (22), 23-36. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.10.001>
- Jantek, G., és Vargha, A. (2016). A felnőtt kötődés korszerű mérési lehetősége: A közvetlen kapcsolatok élményei – kapcsolati struktúrák (ECR-RS) kötődési kérdőív magyar adaptációja párokban élő felnőtt személyeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(3), 447-470. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.3.3>
- Kaya, Y., és Öz, F. (2020). The roles of adolescents' perceived parental attitudes and attachment styles in their self-perception: A structural equation modelling. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(2), 106-114. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.74429>
- Kirmil-Gray, K., Eagleston, J. R., Gibson, E., és Thoresen, C. E. (1984). Sleep disturbance in adolescents: sleep quality, sleep habits, beliefs about sleep, and daytime functioning. *Journal of Youth and Adolescence*, 13(5), 375-384. <https://doi.org/10.1007/BF02088636>
- LeBourgeois, M. K., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A., és Harsh, J. (2004). Sleep hygiene and sleep quality in Italian and American adolescents. *Annals of the New York*

- Academy of Sciences*, 1021(1), 352-354. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.044>
- Lee, S., Kim, J. H., és Chung, J. H. (2021). The association between sleep quality and quality of life: a population-based study. *Sleep Medicine*, (84), 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.05.022>
- Liu, L., Wang, N., és Tian, L. (2019). The Parent-Adolescent Relationship and Risk-Taking Behaviors Among Chinese Adolescents: The Moderating Role of Self-Control. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00542>.
- Lukács, L. (2020). *Hogyan szeretsz? kötődési sebeink gyógyítása*. Kulcslyuk.
- Martinez, D., és Lenz, M. d. C. S. (2010). Circadian rhythm sleep disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 131(2), 141-149.
- McKinney, C., Milone, M. C., és Renk, K. (2011). Parenting and late adolescent emotional adjustment: Mediating effects of discipline and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(4), 463-481. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0229-2>
- Mérei, F., és V. Binét, Á. (2006). *Gyermeklélektan*. Medicina Könyvkiadó.
- Nelson, K. L., Davis, J. E., és Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 57(1), 144-151. <https://doi.org/10.1111/nuf.12659>
- Németh, Á. (Ed.). (2023). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) A WHO-collaborative Cross-National Study 2022 National Report – newest data and trends from the last twenty years*. ELTE PPK. https://hbse.ppk.elte.hu/media/a3/fd/8127578da4d410a66e72f58fe74845e0cdfc9b890255362ba0e95ba4ca51/HBSC_2022_Riport.pdf
- Noland, H., Price, J. H., Dake, J., és Telljohann, S. K. (2009). Adolescents' Sleep Behaviors and Perceptions of Sleep. *Journal of School Health*, 79(5), 224-230. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00402.x>
- Paquette, D. (2004). Theorizing the Father-Child Relationship: Mechanisms and Developmental Outcomes. *Human Development*, 47(4), 193-219. <https://doi.org/10.1159/000078723>
- Parker, G., Tupling, H., és Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, (52), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Posner, P., és Gehrman, P. R. (2010). In M. L. Perlis, M. Aloia, és B. Kuhn (Eds.), *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions* (pp. 31-43). Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-381522-4.00003-1>.

- Ranschburg, J. (2002). *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Ranschburg, J., Bolla, I. K., és Sipos, M. (1984). A szülői nevelési stílus percepciójának vizsgálata 10-14 éves korú gyerekeknél. *Pszichológia*, 4(4), 525-545.
- Riedel, W. B. (2000). Sleep hygiene. In K. L. Lichstein és C. M. Morin (Eds.), *Treatment of late-life insomnia* (pp. 125-146). Sage Publications.
- Schaefer, E. S. (1965). Children's reports of parental behavior: An inventory. *Child Development*, 36(2), 413-424.
- Schwichtenberg, A. J., Shah, P. E., és Poehlmann, J. (2013). Sleep and Attachment in Preterm Infants. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 37-46. <https://doi.org/10.1002/imhj.21374>
- Scott, D., Paterson, J. L., és Happell, B. (2014). Poor Sleep Quality in Australian Adults With Comorbid Psychological Distress and Physical Illness. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(4), 331-341. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.819469>
- Solari, F. B. (2015). Trastornos del sueño en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 60-65. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v26.n148.357>
- Stoffer-Isser, A., LeBourgeois, M. K., Harsh, J., Tompsett, C. J., és Redline, S. (2013). Psychometric properties of the Adolescent Sleep Hygiene Scale. *Journal of sleep research*, 22(6), 707-716. <https://doi.org/10.1111/jsr.12059>
- Takács, J., Bódizs, R., Ujma Przemyslaw, P., Horváth, K., Rajna, P., és Harmat, L. (2016). Reliability and validity of the Hungarian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-HUN): Comparing psychiatric patients with control subjects. *Sleep and Breathing*, 20(3), 1045-1051. <https://doi.org/10.1007/s11325-016-1347-7>
- Tibshirani, R., Walther, G., és Hastie, T. (2001). Estimating the number of clusters in a data set via the gap statistic. *The Journal of the Royal Statistical Society, Series B (Statistical Methodology)*, 63(2), 411-423.
- Tóth, I., és Gervai, J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 4(54), 551-566.
- Tóth, P., és Lukács, A. (2020). Serdülőkorúak depresszióra való hajlamát befolyásoló tényezők. *Egészségtudományi Közlemények*, 10(1), 59-65.
- Vajda, Z., és Kósa, É. (2005). *Neveléslélektan*. Osiris.
- Vargha, A. (2000). *Matematikai statisztika pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal*. Pólya.
- Vargha, A. (2019). *Többváltozós statisztika dióhéjban: változó-orientált módszerek*. Pólya.

- Voinescu, B. I., és Szentagotai-Tatar, A. (2015). Sleep hygiene awareness: its relation to sleep quality and diurnal preference. *Journal of molecular psychiatry*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40303-015-0008-2>
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., és Albersheim, L. (2003). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, 71(3), 684-649. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., és Egeland, B. (2003). Attachment from Infancy to Early Adulthood in a High-Risk Sample: Continuity, Discontinuity, and Their Correlates. *Child Development*, 71(3), 695-702. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00178>
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., és Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- Zeinali, A., Sharif, H., Enayati, M., Asgari, P., és Pasha, G. (2011). The mediational pathway among parenting styles, attachment styles and self-regulation with addiction susceptibility of adolescents. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(9), 1105-1121.
- Zohar, D., Tzichinsky, O., és Epstein, R. (2005). The effects of sleep loss on medical residents' emotional reactions to work events: a cognitive model. *SLEEP*, 28(1), 47-54. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.1.47>