

# AZ ÉLET ÉRTELMESSÉGE MINT AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS VÉDŐFAKTORA SERDÜLŐKORBAN

Doktori (PhD) értekezés

**Brassai László**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Hivatalos bírálók:

Szigorlati bizottság elnöke:

Szigorlati bizottság tagjai:

Pikó Bettina, PhD, egyetemi docens

Demetrovics Zsolt, PhD, egyetemi docens

Hoyer Mária, PhD, egyetemi docens

Bitter István, DSc, egyetemi tanár

Bagdy Emőke, CSc, egyetemi tanár

Czenner Zsuzsanna, CSc, egyetemi docens

Budapest, 2011

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>1. BEVEZETÉS</b>	9
<i>Felvezető</i>	9
<b>1.1. Egészségkárosító és egészségvédő magatartás serdülőkorban</b>	10
1.1.1. Az egészségmagatartások serdülőkori megítélésének életkor-specifikus kontextusa	10
1.1.2. Egészségkárosító magatartás serdülőkorban	11
1.1.3. Egészségvédő magatartás serdülőkorban	13
1.1.4. Egészségvédő hatások	15
1.1.4.1. Moderátor tényezők	15
1.1.4.2. Egyénszintű védőtényezők	18
1.1.4.3. Interperszonális védőtényezők	22
1.1.4.4. Spirituális/egzisztenciális védőtényezők	24
1.1.5. A védőhatások leképződése a serdülők egészségmagatartásában	25
<b>1.2. Az élet értelmessége: fogalomköre, jelentésrétegei, meghatározása</b>	27
1.2.1. A spiritualitás és az élet értelmessége	27
1.2.2. A koherencia-érzék és az élet értelmessége	28
1.2.3. Az életcélok és az élet értelmessége	31
1.2.4. Az élet értelmességének a meghatározása	32
1.2.5. Az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés	34
1.2.6. Az élet értelmességének mérése	37
<b>1.3. Az élet értelmessége és az egészség kapcsolata serdülőkorban</b>	40
1.3.1. Az élet értelmességének keresése és megélése serdülőkorban	40
1.3.2. Az élet értelmessége és az egészségi állapot pszichoszociális indikátorainak összefüggése	42
1.3.3. Az élet értelmessége és a kockázati viselkedésformák összefüggése	43
1.3.3.1. Az élet értelmessége és a szerhasználat összefüggése	44
1.3.3.2. Az élet értelmessége és a problémaviselkedés összefüggése	45
1.3.4. Az élet értelmessége és az egészségvédő magatartásformák összefüggése	46

<b>2. CÉLKITŰZÉSEK</b>	48
2.1. Alapvető célok és hipotézisek	48
<b>3. MÓDSZEREK</b>	50
3.1. Az első vizsgálat módszerei	50
3.1.1. Minta és adatgyűjtés körülményei	50
3.1.2. Mérőeszközök	51
3.1.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások	54
3.2. A második vizsgálat módszerei	55
3.2.1. Minta és adatgyűjtés körülményei	55
3.2.2. Mérőeszközök	55
3.2.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások	58
3.3. A harmadik vizsgálat módszerei	59
3.3.1. Minta és adatgyűjtés körülményei	60
3.3.2. Mérőeszközök	61
3.3.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások	63
3.4. A negyedik vizsgálat módszerei	64
3.4.1. Minta és adatgyűjtés körülményei	64
3.4.2. Mérőeszközök	64
3.4.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások	66
<b>4. EREDMÉNYEK</b>	68
4.1. Az első vizsgálat eredményei	68
4.2. A második vizsgálat eredményei	71
4.3. A harmadik vizsgálat eredményei	77
4.3.1. A Meaning in Life Questionnaire reliabilitásának és faktorszerkezetének vizsgálata	7
4.3.2. Az élet értelmessége és az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összefüggése	77
4.4. A negyedik vizsgálat eredményei	79
	85

<b>5. MEGBESZÉLÉS</b>	90
5.1. Az első vizsgálat megbeszélése	90
5.2. A második vizsgálat megbeszélése	92
5.3. A harmadik vizsgálat megbeszélése	97
5.4. A negyedik vizsgálat megbeszélése	99
<b>6. KÖVETKEZTETÉSEK</b>	104
<b>7. ÖSSZEFOGLALÁS</b>	110
<b>8. SUMMARY</b>	111
<b>9. IRODALOMJEGYZÉK</b>	112
<b>10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE</b>	147
<b>11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b>	150

## Táblázatok jegyzéke

<b>1. Táblázat:</b> A vizsgált minták legfőbb jellemzői .....	67
<b>2. Táblázat</b> A vizsgált változók leíró statisztikája a nemek bontásában .....	69
<b>3. Táblázat</b> Az élet értelmessége kapcsolata az egészségkárosító és egészségvédő magatartásformákkal (binominális logisztikus regresszióelemzés).....	70
<b>4. Táblázat</b> Az élet értelmessége és a pszichoszociális egészség mutatók kapcsolata (binominális logisztikus regresszióelemzés).....	71
<b>5. Táblázat</b> A vizsgált változók előfordulása a mintában (N = 940) .....	72
<b>6. Táblázat</b> A független változók kétoldalú kapcsolata a mintában (N=940) .....	73
<b>7. Táblázat</b> A szeszesitalfogyasztás többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer) .....	73
<b>8. Táblázat</b> Az illegális drogfogyasztás többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer) .....	74
<b>9. Táblázat</b> A fizikai aktivitás többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer).....	76
<b>10. Táblázat</b> A táplálkozáskontroll többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer) .....	77
<b>11. Táblázat</b> A Meaning in Life Questionnaire faktorstruktúrája (N = 462, kummulatív % = 56,1) .....	78
<b>12. Táblázat</b> A vizsgált változók kétoldalú kapcsolata a mintában (N = 462) .....	80
<b>13. Táblázat</b> A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségkárosító magatartások múltbeli előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés .....	81
<b>14. Táblázat</b> A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségvédő magatartások múltbeli előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés .....	82
<b>15. Táblázat</b> A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségkárosító magatartások anticipált, jövőbeni előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés .....	83

<b>16. Táblázat</b> <i>A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségvédő magatartások anticipált, jövőbeni előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés .....</i>	84
<b>17. Táblázat</b> <i>A vizsgált változók leíró statisztikája a nemek bontásában .....</i>	85
<b>18. Táblázat</b> <i>Az egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás többváltozós regressziós modellje a fiúk mintájában (N = 208) .....</i>	86
<b>19. Táblázat</b> <i>Az egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás többváltozós regressziós modellje a lányok mintájában (N=237) .....</i>	88

## Rövidítések jegyzéke

SE-MI = Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

ELTE-PPT = Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógia és Pszichológia Kar

ELTE-PPK-PI-SzET-ATSz = Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógia és Pszichológia Kar, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport

BCE-TK = Budapesti Corvinus Egyetem, Társadalomtudományi Kar

KRE-PI = Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet

NDI = Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

DE-NK = Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar

PTE-ÁOK-MI = Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

SZTE-ÁOK-MI = Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

i.m. = idézett mű

HBSC = Health Behavior in School-aged Children

SONG = Seeking of Noetic Golas Test

PIL= Purpose in Life Test

LRI = Life Regard Index

SOC = Orientation to Life Questionnaire

LAP = Life Attitude Profile

MLQ = Meaning in Life Questionnaire

N = esetszám

WHO = World Health Organisation

mtsai = munkatársai

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences

LM = Life meaning

VIF =Variance Inflation Factor

CARE-R = Cognitive Appraisal of Risky Activities – Revised

MLQ-P = Meaning in Life Questionnaire, Presence of Meaning in Life

MLQ-S = Meaning in Life Questionnaire, Search for Meaning in Life

D-W d = Durbin-Wattson d-mutató

Std. Resid. = Standardised residuals

OR = esélyhányados

C.I. = konfidenciaintervallum

$\beta$  = standardizált regressziós együttható

S.D. = standard deviáció (szórás)

SE = standard error

KMO = Kaiser-kritérium

d = Cohen d hatásméret mutató



## ***1. BEVEZETÉS***

### *Felvezető*

Magyarország, több igen produktív szakember munkájának köszönhetően, jelentős serdülőkori magatartásepidemiológiai eredményekkel gazdagítja a nemzetközi szakirodalmat. A betagozódás a produktív műhelymunka (Kopp Mária és munkacsoportja – SE-MI, Oláh Attila, Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert és munkacsoportjai – ELTE-PPT, Paksi Borbála és Elekes Zsuzsa BCE-TK, Bagdy Emőke és munkacsoportja – KGRE-PI, Buda Béla és munkacsoportja – NDI, Bugán Antal és munkacsoportja – DE-NK, Kállai János és munkacsoportja – PTE-ÁOK-MI, Pikó Bettina és munkacsoportja – SZTE-ÁOK-MI) folyamányaként születő közleményeknek köszönhető. Eddigi kutatásaik a serdülőkori egészségmagatartás számos perszonális és interperszonális védőtényezőjét érintették. Mindemellett évtizedek óta fokozott erőfeszítés irányul a transzperszonális védőtényezőknek a magatartástudományi kutatásokba történő beemelésére. A személyiség optimális működését biztosító tényezőként a vallás szerepe régóta ismeretes, újabban pedig egyre nagyobb teret nyernek a személyiség spirituális/egzisztenciális dimenziójának egyéb, nem hagyományosnak számító védő tényezői is, közöttük az élet értelmessége. Amint Hicks és King (2009) erre rámutatnak, az élet értelmességének egészségvédő hatása kevésbé vizsgált az egészségtudományokban. A PsychINFO nemzetközi folyóirat-adatbázisban (1967-től kezdődően) a mintegy 12780 a reménnyel, 6614 az élettal való elégedettséggel, 5853 a boldogsággal, illetve 4622 az optimizmussal foglalkozó cikkhez viszonyítva, az élet értelmessége mindössze csupán 502 cikk témája. Magyarországi viszonylatban a Kopp Mária által elindított hagyományok napjainkban Konkoly Thege Barna és Martos Tamás doktori disszertációiban értek be, de jelentős eredményeket hoztak Kökönyei és munkatársai (2008) vizsgálatai is. Mind hazai, mind a nemzetköz viszonylatban hiányoznak olyan munkák, amelyek serdülőkorban a személyiség mélyebb egzisztenciális tartományát, mint az egészségmagatartás védőhatását tűzik ki vizsgálati célul. Értekezésemben erre tesztek kísérletet.

## **1.1. EGÉSZSÉGGÁROSÍTÓ ÉS EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS SERDÜLŐKORBAN**

### **1.1.1. Az egészségmagatartások serdülőkori megítélésének életkor-specifikus kontextusa**

A betegségperspektíva változásával, a pszichoszociális betegség tényezők szerepének a felerősödésével, az életkor-specifikus fejlődési sajátosságok előtérbe kerülésével a serdülőkori egészség megítélésében egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az életmóddal összefüggő pszichoszociális hatások (Kopp és mtsai 2004). Jessor (1991) problémaviselkedés-elmélete magyarázattal szolgál arra vonatkozóan, ahogyan a rizikótényezők serdülőkorban az életmódon keresztül negatív egészségkövetkezményekhez vezetnek. A pszichoszociális hatások találkozása a rizikókövetkezmények megítélésével, valamint az egyéni fejlődési szükségletekkel a kockázateszlelés eredőjében történik meg (Urbán és mtsai 2008). Gyakran a rizikó jelentette pillanatnyi pszichoszociális előnyök (pl. hogy a szerfogyasztással kortársai körében érett serdülőnek tűnhet) a serdülő számára többet jelentenek a közép- vagy hosszútávú egészségelőnyénél (Goldberg és mtsai 2002). A szerfogyasztásnak, a védekezés nélküli szexuális kapcsolatnak, az inadaptív iskolai magatartásnak a felnőtt társadalom szempontjából történő megítélése negatív ugyan, ezeknek viszont a serdültársadalomban megvan a maguk jól meghatározott funkcionális értékei (Jessor 1984, 1987). Silbereisen és Noack (1988) gazdag tárházat mutatják be azoknak a funkcióknak, amelyet az egészségkárosító magatartások betöltenek a serdülő életében: a kortárs csoportokba integrálódás elősegítése, egy bizonyos szubkultúrához tartozás, a társas pozíció kifejezése, a lázadás szimbóluma az autoritással szemben, a függetlenedés folyamatában az egyéni szabadság kinyilvánítása, a vélt vagy valós személyes hiányosságok kompenzálása, a feszültségevezetés eszköze. Így egyes eredmények szerint pozitív összefüggés mutatható ki a dohányzás és a szubjektív jóllét között (Glendinning és Inglis 1999), vagy előfordulhat, hogy azok a serdülők, akik gyakrabban vonódnak be különféle rizikómagatartási formákba, nagyobb gyakorisággal végeznek preventív egészségmagatartásokat is, mivel a serdülőkorban mindkét irányú viselkedésforma szoros kapcsolatban létezik a függetlenség kinyilvánításával (Chassin és mtsai 1999). Tehát a serdülőkori egészségkárosító viselkedés a fejlődés normatív

aspektusai által torzított, eszközértékű megnyilvánulásnak tekinthető (Jessor és mtsai 2005, Turbin és mtsai 2000). Shedler és Block (1990) eredményei rámutatnak arra, hogy – paradoxonnak tűnő módon – a különféle egészségkárosító magatartások kipróbálása önmagában nem tekinthető maladaptívnek. Ellenkezőleg, a kipróbálókat a tartózkodókhoz és a rendszeres fogyasztókhoz képest olyan tulajdonságok jellemzik, amelyek erőforrást jelentenek a pozitív pszichoszociális fejlődésben. Bár pszichoszociális funkciójukat tekintve maguk is a megküzdés egyik formájának tekinthetők, és fejlődéslélektanilag az önazonosság szempontjából meghatározó tapasztalatszerzés elemei (Hurrelmann és Richter, 2006), állandósulásuk jelentős negatív hatással van a lelki közérzetre, az egészségre és a jövőbeni életmódra egyaránt. Másfelől viszont, habár a rizikóviselkedési minták önmagukban nem jelentenek egészségkárosító magatartásformákat, hiányukat mégsem könnyelhetjük el egészségmegőrző magatartásként. A preventív egészségmagatartás ugyanis több az egészségkárosító magatartás hiányánál. Ezt a többletet a céltudatosság, a viselkedés tudatos tervezése adja (Schwarzer 1999). A különbség mértéke egyáltalán nem elhanyagolható, főként, ha tekintetbe vesszük azt, hogy a viselkedésben, ebben az életkorban, a pillanatnyi előnyök meghatározóbbak a jövőbeli pozitív következményeknél (Rolison és Scherman 2002). A biztonsági öv viselésében, a táplálkozásra való odafigyelésben, a szexuális együttlét védeltségében a jelenen túlmutató, előrevetített egészséghaszon gondolata munkál. Mindent összevetve megállapíthatjuk, hogy bár az egészségkárosító magatartások a morbiditás és akár a mortalitás meghatározó tényezői lehetnek a serdülőkorban (Blum és Nelson-Mmari 2004), előfordulásuk, oki hátterük megítélése sajátos értelmezési keret alá esik.

### **1.1.2. Egészségkárosító magatartások serdülőkorban**

Fejlődéslélektani vizsgálatok tükrében az egészséget veszélyeztető tényezők gyakorisága, valamint az egészségi állapot leromlása a korai és érett felnőttkorral szemben a serdülőkor éveiben a legdrámaibb (Brunswick és Merzel 1988). Ez is bizonyítja a serdülőkor éveinek rendkívüli rizikóterheltségét. Ha a kipróbálás – mint fentebb kitűnt – az optimális személyiségfejlődés része lehet, a rendszeres szerhasználat hatása már mindenképpen egészségkárosító. Az egészségkárosító magatartások serdülők körében regisztrált prevalenciaértékei pedig mind a nemzetközi, mind a magyarországi

statisztikák szerint felhívó jellegűek. A Youth Risk Behavior Surveillance System (Eaton és mtsai 2008) adatai szerint például, az elmúlt hónapban az amerikai serdülők 23%-a dohányzott, 43,3%-a fogyasztott szeszes italt, 20,2%-a fogyasztott marihuánát és 33,9%-a volt szexuálisan aktív. A Health Behavior in School-aged Children (HBSC) (Currie és mtsai 2008) adatai szerint az európai 15 évesek átlagosan (a vizsgált 30 ország átlaga) 30%-a dohányzik napi gyakorisággal, 29%-uk fogyaszt szeszes italokat heti gyakorisággal és 7,3%-uk szívott marihuánás cigarettát az adatgyűjtést megelőző hónapban. A fiúk 75,8%-a és a lányok 61,7%-a végzett rendszeres módon mérsékelt fizikai aktivitást az adatgyűjtést megelőző héten, naponta csupán mintegy 20%-uk fogyasztott különféle zöldségeket és gyümölcsöket (Currie és mtsai i.m.). Ezzel szemben viszont a 11, 13 és 15 évesek 29%-a naponta fogyaszt édességeket (Mathieson és Koller 2006). Gyakori serdülőkorban az egészségtelen táplálkozáskontrollon alapuló testsúlycsökkenés is (Nystrom 2005). A Youth Risk Behavior Surveillance System (Eaton és mtsai 2008) eredményei szerint az adatgyűjtést megelőző hónapban a középiskolások 40,7%-a folyamodott diétához testsúlycsökkenés érdekében. Közülük nagy számban voltak olyanok, akik a testsúlycsökkenés szélsőséges módszereit alkalmazták, mint amilyen: a koplalás (a lányok 17%-a, a fiúk 7,6%-a), a fogyasztótabletták használata (a lányok 8,1%-a, a fiúk 4,6%-a), a hánytatás vagy a hashajtó tabletták használata (a lányok 6,2%-a, a fiúk 2,8%-a). A közép-európai statisztikák (Kuntsche és mtsai megjelenés alatt) az alkoholfogyasztás mintegy átlag 40%-os növekedését mutatják a serdülők körében. Hasonlóképpen a dohányzás mértékének a növekedése mellett (Elekes 2004, Urbán 2007) a magyar serdülőpopulációban az illegális drogfogyasztás mértékének a növekedése is tapasztalható (Demetrovics 2009, Elekes 2009, Kökönyei 2004, Paksi és Demetrovics 2007). Végül a húsz éves múltra visszatekintő HBSC kutatás magyarországi tapasztalatai kapcsán Kovacsics és munkatársai (2007) a dohányzás előfordulásának a mértékére vonatkozóan a nemi különbségek eltűnésére hívják fel a figyelmet.

Az egészségkárosító magatartások negatív hatását tovább fokozza az, hogy egymással összekapcsolódva kumulált kockázati hatásokat eredményeznek (Verhulst és Van der Ende 1992). Keresztmetszeti és longitudinális vizsgálati eredmények egyaránt igazolják, hogy például a rendszeres dohányzó serdülők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel fogyasztanak szeszesitalt, végeznek kevesebb fizikai aktivitást és

táplálkoznak egészségtelenebbül, mint a nem dohányzó társaik (DuRant és mtsai 1999, Pesa 1998). De igaz ez fordítva is. Az alacsony fizikai aktivitású serdülők körében gyakoribb a dohányzás, a szeszesitalfogyasztás és az egészségtelen táplálkozás (Sallis és mtsai 2000). Igaz ugyan, hogy az egészségkárosító magatartások halmozódásának központi kötőeleme a dohányzás (Escobedo és mtsai 1997), az összegződés azonban nem csupán egy központi magon, hanem több irányban, kölcsönös összekapcsolódásokon keresztül valósul meg (Baskin-Sommers és Sommers 2006). Az egészségkárosító magatartásformák halmozódásának további negatív következménye a serdülőkorban az egészségkárosító életmód kialakulása. Számos vizsgálati eredmény igazolja az egészségkárosító magatartások koherenciáját az életmódban (Donovan és Jessor 1985, Reninger és mtsai 2000). A serdülőkorban kialakuló, az egymás negatív hatását felerősítő viselkedésegységek nagy valószínűséggel felnőttkorban is fennmaradnak (Reitz és mtsai 2005). A serdülők életmódjában nemegyszer az egészségkárosító magatartások mellett jelen vannak az egészségvédő magatartások is. Az egészség befolyásolásában számító végső hatás minden esetben ezen egészségkárosító és egészségvédő magatartások összegződő hatásában mutatkozik meg (Gerard és Buehler 2004). A megszilárdult egészségkárosító magatartásformák jelenléte az életmódban nem kívánatos, azonban, amennyiben ezek mellett számos egyéb egészségvédő magatartásforma is munkálkodik, az egészségkárosító hatások kiegyenlíthetőek (Resnick és mtsai 1997).

### **1.1.3. Egészségvédő magatartások serdülőkorban**

Több kutató is egyetért abban, hogy a serdülőkori egészségkárosító és egészségmegőrző viselkedés kapcsán a kiváltó rizikótényezők mellett a fő hangsúlyt a védő hatásokra kell helyezni (Adelmann 2005, Jessor 1993, Olsson és mtsai 2003). A védőhatások elemzésében megkülönböztetünk egészségvédő magatartásokat és protektív pszichoszociális hatásokat. Sameroff és munkatársai (1998) rámutattak arra, hogy a serdülőkori egészséggel kapcsolatos magatartás megítélésében figyelmünknek ki kell terjednie nem csupán a rizikómagatartásokra, hanem az egészségvédő magatartásokra is. Ilyenek az egészséges táplálkozás, a megfelelő fizikai aktivitás, a

rendszeres szájhigiéne és fogászati ellenőrzés, az aktív és passzív pihenés, a kiadós alvás, a biztonságos közlekedés (Donovan és mtsai 1993).

Serdülőkorban a táplálkozási magatartás és a fizikai aktivitás a legtöbbet kutatott egészségvédő magatartások. A serdülőkori egészségvédő magatartási struktúra részeként (Neumark-Sztainer és mtsai 1998) a táplálkozás szerepe meghatározó, mind a pozitív bio-pszicho-szociális fejlődés folyamatában, mind pedig a felnőttkori egészséges életmód kialakításában (Mathieson és Koller 2006). A vizsgálatok szoros összefüggést igazoltak a megfelelő táplálkozás és bizonyos érrendszeri, keringési, csontrendszeri és daganatos megbetegedések megelőzése között (McVey és mtsai 2002). Ugyanakkor az életmóddal szorosabban összekapcsolódó táplálkozási magatartás egyben preventív erőforrás és egészségkárosító tényező is. Becker és Arnold (2004) például kimutatták, hogy az idősebb amerikai lakosság életmódja összességében jóval egészségesebb, mint a fiataloké, főként, ami a táplálkozási magatartást illeti. Az egészségtelen táplálkozás – a táplálkozásfüggő betegségek kialakulása mellett – halmozott veszélyeztetettséget alakíthat ki. A kiegyensúlyozatlan táplálkozás ugyanis gyakran egészségkárosító magatartásformákkal kapcsolódik össze, mint például a testmozgás hiánya (Neumark-Sztainer és Hannon 2000), a dohányzás (Kendzor és mtsai 2007) vagy az alkoholfogyasztás (Birch és mtsai 2007).

Az egészséges táplálkozás és testsúlykontroll mellett a másik gyakran vizsgált, prevenciós hatásában rendkívül sokrétű egészségvédő magatartás a rendszeres testmozgás. Széleskörűen igazolt az életfunkciókat serkentő, a vázizomzatot erősítő, a pszichés közérzetet javító, az elhízást megelőző, testképépítő, a személyes és szociális önértékelést és ön-prezentációt pozitívan befolyásoló hatása (Sallis és mtsai 2000, Vilhjalmsson és Thorlindsson 1998). A fiatalkori rendszeres testmozgás képes előrejelezni a felnőttkori testarányoknak megfelelő testsúlyt (Menschik 2008). Emellett a fizikai aktivitás hozzájárul többek között a szív- és érrendszeri megbetegedések (Twisk és mtsai 2002), a csontritkulás (Bass és mtsai 2000), az elhízás (Salbe és mtsai 2002) és az ezzel gyakran egybeköthető diabétesz (Tuomilehto és mtsai 2001) kialakulásának a megelőzéséhez. Pozitív hatással van a mentális egészségre is: csökkenti a szorongás (Petruzzello és mtsai 1991) és depresszió (North és mtsai 1990) mértékét. A rendszeres testmozgást végző serdülők jóval kedvezőbben ítélik meg saját egészségi állapotukat, elégedettebbek életükkel, jobb pszichés közérzetről és a

pszichoszomatikus, valamint a depresszív tünetek alacsonyabb előfordulásáról számolnak be, mint a mozgásszegény életmódot folytatók vagy az elégtelen testmozgást végzők (Pikó és Keresztes 2006, Pikó 2002a).

Hangsúlyozni kívánom, hogy az életszakasz fejlődési sajátosságainak fényében az egészségmagatartások elemzésének, az optimális lelki fejlődés viszonylatában kell megvalósulnia, hiszen előfordulásuk sokkal inkább normatív, semmint patológiás jelenségnek tekinthető (Jessor 2005). Ebből a szempontból is a védőtényezők azonosítása az egészségtudományok kiemelt fontosságú feladata (Catalano és mtsai 2002, Larson 2000).

#### **1.1.4. Egészségvédő hatások**

Minden olyan hatás, amely csökkenti a rizikóérzékenységet, a rizikóhatást, vagy megelőzi újabb rizikóhatások kialakulását, protektív, azaz védő jellegűnek tekinthető (Rutter 1987). Megkülönböztetünk perszonális, interperszonális, szocio-kulturális, valamint transzperszonális védőtényezőket. Az olyan szocio-demográfiai tényezők, mint a nem, az életkor, a társadalmi réteghelyzet, moderáló tényezőknek számítanak (Wu és Zumbo 2008).

##### ***1.1.4.1. Moderátor tényezők***

Amint a felseztetőben világossá vált, az egészségmagatartások előfordulását és gyakoriságát jelentős nemi különbségek jellemzik. A nyugati és keleti társadalmakat érintő felmérések adatai egyaránt a fiúk dominanciáját igazolják az egészségkárosító magatartások előfordulásában (Chan és mtsai 2007, Demetrovics 2004, Johnston és mtsai 2006). Mindemellett egyre több nemzetközi vizsgálat is hangsúlyozza a lányok rizikóvulnerabilitását, akár a hagyományosan „maszkulin” rizikóterheltségűnek tekintett szerfogyasztás tekintetében is. Az 1980-as évek közepétől napjainkig a lányok körében vészesen emelkedik a szerhasználat előfordulása (Wright és mtsai 2007, Kovacsics és mtsai 2007). Hasonlóképpen a Monitoring the Future 2005-ös adatai (Johnston és mtsai 2006) azt mutatják, hogy bizonyos életkorokban a rizikómagatartások előfordulása a fiúkhoz képest nagyobb a lányoknál. A nemi különbségek csak tovább fokozódnak a

lányok javára, amennyiben a vizsgálódás fő szempontja a káros szenvedélyektől való tartózkodás. Simon-Morton és munkatársai (2001) vizsgálataiban megállapítást nyert, hogy azok a lányok, akiket kortársaik cigarettával és szeszes itallal kínálnak, kétszer gyakrabban fogyasztják ezeket a szereket, mint az azonos életkorú fiúk. Az eredményeket a szerzők a lányok kortárs-hatásokkal szembeni fokozott érzékenységgel magyarázzák. Másfelől a lányok esetében magasabb prevalenciaértékek regisztráltak még azon egészségkárosító magatartások esetében is, amelyek a statisztikai adatok tükrében a serdülőkor végére, a fiatal felnőttkorra csökkenő tendenciát mutatnak. Így például a pszichoszomatikus tünetek előfordulásának a serdülőkorhoz viszonyított csökkenése fiatal felnőtt korban csak a fiúknál tapasztalható (Ferdinand és mtsai 1995). A lányok rizikóvulnerabilitása érvényes a preventív egészségmagatartásokra is. A táplálkozási magatartás esetében például kimutatott, hogy a lányok elégedetlenebbek testképükkel (Conner és mtsai 2004), nagyobb mértékben hajlanak arra, hogy alul- vagy túlértékeljék testtömegüket (Paxton és mtsai 2006). Az elégedetlenség a testképpel pedig gyakran egészségtelen diétával, vagy evésrohamokkal (Nystrom és mtsai 2005), mozgásszegény életmóddal (Neumark-Sztainer és mtsai 2006) társul. Másrészt serdülőkorban a rendszeresen végzett, moderált fizikai aktivitás előfordulása nagyobb a fiúk körében, bármely életkorban (Eaton és mtsai 2008). A serdülőkorúak rizikóérzékenységgel kapcsolatosan Zweig és munkatársai (2001) összegző vizsgálata nyomán leszögezhetjük: a lányokra a fiúknál terheltebb rizikóprofil jellemző még olyan egészségkárosító magatartások esetében is, amelyek hagyományosan „maszkulin” rizikómagatartásoknak számítanak.

Az életkor a nemhez hasonló moderáló tényező. Serdülőkorban az egészségkárosító magatartásformák gyakoribbá válnak, az egészségvédő magatartásformák viszont nemegyszer háttérbe szorulnak (Fairclough és Stratton 2005). Az internalizált és az externalizált problémaviselkedési formák már kora serdülőkorban is egyre magasabb prevalenciaértékeket mutatnak (Bongers és mtsai 2003). Az egészségkárosító szerekkel történő ismerkedés már 11 éves korban széleskörben elterjedt (Kosterman és mtsai 2000), mint ahogyan az érzelmi szintű, azaz internalizált jellegű problémák is, mint például a pszichoszomatikus tünetek (Mulye és mtsai 2009). Ugyanakkor minél korábban kezd valaki a dohányzást – azok közül, akik már gyermekkorukban napi rendszerességgel dohányoztak –, később annál kevésbé képes leszoknia róla (Urbán



2010). Ugyanakkor, aki serdülőként vagy fiatal felnőttként nem alakít ki egészségkárosító szokásokat, az felnőttként még kevésbé teszi majd ezt (Pierce 1996).

Serdülőkorban az egészségmagatartások az életmód alapját képező szocio-kulturális szokásokkal szoros összefüggésben alakulnak (Pikó 2005a). A serdülőkorúak egészségi állapotával kapcsolatos szociális egyenlőtlenségre a nemzetközi áttekintő tanulmányok (Hanson és Chen 2007) és a magyarországi (Piko és Fitzpatrick 2007) vizsgálati eredmények is rámutatnak. Eszerint, együttjárás mutatkozik az önértékelésen alapuló alacsony társadalmi réteghelyzet és az egészségi állapot alacsony önminősítése (Piko és Keresztes 2007a), valamint az egészségkárosító magatartások magasabb (Murinkó 2005) és ugyanakkor az egészségvédő magatartások alacsonyabb (Piko és Keresztes 2008) prevalenciaértékeivel.

A legtöbb kutató egyetért azzal, hogy a lányok és fiatal nők magas rizikóvulnerabilitásával kapcsolatos alapvető indokok a nemekre ható eltérő szocializációs hatásokban keresendők (Greendorfer 1994, Hoyer 2004, Sherwood és Neumark-Stanier 2001). A nemi szerepekkel összefüggő normatívák, illetve a szociális reprezentáció nemi sztereotípiái a nemek számára eltérő hozzáférést „biztosítanak” az egészségmegőrző és -fokozó magatartások különböző formáiba történő bevonódásra (Elder és mtsai 2007). Többek között Baezconde-Garbanati (2001), valamint Marsiglia és munkatársai (2001) empirikusan igazolták azt a feltevést, miszerint a különböző nemzetiségűek, és ezen belül az eltérő etno-kulturális csoportok az egészségmagatartással kapcsolatban sajátos hagyományokkal, kultúra-specifikus normákkal rendelkeznek. Egyes kutatók az egészségmagatartás rizikó- és protektív tényezőinek közösségenként változó szerkezetét a szocio-kulturális hatások érvényesülésével magyarázzák (Hawkins és mtsai 2004). A vizsgálatok abból az alapfeltevésből indultak ki, hogy a kultúra olyan átfogó fogalom, amely alakítja az egyének, illetve csoportok attitűdjét, értékeit, viselkedését (Markus és Kitayama 1991). Ifjúkorban az etno-kulturális identifikáció olyannyira jelentős lehet, hogy azt egyes szerzők (Brook és mtsai 2004, Wallace és Murroff 2002) például az egészségkárosító magatartás legfontosabb mediátor tényezőjének tekintik. Összességében megállapítható, hogy a különböző nemzetiségűek, illetve a többségi és kisebbségi nemzetiségűek közötti különbségek mellett az egészségmagatartásra meghatározóak lehetnek az etno-

specifikus (Asbridge és mtsai 2005) és ugyanazon nemzetiségi kultúra eltérő szociális közegének a szintjén leképződő különbségek (Unger és mtsai 2004) is.

#### ***1.1.4.2. Egyénszintű védőtenyezők***

A leggyakrabban kutatott, egyénhez kötött pszichoszociális indikátorok serdülőkorban a pozitív önértékelés és énkép, az önbizalom, az én-hatékonyság, az önkontroll, a fejlett társas képességek, az iskolai teljesítmény, az elköteleződés, a bevonódás produktív tevékenységekbe, az egészségvédő attitűd és egészségvédő értékek, a normakövető magatartás. Mindezek közül az alábbiakban röviden csak azokra térek ki, amelyek szorosan kapcsolódnak saját kutatási eredményeimhez.

Az egészségmagatartással összefüggő leggyakrabban kutatott egyénszintű védőfaktorok kétségtelenül a szocio-kognitív szabályozó folyamatok. A viselkedéskontroll három területet ölel fel: a kognitív, érzelmi és végrehajtó dimenziókat. A kontroll kognitív aspektusa a személynek a helyzet feletti kontrollal kapcsolatos önbecsülésére vonatkozik, arra, hogy az adott helyzetet mennyire érzi kontrollálhatónak (Csabai és mtsai 1998). A helyzet feletti kontroll természetesen az előzetes tapasztalatokon alapszik, de szubjektív voltából adódóan a személy önnön képességeivel kapcsolatos meggyőződése érzelmileg átszínezi. Az énhatékonyság pontosan ezekkel az ún. kognitív-emocionális folyamatokkal kapcsolatos, a személy saját képességeibe vetett optimista hitét jelenti (Bandura 1997). Az énhatékonysággal jellemezhető személy bízik abban, hogy képes lesz sikeresen véghezvinni cselekvéses szándékait. A saját képességeinkbe vetett optimista hit általában a viselkedésváltozás alapfeltétele, a preventív viselkedésformák gyakorlásának legfőbb kognitív-viselkedéses prediktora (Weitzel 1989).

Az énhatékonyság dacára a cselekvéses szándék megghiúsulhat, amennyiben a személy figyelmét valamely kognitív vagy érzelmi eredetű inger eltéríti a cselekvés végrehajtásától. Ezekben az esetekben a figyelemnek a cselekvés végrehajtására való visszafordításában, az érzelmek szabályozásában tárgyiasuló önkontroll hozza meg az önszabályozás szempontjából megkívánt eredményt (Luszczynska és mtsai 2004a). Ralf Schwarzer, az egészségmagatartással összefüggő énhatékonyság kutatásának úttörője több évtizednyi vizsgálódás után megjegyzi: az énhatékonyság szándékfokozó hatásánál

sokkalta fontosabb az énhatékonyság önszabályozó szerepe (Schwarzer és mtsai 2007). Mint munkatársaival megállapítja, a preventív egészségmagatartások legerőteljesebb kognitív-kontroll prediktora a személynek az a képessége, hogy ha abbahagyja a „jó” cselekvését, vagy letér a „jó” ösvényről, visszatérjen önnön képességeibe vetett hitéhez – folytatván pozitív szándékának megvalósítását.

Összegzésképpen megállapítható, hogy az énhatékonyság és az önkontroll együttesen nélkülözhetetlenek a viselkedéskontrollban (Hall és Fong, 2007). Az énhatékonyság a személyes kontroll attitűdszintű összetevője (AbuSabha és Achterberg, 1991), az önszabályozott viselkedés pedig a végrehajtó (Luszczynska és mtsai 2004a) összetevőjére vonatkozik. Az énhatékonyság a személy bizakodó hitét jelenti cselekvése eredményességében (Bandura 1997), az önszabályozott viselkedés pedig egy jól meghatározott cél vagy feladat végrehajtásában a viselkedés módosítása érdekében tett erőfeszítést jelöli (Tice és Bratslavsky 2000).

Az énhatékonyság protektív befolyása az egészségkárosító és egészségvédő magatartásokban széleskörűen igazolt. Jelenlétében a szerfogyasztás, a biztonságos szexuális aktivitás, a nem biztonságos közlekedés alacsony (Piko és mtsai 2005a, Piko és Gibbons 2008), a fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll magas előfordulása (Keresztes és mtsai 2008, Piko és Keresztes 2006) regisztrálható. Vizsgálatainkban megerősítést nyertek ezen összefüggés-mintázatok az erdélyi serdülők körében is (Brassai és Pikó 2008a, 2008b, 2007, 2005). Másrészt, nemzetközi vizsgálati eredmények tükrében az érzelmi és viselkedéses kontrollban kifejezett önszabályozott viselkedés védőfaktor az externalizált és internalizált egészséget károsító problémaviselkedésre nézve (Wills és mtsai 2006), de az egészségvédő magatartásformákra nézve (Luszczynska és mtsai 2004a) is. Erdélyi serdülőmintában az önszabályozott viselkedés prediktor szerepe az egészségkárosító magatartásformákkal szemben (dohányzás és alkoholfogyasztás) főként az egészségvédő viselkedésformák (fizikai aktivitás és táplálkozáskontroll) esetében igazolható (Brassai és Pikó 2007).

Míg az önszabályozott viselkedés és egészségmagatartás kapcsolatát gyakran egyértelmű eredmények tényszerűsítik, paradoxnak tűnő módon előfordul, hogy az énhatékonyság az egészségkárosító magatartásformákkal mutat együttjárást. Egyes szerzők szerint (Deci és Ryan 2000) a kompetencia érzése egyike az önmeghatározás legfontosabb, személyhez kötött képességének. Ugyanakkor az énhatékonysággal

együttjáró magas önbecsülés bizonyos helyzetekben a személyes kontroll túlbecsülését eredményezheti. Ennek következményeként a személy eltúlozza képességeit saját viselkedéses megnyilvánulásaival kapcsolatban (abban a hitben él, hogy képes ellenőrzése alá vonni olyan megnyilvánulásait, amelyek fölött valójában már elveszítette az ellenőrzést) (Wickman és mtsai 2008). Ezzel kapcsolatosan Pikó és munkatársai (2005a) azon a véleményen vannak, hogy míg az énhatékonyság egészségvédő szerepe az egészségvédő magatartásformákkal kapcsolatban egyértelműen stabilnak mutatkozik, az egészségkárosító magatartásformák esetében a védő szerep stabilan az externalizált problémaviselkedés kapcsán nem, csak az internalizált problémaviselkedés kapcsán igazolható. Tekintetbe véve a serdülőkori lelki fejlődés sajátosságait, mindez áthatóbban értelmezhető, amennyiben számolunk azzal, hogy az énhatékonyság és az externalizált viselkedésformák közös hátterében gyakran azonos lelki szükséglet, például a függetlenség kifejezése munkál (Chassin és mtsai 1999).

Vannak helyzetek, amelyekben cselekvésünk/viselkedésünk eredménye a jelenben közvetlenül nem nyilvánul meg. Ilyenkor a motivációt kognitív-anticipatív folyamatok tartják fenn, mint amilyen például a jövőorientáció. A jövőorientáció arra vonatkozik, hogy miképp látjuk jövőnket elvárásaink, céljaink, terveink összefüggésében (Nurmi 1991). Az egészséggel kapcsolatos magatartás szoros kapcsolatba hozható a viselkedés idődimenziójával, a jövőpercepcióval (Crockett és mtsai 2008, Fong és Hall 2007). Nem csupán a cselekvés folyamatjellege vagy a szükségletkielégítő közvetlen viselkedés késleltetése, hanem az egészségmagatartással összefüggő kognitív-szabályozó folyamatok kapcsán is. A jövőorientációnak, mint egészségvédő tényezőnek a kutatása tényszerűsíti tehát a modern egészségparadigma azon alapfeltevését, miszerint az egészség több a betegség hiányánál. Így az egészségmagatartás kapcsán Linde és munkatársai (2006), valamint Jeffery és munkatársai (2004) rámutatnak arra, hogy a viselkedésmódosításhoz, habituális viselkedések esetén, pusztán az énhatékonyság nem elégséges sikertényező. Szükség van egyéb, ösztönző-szabályozó kognitív folyamatokra, amelyek támogatják a múltból a jövő irányába történő elmozdulást. Ilyen incentiv lehet például a viselkedés következményével kapcsolatos elvárt haszon. Az egészség-preventív viselkedések dinamikájának a megértéséhez számolnunk kell az önszabályozási folyamatokhoz kapcsolódó reprezentációs

struktúrákkal. Mivel általában azokat a cselekvésformákat gyakoroljuk, amelyek eredménye időben közelebb esik a jelenhez, távolabbi eredményekkel kecsegtető cselekvések esetén a kognitív akadályokat elhárító pozitívan felhangolt jövő-projekciós mechanizmusra van szükség (Higgins 1991). A pozitív jövőkép szerepét a preventív magatartásformák gyakorlásának sikerében növeli a célokkal kapcsolatos jövőbe vetített eredményesség. A jövőorientáció a személynek éppen azon beállítottságára vonatkozik, hogy céljai megvalósítása érdekében bizakodóan tekintsen a jövőbe (Nurmi és mtsai 1995, Strathman és mtsai 1994). Empirikus eredmények igazolják például, hogy a jövőorientáció a testmozgás jelentős kognitív-motivációs prediktora (Luszczynska és mtsai 2004b). Másrészt Croll és munkatársai (2001) eredményei rámutatnak arra, hogy az egészséges táplálkozást a jövőorientáció alacsony szintje nagyobb mértékben akadályozza, mint például a táplálkozási előírások ismeretének a hiánya. A jövőorientáció protektív szerepét az egészségkárosító és egészségvédő magatartásra többek között más amerikai (Strathman és mtsai 1994) és európai eredmények is igazolják (Pikó és mtsai 2005b, Luszczynska és mtsai 2004a). Erdélyi serdülők mintáján a jövőorientáció szerepe inkább az egészségvédő, mintsem az egészségkárosító magatartások kapcsán érhető tetten (Brassai és Pikó 2007).

A kognitív-emocionális tényezőcsoporton belül, az egészséggel kapcsolatos attribúciós tényezők mellett, a vizsgálatok kiterjednek az értékorientáció és az egészségmagatartás vizsgálatára is. Az értékorientáció egy jól meghatározott magatartásmintákkal kapcsolatos értékpreferenciában mutatkozik meg. Kristiansen (1985), valamint Wurtele és munkatársai (1985) rámutatnak arra, hogy az értékorientáció az egészségvédő magatartás jelentős prediktora. Ezt erősítették meg Costa és munkatársai (1989) vizsgálati eredményei. Amíg a tradicionális, az intrinzik, illetve posztmateriális értékek – mint a proszocialitás, az önfejlesztés, az önelfogadás, a belső béke, a kapcsolatközponúság – alacsony szintű rizikóterheltséggel (egészségkímélő táplálkozásmóddal és mozgásgazdag magatartással), addig a fogyasztói, extrinzik, illetve materiális értékek – mint a pénz- és hatalomorientáltság, a társadalmi presztízs, a karrierizmus – magas szintű rizikóérzettséggel, védekezés nélküli szexuális kapcsolattal, egészségtelen táplálkozással és mozgásszegény magatartással járnak együtt (Costa és mtsai 1989). Az egészségérték szerepét az egészséggel kapcsolatos magatartások előfordulásában elsőként Jessor (1984) vetette fel a problémaviselkedés-

elmélet megalapozásában. Munkatársaival nagyszabású vizsgálsorozatok eredményeként empirikusan is igazolták az egészségtudatosság elválaszthatatlanságát az egészségértéktől (Jessor és mtsai 1987, 1998). Saját fejlesztésű mérőeszkővel Lau és munkatársai (1986), majd Torres és munkatársai (1995) is megerősítették Jessor eredményeit. Ritt-Olson és munkatársai (2004) rámutattak arra, hogy az átlag feletti egészségértékkel rendelkező serdülők ellenállóbbak az alkohol- és az illegális drogfogyasztással szemben. Hasonló eredményeket hoztak Reifman és munkatársai (2001) vizsgálatai is, igazolván a szilárd egészségértékek szerepét kortársi és szülői egészségkárosító magatartásformákkal szembeni ellenállásban. Magyarországi serdülőpopulációban Pikó Bettina (Pikó 2005, Pikó és Keresztes 2007) mutatott ki összefüggést az egészségmagatartásokkal és az egészségérték között. Megjegyzendő, hogy a vizsgálatok az egészségérték prediktor hatását a fiúk esetében főként az egészségkárosító, a lányok esetében pedig az egészségvédő magatartásokkal kapcsolatban igazolják (Lau és mtsai 1986, Lonquist és mtsai 1992, Ritt-Olson és mtsai 2004).

#### ***1.1.4.3. Interperszonális védő tényezők***

A társas hatások alapvetően két forrásból erednek: a szülő- és a kortárskapcsolatokból. A szülő-gyermek kapcsolat minősége (kötődés, támogatás, felügyelet), a családi struktúra, illetve a barátok magatartása, és kiemelten a legjobb baráttal való kapcsolat számos védőhatás közvetítője lehet. Több keresztmetszeti és longitudinális kutatás azt sugallja, hogy a serdülőkorú szerhasználatban az interperszonális tényezők szerepe legalább olyan fontos, mint az intrapszichés tényezőké (Bertrand és Abernathy 1993, Doherty és Allen 1994, Hoyer 2003).

A legkutatottabb szocio-kulturális közegek a kortárs csoport, a család és a közösség. A kortárs csoportok (Pikó és mtsai 2007) és a közösség (Leffert és mtsai 1998) szerepe a serdülőkorúak egészséggel kapcsolatos magatartásában egyáltalán nem elhanyagolható szocializációs színtér. S bár ebben az életkorban a kortárs hatások tágabb teret kapnak az egészséggel kapcsolatos magatartások befolyásában (Simon-Morton és mtsai 2001), negatív befolyásuk annál erősebb, minél inkább hiányoznak az ellensúlyozásukra szolgáló protektív szülőhatások (Kington és O`Sullivan 2001).

A serdülőkorúak egészségmagatartásával összefüggésbe hozott leggyakoribb családi tényezők közül (a családstruktúra, a szülői viselkedés, a szülő-gyermek kapcsolat, a szülői nevelési stílus) az alábbiakban csak a társas támogatással és a szülői bánásmóddal foglalkozom. Azonban magyarországi (Piko és Fitzpatrick 2006) és erdélyi (Brassai és Pikó 2005a, 2005b) vizsgálat hangsúlyozza például a családstruktúra, a szülői viselkedésforma vagy a szülő-gyermek kapcsolat prediktor szerepét is.

A szülői hatás összetett, és az egészségmagatartásra gyakorolt pozitív befolyása sokrétű hatásrendszeren keresztül valósul meg (Vazsonyi 2003). A változásoknak ebben az igen intenzív életszakaszában, a serdülőt ért pszichoszociális stresszhatásokkal való megküzdésben a szülői támogatás önmagában is jelentős erőforrás (Pikó 2002a). A pozitív felnőttkapcsolat erősíti a serdülők kötődését a konvencionális társadalmi normákhoz és ugyanakkor az ellenazonosulást a problémaviselkedéses kortárskapcsolatokkal (Costa és mtsai 1989, Donovan és mtsai 1991). Másrészt a pozitív felnőttkapcsolattal járó nyílt kommunikáció – a feszültségek kerülőutas elvezetésének a megelőzésével – a drogfogyasztás egyik leghatékonyabb interperszonális puffertényezője (Erginoz és mtsai 2004). Serdülőkorban a tényleges társas támogatásnál még lényegesebb a kapott támogatással való elégedettség (Pikó 2002a). Ezt támasztják alá Akse és munkatársai (2004) eredményei is, amikor igazolják, hogy a szülői elutasítottság érzése a befelé- és a kifelé irányuló problémaviselkedéssel társul.

A családi társas kapcsolatok kiemelt helyet töltenek be a környezeti kultúra közvetítésében, megerősítve a fizikai aktivitással és a táplálkozással összefüggő hiedelmeket, szokásokat, normákat (Keresztes és mtsai 2008, Roos és mtsai 2004). Zabinski és munkatársai (2006) a fiatal serdülőknél a szülők bátorító magatartását (pl. gyümölcsfogyasztásra) találták az egészséges táplálkozás legerőteljesebb prediktorának. Összegzésképpen elmondható, hogy a pozitív szülő-gyermek kapcsolat protektív tényezőnek bizonyult az egészségkárosító és egészségvédő magatartásra egyaránt (Buist és mtsai 2004, Kingon és O`Sullivan 2001).

Az egészséggel kapcsolatos szokások kialakulása gyakran a bátorítás és a szülői tiltás, a szabad választások és a szülői ellenőrzés mezsgyéjén húzódik (Darling és Steinberg 1993). A szülő-gyermek kapcsolat egy sajátos dimenziója a szülői monitoring, azaz ellenőrzés, felügyelet. Kérdés lehet, hogy mely szülői nevelési módnak

van kedvezőbb hatása a serdülők preventív egészségmagatartására? A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az egészségmagatartásokra egyaránt kedvező befolyást gyakorol az elfogadó és az ellenőrző szülői bánásmód is (Kohl és Hobbs 1998), amely jelentős nemi különbségeket mutat (Russell és Saebel 1997). Az elfogadó-támogató szülői bánásmód az önállóság megfelelő szintjének a kialakítása, az ellenőrző szülői bánásmód pedig a cselekvés és az idő megszervezése által fejt ki pozitív hatását az egészségvédő magatartásokra (Beets és mtsai 2007), s mindebben az apa szerepe kiemelt (Caldwell és mtsai 2004, Dixon és mtsai 2003). Az empirikus eredmények fényében tehát megállapítható: a szocializációnak ebben a szakaszában az anya biztosítja az érzelmi hátteret, az apának viszont a monitoring és a kontrollfunkciókkal összefüggő szerepe a meghatározó.

#### ***1.1.4.4. Spirituális/egzisztenciális védőtényezők***

Legújabbban a protektív tényezők azonosítására és egészségmegtartó, a személyiség fejlődésére pozitív hatást gyakorló szerepének a feltárására irányuló tanulmányok egyöntetűen kiemelik a spirituális/egzisztenciális tényezők egészségvédő szerepét (Powell és mtsai 2003, George és mtsai 2002, Thoresen és Harris 2002). Brown és munkatársai (2001), Cotton és munkatársai (2006), Miller és munkatársai (2000), Rew és Wong (2006) kutatási eredményei nyomán védőszerpe kiterjeszhető serdülőkorúakra is. Az erdélyi serdülők körében például az istenhívők sokkal kisebb arányban fogyasztanak szereket, mint az ateisták és a bizonytalanok (Brassai és mtsai 2003). A felekezeti hovatartozás pedig kevésbé, az imádkozás és a templombajárás viszont egyértelműen negatív együttjárást mutat a szerfogyasztással, főként a fiúk esetében (Pikó és Fitzpatrick 2004). Azonban mint Anson és munkatársai (1993) kimutatták, a hétköznapi életesemények stresszhatásának érvényesülésében a koherencia-érzék a vallásosságnál is erőteljesebb moderátor tényező. Chamberlain és Zika (1988) pedig rámutattak, hogy a vallásosság és a pszichés jól-lét közötti kapcsolat létrejöttében lényeges az élet értelmességének a szerepe.

A vallás, a koherencia-érzék és az élet értelmessége protektív hatása mellett említésre méltó egy másik egzisztenciális tényező: a remény szerepe is. Serdülőkori eredmények fényében a reményteliség az externalizált és internalizált



problémaviselkedés legerősebb prediktorának bizonyult, olyan egyéb védőfaktorok kontrollálása mellett is, mint amilyen a stressz vagy a társas támogatás (Hagen és mtsai 2005). A reménytelenség nem csupán érzelmi, hanem egyben célközpontú kognitív-motivációs struktúra is (Snyder 2002). Mascaro és Rosen (2005) két hónapos utánkövetéses vizsgálatában az élet értelmessége például negatív előrejelző tényezőnek bizonyult a reménytelenséggel fémjelzett depresszió későbbi előfordulására. A későbbiekben bemutatásra kerülő vizsgálatainkhoz kapcsolódóan említésre érdemes, hogy több kutatás is foglalkozik a remény és az élet értelmességének kapcsolatával serdülőkorban. Halama és Dedova (2007) szoros együttjárást igazolt a remény megélése és az élet értelmességének a megélése között. Míg az élet értelmessége és a reménytelenség közötti kapcsolat erőteljesen pozitív (Halama és Dedova, 2007, Shek 1993), a reménytelenség rontja az élet értelemtelenségének a megélését (Grygielski 1984).

#### **1.1.5. A védőhatások leképződése a serdülők egészségmagatartásában**

Nem ritkán, a protektív mechanizmusok nemekhez kötötten valósulnak meg (Brassai 2008, Keresztes és mtsai 2008, Lonquist és mtsai 1992, Ráty és mtsai 2005, Reininger és mtsai 2000, Simantov és mtsai 2000). Például, míg a fiúknál a vallásosság és az imádkozás a szerhasználat megelőzését valószínűsítő tényező, a lányok esetében a szerhasználatot ettől eltérő egyéb védőtényezők befolyásolják (Pikó és Fitzpatrick 2004). Másrészt megtörténhet, hogy egyazon tényező előfordulásába gyakoribb az egyik nemnél, de védő hatásában mégis alulmarad a másik nemhez képest. Így például, a templombajárás és a vallásos közösséghez tartozás tekintetében a lányok a fiúknál vallásosabbnak mutatkoznak, mindezek védőhatása valamiképpen azonban mégis a fiúkra nézve érvényesül nagyobb mértékben (Pikó 2000). Vagy előfordulhat, hogy azonos védőtényező mindkét nem esetében egyaránt hatással van a szerhasználat csökkenésére, azonban más és más hatásmechanizmus érvényesülésével (Scal és mtsai 2003). Más esetben pedig, míg a nemekhez kötött egyes tényezők védőhatásának bizonyulnak bizonyos magatartásmintákra, nincsenek hatással másokra. Így például, a fiúknál a sportklub-tagság csökkenti a marihuána-használat valószínűségét, de nincs hatással a szeszes ital használatára (Pikó és Fitzpatrick 2002).

Megállapítható tehát, hogy a védőtényezők felkutatása és azonosítása meghatározó feladat az egészségtudományok számára. Hiszen, habár életmódunkat számos kockázati tényező terheli, a védőtényezők jelenléte tompíthatja a kockázati tényezők egészségkárosító hatásának az érvényesülését. Így a védőhatások fokozása jelentheti a kockázati tényezők hatásának az ellensúlyozását (Blum és Ireland 2004, Jessor és Van Den Bos 1995, Jessor 1993, Resnick és mtsai 1997). Ugyanakkor a protektív mechanizmusokat kontextus- és magatartásfüggő tényezők moderálják (Hurrelmann és Richter 2006). Egyes védőtényezők hatása érvényesül egy bizonyos pszichoszociális kontextusban, de nem érvényesül egy másikban. Másrészt a protektív mechanizmus mindig az adott magatartás függvénye is. Egyes egyéni és környezeti sajátosságok védelmet nyújthatnak bizonyos viselkedésformákkal szemben, ugyanakkor nincsenek védőhatással más viselkedésformákra.

Amikor az élet értelmességének mint egészségvédő tényezőnek a vizsgálatát tűzzük ki a vizsgálat céljául, számolnunk kell az előbbieken felvetett meghatározó aspektusokkal. Az elméleti rész következő fejezetei az élet értelmessége egészségmagatartással való kapcsolatának az elemzését adják. Tekintve a téma újszerűségét, egyaránt szükségesnek tartottam a történeti-, személyiséglélektani- és fejlődéslélektani szempontok ismertetését.

## **1.2. AZ ÉLET ÉRTELMESSÉGE: FOGALOMKÖRE, JELENTÉSRETEGEI, MEGHATÁROZÁSA**

### **1.2.1. A spiritualitás és az élet értelmessége**

Az élet értelmessége transzperszonális és perszonális tartományokat átfogó, összetett konstruktum, amely a személyt a bio-pszicho-szociális determinációkból a spiritualitás szellemi horizontjára vetíti. Az élet értelmessége több elméletalkotó számára is elsősorban egy énen túlmutató spirituális kérdés (Kass és mtsai 1991, Reich és mtsai 1999, Steger megjelenés alatt c), amelynek megvilágításában a kognitív, érzelmi és motivációs tartományok mellett a személyiség transzperszonális dimenziója kerül előtérbe (Slife és mtsai 1999). A spiritualitás szerepének tudományos vizsgálata a pszichológiai szakirodalomban csak az utóbbi évek terméke (Miller és Thorsen 2003). Újabb pszichológiai jellegű munkákban a spiritualitás egy többdimenziós struktúra (MacDonald 2000), számos, szerteágazó jelentésréteggel (Říčan 2004). Wong (1998) az emberi élet értelmét meghatározó tényezők elemzésekor a vallás mellett fontos szerepet szán a spiritualitásnak. Elemzéséből kiderül, hogy míg a vallásosság az élet értelmével csak laza kapcsolatban áll, a spiritualitás szerepe az előbbinél jóval meghatározóbb. Hasonlóképpen a spiritualitás és a lelki jól-lét közötti kapcsolat vizsgálatában, Chamberlain és Zika (1988) is kiemelik az élet értelmességének a szerepét. Rámutatnak arra, hogy pontosan az élet értelmessége az, amely megteremti a kapcsolatot a vallásosság és a pszichés jól-lét között. Más szerzők a spirituális tartomány személyes életünkben megvalósuló levetülésére összpontosítanak (Dowling és mtsai 2003, King és Boyatzis 2004). Mascaro, Rosen és Morey (2004) az élet értelmessége kapcsán a spiritualitást a transzcendenciával kapcsolatban értelmezett egyéni létben határozzák meg. Mérőeszközükben, a Spirituális Értelem Skálában, olyan kijelentések kapnak helyet, mint „Mindannyian a személyünkön túlmutató valamiféle nagyobb hatalom részei vagyunk”, vagy „Amikor valamely feladat megoldásán dolgozom, érzem, hogy egy személyemet meghaladó erő segít engem”. Van Dierendonck (2005) értelmezésében a spiritualitás személyes életünk egyik legjelentősebb belső erőforrása, amelyet az életünket alakító felsőbbrendű erő táplál. Ebben az értelemben Ryff Pszichés Jól-lét Skálájának kiegészítéseként megalkotott Spirituális Jól-lét skálájának

példáitemei: „Hagyom, hogy a spiritualitás irányítsa életem”, illetve „Kapcsolatom a Jóistennel vagy egy Felsőbb erővel bensőséges”, vagy „A Jóistentől vagy egy Felsőbb erőből támaszt, erőt kapok az élethez.” Legújabb Wills (2009) Cummins (2003) Személyes Jól-lét Indexét újabb dimenzióval, a Spirituális Elégedettség alskálával egészítette ki. Véleménye szerint a keresztény világban a közösségi lét, az „ős-mi”, a tradíciók követése gyakran egybeesik az önmagunkon túlmutató életcélok követésével, amely életünknek mély spirituális töltetet kölcsönöz. Ebben a megközelítésben életünk értelmé egy felsőbbrendű erővel kapcsolatban teljesebbé válik, amelynek a közvetlen leképződése az önfogadás, a megbékélés, a belső harmónia.

Empirikus vizsgálatok tükrében a spiritualitás az általános egészségi állapotot (Daaleman és Frey 2004, Emblen 2004, Seybold 2007), és az életminőséget pozitívan befolyásoló jól-lét (Teichann és mtsai 2006) meghatározója. Ilymód a spirituális jól-létet mérő skálákon magas pontszámot elért személyek kevésbé szenvednek a magánytól és a reménytelenségtől, pozitívabb önértékelés és a szerhasználat alacsonyabb előfordulása jellemzi őket (Hammermeister és Peterson 2001), a világot pedig összefüggőnek, kiszámíthatónak és ellenőrizhetőnek érzékelik (Van Dierendock 2005, Ellison és Smith 1991, Mascaro és mtsai 2004, Piedmont 1999).

Összegzésképpen megállapítható, hogy elméleti és empirikus eredmények egyértelműsítik, hogy az egzisztenciális irányultság az élet megélt értelmességében valósul meg. Ebben a tekintetben az élet értelmességére irányuló keresés az ember spirituális lényéből fakadó, az egzisztenciális vákuum (Frank 1963) elkerülésétől az egyéni élet beteljesítéséig (Sirgy és Wu 2009) tartó kontinuumon elhelyezhető alapvető törekvés. Spirituális vonatkozásában az értelemkeresés tehát a célirányosság, a kapcsolatteremtés és a termékenység előmozdításával az emberi fejlődés motorja (Benson 2004).

### **1.2.2. A koherencia-érzék és az élet értelmessége**

Antonovsky szalutogenezis-elméletének alappillérei az akadállyal szemben a problémamegoldó, a kockázatok helyett a rendelkezésünkre álló erőforrások felhasználására összpontosuló igyekezet. Azt pedig, aki ennek birtokában van, az úgynevezett koherencia-érzék (sense of coherence) jellemez. Ahogy Antonovsky 1987-

ben megfogalmazta, a koherencia-érzék „általános irányultság, az az átfogó, szilárd, ugyanakkor dinamikus érzés, amely kifejezi, hogy valaki mennyire bízik abban, hogy belső és külső környezete kiszámítható, és a dolgok nagy valószínűséggel a reális várakozásoknak megfelelően jól fognak alakulni” (19. old.). Diszpozicionális jellemző, semmint személyiségvonás. Gyermekkortól kezdve fejlődik a szocializációs hatások befolyása alatt. Alakulásában lényeges változások 30 éves kor után már nem nagyon mutathatók ki. Antonovsky (1985) elméleti feltevéseire támaszkodva Sagy és Antonovsky (1996) négy tényezőt azonosítottak, amelyeknek szerepe lehet a koherencia kialakulásában: konzisztencia, az érzelmi terhelés egyensúlya, a valahová tartozás érzése és a személyiségformáló családi hatások (a felelősségteljes önállóság kivívása, bevonódás a család szintű döntési folyamatokba). E négy tényező együttes hatását vizsgálva a koherencia-érzék alakulására a szerzők a legutóbbi tényező szerepét találták a legmeghatározóbbnak.

Szerkezetileg Antonovsky (1987) a koherencia-érzék három összetevőjét különbözteti meg. A világ megérthetőségének élménye, amely arra a képességre vonatkozik, amelynek segítségével az egyén az őt körülvevő világot strukturáltan működő rendszerként látja, nem pedig fenyegetően kaotikusnak és teljességgel kiszámíthatatlannak. A második összetevő az úgynevezett kezelhetőség élménye, amely az egyén azon meggyőződéséből fakad, hogy a problémáknak többé-kevésbé mindig akadnak megoldásaik, és ezekhez a megoldásokhoz rendelkeznek erőforrásokkal. A harmadik komponens az értelemteliség élménye. Ez segíti hozzá az egyént, hogy az életet emocionális szempontból is értelmezhetőnek élje meg, és az egészségre ártalmas tényezők ellen megérje számára az energiabefektetés.

A koherencia-érzék az élet értelmességével gyakorta kapcsolatba hozott fogalom. Ville és Khlát (2007) szerint rokoníthatóságuk nem teljességgel véletlenszerű, hiszen a két lélektani konstruktum háttérben hasonló emberkép húzódik meg. Ahogy az élet értelmességének a megfogalmazásában gyakran hangsúlyos az egyén aktív, alkotó szerepe (például az értelem megkonstruálásában – Baumeister 1991, Bering 2002, Heine és mtsai 2006), a koherencia-érzék az egyén erőforrásainak a mozgósítására irányuló aktív diszpozícióként definiált (Antonovsky 1996). Az elméleti feltevések megerősítést nyertek az empirikus vizsgálatok fényében is. Az élet értelmének pszichológiai konstruktuma többféle mérőeszkővel mérve (Purpose in Life Teszt,

$r=0,68$  / Life Regard Index,  $r=0,78$ ) is szoros összefüggést mutat a koherencia-érzéssel (Zika és Chamberlain 1992). Egy másik vizsgálat kapcsolatukat a koherencia-érzék dimenziói mentén elemezve az élet értelmessége és a megérthetőség között  $0,48$ -as, az élet értelmessége és a kezelhetőség között  $0,68$ -as, végül pedig az élet értelmessége és az értelemteliség között pedig  $0,80$ -as korrelációt talált serdülők körében (Hutchinson és mtsai 2007). Másrészt pedig Shek (2001) szoros összefüggést igazolt az élet értelmessége és a környezeti kontroll között. Mindez arra enged következtetni, hogy azon serdülők, akik önmagukat és a világot ellenőrizhetőnek érzékelik, életüket egyben értelemtelinek is élik meg. A két pszichológiai konstruktum háttérben tehát közös lélektani működésmódok húzódnak meg. Viszonyuk elemzésében Konkoly Thege (2007) azonban felhívja a figyelmet arra, hogy bár a két fogalom között gyakori az átfedés, a koherencia fogalma inkább tekinthető Frankl az élet értelmessége konstruktumnak átalakított-továbbfejlesztett változataként, semmint szinonimájaként.

A szalutogenezis, ahogy Antonovsky megalkotta, az egészségnek, mint folyamatnak a fenntartását modellezi. Így kulcsfogalmának, a koherencia-érzéknek az empirikus vizsgálata is elsősorban az egészség viszonylatában valósult meg. Minél magasabb a mért koherencia-érzék, a személy annál egészségesebbnek érzi magát (Ebert és mtsai 2002, Kivimäki és mtsai 2000, Suominen és mtsai 2001). A koherencia-érzék védelmet jelent a depresszióval (Flannery és Flannery 1990) és szorongással (Edwards és Besseling 2001) szemben. Átlag feletti koherencia-érzék helyes táplálkozáskontrollal (Larsson és Setterlind 1990), fizikai aktivitással (Kuuppelomäki és Utriainen 2003) jár együtt. Mindez megerősíti az összefüggést a koherencia-érzék és a mindennapi élet feletti kontroll között (Pietilä 1994). Ugyanakkor a magas koherencia-érzék pontszámot elért személyeket pozitív önértékelés, belső kontroll, küzdőszellem és hatékony megküzdés jellemez (Johnson 2004). A koherencia-érzék és az ellenálló személyiség társadalmi-szociális vetületének együttjárását erősítik Skrabski és munkatársainak (2006) magyarországi, felnőtt populációs szintű vizsgálati eredményei. Amint a szerzők rámutatnak, az átlag feletti koherencia-érzéssel rendelkezőket másfélszer nagyobb társadalomba vetett bizalom, két és félszer nagyobb közösségi hatékonyság, háromszor nagyobb társadalmi hatékonyság, valamint hat és félszer magasabb énhatékonyság jellemzi. Az eredményeket a szerzők a következőkben összegzik: a koherencia

spirituális tőkének tekinthető nemcsak egyéni, hanem társadalmi szinten egyaránt (Skrabski és mtsai 2006).

### 1.2.3. Az életcélok és az élet értelmessége

Az élet értelmessége és az életcélok kapcsolatát egyes szerzők olyannyira szorosnak tekintik, hogy hajlanak az egyik fogalom meghatározásában akár a másik fogalomra támaszkodni. Így például Ryff (1989) szerint az életcél az életnek értelmet, beteljesülést adó irányultság. Ryff értelmezésében az életcél meghatározásának központi pillére tehát az élet megélt értelmessége. Fordított esetben, az élet értelmességének meghatározásában Reker és Wong (1988) a következőképpen fogalmazzák: „értelmessé összeálló összefüggések rendszere, amely életünket céllal, irányvonallal, elköteleződéssel lényegiesíti át” (221 old.). Reker és Wong értelmezésében tehát az élet értelmessége meghatározásának központi pillére létünk céljának a megtalálása. A fenti vélekedésektől eltérően Kashdan (Kashdan és McKnight 2009), McKnight (McKnight és Kashdan 2009) és Damon (2008) az életcélok elsődlegességét hangsúlyozzák az élet értelmességével szemben. Kashdan és McKnight (2009) megfogalmazásában az élet gyakran konkrét életcélokban nyer értelmet, ugyanakkor az élet értelmessége önmagában nem tekinthető az életcél forrásának (McKnight és Kashdan 2009). Meghatározásában Shek (1992) a következőképpen szintetizál: „vonatkozzék bár az élet megélt értelmessége a létezésünk minőségére (quality of existence), annak megtalálása a különféle életterületeken létünk célját jelenti (purpose of existence)” (186. old.).

Az életcélok szerveződése serdülőkorban jelentős – állítja Colby (1996), hiszen a identitásfejlődés moratórium-szakaszában lévő serdülők az érett identitású serdülőkkel szemben elégséges, de nem szervezett életcélokkal jellemezhetőek. Az életcélok pusztán megléte tehát nem elégséges, a fejlődést csak a jól szervezett életcélok képesek előrevinni (Van Dyke és Elias 2007). Az élet értelmességének viszonylatában az életcélok tehát fontos szerepet töltenek be a serdülők optimális lelki fejlődésében (Damon és mtsai 2003, Benson és mtsai 2003). Shek (1992) vizsgálati eredményei kapcsán világossá vált, hogy a realiztikus életcélokkal jellemezhető, életüket értelmesként megélt serdülők jóval kevesebb lelki zavarjelenségről, ugyanakkor jóval pozitívabb lelki közérzetről számolnak be. Vagy fordított irányban, a jó lelki közérzettel

rendelkező egyéneket a személyiségük fejlődésével összekapcsolódó szilárd életcélok és ezeknek való elköteleződés jellemez (Brunstein 1993, Wheeler és mtsai 1990).

#### **1.2.4. Az élet értelmességének a meghatározása**

Az alapvetés, miszerint a legerőteljesebb humán motiváció létünk értelemben történő kiteljesedése, Viktor Frankl osztrák neurológus és pszichiáter munkásságához kapcsolódik. Az élet értelmességének a meghatározásában a humanista-egzisztencialista paradigma szellemében az emberi létezés értelméből indul ki. Az egzisztencia fogalma Frankl-nál (1967) hármasságú: vonatkozik magára az életre, ezen felül az élet értelmére, ugyanakkor a belső indíttatásra, arra, hogy életünket értelemmel ruházzuk fel. Az emberi élet legfontosabb feladata Frankl (1996) szerint tehát az élet értelmére irányuló kérdés megválaszolása. „Az élet mindenkit kihívások elé állít, és mindenkinek magának kell rájönnie, hogy melyek ezekre adható személyes válaszai” (Frankl, 2006 28. old.). A szerzőnek a lét értelmére irányuló válasza maga az értelem. A létnek minden esetben van értelme – még a szenvedésben is –, csak meg kell találnunk azt. „Az ember mindig irányul valami felé, vagy rendeltetett valamire, ami nem önmaga, hanem az értelem, amelyet betölt, vagy egy másik emberi lét, amellyel találkozik” (Frankl 2007, 48. old.). Frankl (1986) szerint az értelem két szintje élesen elkülöníthető egymástól: életünknek a jelenben átélt értelemtelisége, hogy értelmet találunk-e a munkánkban, a kapcsolatainkban stb., valamint a nagybetűs ÉLET értelme, vagyis az arra irányuló kérdés megválaszolása, hogy van-e értelme emberi létezésünknek. Weisskopf-Joelson (1968) az értelem három szintjéről beszél: 1) az értelem, mint a személyes és a nyilvános életet összekapcsoló kötőelem, 2) az értelem, mint az élet finalitását magyarázó interpretatív keret, és végül, 3) az értelem, amelynek beteljesítése életünk legfőbb célja, feladata. Átfogó munkájukban Reker és Wong (1988) az értelemforrások elemzésekor négy szintet különböztetnek meg, amelyek a mindennapiságtól az emberi lét egyre mélyebb forrásai felé vezetnek. Az első az élet értelmének az örömforrások nyújtotta élvezetekben való megtalálása. A második szinten az élet értelme az egyéni képességek megvalósításában, önmagunk kiteljesítésében jelentkezik. A harmadik szinten az élet értelmét személyiségünk mások szolgálatába



való állítása jelenti. Végül az értelem legmélyebb forrása a transzperszonális tartalmakban keresendő.

Amint az élet értelmességére tett meghatározások sokszínűségéből kitűnik, pszichológiai megközelítésben egy többdimenziós fogalomról van szó. Belső szerkezetének elemzésekor Reker és Wong (1988) három összetevőt különít el: a kognitív (amely a jelentéstulajdonítással kapcsolatos), az érzelmi (az élet értelmességét kísérő érzelmek) és a motivációs (az életcélok elérésére irányuló belső mozgatóerők) összetevőket. Meghatározásukban az élet értelme „képesség, hogy létünkben felismerjük a rendet és összefüggéseket a dolgok között, kövessük és megvalósítsuk céljainkat, s megéljük életünk beteljesültségét ezáltal” (Reker és Wong i.m., 216. old.). Wong (1998) hat tartományt nevez meg: az életcélok elérésére irányuló teljesítménymotivációt, a társas kapcsolatokat, a vallást, az énen túli célokra irányuló ön-transzcendenciát, az önfogadást, az intimitást és a méltányosságot. Emmons (2003) az élet értelmét négy dimenzió mentén határozza meg: munka/teljesítmény, intimitás/kapcsolatok, spiritualitás, ön-transzcendencia/ generativitás. Morgan és Farsides (2009) az alapvető elméleti konstrukciókra alapozott kérdőívvel gyűjtött adatok metaanalízisének eredményeként az értelemteliségi élet öt típusát emeli ki. Ezek a következők: az izgalomteli élet, a beteljesült élet, az elvhű élet, a céltudatos élet és az értékteli élet.

Az eligazodás az „értelem”-elméletek világában több szakembert is a rendszeralkotás kritériumának a megfogalmazására ösztönzött. Shapiro (1988) és Steger (2009a), egymástól függetlenül, arra a következtetésre jutottak, hogy az élet értelmességére irányuló valahány elméletnek számolnia kell az értelem forrásának szemiotikai és szemantikai jellegével. Shapiro (i.m.) szerint a rendszerbe foglalás két dimenzió mentén valósulhat meg: az értelem és a jelentés mentén. Az értelem-dimenzió a jövőbeli választásokat, döntéseket megalapozó, az egyén életének hitet és irányt kölcsönző életcélokban, életirányban, küldetésben kifejeződő célirányultságot jelöli. E dimenzió lényege az élmény/átélés, amely az egyéni élet viszonylatában elkülöníti a lényegest a lényegtelenről. Érzelemalapú, értékelő, értékközpontú. Ezzel szemben a jelentés-dimenzió az életben felfedezett rendre, kapcsolatokra, összefüggő mintázatokra, egységekre vonatkozik. Magába foglalja énjünkre, a világ dolgaira, s legfőképpen a világban betöltött helyünkre vonatkozó értelmezésünket. Egyaránt magába foglalja a

kognitív-analitikus és a kognitív-intuitív megismerést is. Egyszerűbben, a két dimenzió megfelel a lét természetére vonatkozó értékkelő és értelmező alap-irányultságnak.

Steger (2009a) eltérően fogalmaz, de Shapirohoz hasonlóan vélekedik. Az élet értelmességére adott sokféle válasz szerinte két irányvonal mentén rendszerezhető: az egzisztencialista és a kognitivisták irányvonalak mentén. Míg az első az értelem megtalálásában a személyes célok szerepét hangsúlyozza, addig a második a jelentésadás aspektusát veszi alapul. Míg az első elméletcsoportba az értékeket és életcélokat (Emmons 2003, Klinger 1977, 1998, Ryff & Singer, 1998), a bevonódást (Waterman 1993), a személyes növekedést (Wong 1998), a másodikba a megértés aktusát (Bering 2002, 2003, Cantor 1990), a jelentéstulajdonítást (Baumeister és Newman 1994, Crumbaugh és Maholick 1964, Park 2007, Ville és Khlát 2007), az alkotás-tervezés folyamatát (pl. élettervek) (Baltes és Kunzmann 2004, McGregor és Little 1998) hangsúlyozó elméletalkotók munkássága tömöríthető, ez utóbbi csoportba beleértve a kogníció mellett a jelentésadás érzelmi komponensét számbavevő alapvetéseket is (King és mtsai 2006).

A jelen értekezésben az élet megélt értelmessége, illetve az élet értelmességére irányuló keresés fogalmainak a meghatározásakor Steger integratív definícióját tartom irányadónak. Steger szerint az élet értelmessége arra vonatkozik, ahogyan az egyén egységében látja, jelentéssel ruházza fel vagy értelmet ad életének annak tükrében, amit a maga számára életcélként, hivatásnak, életfeladatnak tekint (Steger és mtsai 2006). Ezzel szemben az élet értelmességére irányuló keresés akkor áll elő, amikor az egyén úgy érzi, képtelen elérni a személyisége fejlődését előremozdító céljait, ellenőrzése alá vonni a vele történő dolgokat, elfogadni önmagát, bizonyosságot találni valamiben (Steger és mtsai 2006, 2008b).

### **1.2.5. Az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés**

Maddi (1970) Frankl-t idézve megállapítja, hogy „az értelemkeresés alapvető emberi szükséglet” (121. old.). Baumeister (1991) négy értelemkeresésre irányuló alapszükségletet különböztet meg: életcélok, személyes hatékonyság, értékek és önbecsülés. Az életcélok a személy azon szükségletére vonatkoznak, hogy beazonosítson az életnek értelmességet adó objektív célokat. A személyes hatékonyság

az életterületek feletti ellenőrzés megszerzésének szükségletével hozható összefüggésbe. Az értékek a társadalmi elfogadás szükségletéhez kapcsolódnak. Végül, az önbecsülés a személy azon belső szükségletéből ered, hogy a társadalom hasznos tagjává váljék. Meghatározásában az értelem „a dolgok, események, viszonyformák közötti lehetséges összefüggések mentális leképeződése” (Baumeister 1991, 15. old.). Reker (2000) szerint a keresést az motiválja, hogy az egyén akadályozva érzi magát személyes céljai elérésében, a környezetére gyakorolt személyes hatásában, hite és meggyőződése szerinti életvitel megvalósításában. Mint ilyen, az értelem keresése az élet „egészséges” tartozéka, amely tapasztalataink mélyebb megértésére, új lehetőségek felkutatására, a fejlődést célzó változtatásra irányul (Steger és mtsai 2006). A kíváncsiság például gyakran jár együtt az értelemkereséssel. A kíváncsi emberek belsőleg motiváltak arra, hogy továbblépjenek a kínáló banális magyarázatokon, meghaladják a megszokottságot, hogy betekintsenek a valóság nyilvánvalósága mögé (Kashdan és mtsai 2004). Ellentétben a dogmatikus, zárt gondolkodású személyekkel, akik számára minden egyértelmű, az értelem keresése erőteljes a kritikus beállítottságú személyeknél is (Steger és Kashdan 2007). Ekképpen érthető meg, hogy miért mutat az élet értelmességére irányuló keresés pozitív együttjárást például a jövőirányultsággal (Nolen-Hoeksema és mtsai 1997).

Az élet megélt értelmessége mellett az élet értelmességére irányuló keresés, az élet értelmessége pszichológiai konstruktumának még a kezdetektől meghatározó vetülete, amelyet már Frankl (1963) maga – majd később ezt mások is megerősítve (Maddi 1970) – alapvető humánmotivációnak tart. Szerepe az élet megélt értelmességének a viszonylatában – a logoterápia és egzisztenciál-analízis empirikus kutatási eredményeit (Crumbaugh és Maholick 1964, Crumbaugh 1977, Schulenberg és Gohm 2008, Schulenberg 2004, Sink és mtsai 1998) leszámítva – Steger munkásságáig mindvégig a háttérben maradt. Nagyrészt, mivel prominens elméletalkotók (Baumeister 1991, Klinger 1998) az élet értelmességét az egzisztenciális frusztráció kifejeződéseként láttatták, amely az empirikus eredményekben az élet megélt értelmességével ellentétes együttjárást mutat. Másrészt, míg az élet megélt értelmessége a pszichológiai és a fizikai jól-léttel (Reker 1992), az önértékeléssel, a pozitív érzelmekkel, a boldogsággal (Battista és Almond 1973, Debats és mtsai 1995, Zika és Chamberlain 1992) valamint az élettél való elégedettséggel (Reker 1992, Hablas & Hutzell 1982, Shek 1992) pozitív

együttjárást mutatott, az élet értelmességére irányuló keresés pozitív összefüggést mutatott olyan negatív lelki működésmódokkal, mint a depresszió vagy a szorongásos állapotok (Steger és mtsai 2009b). Ugyanakkor az élet értelmességére irányuló keresés pozitív megítélését csak tovább rontották a pszichometriai operacionalizálásával kapcsolatosan felmerülő problémák (Dyck 1987). Csak az utóbbi években, Steger munkásságával (Steger és mtsai 2008c) született meg az első, az értelemkeresés és a megélt értelmesség-élmény pozitív kapcsolatára vonatkozó eredmény – az általam vizsgálthoz fogható, azaz a kollektivitása kultúrában.

A két konstruktum egymástól való megkülönböztetése empirikusan is megerősített (Crumbaugh és Maholick 1964, Reker és Cousins 1979, Steger és mtsai 2006), a kettejük között pedig általában véve negatív együttjárás igazolt (Crumbaugh 1977, Reker és Cousins 1979, Schulenberg 2004, Steger és mtsai 2006, 2009b). Ugyanakkor Starck (1983) eredményei szerint a szenvedés állapotához köthető értelemkeresés nem hozható közvetlen kapcsolatba az élet értelmességére irányuló keresés általános irányultságával. Hasonlóképpen Steger és munkatársai (2006) az élet értelmességére irányuló keresés és a félelem, szégyen, szomorúság, valamint a neuroticitás között negatív összefüggést igazoltak. Továbbá árnyalja a képet az, hogy a felnőtt populációtól eltérő egyetemista populációban az élet értelmességére irányuló keresés mérésére használt Seeking of Noetic Golas Test (SONG) itemei a megszokottól eltérő struktúrába szerveződtek (Schulenberg 2008). Míg a SONG „A faktora”, amelynek itemei inkább a jelenre összpontosuló értelemkeresésre vonatkoztak (pl. „Szükségét érzem annak, hogy az élettel egy más szerződést kössék”) együttjárást mutatott az élet megélt értelmességével, „B faktora” – amelynek itemei inkább a jövőre összpontosuló értelemkeresésre vonatkoztak („Úgy gondolom, sikerül majd megvalósítanom valami újat, a megszokottól eltérőt”) azonban nem.

Az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés közötti viszony tehát igen összetett, amelyet számos tényező közül a személyiségbeli, kulturális, életkori és nemi tényezők is moderálnak. Így az amerikaiaktól eltérő kultúrákban (ahol a két konstruktum közötti kapcsolat általában véve negatív), japán fiatalok körében, az élet értelmességére irányuló keresés és az élet megélt értelmessége, valamint az értelemkeresés és a boldogság pozitív együttjárást mutattak (Steger és mtsai 2008c). Más megközelítésben pedig, Steger és munkatársai (2008a) igazolták, hogy a

megoldás-orientált személyek esetében az élet értelmességére irányuló keresés fokozza az élet értelmességének a megélését, míg ugyanez nem tekinthető érvényesnek az elkerülő személyek esetében. Azt is kimutatták, hogy az értelemkeresés moderátor tényezője lehet az optimális működés indikátorainak, mint amilyen az étellel való elégedettség, a boldogság és a depresszió alacsony szintje, de csak azon személyeknél, akikre jellemző az élet megélt értelmességének magas szintje (Park és mtsai 2010, Steger és mtsai megjelenés alatt, a). Míg számos kutatás rámutat arra, hogy az élet megélt értelmessége a serdülőkorral szemben jellemzőbb a felnőtt- és időskorra (Meier és Edwards 1974, Reker 2005, Steger és mtsai 2009a), addig az élet értelmességére irányuló keresés csökken az életkorral (Reker és mtsai 1987, Steger és mtsai 2009a). Sőt, mint Bronk és munkatársai (2009) kimutatták: az élet értelmességére irányuló keresés a fiatal- és érett felnőttkorral szemben csak serdülőkorban mutat pozitív együttjárást az étellel való elégedettséggel.

Az életkori eltérések mellett az élet értelmességére irányuló keresést gyakran nemi különbségek is jellemzik. Amerikai minták esetében a felnőtt- (Reker 2005) és kései serdülőkorban (18-24 év) (Steger és mtsai 2008c, 2009b) is a nőkre jellemzőbb. Magasabb értékét a serdülőkor korai éveiben (15-17 életév) a fiúkra, a serdülőkor kései éveiben (21-22 életév) viszont a lányokra találták jellemzőbbnek. Ezt erősítik meg Mascaro és Rosen (2008) vizsgálati eredményei is, igazolva, hogy késő serdülőkorban ( $M_{\text{életkor}}=18,6 \pm 0,9$  év) mind a koherencia-érzék, mind az élet értelmessége a fiúkhöz képest a lányoknál szignifikánsan magasabb átlagértékeket mutat. Myrin és Lagerström (2006, 2008) igazolták, hogy a koherencia-érzék és az egészségmagatartások (a táplálkozási magatartás és a fizikai aktivitás), valamint a pszichoszociális egészségtényezők (depresszió, pszichoszomatikus tünetek) között a lányok esetében szorosabb összefüggés létezik. Kései serdülőkorban az élet értelmessége és az egészségesség közötti pozitív kapcsolat Von Bothmer és Fridlund (2003) eredményei szerint is csak a lányokra volt jellemző.

### **1.2.6. Az élet értelmességének mérése**

Az élet értelmességét mérő leggyakoribb mérőeszközök Steger (2009a) szerint Crumbaugh és Maholick (1964) Purpose in Life Test-je, Battista és Almond (1973) Life

Regard Index-e és Antonovsky (1987) Sense of Coherence – Meaning Scale-je. Gyakran használják még Reker (Reker és Peacock 1981) Life Attitude Profile-ját is.

Crumbaugh és Maholick (1964) mérőeszközüket a Purpose in Life Test-et (PIL), Frankl elméletére alapozták. A mérőeszköz az élet értelmességének a viszonylatában kognitív, érzelmi és viselkedéses tünetek mentén próbálja elkülöníteni a sine morbo és a patológiás populációt. A kezdetben (1964) 20, majd később (1969) 25 itemet tartalmazó mérőeszköz hét fokozatú skálán bipoláris felépítésű. Példáittemek: „Az élet számomra: teljességgel rutinszerűnek tűnik” (1) „... mindig izgalmasnak tűnik” (7), vagy „Az életben: egyáltalán nincsenek szándékaim vagy céljaim” (1) „... nagyon világos szándékaim, céljaim vannak” (7). A kérdőív első magyar alkalmazása Kopp és Skrabski (1995) munkásságához kötődik. Magyarországi adaptációját Konkoly Thege és Martos (2006) végezték el.

Battista és Almond (1973) mérőeszközüket, a Life Regard Index-et (LRI) relativisztikus elméletükből kiindulva egy értelemfelteli világkép, nem pedig konkrét, jól meghatározott életcélok és feladatok meglétének a feltérképezésére alapozták. A kérdőív azt méri, hogy a személy milyen mértékben rendelkezik átfogó világképpel, valamint hogy milyen mértékben érez, gondolkodik, cselekszik ezzel összhangban. Eszerint mérőeszközük két dimenziója az egységes életfilozófia és a beteljesültség az életben. A 28 itemet tartalmazó Likert-skálájuk példaitemei: „Életem értelemfelteli és ettől jól érzem magam”, vagy „Semmi olyan nem történik velem, aminek ne lenne értelme, s ettől úgy érzem, teljes életet élek”. Megbízhatóságával kapcsolatosan Steger (2007) amerikai egyetemista populációban nagyon elmarasztaló eredményeket közöl.

Az Orientation to Life Questionnaire (SOC) Antonovsky szalutogenézis elméletének alapgondolatához, a koherencia-érzékhez kötődik. Az elmélet derivátumaként az egyén általános koherencia-érzékét a megérthetőség, kezelhetőség, értelemfelteliség dimenziók mentén méri (Antonovsky 1983, 1985). Az eredeti 29 itemes kérdőív 13 kérdésű rövidített változata egyaránt használatos felnőtt és serdülő populációban (Eriksson és Lindström 2007). A kérdezettnek hét-fokozatú skálán kell választ adnia olyan kérdésekre, mint: „Milyen gyakori, hogy olyan új élethelyzetben találod magad, amelyben nem tudod, mit tegyél?” (a megérthetőség vizsgálata esetén), „Milyen gyakran vannak olyan érzéseid, amelyekkel kapcsolatban bizonytalan vagy, hogy kontroll alatt tudod-e tartani?” (a kezelhetőség vizsgálata esetén), „Milyen gyakran

érezed, hogy kevés az értelem azokban a dolgokban, amelyeket a mindennapokban folytatsz?” (az értelemteliség vizsgálata esetén).

Reker (Reker és Peacock 1981, Reker 1992) Life Attitude Profile-ja (LAP) a Purpose in Life Test-ből, a Life Regard Index-ből és egyéb mérőeszközökből (Personal Orientation Inventory, Death Perspective Scale) épül fel. A hat alskála összesen 48 itemet tartalmaz, amelyet a válaszolónak hét fokozatú Likert-skálán kell megítélnie, ahol az 1-es jelenti az „egyáltalán nem értek egyet”, a 7-es pedig „a teljes mértékben egyetértek” válaszlehetőségeket. A koherencia-alskála önmagunk és a körülöttünk lévő világ megértésének képességét, a felelősség-alskála életünk feletti kontroll érzését, a halál elfogadása-alskála a halálfélelem hiányát és a halál mint az élet természetes velejárójának elfogadását, az egzisztenciális vákuum-alskála az életcélok, az élettervek, az élet értelmességének a hiányát, az egzisztenciális közömbösséget, végül pedig a célkövetés-alskála az új és változatos élményekre törekvést méri. Továbbfejlesztett változata a Personal Meaning Index (Wong 1998). A 16 itemet tartalmazó mérőeszköz hét dimenzió mentén – életcélok, egzisztenciális vákuum, élet feletti kontroll, a halál elfogadása, az élet akarása, célkeresés, a beteljesülő értelemteli jövő reménye – méri az élet értelmességét.

Az élet értelmességére irányuló keresés mérésére használatos leggyakoribb mérőeszközök a Crumbaugh (1977) nevéhez kapcsolható Seeking of Noetic Goals Test (SONG), és a Steger és mtsai (2006) Meaning in Life Questionnaire (MLQ), Search for Meaning in Life alskálája.

A SONG a Frankl-i értelemkonceptióra épülő Purpose in Life Test kiegészítéseként létrehozott mérőeszköz. 20 iteméhez 7 fokozatú Likert-skálán megoszló válaszlehetőségek rendelvek. Serdülők mintáján Sink, van Keppel, and Purcell (1998) 0,71-es Cronbach alfa-értéket mértek. Ugyancsak serdülők mintán Schulenberg (2004) 0,84-es Cronbach alfa-értéket talált. A SONG megbízhatóságával kapcsolatos legelmarasztalóbb eredmények Dyck (1987) elemzése nyomán születtek. 15 független tanulmány eredményének metaanalízise a következő hiányosságokat tárta fel: a PIL itemei olyannyira átfedést mutatnak a depresszió mérésével, hogy a depresszió kontrollálásával a PIL és a SONG közötti korreláció gyakorlatilag 0,01-re csökkent.

A Meaning in Life Questionnaire Search for Meaning in Life alskáláját a harmadik, de főként negyedik vizsgálatunk kapcsán részletesebben bemutatjuk.

### **1.3. AZ ÉLET ÉRTELMESSÉGE ÉS AZ EGÉSZSÉG KAPCSOLATA SERDÜLŐKORBAN**

#### **1.3.1. Az élet értelmességének keresése és megélése serdülőkorban**

Az ember állandó késztetést érez arra, hogy feltárja és megismerje a világot, de legfőképpen önmagát (Maddi 1970). E belső indíték elvezet egészen a lét végső kérdéséig, és túl a lélektani hajtóerőkön az ember spirituális természetéből fakad (Benson és mtsai 2003). Wong (2008) szerint az élet értelmessége elválaszthatatlanul összefonódik három alapvető kérdéssel. „Mi az emberi lét értelme”, „Mit tekintünk értelem nélküli életnek?”, valamint „Mi teheti értelmessé saját életemet?”. Az első kérdésre adott válasz a kozmikus lét, elvont, ontológiai dimenziójára vonatkozik. A második kérdésre adott válasz a kultúrát átszövő morál-filozófiai dimenziókba vetített. Végül pedig a harmadik kérdésre adott válasz az egyéni életfeltételeket is figyelembevevő, szubjektív folyamatokra épülő, sajátosan személyre szabott. A jelen interpretációkban az élet értelmességére vonatkozó kérdés a serdülőt a sajátos módon életkori fejlődési feladatok teljesítése közben szólítja meg.

Több kutató szerint is az értelemkeresés a serdülőkor hajnalán egybeesik az identitáskereséssel (Erikson 1968, Marcia 1966). A serdülőkor az az életszakasz, amelyben az ifjú első ízben szembesül az emberi létezés fő kérdéseivel, amelyek a szellem energiáit a legfőbb értékekre, célokra, élettervekre irányítják (Hacker 1994). A lelki fejlődés sikere, a továbblépés a fiatal felnőttkorba annak függvénye, hogy az ifjú milyen mértékben képes megtalálni egyéni válaszait a lét fő kérdéseire (Erikson 1968). Gyakran a belső szükségletek, vágyak és törekvések, másfelől a képességek és a személyes lehetőségek egymásnak feszülése az a mobilizáló erő, amely a serdülőt a lét fő kérdéseire vezet vissza (Van Kaam 1969). Más esetben az önazonosságkeresés, anélkül, hogy érintené az egzisztenciális mélységeket, az életben történő eligazodás gyakorlatiasabb aspektusaira irányul, mint az azonnali vagy középtávú célokkal kapcsolatban meghozandó döntések, amelyek hasonlóképpen az értékkeresés-értelemkeresés által meghatározottak (Adamson és Lyxell 1996). A személyes életcélok és -tervek kimunkálása az élet értelmességének a keresésére irányuló törekvéssel szoros



összefüggésben valósul meg (Emmons 2003, Little és mtsai 2006). Bizonyos nézet szerint a személyiség koherenciája és kongruenciája éppen a mély önismereti munka által megfogalmazódó személyes célok viszonylatában alakul (Sheldon és Kasser 1995), miközben az élet értelmességének az élményét pontosan az élettervekké integrálódó személyes célok adják (McGregor és Little 1998). Leszögezhető tehát, hogy az érett identitás részét képező önmeghatározás serdülőkorban nem valósulhat meg a lét értelmére irányuló vizsgálódás nélkül (Bilsker 1992, Spielberg 1964).

Meggyőző eredmények igazolják, hogy az értelemkeresés tekintetében a serdülőkor a felnőtt- és időskornál dinamikusabb életkor. Amint például Pager (1996) rámutat, a serdülők a felnőtteknél jóval több forrásból táplálják életük értelmességét, és hogy a felnőttkorhoz viszonyítva – amikor a materialisztikus értelemforrások a dominánsak –, serdülőkorban a figyelem főként az imateriális, egzisztenciális értelemforrásokra összpontosul. Sőt, egyes szerzők szerint (Klinger 1998), az élet értelmességére irányuló keresés éppen azzal veszi kezdetét, hogy a gyermekkor végén a serdülő értelmes célok után kutat. Vizsgálatok igazolják, hogy az első osztályos gyermekek már képesek arra, hogy pontosan megnevezzék életüknek értelmet adó forrásokat (Taylor és Ebersole 1993). Később, az élet értelmességéről a tizenéveseknek már egészen határozott elképzeléseik vannak (DeVogler és Ebersole 1980, 1983). Míg gyermekkorban az értelemkeresés a „mi”, a serdülőkor hajnalán pedig a „miért és hogyan?”, addig a középső és kései serdülőkorban a jövőbe mutató „hogyan tovább?” kérdések köré fonódva fogalmazódik meg (Moran 2009). Ezekkel egybehangzóan az identitás alakulását a narratívák tükrében vizsgálva McLean (2010) is megállapítja, hogy az értelemkeresés az identitásformálás szoros tartozéka. Az önazonosság ugyanis azokból az élettörténeti eseményekből építkezik, amelyek az én viszonylatában összefüggő, értelmes egységekbe rendeződnek. Vizsgálati eredményei megerősítik az értelemkeresés és az értelemalkotás mechanizmusainak az összekapcsolódását (Bering 2002, Cantor 1990, Heine és mtsai 2006). A serdülőkori személyiségfejlődés megértésében a normatív szempont mellett helyet kell adni az egzisztenciális szempontnak is (Hacker 1994, Fitzgerald 2005). A serdülőkor intenzív fejlődéslélektani történéseinek a kontextusában az élet értelmességére irányuló keresés szerepe pedig sajátos és kiemelt fontosságú (Steger és mtsai megjelenés alatt, b).

Összegzésképpen megállapítható, hogy az érett identitás részét képező önmeghatározás serdülőkorban nem valósulhat meg az élet értelmességére irányuló vizsgálódás nélkül (Adamson és Lyxell 1996). Egzisztencialista szempontból „a serdülő számára az élet értelmét önmaga meghatározása adja” (May 1983, 119. old.). Prominens elméletalkotók szerint (Erikson 1986, Marcia, 1980) a szubjektív megélés szintjén az érett identitás éppen az önellfogadásban, a világos életcélokban, a világban betöltött helyünk, szerepünk megtalálásában, vagyis az élet értelmességének a megélésében tükröződik.

### **1.3.2. Az élet értelmessége és az egészségi állapot pszichoszociális indikátorainak összefüggése**

Felnőttkorban az élet értelmessége és az egészségi állapot pszichoszociális indikátorai összefüggésére vonatkozó empirikus eredmények legnagyobb részt az egészségi állapottal összefüggő életminőségre (Krause 2004, Souminen és mtsai 2001, Steger és mtsai megjelenés alatt) és az önminősített egészségi állapotra (O’Conner és Vallerand 1998, Reker 1992) vonatkoznak. Serdülők körében az élet értelmességével kapcsolatba hozható koherencia-érzés magas szintje védőfaktornak mutatkozik a stresszterhelt életkörülményekre kialakuló pszichoszomatikus jellegű betegség tünetekkel szemben (Nielsen és Hansson 2007). Másrészt, mint Brunswick és Merzel (1988) hosszmetzeti eredményei azt mutatják, hogy az élet értelmességének tulajdonítható egészség-prediktor szerep az idős-, az érett felnőtt és a fiatal felnőtt életkorhoz képest serdülőkorban a legmeghatározóbb. Ugyanakkor Shek (1998) az élet értelmessége és a negatív mentális egészségműködés (depresszió, szorongás, inadekvát megküzdési stratégiák és maladaptív társas-kapcsolati viselkedésformák) összefüggését igazolja.

Myrin és Lagerström (2008), Torsheim és munkatársai (2001), valamint Simonsson és munkatársai (2008) vizsgálati eredményei az élet értelemtelisége skálán elért átlag feletti értékének a pszichoszomatikus tünetek előfordulásában betöltött esélycsökkentő szerepét igazolják. Myrin és Lagerström (2008) olyan pszichoszomatikus tünetek előfordulását vizsgálták, mint a fejfájás és hasfájás, Torsheim és munkatársai (i.m.) vizsgálatai pedig a fejfájást, a hasfájást, a hátfájást, a lehangoltságot, az irritabilitást, az

idegességet, az alvászavart, a szédülést. Simonsson és munkatársai (2008) a fejfájás, a hasfájás, az irritáltság, az idegesség, az alvászavar és a szédülés előfordulására összpontosítottak. Buddeberg-Fischer és munkatársai (2001) vizsgálati eredményei szerint azok, akiknél a pszichoszomatikus tünetek alacsony előfordulása magas koherencia-érzéssel társult serdülőkorban, 18 hónappal később is megfelelően alacsony pszichoszomatikus tünetképzésről számoltak be. McSherry és Holm (1994) kísérleti feltételek mellett vizsgált alanyainál a poszttraumás stressz szignifikánsan nagyobb mértékben vezetett pszichoszomatikus tünetek kialakulásához akkor, ha az illető személyeket az élet értelmességének alacsony szintje jellemezte. A stresszel szembeni megküzdésre, a pszichoszomatikus tünetek előfordulására, s végül az önminősített egészségi állapotra (Hossack 1997, Torsheim és mtsai 2001) gyakorolt pozitív befolyásával az élet értelmessége tehát az egészségi állapot pszichoszociális indikátorának bizonyul. Mindezt Halama (2000) eredményei is alátámasztják kiemelve, hogy serdülőkorban az élet értelmessége nyújtotta világos életcélok és értékteli elköteleződés az aktív, konstruktív megküzdési stílus alapkövei. Mindezenáltal az élet értelmessége serdülőkorban szoros összefüggést mutat a pszichés jól-léttel (Ho és mtsai 2010, Rathi és Rastogi 2007, Shek 1992), illetve az azzal összefüggő számos pozitív lelki működéssel, mint a pozitív érzelmek (Öztekin és Tezer 2009), pozitív énkép (Halama és Dedova 2007), a pozitív önértékelés, a belső motiváció, az érzelmi stabilitás (Kiang és Fuligni 2010), az optimizmus (Compton 2000), a boldogság (Siahpush és mtsai 2008), a céltudatosság (Akande és Odewale 1994), és nem utolsósorban az étellel való elégedettség (Shek 1998). Meggyőző empirikus bizonyítékokra támaszkodva megállapítható tehát, hogy az élet értelmessége az optimális lelki működés indikátora serdülőkorban.

### **1.3.3. Az élet értelmessége és a kockázati viselkedésformák összefüggése**

Vizsgálati eredmények sora igazolja, hogy a céltalanság, az értelmesség hiánya serdülőkorban mediáló szerepet tölt be a kontrollvesztés és a stresszterhelt életesemények között (Harlow és mtsai 1986). Stresszterhelt állapotokban a személy hajlamos lemondani annak reményéről, hogy a negatív élethelyzetek megoldhatóak, és a feszültségek oldása céljából könnyen rizikómagatartásba (mint pl. szerfogyasztás) és

problémaviselkedésbe (mint pl. agresszív-antiszociális viselkedés, kudarcos iskolai karrier) sodródhat.

### ***1.3.3.1. Az élet értelmessége és a szerhasználat összefüggése***

Számos empirikus vizsgálati eredmény igazolja az élet értelmessége és a szerfogyasztás negatív együttjárását. A legtöbb erre vonatkozó adat az élet értelmessége és a szeszes ital, illetve illegális drogfogyasztás kapcsolatát elemzi, de empirikus eredmények léteznek az élet értelmessége és a dohányzás, valamint a nem orvosi előírásra történő altató/nyugtató-használat (Koushede és Holstein 2009) negatív együttjárására is.

Már az első mérési kísérletek az élet értelmességével összefüggően olyan addiktív viselkedésformákra irányultak, mint az illegális drog- és az alkoholfogyasztás (Padelford 1974, Waisberg és Porter 1994). Amíg a felnőtt populációban számos eredmény született, addig a serdülőkorban alig pár vizsgálatra szorítkozhatunk. Greaves (1974) Frankl egzisztenciális szorongás és szerfogyasztás kapcsolatára vonatkozó elméleti feltevéseit támasztja alá empirikus adatokkal, amikor megállapítja, hogy a középosztálybeli fiatalok a drogokat leggyakrabban öngyógyítás céljából, vagy a kortársatások következményeként használják akkor, amikor életük értelmetlenségének érzésével szembesülnek. A felnőttkori addikciókutatás példájára Hutzell és Finck (1994) alkohol- és droghasználat miatt segítő csoportba járó fiatalok körében az élet értelmességének alacsonyabb szintjét mérték a segítő csoportba nem járó, kontrollcsoport serdülőihez képest. Wolf és munkatársai (1995) vizsgálataiban az élet értelmessége védőtényezőnek mutatkozott a kortársak hasis-kínálatának visszautasítására. Míg Addad és Himi (2008), valamint Nicholson és munkatársai (1994) például az élet értelmessége és a droghasználat viszonyát retrospektív vizsgálat, addig Newcomb és Harlow (1986) prospektív vizsgálat keretében is igazolták. Kinner és munkatársainak (1994) korrelációs és strukturális adatelemző módszerekkel is sikerült igazolniuk az élet értelmetlenségének a szerfogyasztásban játszott szerepét. Minehan, Newcomb és Galaif (2000) vizsgálatában az élet értelmességének magas szintje az alkoholfogyasztás, az élet értelmességének alacsony szintje pedig az illegális drogfogyasztás prediktorának bizonyult. Végül Sayles (1994) doktori disszertációjában

késő serdülőkorban az élet értelmessége és a dohányzás, az alkoholfogyasztás valamint a marihuánafogyasztás gyakorisága között ellenkező irányú összefüggést regisztrált. Magyarországon, húsz év alatti egyetemista populációban, Kopp és Skrabski (1995) az értelmes életcélok meglétét a stresszterhelt életkörülményekben tanúsított kognitív átértékelés által az egészségkárosító magatartással szembeni védőtényezőnek találták. Palfai és Weafer (2006) a rizikómagatartás motivációs modelljére támaszkodva igazolják, hogy a meglévő, de értelmetlen célok a nagyívás és azzal társuló negatív következmények kiváltó okai lehetnek. Miközben a fent hivatkozott összefüggések a szeszesitalfogyasztásra és a droghasználatra összpontosultak, csak legújabban vált egyértelművé, hogy ezek körébe a dohányzás is bevonható. Konkoly Thege és munkatársainak (2009a) sikerült kimutatniuk, hogy az élet értelmessége magyar felnőtt populációban védőtényezőnek számít a dohányzásra való rászokás, a dohányzás gyakoriságának a megfékezése, valamint a dohányzásról való leszokás szempontjából egyaránt. Egy előző, erdélyi serdülőket érintő vizsgálat pedig az élet értelmességének magas szintje mellett a dohányzás és a szeszesitalfogyasztás alacsony előfordulását mérte (Brassai és Pikó 2007).

### ***1.3.3.2. Az élet értelmessége és a problémaviselkedés összefüggése***

Shek (1994) vizsgálatai serdülőkorban fordított összefüggést tártak fel az élet értelmessége és az agresszivitás, illetve antiszocialitás között. Hasonló összefüggések adódnak a koherencia-érzék és az iskolai környezetben tanúsított agresszivitás között is (Kristensson és Öhlund 2005, Myrin és Lagerström 2008). Az ellenkező póluson a kutatási eredmények a reménytelenség és egy sor problémaviselkedés (köztük kiemelten az erőszakos, agresszív viselkedés) szoros összefüggésére hívják fel a figyelmet gyermek- (Hagen 2005) és serdülőkorban (Bolland 2003) egyaránt. DuRant és munkatársai (1994) – egyidejűleg vizsgálva a reménytelenség és az élet értelmességének a szerepét – rámutattak arra, hogy az agresszióra azok a serdülők a leghajlamosabbak, akiket az élet értelmetlenségét mérő skálán alacsony pontértékek, ugyanakkor a reménytelenség-skálán magas pontértékek jellemeznék.

Egy másik problémaviselkedés, az iskolai kudarc és a koherencia-érzék alacsony szintje közötti összefüggés hasonlóképpen igazolt (Al-Yagon és Margalit 2006), mint

ahogyan az iskolai tanulmányi problémák és remény fordított irányú összefüggése is (Kim és mtsai 2005). Kristensson és Öhlund (2005) a koherencia-érzék egyidejű prediktor-hatását igazolta az iskolai teljesítményzavarokkal és az iskolai antiszociális magatartással kapcsolatban. Eszerint az értelmes élet élményével jellemezhető tanulók körében az iskolai destruktív viselkedés alacsony szintje, ugyanakkor jó iskolai eredményesség regisztrálható. Az élet értelmességének az iskolai agresszív viselkedéssel történő negatív, ugyanakkor az iskolai teljesítménnyel történő pozitív együttjárása megerősítést nyer Efrati-Virtzer és Margalit (2009) vizsgálati eredményeiben is. Más megközelítésben Yeager és Bundick (2009) az iskolai tanulmányokhoz fűződő értelmes célokat, Tashman és munkatársai (1998) pedig az iskolai tanulmányokhoz kötődő „értelmes” tevékenységekbe való bevonódást találták védőtényezőnek az iskolai agresszív és antiszociális magatartásra. Az empirikus eredmények tükrében az élet értelmessége és a problémaviselkedés közötti kapcsolat többszörösen is megerősítettnek tekinthető.

#### **1.3.4. Az élet értelmessége és az egészségvédő magatartásformák összefüggése**

Häggman-Laitila és Pietilä (1998) az élet értelmessége és az egészségvédő magatartás kapcsolatának a magyarázatában gazdag szakirodalmi adatokra hivatkozva állapítják meg, hogy az egészséges életmód szempontjából kiemelt jelentőségű tudatosság nem képzelhető el anélkül a bizonyosság nélkül, hogy életünk értelemmel telített. Ez ugyanis a jövőnkkel, életünkkel és egészségünkkel kapcsolatban mindenféle tervezési folyamat kiindulópontja. Az élet értelmessége és az egészségvédő magatartások közötti pozitív kapcsolat kiterjeszthető a táplálkozáskontrollra (Brassai 2008, Larsson és Setterlind 1990) és a fizikai aktivitásra (Brassai 2008, Kuuppelomäkia és Utriainen 2003, Sollerhed és mtsai 2005) egyaránt. Myrin és Lagerström (2006) vizsgálata szerint a magas koherencia-érzéssel jellemezhető serdülőket az alacsony koherencia-érzéssel jellemezhető kortársaikhoz képest rendszeresebb és egészségesebb táplálkozási szokások jellemzik. Vagy ahogyan Larsson és Setterlind (1990) vizsgálati eredményei is mutatják, a koherencia-érzék skálán magas pontszámot elért serdülők jóval nagyobb hangsúlyt fektetnek az egészséges tápanyagok fogyasztására, mint az alacsony pontértéket elért kortársaik. Hasonlóképpen több vizsgálat is igazolja a

koherencia-érzék és a fizikai aktivitás pozitív együttjárását. Így Sollerhed és munkatársai (2005) pozitív kapcsolatot észlelte a koherencia-érzék és a fizikai aktivitással szembeni pozitív beállítódás, valamint a rendszeres testmozgás előfordulása között. Öztekin és Tezer (2009) a koherencia-érzék és a rendszeres fizikai aktivitás kapcsolatát igazolták török serdülők körében. Végül pedig Bronikowski és Bronikowska (2009) eredményei szerint az önértékelt fizikai kondíció szoros kapcsolatot mutat az élet megélt értelmességével.

## **2. CÉLKITŰZÉSEK**

Az élet értelmessége egyike azon spirituális/egzisztenciális védőtényezőknek, amelyre az utóbbi években egyre nagyobb figyelem irányul. Empirikus vizsgálatával kapcsolatos adatok legnagyobb része felnőtt és idős életkorból valók, a serdülőkori egészségi állapot és arra kockázatot jelentő viselkedésformákkal való kapcsolatának elemzésében a nemzetközi szakirodalomban fellelhető kevés tanulmány nagy része is főként a koherencia-érzékekben operacionalizált mérési adatokon alapul. Ugyanakkor szinte teljességgel hiányoznak az élet értelmessége és az egészségvédő viselkedésformák viszonyát feltáró konstruktum-specifikus empirikus adatok.

Megerősítésre vár tehát az élet értelmességének a szerepe a serdülőkorúak egészségi állapotában és egészségmagatartásában. Ugyanakkor tisztázandó kérdés az élet megélt értelmességétől megkülönböztetett élet értelmességére irányuló keresés lehetséges egészségvédő szerepe serdülőkorban.

Mindent összevetve az értekezés alapvető kutatási célja megvizsgálni, hogy az élet értelmességével kapcsolatos serdülőkori adatok nem azért hoztak-e elmarasztaló eredményeket, mivel a vizsgálatok az értelemkeresés helyett – amely inkább erre az életkorra jellemző egzisztenciális irányultság – kizárólag csak az élet megélt értelmességére irányultak – melynek jelenléte ebben az életkorban fejlődéslélektani sajátosságokból kiindulva amúgy is alacsonyabb szintű.

### **2.1. Alapvető célok és hipotézisek**

Az első vizsgálat célja:

Az élet értelmessége és a mentális egészségi állapot valamint az egészségkárosító magatartás összefüggésének vizsgálata.

Az első vizsgálat hipotézisei:

Az élet értelmessége ellentétes irányú összefüggést mutat negatív mentális egészségi állapot mutatókkal és az egészségkárosító magatartásformákkal.



Az élet értelmességének egészségkockázatot-csökkentő szerepe a fiúkkal szemben hangsúlyosabb a lányoknál.

A második vizsgálat célja:

Az élet értelmessége és az egészségmagatartás összefüggésének egyidejű vizsgálata igazolt védőfaktorokkal.

A második vizsgálat hipotézise:

Az élet értelmessége, egyéb védőfaktorokkal azonos módon pozitív összefüggésben áll az egészségvédő és negatív összefüggésben áll az egészségkárosító magatartással.

A harmadik vizsgálat célja:

Az élet értelmességére irányuló keresés egészséget károsító problémaviselkedésben és egészségvédő magatartásban játszott szerepének vizsgálata.

A harmadik vizsgálat hipotézisei:

Az élet értelmességére irányuló keresés az élet értelmességének megélésével pozitív és a reménytelenséggel negatív összefüggésben áll.

Az élet értelmességére irányuló keresés az egészségkárosító problémaviselkedéssel negatív és az egészségvédő magatartással pozitív irányú kapcsolatban áll.

A negyedik vizsgálat célja:

Az élet értelmessége egészségvédő magatartásokban betöltött protektív hatásának vizsgálata, különös tekintettel az élet értelmességére irányuló keresés szerepére.

A negyedik vizsgálat hipotézisei:

Az élet értelmességének megélése és az élet értelmességére irányuló keresés egyaránt protektív hatással vannak az egészségvédő magatartásra.

Az élet értelmességének megélése dominánsabb védőtényező a fiúk, az élet értelmességére irányuló keresés pedig a lányok esetében.

### **3. MÓDSZEREK**

#### **3.1. Az első vizsgálat módszerei**

Első vizsgálat célja az volt, hogy elemezzem az élet értelmessége és a leggyakoribb serdülőkori egészségkárosító magatartásformák (mint amilyenek a pszichoaktív szerhasználat, a fizikai aktivitás és táplálkozáskontroll hiánya), és a negatív egészségi állapot mutatók (pszichoszomatikus tünetek, rossz pszichés közérzet és életminőség) kapcsolatát.

##### **3.1.1. Minta és adatgyűjtés körülményei**

A vizsgálati populáció az erdélyi (Maros-Hargita-Kovászna megyék) IX-XII.-es tanulók alapsokasága (N = 207000) volt. A reprezentatív minta kialakítása rétegzett mintavételi eljárással történt. A mintakeret kiválasztása során a 2005-2006-os tanév beiskolázási adatait használtuk fel. A kialakított minta 2152 tanulót foglalt magába 3%-os hibaküszöb és 95%-os konfidenciaintervallum mellett. A mintát az iskolatípus, évfolyam és nemek szerint rétegzett, lépcsőzetes mintavételi eljárással határoztam meg. Az első lépcsőben a Maros-Hargita-Kovászna megyei szakközépiskolák és líceumok számával arányosan, véletlen szám használatával kiválasztottam az egyes iskolákat. Ezt követően az alapsokaságban a IX-XII. évfolyamos osztályok számával arányosan, véletlen szám használatával a második lépcsőben a évfolyamok számát határoztam meg. Végül adott iskolákban megtalálható tanulói-névjegyzékből, véletlen szám használatával az alapsokaság nemekre arányos leképzésével határoztam meg a mintába bekerülő egyes tanulók nevét. Külön jegyzékbe rögzítettem a mintába választott tanuló nemének megfelelő, névsorban közvetlenül öt követő személy nevét is. Ezt használtam fel pótjegyzéknek.

Az adatgyűjtés előzetesen felkészített kérdezőbiztosok segítségével történt. Egyazon iskolában (eltérő évfolyamokon) tanuló serdülőket egy előre meghatározott időpontra összehívtuk. Az összegyűlt diákokat, a kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok tájékoztatták az adatgyűjtés céljáról, és biztosították őket az

adatkezelés bizalmasságáról. Az adatszolgáltatást visszautasító tanulókat a mintavételkor elkészített pótlistáról helyettesítettük, arra törekedvén, hogy minden iskolában tartani tudjuk a mintavételi keretet. Hasonlóképpen jártunk el azokban az esetekben is, ha a mintába beválasztott személy betegség miatt vagy igazolatlanul hiányzott. Az adatfelvétel során 2%-os válaszmegtagadási arányt tapasztaltunk és a teljes mintába bevett tanulók 5%-a hiányzott betegség miatt vagy igazolatlanul.

Az önkitöltős kérdőívek kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok felhívták a tanulók figyelmét arra, hogy amennyiben a kérdőívben számukra idegen kifejezésekkel találkoznak vagy szövegértelmezési problémáik adódnak ezt halaszthatatlanul jelezzék. Továbbá a kérdezőbiztosok rámutattak a kérdőívben szereplő egyes itemtípusokra, és azokra adható válaszkategóriákra. A kérdőív kitöltése névtelenül történt és – előzetes tesztelésre alapozva – 50-60 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt urnában helyezték el, amelyet az adatfelvétel befejeztével a kérdezőbiztos felbontatlanul adott át a vizsgálatvezetőnek.

Az adatfelvételt követően 1977 serdülő részéről kaptunk vissza valid kérdőívet, ami 98,8%-os válaszadási arányt eredményezett. Az adatfeldolgozásra kerülő kérdőívek 951 (48,1%) fiú és 1026 (51,9%) lány választ tartalmazták, akik átlagéletkora 16,8 év volt (1,2 szórás-érték mellett), 56,5%-uk líceumban, 43,5%-uk szakközépiskolában folytatta tanulmányait.

### **3.1.2. MÉRŐESZKÖZÖK**

Függő változóként hat, egészségkárosító magatartást vizsgáltam. Ezek a dohányzás, a nagyívás, az illegális droghasználat, a nyugtató/altató használata, a fizikai aktivitás hiánya és az egészségtelen táplálkozás voltak. A nagyívás és a altató/nyugtató használatának mérésére a Health Behavior in School-aged Children (Currie és mtsai 2008), a dohányzás és az illegális droghasználat mérésére pedig a CDC Youth Risk Behavior Surveillance Survey (Eaton és mtsai 2008) kérdéseit használtam fel. A kérdések és a válaszlehetőségek a következők voltak:

– Az elmúlt hónapban mennyit dohányoztál? Válaszlehetőségek: „egyszer sem”, „néhányszor”, „1–5 szálát naponta”, „6–10 szálát naponta”, „11–20 szálát naponta”, „20-nál több szálát naponta”;

– Az elmúlt hónapban milyen gyakran fogyasztottál egyszerre nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt? Válaszlehetőségek: „egyszer sem”, „1 alkalommal”, „2 alkalommal”, „3–9 alkalommal”, „több mint 10 alkalommal”;

– Az elmúlt három hónapban milyen gyakran használtál altató/nyugtató hatású gyógyszereket vagy gyógyszeralapú készítményeket? Válaszlehetőségek: „egyáltalán nem”, „a három hónap alatt mindössze 1–2 alkalommal”, „havonta pár alkalommal”, „hetente több alkalommal is”, „napi gyakorisággal”;

– Az elmúlt hónapban milyen gyakran használtál valamilyen drogot (marihuána, ecstasy, stb.)? Válaszlehetőségek: „egyáltalán nem”, „1–2 alkalommal”, „3–9 alkalommal”, „10–19 alkalommal”, „20–39 alkalommal”, „több mint 40 alkalommal”.

A fizikai aktivitás esetében a mérés az intenzív, legkevesebb 30 percig tartó fizikai aktivitás havi gyakoriságára irányult. A „soha”, illetve a „hetente három vagy több alkalommal” válaszlehetőségek 5 fokú Likert-skála végpontjait jelentették („egyszer sem”, „párszor”, „havonta 2–3-szor”, „hetente 1–2-szer”, „hetente három vagy több alkalommal”).

A táplálkozási magatartás mérése a következő kérdés segítségével valósult meg: „Az elmúlt hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre (azaz próbáltál egészségesen táplálkozni)?” A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem”, „egy kissé”, „időnként”, „legtöbbször”, „mindig”.

Az egészségvédő magatartások mérésére alkalmazott kérdések hazai (Pikó 2002a) és nemzetközi összehasonlító (Luszczynska és mtsai 2004) vizsgálatban is validnak bizonyultak.

A fizikális betegségi tünetek előfordulásának gyakoriságát Piko és munkatársai (1997) által használt Pszichoszomatikus Tüneti Skála segítségével mértem. A skála a lakosság körében is leggyakrabban előforduló pszichoszomatikus tüneteknek (fejfájás, hát- és derékfájás, gyomor- és hasfájás, szapora vagy szabálytalan szívdobogás, idegességből eredő hasmenés, gyengeségérzés és alvászavarok) gyakoriságát méri. A válaszadóknak négyfokozatú Likert-skálán („soha”, „ritkán”, „időnként”, „gyakran”) a tünetek elmúlt tizenkét havi gyakoriságát kellett önmagukra vonatkoztatva megítélniük. A skálán elért magas pontszámok a pszichoszomatikus tünetek magas előfordulására utaltak. A skála Cronbach-alfa-mutatója magyarországi serdülőmintán 0,75 (Pikó 2002a), mintánkban 0,64 volt.

A Pszichés Közérzet Skála (Roos és Hayes, 1988) esetében a serdülőknek a következő kérdésekre kellett válaszolniuk: „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran érezted magad: a) fáradtnak, mintha nem aludtál volna éjszaka? b) türelmetlennek, ingerlékenynek, túlhajszoltnak? c) szomorúnak, csalódottnak, aggodónak? d) kiegyensúlyozottnak, optimistának? e) boldognak, vidámnak, magabiztosnak? f) energikusnak, ambiciózusnak?. A válaszlehetőségek a következők voltak: „szinte mindig”, „gyakran”, „időnként”, „ritkán”, „soha”. A skálán elért magas pontszámok jó pszichés közérzetre utaltak. A skála belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa-érték magyarországi serdülőmintán 0,78 (Pikó 2002a), mintánkban 0,67 volt.

A pozitív életminőség mérése a WHO (Five) Well-Being Index (1998) segítségével valósult meg. A mérőeszköz a WHO Collaborating Center keretében került kidolgozásra (Bech, Gudex, Johansen 1996). A válaszadóknak öt-fokozatú Likert-skálán, a vizsgálatot megelőző két hétben a jól-létre vonatkozó állapotok szubjektív jelenlétét kellett megítélniük, azt, hogy mennyire voltak vidámak és jókedvűek, nyugodtak és ellazultak, aktívak és élénkek, ébredéskor frissek és pihentek. A skálán elért magas pontszámok pozitív életminőségre utaltak. A mérőeszköz Magyarországon első ízben a SE Magatartástudományi Intézet HUNGAROSTUDY 2002 elnevezésű, a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotának és bio-pszicho-szociális jellemzőinek a feltérképezésére irányuló felmérésében került alkalmazásra. A skála belső konzisztenciamutatója felnőtt populációban 0,85 (Susánszky és mtsai 2006), serdülő mintánkban pedig 0,70 volt.

Független változónak az élet értelmességét vettem. Bár az élet értelmességének a mérésére több magyar kultúrkörben adaptált, nemzetközi vizsgálatokban gyakran használatos (például a Crumbaugh és Maholick-féle Életcél Kérdőív, Konkoly Thege és Martos 2006) és nem annyira gyakori (például a Längle-féle Egzisztencia Skála, Konkoly Thege és Martos 2008, vagy a Lukas-féle Logo-Test, Konkoly Thege 2009) mérőeszköz is rendelkezésemre állt, több okból is a Rahe és Tolles (2002) Brief Stress and Coping Inventory, Life meaning (LM) alskálája alkalmazása mellett döntöttem. E skála megbízhatósága, és pozitív szerepe a magyar felnőtt lakóság mentális egészségi állapotban kiemelt, nemzetközi publikációban is megerősített volt (Skrabski és mtsai 2005). A skála nyolc kijelentést (példáim: „Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része”) és ehhez társított három válaszlehetőséget („ritkán”, „néha”, „gyakran”)

tartalmazott. A skálán elért magas pontszámok az élet értelmességére utaltak. Magyarországi felnőtt populációban a skála Cronbach-alfa-értéke 0,74 (Konkolý Thege és mtsai 2008), mintánkban pedig 0,85 volt.

### **3.1.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások**

Az adatok elemzése az SPSS for Windows 13.0 programcsomag segítségével történt, az adatelemzésnél legfennebb 95%-os hibaküszöböt tartottam elfogadhatónak. Az adatfeldolgozásban a nemi különbségeket független mintás t-próbával, illetve Chi-négyzet-próbával ellenőriztem. Figyelembe véve a függő változók normalitástól eltérő eloszlását (Kolmogorov-Szmirnov-teszt eredményének szignifikanciája), és tekintettel arra, hogy a vizsgálat célkitűzése annak a megállapítására vonatkozott, hogy az élet értelmessége milyen mértékben bizonyul az egészségkárosítót csökkentő védőtényezőnek, binominális logisztikus regresszióelemzés segítségével esélyhányadosokat számítottam. A logisztikus regresszióelemzéshez az élet értelmessége független változót előbb logisztikus transzformációnak vettem alá, majd dichotomizáltam a függő változókat. A pszichoszociális egészségindikátorokat a medián mentén dichotomizálva alacsony és magas előfordulási csoportokat, az egészségkárosító és egészségvédő magatartásformákat dichotomizálva pedig fogyasztó/nem fogyasztó, illetve fizikailag aktív/inaktív, valamint a táplálkozására figyelmet nem fordító, hiányos táplálkozáskontrollos/a táplálkozására figyelmet fordító, azaz egészségtudatosan táplálkozó csoportokat hoztam létre. A binominális logisztikus regresszióelemzés eredményeit esélyhányadosok formájában tüntettem fel, ahol az 1-nél kisebb értékek a függő és független változók ellentétes irányú együttjárását jelzik. Az elemzést 5%-os hibaküszöb mellett végeztem el, konfidenciaintervallumot rendelve minden egyes esélyhányadoshoz. A hibaküszöb mellett csak azt az esélyhányadost tekintettem szignifikánsnak, amelynek konfidencia-tartománya 1-en kívül esik. Tekintve a nemek moderáló szerepét az egészségmagatartások prediktor struktúrájában, az elemzést a teljes mintában, és külön a fiúk, illetve a lányok mintájában is elvégeztem.

### **3.2. A második vizsgálat módszerei**

Az egyváltozós adatelemzés korlátait meghaladva a második vizsgálat célja az volt, hogy az élet értelmessége és az egészségmagatartás összefüggését többváltozós adatelemzés keretében teszteljem, nemzetközi és hazai vizsgálatokban igazolt védőfaktorok bevonásával.

#### **3.2.1. Minta és adatgyűjtés körülményei**

A vizsgált serdülőpopuláció a Háromszék-i (belső-Erdély) IX-XII.-es tanulók alapsokasága (N = 7900) volt. A reprezentatív minta kialakítása rétegzett mintavételi eljárással történt. A mintakeret kiválasztása során a 2006-2007-es tanév beiskolázási adatait használtuk fel. A kialakított minta 974 tanulót foglalt magába 3%-os hibaküszöb és 95%-os konfidenciaintervallum mellett. A mintát az iskolatípus, évfolyam és nem szerint arányosan rétegzett lépcsőzetes mintavételi eljárással határoztam meg, az első vizsgálat kapcsán ismertetett módon. Ehhez hasonló módon történt az adatfelvétel is, önkitöltős kérdőíves módszerrel. A kérdőív kitöltése ez úttal is névtelenül történt, és – előzetes tesztelésre alapozva – 40-50 percet vett igénybe.

Az adatfelvételt követően 940 serdülő részéről kaptunk vissza valid kérdőívet, ami 96,4%-os válaszadási arányt eredményezett. Az adatfeldolgozásra kerülő kérdőívek 540 (57,4%) fiú és 400 (42,6%) lány választ tartalmazták, akik átlagéletkora 16 év volt (1,1 szórás-érték mellett). 54,5%-uk líceumi, 45,5%-uk szakközépiskolás tanuló volt.

#### **3.2.2. Mérőeszközök**

Függő változónak két egészségkárosító (szeszesitalfogyasztás és illegális drogfogyasztás) és két egészségvédő (fizikai aktivitás és táplálkozáskontroll) magatartást, független változónak pedig az élet értelmessége mellett egyéni és társas változókat vettem, olyanokat, mint az énhatékonyság, az önszabályzott viselkedés és a jövőorientáció, valamint a szülői támogatással való elégedettség és a szülői ellenőrző bánásmód.

A szeszesitalfogyasztás és illegális droghasználat felmérése háromhavi prevalenciára vonatkozott, és a Gerrard, Gibbons, Benthin és Hessling (1996) által kidolgozott mérőeszköz idevágó kérdéseinek a segítségével valósult meg.

A szeszesitalfogyasztás gyakoriságának a mérésére a következő kérdés szolgált: „Az elmúlt három hónapban hány alkalommal fogyasztottál egyszerre egy adag alkoholtartalmú italt? (egy pohár tömény italt (4 cl), egy üveg sört, egy pohár bort (2-3 dl), egy pohár szeszesitaltartalmú cocktailt)”. A válaszlehetőségek öt-fokozatú Likert-skálán oszlottak meg („egyszer sem”, „egy-két alkalommal”, „párszor havonta”, „hetente legalább egy alkalommal”, „hetente legalább két, vagy ennél több alkalommal”).

Az illegális drogfogyasztás mérése pedig a következő kérdéssel történt: „Az elmúlt három hónapban hány alkalommal használtál valamilyen illegális drogot (mint például marihuána, extasy stb.)? A válaszlehetőségek ötfokozatú skálán oszlottak meg a következőképpen: „egyszer sem”, „egy-két alkalommal”, „párszor havonta”, „hetente legalább egy alkalommal”, „hetente legalább két, vagy ennél több alkalommal”).

Gerrard és munkatársai (i.m.) egészségkárosító magatartás mérésére alkalmazott mérőeszközének magyarországi serdülőmintán történő alkalmazása Pikó (2002b) munkásságához kötődik. Pszichometriai mutatókat tekintve a mérőeszköz egy amerikai-magyarországi-erdélyi serdülő-mintákat összehasonlító kutatásban is megfelelő eredményeket adott (Brassai és mtsai 2006).

A fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll mérésére az első vizsgálatban részletesebben bemutatott kérdéseket alkalmaztam. Röviden, a fizikai aktivitás esetében a mérés az intenzív, legkevesebb 30 percig tartó fizikai aktivitás havi gyakoriságára irányult. A táplálkozáskontroll mérése pedig a táplálkozásra történő odafigyelés mértékének a becslését célozta.

Független változónak az élet értelmessége mellett az énhatékonyságot, az önszabályzott viselkedést, a jövőorientációt, a szülői társas támogatással való elégedettséget és a szülői bánásmódot vette.

Az élet értelmességének a mérése az első vizsgálat kapcsán ismerttetett Rahe és Tolles (2002) Brief Stress and Coping Inventory, Life meaning (LM) alskálát használtam. A nyolc itemet tartalmazó skálához egyenként három válaszlehetőség



tartozott. A skála megbízhatóságát mutató Cronbach-alfa-érték e második vizsgálatban 0,87 volt.

Az énhatékonyság mérése a General Self-Efficacy Scale (Schwarzer és Jerusalem 1995) segítségével történt. A skála 10 kijelentésből áll (példáim: „Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és megvalósítsam céljaimat”), amelyeket a válaszadónak saját személyére vonatkozóan kellett megítélnie. A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem jellemző rám”, „alig jellemző rám”, „jellemző rám”, „teljes mértékben jellemző rám”. A skálán elért magas pontszámok magas fokú énhatékonyságra utaltak. A skála magyarországi adaptációja Kopp Mária és munkatársai (1993) által valósult meg. Cronbach-alfa-értéke magyarországi serdülőpopulációban 0,81 volt (Pikó 2002b), mintánkban pedig 0,86.

Az önszabályzott viselkedés mérése a Luszczynska, Diehl, Gutiérrez-Doña, Kuusinen és Schwarzer (2004b) által kidolgozott Self-Regulation Scale segítségével valósult meg. A skála hét kijelentést tartalmazott (példáim: „Munkámat összpontosítottan végzem, és semmi sem terelheti el figyelmemet a tervtől, amelyet követek”), amelyek érvényességét a válaszadónak négy-fokozatú skálán kellett önmagára vonatkoztatva megítélnie („egyáltalán nem jellemző rám” – „teljes mértékben jellemző rám”). A skálán elért magas pontszámok magas fokú viselkedéses önszabályozásra utaltak. Mintánkban a skála Cronbach-alfa-értéke 0,78 volt.

A jövőorientációt a Strathman, Gleicher, Boninger és Edwards (1994) nevéhez fűződő Consideration of Future Consequences Scale-vel mértük. A skála hat kijelentéséhez (példáim: „Gyakran olyan dolgokat is megteszek, amelyeknek eredményei csak évek múlva látszanak meg”) egyenként öt válaszlehetőséget rendeltek hozzá, amelyek az „egyáltalán nem jellemző rám” és a „teljes mértékben jellemző rám” válaszlehetőségek között oszlottak meg. Magyarországi mintán a skála megbízhatóságát mérő Cronbach-alfa-érték 0,75 (Pikó 2002b), mintánkban pedig 0,76 volt.

Az elégedettség a szülői társas támogatással a Measures of Perceived Social Support skála (Turner és Mario 1994) segítségével valósult meg. A skála hat állítást tartalmaz, amelyek igazságtartalmát a kérdezettnak önmagára vonatkoztatva kellett megítélnie (példáim: „Ha vele vagyok, képes vagyok teljesen nyugodt lenni és önmagamot adni.”). A válaszlehetőségek: „egyáltalán nem értek egyet”, „kevésbé értek egyet”, „részben egyetértek”, „teljes mértékben egyetértek” voltak. A skálát külön alkalmaztam

az anya és külön az apa személyére. A magas pontszámok nagyfokú elégedettséget jeleztek a szülői társas támogatással. Magyarországi serdülőmintán a skála megbízhatóságát mutató Cronbach-alfa-érték az anyai támogatás esetében 0,98, az apai támogatás esetében 0,92 (Pikó 2002a), mintánkban mindkét szülő esetében 0,99 volt.

A szülői ellenőrző bánásmód mérésére az Authoritative Parenting Index (Jackson és mtsai 1998) Parental demandingness alszála szolgált. A skála hét iteméhez (példáim „Biztos akar lenni abban, hogy oda megyek, ahová neki mondom.”) egyenként négy válaszlehetőség társított: „egyáltalán nem ilyen”, „egy kicsit ilyen”, „elégé ilyen”, „pontosan ilyen”. Az alszála külön alkalmaztam az anya és külön az apa személyére vonatkozóan. A skálán elért magas pontszámok fokozottan ellenőrző szülői bánásmódra utaltak. Az alszála Cronbach-alfa-értékei magyarországi serdülőmintán (Keresztes és mtsai 2009) 0,70 (anyai ellenőrző bánásmód) illetve 0,77 (apai ellenőrző bánásmód), mintánkon pedig 0,85 (anyai ellenőrzés) illetve 0,95 (apai ellenőrzés) voltak.

### **3.2.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások**

Az adatfeldolgozás az SPSS 13.0 programcsomaggal történt, az adatelemzésnél legfennebb 95%-os hibaküszöböt tartottam elfogadhatónak. A vizsgált változók leíró statisztikáját követően az egészségmagatartások és a pszichoszociális védőfaktorok közötti kapcsolat vizsgálata lineáris regresszióelemzéssel történt. A független változóknak a függő változók mentén történő normális megoszlását megvizsgálva – Kolomogorov-Szmirnov-teszttel – a pozitív ferdeség korrigálására logaritmikus transzformációt alkalmaztam. A vizsgálat céljához igazodva – az egészségmagatartások gyakoriságában az élet értelmességének egyéb változók kölcsönhatásában betöltött prediktor szerepét vizsgálva – a regresszióelemzést stepwise módszerrel végeztem el. A stepwise módszer olyan regressziós eljárás, amely lépésről lépésre próbál jobb modellt építeni olymódúlag, hogy első lépésben a modellbe beépíti a függő változót leginkább magyarázó független változót. A következő lépésben megvizsgálja, hogy újabb változó bevonásával javítható-e a modell magyarázó ereje. Ha igen, akkor megtörténik a következő változó beépítése is mindaddig, amíg az újabb változó bevonásával a modell magyarázó értéke már nem javulna (Sajtos és Mitev 2007). Lényeges, hogy a módszer csak azokat a változókat lépteti be az elemzésbe, amelyeknek önálló prediktív értékük

van a függő változóra nézve, rámutatva a leginformatívabb független változókra. A független változók prediktív értékének a kifejezése a standardizált béta-együtthatóban vagyis a béta-súlyban történt meg. Az előrejelzés pontosságához a becslési hiba feltüntetése mellett ellenőriztem a multikollinearitást is. A multikollinearitás ellenőrzésére prediktoronként Variance Inflation Factor-t számoltam. A kapott VIF-értékek egyetlen esetben sem haladják meg a 2-t, ez tehát a multikollinearitás alacsony mértékét jelzi. 1-2 közötti VIF-értékek alacsony, 2-5 közötti VIF-értékek közepes,  $5 \geq$  VIF-értékek magas multikollinearításra utalnak (Székely és Barna 2004). A regressziófüggvény illeszkedését az  $R^2$  determinációs együttható fejezi ki. ( $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt volt.) Értéke informál a változók közötti kapcsolat erősségéről. A modell illeszkedését befolyásoló eltérő és befolyásos hibataragok vizsgálatát a standard hibataragok (Std. Resid.) és a Cook-féle d mutató értékeinek az elemzésével végeztem el. A négy különböző függő változóra épített modell egyikét sem terheli három standard hibánál messzebb eső, regresszió által becsült hibatarag, illetve 1 feletti sajátértékkel rendelkező influens elem (Sajtos és Mitev 2007). A hibataragok közötti autokorrelációt a Durbin-Watson statisztikával ellenőriztem. A hibataragok közötti autokorreláció kizárására a szakirodalom szorosán 2 körüli (1,8-2,2) Durbin-Watson d értékeket tart elfogadhatónak (Székely és Barna 2004), ez ebben az esetben teljesített volt.

### 3.3. A harmadik vizsgálat módszerei

Az első két vizsgálat eredményei megerősítettek abban, hogy a koherencia-érzék méréséből származó eredmények jól illeszkednek az élet értelmességével kapcsolatos specifikusabb mérőeszközökből származó eredményekhez. Tovább lépésként azonban az élet értelmessége vizsgálatában olyan mérőeszköz alkalmazását láttam szükségesnek, amely kiterjed az élet értelmességének mindkét dimenziójára, vagyis az élet megélt értelmességére és az élet értelmességére irányuló keresésre egyaránt. Két mérőeszköz közül választhattam: a Crumbaugh (1977) által kidolgozott és a Purpose in Life Test-el (PIL - Crumbaugh és Moholick, 1964) együtt alkalmazható Seeking of Noetic Goals Test (SONG), illetve Steger és munkatársai (2006) Meaning in Life Questionnaire-je (MLQ) között. Választásom az utóbbira esett. Egyrészt, mert sine morbo és a

serdülőkorhoz közel eső fiatal felnőtt populációban ( $M_{életév} = 19,8$ ) került kidolgozásra. Másrészt pedig, mert két alskálája mindössze 10 itemet foglalt magába, s így felhasználása serdülőpopulációban jóval időkímélőbb, mint az összesen 40 itemet magába foglaló PIL és SONG. Nem utolsó sorban azonban a MLQ az élet értelmességét megbízható eredményekkel mérő vizsgálóeszközök szintézisét adja, magába foglalva a PIL és SONG több itemét is. A megfelelő mérőeszköz megválasztásával teljesülni láttam második fő kutatási célt, azaz a serdülőkori egészségmagatartással összefüggően az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés egyidejű vizsgálatát.

### 3.3.1. Minta és adatgyűjtés körülményei

A vizsgált populáció a háromszéki (Sepsiszentgyörgy), X-XI. osztályos tanulók alapsokasága ( $N = 2760$ ) volt. 3%-os hibaküszöb és 95%-os konfidenciaintervallum mellett a minta 770 főből állott. A reprezentatív mintakeret kiválasztásához a 2008-2009-es tanév beiskolázási adatait használtam fel. A mintát az iskolatípus, évfolyam és nem szerint arányosan rétegzett lépcsőzetes mintavételi eljárással határoztam meg, az első vizsgálat kapcsán ismertetett módon.

Az adatfelvételt megelőzően a mintába beválasztott tanulókat névre szóló levélben tájékoztattam az adatfelvétel céljáról és az adatrögzítés konfidencialitásának feltételeiről. Minden diákot nyíltan informáltam arra vonatkozóan, hogy az adatfelvételt egy későbbi időpontban szándékomban áll megismételni, s az eltérő időpontban felvett válaszok összevetésének megkönnyítése céljából a kérdőíveken fel kell tüntetniük vezeték- és keresztnévük iniciáléját. Ugyanakkor biztosítottam a vizsgálat anonimitásáról és kértem, írásban jelezzék vissza amennyiben e feltételek mellett vállalják részvételüket a vizsgálatban. Az adatgyűjtés előkészítő szakasza után a minta 770 fője közül 512 tanuló adott részvételi szándékát jelző választ.

Az önkitöltős kérdőívek kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok felhívták a tanulók figyelmét arra, hogy amennyiben a kérdőívben számukra idegen kifejezésekkel találkoznak vagy szövegértelmezési problémáik adódnak ezt halaszthatatlanul jelezzék. Továbbá a kérdezőbiztosok rámutattak a kérdőívben szereplő egyes itemtípusokra, és azokra adható válaszkategóriákra. A kérdőív kitöltése – előzetes tesztelésre alapozva –

20-30 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt urnában helyezték el, amelyet az adatfelvétel befejeztével a kérdezőbiztos felbontatlanul adott át a vizsgálatvezetőnek. A kérdőív kitöltése névtelenül történt, és – előzetes tesztelésre alapozva – 40-50 percet vett igénybe.

A kérdőíves adatrögzítés összesen 512 tanulót érintett, akik részéről 462 valid kérdőívet kaptam vissza. A mintakerethez viszonyított csökkent válaszadási arány (ami így 60%-os lett) folytán a reprezentativitást nem sikerült biztosítani. Az adatfeldolgozást 462 tanuló kérdőíves válaszáan végeztem el, akik átlagéletkora  $17,8 \pm 0,7$  év volt, és akik 39,4%-a szakközép, 69,6%-a pedig elméleti iskolában folytatta tanulmányait. A mintában kiválasztott arányhoz viszonyítottan eltolódott a nemek aránya is. A nemek megoszlását tekintve az adatfeldolgozásba 213 (46,1%) fiú és 249 (53,9%) lány kérdőíves válasza került be.

### 3.3.2. MÉRŐESZKÖZÖK

Függő változónak két egészségkárosító problémamagatartást és két egészségvédő magatartást vettem. Független változónak pedig az élet értelmességének a megélését, az élet értelmességére irányuló keresést, valamint a reménytelenséget tekintettem.

Az egészségkárosító viselkedésformák felmérésére a CARE-R, Cognitive Appraisal of Risky Activities – Revised (Fromme és mtsai, 2000) két alszkálája: az agresszív-antiszociális viselkedés és a kudarcos iskolai karrier szolgált. Mindkét alszkála négy-négy itemet tartalmazott (példáittemek: „Verekedést kezdeményezni”/„Rongálni a köztulajdont”, illetve „Hiányozni az iskolából”/„Felkészületlenül menni iskolába”), amelyek előfordulásával kapcsolatos a mérést megelőző hat havi, illetve a mérést követő, anticipált hat havi gyakoriságot a válaszadónak hét-fokozatú Likert-skálán kellett felbecsülnie. Az alszkálák mért Cronbach-alfa-értékei a következők voltak: az agresszív/asszociális viselkedés múltbeli előfordulása esetében 0,88, jövőbeni előfordulása esetében pedig 0,77, a kudarcos iskolai karrier múltbeli előfordulása esetében 0,68, az anticipált jövőbeni előfordulása esetében pedig 0,66.

Az egészségvédő magatartások vizsgálata Jessor és munkatársai (2003) Survey of Personal and Social Development mérőeszközéből átvett kérdések segítségével történt. Gyakorlatilag az egészséges táplálkozás (amely kitér a napi sóhasználat,

zsiradékfogyasztás és édességfogyasztás csökkentésével kapcsolatos igyekezetre; példaitem: „Valahányszor lehetőség adódik rá, édesség helyett gyümölcsöt fogyasztok”) és a fizikai aktivitás (amely érinti az egyéni és szervezett sporttevékenységekben való részvételt, számbavéve a különféle mozgásos tevékenységformák gyakoriságát is; példaitem: „Részt venni egyéni sporttevékenységekben, mint amilyen pl. a biciklizés, gördeszkázás, szaladás, úszás...”) a mérést megelőző hathavi gyakoriságot és azt követő anticipált hat havi előfordulás valószínűségét mérte hét-fokozatú Likert-skálán. A preventív egészségmagatartások gyakoriságát mérő skálák belső konzisztenciáját mutató Cronbach-alfa-értékek mind az egészséges táplálkozás múltbeli előfordulása, mind anticipált jövőbeni előfordulása esetében is 0,81, a fizikai aktivitás múltbeli előfordulása esetében 0,80, az anticipált jövőbeni előfordulása esetében pedig 0,78 volt.

Az élet értelmességére vonatkozó adatgyűjtés a Meaning in Life Questionnaire-vel (Steger és mtsai 2006) történt. A kérdőív az élet értelmessége pszichológiai konstruktumának két dimenzójának: az élet megélt értelmessége (presence of meaning in life MLQ-P) és az élet értelmességére irányuló keresés (search for meaning in life – MLQ-S) mérésére szolgál. A kérdőív alskálái egyenként öt kijelentés formájában megfogalmazott itemet tartalmaznak hét-fokozatú Likert-skálán elrendeződő válaszlehetőséggel („egyáltalán nem érvényes rám nézve” – „teljes mértékben érvényes rám nézve”). Példaitem a MLQ-P alskálára: „Életemnek meghatározott értelme van számomra”. Példaitem a MLQ-S alskálára: „Keresem életem célját, küldetésemet az életben”. A MLQ-P skálán elért pontszámok az élet megélt értelmességére, a MLQ-S skálán elért pontszámok intenzív értelemkeresésre utaltak. A kérdőív belső konzisztenciáját mutató Cronbach-alfa-érték amerikai fiatalok körében (Steger és mtsai 2006) 0,81 (MLQ-P), illetve 0,84 (MLQ-S), mintánkban pedig 0,81 (MLQ-P), illetve 0,79 (MLQ-S) volt.

A reménytelenség mérése Lester (2001) Helplessness, Hopelessness, Haplessness Inventory-jának Hopelessness-skálájával történt. A 10 itemet tartalmazó skála kialakítása Beck és munkatársai (1974) eredeti Reménytelenség-skálája alapján történt a Rotter (1966) és Levenson (1974) által kialakított Locus of Control-skála itemeinek bevonásával. A skála pszichometriai bevizsgálása amerikai egyetemista populáción valósult meg. A mérőeszköz itemei kijelentések formájában megfogalmazottak (példaitem: „A jövőm sötétnek tűnik.”), amelyeket a válaszadónak hatfokozatú Likert-

skálán („egyáltalán nem érték egyet” ... „teljes mértékben egyetérték”) kellett önmagára vonatkozóan megítélnie. A elért magas pontszámok a reménytelenségre magas szintjére utaltak. Amerikai egyetemista mintán ( $M_{\text{életkor}} = 21,2$ , szórás: 4,0) a skála átlag- és szórásértékei 20,3, illetve 6,2, Cronbach-alfa-értéke pedig 0,74 volt (Lester és Walker 2007). Mintánkban 21,4 (4,7) átlag- és szórásértékek mellett a reliabilitásvizsgálat 0,78-as Cronbach-alfa-értéket eredményezett.

### 3.3.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások

Az adatok feldolgozása az SPSS 15.0 programcsomaggal történt, az adatelemzésnél légfennebb 95%-os hibaküszöböt tartottam elfogadhatónak. Első lépésben a MLQ bevizsgálása történt meg reliabilitás és faktorelemzés segítségével. Ezt követően Pearson-féle korrelációelemzés segítségével vizsgáltuk a változók kétoldalú kapcsolatát a mintában. Végül az egészséggel kapcsolatos magatartásformákat, függő változóként kezelve, az élet értelmességének a megélése, az élet értelmességére irányuló keresés, valamint a reménytelenség magyarázó értékét többszörös lineáris regresszióelemzéssel vizsgáltam. A független változókat enter módszerrel, egyenként, manuálisan léptettem a modellbe. Az eredmények értelmezésében tehát a béta-súly és a korrigált determinációs együtthatók ( $R^2$ ) szolgáltatják a leginformatívabb adatokat. A változók linearitásának és függetlenségének a tesztelése a pontdiagram vizsgálatával és az F-szignifikanciával történt. A multikollinearitás mértékének a kimutatásához a második és harmadik modellek esetében a VIF-mutatót használtam, amelynek értékei a jelen vizsgálat esetében a multikollinearitás alacsony szintjére utalnak. Tekintve, hogy a hibatagok eloszlása nem felelt meg a normalitásnak, a független változókon négyzetgyök és logaritmikus transzformációt végeztem. A regressziós modellek érvényességének vizsgálatában az elsőrendű autokorreláció tesztelését a Durbin-Watson d-mutatóval végeztem el. Esetünkben a D-W d-mutató értékei az autokorreláció alacsony szintjét jelzik. Ezen felül, a végső modellel kapcsolatban az illeszkedés vizsgálatához a standardizált hibatagok (elütő hibatagokra) és a Cook-féle mutató (influens hibatagok) értékeit elemeztem. Tekintve, hogy az előbbieket a 3 hibaszóráson belül esnek, az utóbbiak pedig messze 1 alatt maradnak, a kialakított modellek illeszkedését nem zavarják elütő és influens elemek.

### 3.4. A negyedik vizsgálat módszerei

A harmadik keresztmetszeti elrendezésű vizsgálat eredményeinek megerősítésére a negyedik vizsgálatához hosszmetzeti elrendezésű adatgyűjtést terveztem. Továbbá a harmadik vizsgálat hiányosságaként elkönnyvelhető nemi differenciálatlanság kiküszöbölésére a negyedik vizsgálatban az adatelemzést a nemek bontásában terveztem elvégezni. Előzetes eredményekre támaszkodva (Myrin és Lagerström 2006, 2008, Reker 2005, Steger és mtsai 2008c, 2009b, Von Bothmer és Fridlund 2003) nemi különbségeket feltételeztem az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés egészségmagatartással kapcsolatos prediktor struktúrájában.

#### 3.4.1. Minta és adatgyűjtés körülményei

A vizsgálatra a harmadik adatgyűjtéstől számított 13 hónapra került sor. Az adatgyűjtésben a harmadik vizsgálat alanyaiból indultam ki, akik életkora ezúttal átlagosan egy évvel volt nagyobb ( $M_{\text{életkor}} = 18,5 \pm 0,6$ ). Az adatrögzítést előre felkészített kérdezőbiztosok végezték. Az adatfelvétel önkitöltős kérdőíves módszerrel történt az előbbi három vizsgálatához hasonló módon. Adatfelvétel céljából összesen 462 serdülőt kerestünk meg, akik részéről 445 valid kérdőív érkezett vissza (ami 96,3%-os válaszadási arányt biztosított). A kérdőív kitöltése névtelenül történt és – előzetes tesztelésre alapozva – 30-40 percet vett igénybe. A nemek arányát tekintve a válaszadók 46,7%-a fiú, 53,3%-a lány volt.

#### 3.4.2. Mérőeszközök

A negyedik vizsgálatban két egészségvédő magatartásra: az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás előfordulására négy független változó: az élet megélt értelmessége, az élet értelmességére irányuló keresés, az egészségérték és a pozitív életminőség magyarázó szerepét vizsgáltam. Új adatokat csak az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás előfordulásával kapcsolatosan gyűjtöttem. A független változókra vonatkozó adatok a harmadik vizsgálatban megvalósult adatgyűjtésből valók.



Az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás mérése a harmadik vizsgálatban bemutatott mérőeszközök segítségével történt (a Jessor és mtsai 2003, Survey of Personal and Social Development mérőeszközéből átvett kérdések által). Összefoglalva az egészséges táplálkozás itemeit (a napi sóhasználat, zsiradékfogyasztás és édességfogyasztás csökkentésével kapcsolatos igyekezet), a fizikai aktivitás itemei a különféle mozgásos tevékenységformák gyakoriságát, illetve az egyéni és szervezett sporttevékenységekben való részvételt érintették. A válaszlehetőségek hét-fokozatú Likert-skálán oszlottak meg. Ezúttal csak a mérést megelőző hathavi előfordulást mértem. Az egészségvédő magatartások gyakoriságát mérő skálák belső konzisztenciáját mutató Cronbach alfa-értékek az egészséges táplálkozás esetében 0,71, a fizikai aktivitás esetében pedig 0,75 voltak.

Az élet értelmességére vonatkozó adatgyűjtés a harmadik vizsgálatban a Meaning in Life Questionnaire-vel (MLQ) (Steger és mtsai 2006) történt. Mint mérőeszköz, a MLQ a harmadik vizsgálat kapcsán részletesen bemutatásra került. Hasonlóképpen, az első vizsgálat kapcsán már részletesebben ismertettem a pozitív életminőség mérésére használt WHO-Five Well-being Index-et is (Bech és mtsai 1996). Röviden, a válaszadóknak öt-fokozatú Likert-skálán, a mérést megelőző két hétben a jól-létre vonatkozó állapotok szubjektív jelenlétét kellett megítélniük.

Úgyszintén a harmadik vizsgálat során került alkalmazásra az egészségérték mérésére Ritt-Olson, Milam, Unger, Trinidad, Teran, Dent és Sussman (2004) Health-as-Value skálája. Annak érdekében, hogy a serdülők számára a kérdőív tételeit nyelvileg hozzáférhetőbbé tegyék, Ritt-Olson és munkatársai (i.m.) átfogalmazták Lau, Hartman és Ware (1986) eredeti skálájának itemeit. Így például Lau és munkatársai (i.m.) által eredetileg használt „A jó egészség kevésbé számít egy boldog élet elérésében” item átfogalmazva a következőképpen jelent meg Ritt-Olson és munkatársainak (i.m.) kérdőívében: „Az egészség a boldogság fontos tartozéka”. Ezen nyelvi módosításokkal a skála belső konzisztencia-mutatója amerikai serdülőmintán 0,62-ről, 0,70-re nőtt. A skála négy iteméhez (példáim: „Kész vagyok áldozatot vállalni egészségem érdekében”) egyenként négy-fokozatú Likert-skálán megoszló válaszlehetőségeket társítottak („egyáltalán nem érvényes rám”, „teljes mértékben érvényes rám”). Alkalmazásunkban 0,70-es Cronbach-alfa-értéket regisztráltunk.

### 3.4.3. Alkalmazott adatelemzési eljárások

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS 17.0 programcsomaggal történt, az adatelemzésnél légfennebb 95%-os hibaküszöböt tartottam elfogadhatónak. A skálák átlagpontszámait mentén adódó nemi különbségek elemzésére összetartozó mintás t-próbát alkalmaztam hatásméret számítása mellett. Az alkalmazott próba nyomán a t-értékek szignifikanciája jelzi az átlagokban mutatkozó különbségeket, a Cohen-d-érték pedig rámutat a különbségek mértékére. Az adódó különbségek 0,20 körüli Cohen-d-érték esetében alacsonynak, 0,50 körüli érték esetében közepesnek, 0,80 körüli érték esetében pedig erősnek tekinthetők. A leíró statisztikát követően, az élet értelmességére irányuló keresés egyéb, független változók viszonylatában tanúsított magyarázó értékének a vizsgálata céljából többszörös lineáris regresszióelemzést végeztem, külön a lányok és külön a fiúk esetében. Az adatelemzés nyomán a standardizált béta-együtthatóban kifejezett béta-súly, illetve az F-változást követő  $\Delta R^2$ -érték szolgáltatott információt a független változók hatásáról és annak mértékéről. Az előrejelzés pontosságának a jelzésére a béta-súly mellett feltüntettem a becslési hibát. A regresszióelemzés függő és független változókra vonatkozó feltételeit: a linearitás és a függetlenség teljesülését a pontdiagram vizsgálatával, illetve az F-szignifikanciával és a multikollinearitás szűrésével ellenőriztem. Ez utóbbit a VIF-mutatóra alapoztam. 1-2 közötti VIF-értékek alacsony, 2-5 közötti VIF-értékek közepes,  $5 \geq$  VIF-értékek magas multikollinearitásra utalnak (Székely és Barna 2004). A hibatagokra vonatkozó feltételek teljesülését a normális eloszlás vizsgálatával, az autokorreláció szűrésével, valamint a homoszkedaszticitás tesztelésével ellenőriztük. A standardizált hibatagok normális eloszlásának a vizsgálatára használt Shapiro-Wilk-féle statisztika eredményét, illetve a hibatagok pontdiagramjának a megoszlását mutató heteroszkedaszticitást figyelembe véve a független változók logaritmikus transzformációjához folyamodtam. Ezt követően az elsődleges autokorreláció mértékének a becslése a Durbin-Watson d-mutatóval történt. Végül a modell illeszkedését rontó, elütő és influens hibatagok kiszűrésére a standardizált hibatagok (Std. Resid.) és a Cook-féle mutató értékeit használtam. Az eredmények bemutatása során használatos „prediktor”, illetve „protektív hatás” megnevezések – tekintve a hosszmetzeti adatgyűjtést – előrejelző, bejósoló értelemben értendők.

A vizsgált négy minta legfontosabb jellemzőit az alábbi táblázat foglalja egybe.

**1. Táblázat:** *A vizsgált minták legfőbb jellemzői*

Vizsgált minták	Első vizsgálat	Második vizsgálat	Harmadik vizsgálat	Negyedik vizsgálat
Elrendezése	keresztmetszeti	keresztmetszeti	keresztmetszeti	hosszmetszeti 13 hónapos utánkövetéssel
Vizsgált populáció	erdélyi reprezentatív	háromszéki reprezentatív	háromszéki	háromszéki
Esetszám	N = 1977	N = 940	N = 512	N = 445
Életkor	16,8 ± 1,2 év	16 ± 1,1 év	16,2 ± 0,7 év	17,5 ± 0,6

## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1. Az első vizsgálat eredményei

A 2. táblázat (lásd 69. oldal) bemutatja a vizsgált változók leíró statisztikáját a nemek bontásában. Amint kitűnik, a fiúk és lányok nem különböznek egymástól az élet értelmessége-skálán elért átlagpontoszám tekintetében. A lányokhoz képest a fiúkra azonban a pszichoszomatikus tünetek alacsonyabb előfordulása ( $\chi^2(1)=203,46$ ,  $p<0,001$ ), ugyanakkor jobb életminőség ( $\chi^2(1)=38,08$ ,  $p<0,001$ ) és pszichés közérzet ( $\chi^2(1)=100,58$ ,  $p<0,001$ ) jellemző. Az egészségmagatartások tekintetében nagyobb a nagyivás ( $\chi^2(1)=177,87$ ,  $p<0,001$ ) és a deficités táplálkozáskontroll ( $\chi^2(1)=5,11$ ,  $p<0,05$ ) előfordulása a fiúk, és ugyanakkor nagyobb az altató/nyugtató használata ( $\chi^2(1)=5,05$ ,  $p<0,05$ ), valamint a fizikai inaktivitás ( $\chi^2(1)=14,70$ ,  $p<0,001$ ) a lányok körében.

A 3. táblázat (lásd 70. oldal) az élet értelmessége és a vizsgált egészségváltozók kapcsolatának logisztikus regresszióelemzésből származó esélyhányadosait mutatja be. A teljes minta szintjén megfigyelhető, hogy az élet értelmetlensége fordított irányú kapcsolatot mutat az illegális droghasználattal ( $OR = 0,87$ ,  $CI = 0,78-0,96$ ,  $p < 0,01$ ), a nyugtató/altatóhasználattal ( $OR = 0,86$ ,  $CI = 0,77-0,97$ ,  $p < 0,01$ ), valamint a fizikai aktivitással ( $OR = 0,91$ ,  $CI = 0,83-0,97$ ,  $p < 0,05$ ) és a táplálkozáskontrollal ( $OR = 0,90$ ,  $CI = 0,84-0,97$ ,  $p < 0,01$ ), míg az élet értelmessége és a dohányzás, illetve a nagyivás előfordulása között a teljes minta szintjén nem mutatható ki szignifikáns összefüggés.

A lányokra és a fiúkra az összefüggések eltérő mintázata jellemző (lásd 3. táblázat, 70. oldalon). A fiúk esetében az élet értelmessége csak az illegális drog- ( $OR = 0,80$ ,  $CI = 0,71-0,91$ ,  $p < 0,001$ ), valamint nyugtató/altatóhasználat ( $OR = 0,81$ ,  $CI = 0,68-0,98$ ,  $p < 0,01$ ) esetében prediktor. Ettől eltérően, a lányoknál az élet értelmessége esélycsökkentő a nagyivásra ( $OR = 0,91$ ,  $CI = 0,83-0,98$ ,  $p < 0,05$ ), a fizikai inaktivitásra ( $OR = 0,89$ ,  $CI = 0,80-0,99$ ,  $p < 0,05$ ) és a deficités táplálkozáskontrollra ( $OR = 0,83$ ,  $CI = 0,74-0,92$ ,  $p < 0,001$ ) nézve.

**2. Táblázat** A vizsgált változók leíró statisztikája a nemek bontásában

	Fiúk	Lányok	Szignifikancia-szint
Az élet értelmessége (átlag/szórás)	8,7(2,3)	8,8 (2,1)	$p > 0,05$ ; $t(1976)=3,17$
Dohányzás (%)			
Nem ( $\leq 5$ )	51,5	54,6	$p > 0,05$ ; $\lambda^2(1)=1,97$
Igen	48,5	45,6	
Nagyivás (%)			
Nem	59,8	86,3	$p < 0,001$ , $\lambda^2(1)=117,77$
Igen	40,2	13,7	
Illegális szerhasználat (%)			
Nem	95,6	96,4	$p > 0,05$ ; $\lambda^2(1)=0,86$
Igen	4,4	3,6	
Altató/nyugtató használata (%)			
Nem	98,2	96,6	$p < 0,05$ ; $\lambda^2(1)=5,05$
Igen	1,8	3,4	
Fizikai inaktivitás (%)			
Nem	96,9	93,2	$p < 0,001$ ; $\chi^2(1)=14,70$
Igen	3,1	6,8	
Táplálkozáskontroll hiánya (%)			
Nem	89,2	92,1	$p < 0,05$ ; $X^2(1)=5,11$
Igen	10,8	7,9	
Pszichoszomatikus tünetek (%)			
Alacsony ( $\leq 11$ )	52,4	20,5	$p < 0,001$ ; $\chi^2(1)=203,46$
Magas	47,6	79,5	
Pszichés közérzet (%)			
Alacsony ( $\leq 11$ )	35,8	58,5	$p < 0,001$ , $\chi^2(1)=100,58$
Magas	64,2	41,5	
Pozitív életminőség (%)			$p < 0,001$ ; $\chi^2(1)=38,08$
Alacsony ( $\leq 7$ )	44,6	62,1	
Magas	55,4	37,9	

**3. Táblázat** Az élet értelmessége kapcsolata az egészségkárosító és egészségvédő magatartásformákkal (binominális logisztikus regresszióelemzés)

Az élet értelmessége	Dohányzás	Nagyivás	Illegális drog	Altató/ nyugtató	Fizikai inaktivitás	Táplálkozás- kontroll hiánya
	OR <sup>a</sup> 95% CI <sup>b</sup>	OR 95% CI	OR 95% CI	OR 95% CI	OR 95% CI	OR 95% CI
Teljes minta	0,96 (0,93-1,00)	0,97 (0,92-1,01)	0,87 (0,78-0,96)**	0,86 (0,77-0,97)**	0,91 (0,83-0,99)*	0,90 (0,84-0,97)**
Fiúk	0,95 (0,85-1,00)	1,00 (0,95-1,06)	0,80 (0,71-0,91)***	0,81 (0,68-0,98)**	0,91 (0,78-1,07)	0,97 (0,88-1,05)
Lányok	0,98 (0,93-1,04)	0,91 (0,83-0,98)*	0,99 (0,84-1,16)	0,89 (0,77-1,04)	0,89 (0,80-0,99)*	0,83 (0,74-0,92)***

<sup>a</sup> esélyhányados, <sup>b</sup>konfidenciaintervallum, \*  $p < 0,05$  \*\* $p < ,0.01$  \*\*\* $p < 0,001$

Az élet értelmessége a két nemnél eltérő módon függ össze az egészségkárosító magatartásformákkal: más pszichoaktív szerek használatára mutat esélycsökkentő hatást a fiúk és másokra a lányok esetében.

Az élet értelmessége és a pszichoszociális egészségindikátorok összefüggésrendszere az egészségmagatartásénál koherensebb (4. táblázat, lásd 71. oldal). A teljes minta szintjén az élet értelmessége együttjárást mutat mindhárom vizsgált egészségmutatóval. A lányoknál az élet értelmessége esélycsökkentő a pszichoszomatikus tünetek előfordulására ( $OR = 0,86$ ,  $CI = 0,80-0,93$ ,  $p < 0,001$ ), a rossz pszichés közérzetre ( $OR = 0,88$ ,  $CI = 0,83-0,94$ ,  $p < 0,001$ ) és a rossz életminőségre ( $OR = 0,73$ ,  $CI = 0,68-0,79$ ,  $p < 0,001$ ) nézve. A lányoktól eltérően, az élet értelmessége a fiúk esetében a magas pszichoszomatikus tüneti státuszra ( $OR = 0,92$ ,  $CI = 0,87-0,79$ ,  $p < 0,01$ ) és a rossz életminőségre ( $OR = 0,80$ ,  $CI = 0,75-0,85$ ,  $p < 0,001$ ) esélycsökkentő. A fiúknál az élet értelmességének esélycsökkentő szerepe a pszichés közérzettel kapcsolatosan nem igazolható.

**4. Táblázat** Az élet értelmessége és a pszichoszociális egészség mutatók kapcsolata  
(binominális logisztikus regresszióelemzés)

Az élet értelmessége	A pszichoszomatikus tünetek magas előfordulása		Rossz pszichés közérzet		Rossz életminőség	
	OR <sup>a</sup>	95% CI <sup>b</sup>	OR	95% CI	OR	95% CI
Teljes minta	0,91	(0,87-0,95)***	0,93	(0,89-0,97)***	0,77	(0,74-0,81)***
Fiúk	0,92	(0,87-0,97)**	0,97	(0,91-1,03)	0,80	(0,75-0,85)***
Lányok	0,86	(0,80-0,93)***	0,88	(0,83-0,94)***	0,73	(0,68-0,79)***

<sup>a</sup> esélyhányados, <sup>b</sup> konfidenciaintervallum, \*\* $p < ,0.01$  \*\*\* $p < 0,001$

#### 4.2. A második vizsgálat eredményei

A 5. táblázat (lásd 72. oldal) összefoglalja a vizsgált függő és független változók előfordulását a mintában. Eszerint a szeszesitalfogyasztás háromhavi prevalenciája a mintában 20,4%, az illegális drogfogyasztásé pedig 8,7%. A lekérdezést megelőző hónapban a serdülők 90,3%-a végzett legalább 30 percig tartó intenzív fizikai aktivitást, és 93,9%-uk állítja, hogy odafigyelt táplálkozási szokásaira.

A 6. táblázat (lásd 73. oldal) a független változóknak a vizsgált mintában egymással kialakított kétoldalú kapcsolatát mutatja be a Pearson-féle korrelációs együtthatókra támaszkodva. Amint a táblázatból kitűnik, az élet értelmessége és a többi független változó egymással pozitív irányú kapcsolatban állnak. Az élet értelmessége szorosabban az énhatékonysággal ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,001$ ) és az önszabályzott viselkedéssel ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,001$ ) mutat együttjárást.

**5. Táblázat** A vizsgált változók előfordulása a mintában (N = 940)

FÜGGŐ VÁLTOZÓK	
Szeszesitalfogyasztás	Gyakoriság
<i>Egyszer sem</i>	79,6%
<i>Egy-két alkalommal</i>	9,7%
<i>Párszor havonta</i>	5,4%
<i>Hetente legalább egy alkalommal</i>	3,0%
<i>Hetente legalább két vagy ennél több alkalommal</i>	2,3%
Illegális drogfogyasztás	
<i>Egyszer sem</i>	91,3%
<i>Egy-két alkalommal</i>	5,1%
<i>Párszor havonta</i>	2,2%
<i>Hetente legalább egy alkalommal</i>	0,8%
<i>Hetente legalább két vagy ennél több alkalommal</i>	0,6%
<i>40 vagy ennél több alkalommal</i>	
Fizikai aktivitás	
<i>Soha</i>	9,7%
<i>Párszor</i>	31,7%
<i>Havonta kétszer-háromszor</i>	8,8%
<i>Hetente egyszer-kétszer</i>	27,3%
<i>Hetente három vagy több alkalommal</i>	22,4%
Táplálkozáskontroll	
<i>Egyáltalán nem</i>	16,1%
<i>Egy kissé</i>	27,1%
<i>Időnként</i>	30,0%
<i>Legtöbbször</i>	18,6%
<i>Mindig</i>	8,0%
FÜGGETLEN VÁLTOZÓK	
	Átlag/szórás
Élet értelmessége	8,79(2,10)
Énhatékonyság	19,08(7,77)
Önszabályozott viselkedés	11,91(3,70)
Jövőorientáció	13,05(3,99)
Elégedettség az anyai társas támogatással	14,17(3,22)
Elégedettség az apai társas támogatással	12,56(3,92)
Anyai ellenőrző bánásmód	7,06(3,95)
Apai ellenőrző bánásmód	5,78(4,26)



**6. Táblázat** A független változók kétoldalú kapcsolata a mintában (N=940)

	2	3	4	5	6	7	8
1.Élet értelmessége	0,37**** <sup>a</sup>	0,30****	0,24****	0,25****	0,20****	0,23****	0,27****
2.Énhatékonyság	–	0,45****	0,27****	0,24****	0,27****	0,20****	0,18****
3.Önszabályzott viselkedés		–	0,29	0,24**	0,28****	0,21****	0,18****
4.Jövőorientáció			–	0,16****	0,38****	0,14****	0,17****
5.Anyai társas támogatás				–	0,11****	0,23****	0,10****
6.Apai társas támogatás					–	0,07*	0,53****
7.Anyai ellenőrzés						–	0,10**
8.Apai ellenőrzés							–

<sup>a</sup> Pearson korrelációs együttható; \*  $p < 0,05$  \*\* $p < ,0.01$  \*\*\* $p < 0,001$

A függő és független változók közötti kapcsolat elemzéséhez lineáris regresszióanalízist alkalmaztam. Előbb a szeszitalfogyasztásra, majd az illegális drogfogyasztásra, a fizikai aktivitásra, végül pedig a táplálkozáskontrollra alakítottam regressziós modelleket. A stepwise módszer szerint a legerőteljesebb sajátértékű prediktorokat egyenként léptetve be a legmagasabb magyarázó értékkel bíró modell előállításáig.

A szeszitalfogyasztásra az énhatékonyságot és az élet értelmességét találtam prediktornak (7. táblázat).

**7. Táblázat** A szeszitalfogyasztás többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer)

	1 modell			2 modell		
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	VIF <sup>d</sup>	$\beta^a$	SE	VIF
Énhatékonyság	0,25**** <sup>b</sup>	0,14	1,00	0,23****	0,15	1,09
Élet értelmessége				-0,18**	0,15	1,09
Constans	33,44****	0,19		44,31****	0,18	
R <sup>2</sup>	0,19****			0,23****		

Megjegyzés: R<sup>2</sup> változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \*  $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$   
\*\*\* $p < 0,001$ ; <sup>c</sup> Standard hiba; <sup>d</sup> Variance Inflation Factor

Míg a szeszitalfogyasztás kapcsolata az élet értelmességével negatív ( $\beta = -0,18$ ,  $SE = 0,15$ ,  $p < 0,001$ ), addig az énhatékonysággal pozitív irányú ( $\beta = 0,23$ ,  $SE = 0,15$ ,  $p < 0,001$ ). Az énhatékonyság és az élet értelmessége együttesen a szeszitalfogyasztás összvarianciájának 23%-át magyarázta [ $F(942)43,67$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,86$ ; *Std. Resid.* = 1,04-2,28; *Cook`s* = 0,00-0,08].

Az illegális drogfogyasztásra a mintában a szülői támogatással való elégedettséget találtam prediktornak (8. táblázat). Az illegális szerhasználat ellentétes irányú összefüggést mutatott az elégedettséggel az anyai ( $\beta = -0,17$ ,  $SE = 0,15$ ,  $p < 0,001$ ) és az apai ( $\beta = -0,16$ ,  $SE = 0,15$ ,  $p < 0,001$ ) társas támogatással. A végső modellbe bevont két változó az illegális szerfogyasztás összvarianciájának 18%-át magyarázta [ $F(942)33,71$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,95$ ; *Std. Resid.* = 1,04-2,89; *Cook`s* = 0,00-0,95].

**8. Táblázat** Az illegális drogfogyasztás többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer)

	1 modell			2 modell		
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	VIF <sup>d</sup>	$\beta^a$	SE	VIF
Anyai támogatás	-0,18*** <sup>b</sup>	0,14	1,00	-0,17***	0,15	1,39
Apai támogatás				-0,16***	0,15	1,39
<i>Constans</i>	21,27***	0,18		32,89***	0,19	
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,14***			0,18***		

Megjegyzés: *R*<sup>2</sup> változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus *F*-teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \*  $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$   
\*\*\* $p < 0,001$ ; <sup>c</sup> Standard hiba; <sup>d</sup> Variance Inflation Factor

Az egészségkárosító magatartásformákkal ellentétben az egészségvédő magatartásformák végső regressziós modelljébe a vizsgált nyolc változó közül egyenként hat-hat változó épült be. A fizikai aktivitás prediktorai magyarázó értékük szempontjából sorrendben a következők voltak: az énhatékonyság ( $\beta = 0,17$ ,  $SE = 0,31$ ,  $p < 0,001$ ), az apai társas támogatással való elégedettség ( $\beta = 0,15$ ,  $SE = 0,20$ ,  $p < 0,001$ ), a jövőorientáció ( $\beta = 0,11$ ,  $SE = 0,23$ ,  $p < 0,001$ ), az önszabályzott viselkedés ( $\beta = 0,11$ ,  $SE = 0,25$ ,  $p < 0,001$ ), az anyai társas támogatással való elégedettség ( $\beta = 0,10$ ,  $SE = 0,30$ ,  $p < 0,01$ ) és végül az élet értelmessége ( $\beta = 0,09$ ,  $SE = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ) (9. táblázat, lásd 76. oldal). A fizikai aktivitással mind a hat változó pozitív együttjárást mutatott. A végső modellbe bevont változók együttesen a fizikai aktivitás

összvarianciájának 38%-át magyarázták. [ $F(942)43,71$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,95$ ; *Std. Resid.* = 1,04-2,89; *Cook`s* = 0,00-0,95].

A táplálkozáskontrollt illetően a végső modellbe magyarázó erejük szempontjából sorrendben a következő prediktorok épültek be: az éhatékonyság ( $\beta = 0,13$ ,  $SE = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ), az apai társas támogatással való elégedettség ( $\beta = 0,11$ ,  $SE = 0,25$ ,  $p < 0,01$ ), az anyai ellenőrző bánásmód ( $\beta = 0,11$ ,  $SE = 0,18$ ,  $p < 0,01$ ), az önszabályzott viselkedés ( $\beta = 0,10$ ,  $SE = 0,21$ ,  $p < 0,01$ ), a jövőorientáció ( $\beta = 0,09$ ,  $SE = 0,19$ ,  $p < 0,05$ ) és az élet értelmessége ( $\beta = 0,08$ ,  $SE = 0,24$ ,  $p < 0,05$ ) (10. táblázat, lásd 76. oldal). A végső modellbe beépített változók a táplálkozáskontroll összvarianciájának 34%-át magyarázták [ $F(942)37,67$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,51$ ; *Std. Resid.* = -2,20-2,93; *Cook`s* = 0,00-0,02].

**9. Táblázat** A fizikai aktivitás többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer)

	1. modell			2. modell			3. modell			4. modell			5. modell			6. modell		
	$\beta^a$	(SE) <sup>c</sup>	VIF <sup>d</sup>	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF
Énhatékonyág	0,23*** <sup>b</sup>	(0,28)	1,00	0,21***	(0,28)	1,09	0,20***	(0,29)	1,10	0,19***	(0,34)	1,30	0,18***	(0,32)	1,31	0,17***	(0,31)	1,34
Apai támogatás				0,18***	(0,25)	1,09	0,17***	(0,19)	1,14	0,16***	(0,19)	1,36	0,15***	(0,21)	1,23	0,15***	(0,20)	1,25
Jövőorientáció							0,13***	(0,23)	1,18	0,13***	(0,23)	1,21	0,12***	(0,23)	1,121	0,11***	(0,23)	1,12
Önszbályzott viselkedés										0,09*	(0,25)	1,32	0,10**	(0,25)	1,33	0,11***	(0,25)	1,36
Anyai támogatás													0,10**	(0,31)	1,09	0,10**	(0,30)	1,30
Élet értelmessége																0,09*	(0,30)	1,30
<i>Constans</i>	33,23***/0,27			53,78***/0,28			71,58***/0,29			83,00***/0,31			90,12***/0,26			98,34***/0,29		
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,19***			0,24***			0,28***			0,32***			0,35***			0,38***		

Megjegyzés: *R*<sup>2</sup> változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus *F*-teszt; <sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* *p* < 0,05 \*\**p* < 0,01 \*\*\**p* < 0,001; <sup>c</sup> Standard hiba; <sup>d</sup> Variance Inflation Factor

**10. Táblázat** A táplálkozáskontroll többváltozós regressziós modellje (Stepwise módszer)

	1. modell			2. modell			3. modell			4. modell			5. modell			6. modell		
	$\beta^a$	(SE) <sup>c</sup>	VIF <sup>d</sup>	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF	$\beta$	(SE)	VIF
Énhatékonyág	0,21*** <sup>b</sup>	(0,23)	1,00	0,19***	(0,25)	1,04	0,17***	(0,27)	1,10	0,15***	(0,27)	1,30	0,14***	(0,27)	1,31	0,13***	(0,27)	1,34
Anyai támogatás				0,14***	(0,25)	1,04	0,13***	(0,25)	1,14	0,13***	(0,25)	1,26	0,12***	(0,25)	1,23	0,11***	(0,25)	1,25
Apai ellenőrzés							0,12***	(0,19)	1,18	0,12***	(0,23)	1,21	0,11***	(0,20)	1,31	0,11***	(0,18)	1,22
Önszbályzott viselkedés										0,11***	(0,21)	1,32	0,10**	(0,21)	1,33	0,10**	(0,21)	1,36
Jövőorientáció													0,09*	(0,19)	1,09	0,09*	(0,19)	1,30
Élet értelmessége																0,08*	(0,24)	1,30
<i>Constans</i>	31,65***/0,27			43,25***/0,29			55,34***/0,32			69,54***/0,31			82,41***/0,26			87,87***/0,27		
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,17***			0,20***			0,24***			0,27***			0,31***			0,34***		

Megjegyzés: *R*<sup>2</sup> változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus *F*-teszt; <sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* *p* < 0,05 \*\**p* < 0,01 \*\*\**p* < 0,001; <sup>c</sup> Standard hiba; <sup>d</sup> Variance Inflation Factor

### 4.3. A harmadik vizsgálat eredményei

#### 4.3.1. A Meaning in Life Questionnaire reliabilitásának és faktorszerkezetének vizsgálata

Steger, Frazier, Oishi és Kaler (2006) az élet értelmességének a mérésére kidolgozott kérdőívüket a Meaning in Life Questionnaire-t (MLQ) előzetesen használatos mérőeszközök itemeinek a szintéziseként hozták létre. Így kezdetben 88 itemből két szerző és két független szakember előválogatott 44 itemet, amelyek számát a továbbiakban kérdőívként alkalmazva faktoranalízis (fő faktorelemzés) segítségével 17-re csökkentették. A mérőeszköznek ebben az állapotában az élet megélt értelmessége-alskálához (MLQ-P) kilenc, az élet értelmességére irányuló keresés-alskálához (MLQ-S) pedig nyolc item tartozott. Végül a 17 tételes kérdőív itemeinek illeszkedését strukturális elemző módszerekkel vizsgálva és kiszelektálva a rosszul illeszkedő itemeket eljutottak a jelenlegi 10 itemes változathoz. A kérdőív alskálái nagyon jó megbízhatósági mutatókkal rendelkeznek felnőtt populációban (18-65 és idősebb, Steger és mtsai 2009a) amerikai (MLQ-P  $\alpha = 0,86$ , MLQ-S  $\alpha = 0,92$ ; négyhetes teszt-reteszt intervallummal MLQ-P Kappa = 0,70, MLQ-S Kappa = 0,73) és nem-amerikai (Japán, Steger és mtsai 2008c) (MLQ-P  $\alpha = 0,83$ , MLQ-S  $\alpha = 0,88$ ; négyhetes teszt-reteszt intervallummal MLQ-P Kappa = 0,66, MLQ-S Kappa = 0,73) mintában egyaránt. A korai (12-16 év) és közép (16-18 év) serdülőkorból nem rendelkezünk nemzetközi adatokkal.

A kérdőív kultúraközi validálásakor a MLQ-P magasabb átlagpontértékeket mutatott amerikai ( $F(1,2163) = 239,29$ ,  $p < 0,0001$ ,  $Cohen-d = 0,67$ ), a MLQ-S pedig japán egyetemista populációban ( $F(1, 2163) = 22,36$ ,  $p < 0,0001$ ,  $Cohen-d = 0,20$ ) (Steger és mtsai 2008c). Hasonló eltérések mutatkoztak a MLQ-P és a MLQ-S kapcsolatában is. Míg az amerikai populációban a MLQ-P és a MLQ-S közötti kapcsolat gyenge erősségű negatív ( $r = -0,21$ ), addig a japán populációban gyenge erősségű, de pozitív ( $r = 0,21$ ) volt (Steger i.m.). A MLQ-P és a MLQ-S közötti interakciót egyéb referenciaváltozók (boldogság, elégedettség az élettel) bevonásával elemezve Steger megállapítja, hogy az élet értelmességére irányuló keresés, az élet értelmességének fokozott megélésével, ugyanakkor a boldogság, illetve az élettel való elégedettség érzésével jár (Steger és mtsai 2008c, megjelenés alatt a).

A kérdőív első magyar nyelvű változata három független fordító magyar-angol nyelvre történő, oda-vissza fordításával készült el Michael Steger szerző előzetes beleegyezésével

és utólagos jóváhagyásával. A mintánkban a MLQ-P átlag- és szórásértéke 22,90, illetve 6,50, a MLQ-S átlag- és szórásértéke pedig 25,00, illetve 5,90. A MLQ két dimenziója: a MLQ-P és a MLQ-S közötti kapcsolat pedig közepesen erős, pozitív irányú (Pearson  $r = 0,43$ ,  $p < 0,001$ ) volt. A kérdőív alskáláinak belső konzisztencia-elemzése megfelelő Cronbach alfa értékeket tárt fel (0,81 – MLQ-P, illetve 0,79 – MLQ-S).

A MLQ struktúrájának vizsgálatára feltáró faktorelemzést végeztem, a fő faktorelemzés módszerével. Első lépésben a Kaiser-kritérium (KMO) alapján megvizsgáltam a változók kapcsolatrendszerét. A 10 item KMO mutatója = 0,85, ami az adatok jó értelmezhetőségére utal (Székely és Barna 2004). A saját értékek alapján két olyan komponens mutatkozott, amelynek értékei meghaladták az 1-et. Eszerint a mintában a kérdőív tételei két alapvető dimenzió: az értelem keresése és az értelem megélése köré szerveződnek (lásd 11. táblázat).

### 11. Táblázat A Meaning in Life Questionnaire faktorstruktúrája

( $N = 462$ , kummulatív % = 56,1)

KÉRDŐÍV TÉTELEI	I. FAKTOR	II. FAKTOR
Keresem életem értelmét.	0,834	
Keresek, kutatok valami után, ami értelmessé tegye az életet számomra.	0,753	
Mindig foglalkoztat, hogy megtaláljam célomat az életben.	0,865	
Mindig kutatok valami olyasmi után, ami az életemet fontossá teszi számomra.	0,828	
Keresem küldetésem az életben.	0,785	
Rátaláltam egy olyan célra, amiért érdemes élnem.		0,833
Életemnek világos célja van.		0,814
Értem az életem értelmét.		0,793
Tudatában vagyok annak, hogy mi teszi értelmessé az életemet.		0,810
Életem céltalan.		-0,670
FAKTOR ELNEVEZÉSE	Az élet értelmességére irányuló keresés	Az élet értelmességének megélése
FAKTOR SAJÁTÉRTÉKE	31,7%	24,4%

A két komponens az összvariancia mintegy 56,1%-át magyarázta. Az első faktor (31,7%) a másodiknál (24,4%) kiugróbb variancihányadért felelős. A fő faktorelemzés nyomán megállapítható, hogy a serdülő mintán igazoltnak látszik a MLQ két dimenziójának a megkülönböztetése, a kérdőív tételei pedig az eredeti besorolásnak megfelelő dimenzióhoz tartoznak.

#### 4.3.2. Az élet értelmessége és az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összefüggése

Az élet értelmességére irányuló keresés és az élet értelmességének a megélése kapcsolatát a többi vizsgált változóval a 12. táblázat (lásd 80. oldal) mutatja be. Megfigyelhető, hogy az élet értelmességének mindkét dimenziója negatív kapcsolatban áll a reménytelenséggel (Pearson  $r = -0,38$ ,  $p < 0,001$  – PML; Pearson  $r = -0,35$ ,  $p < 0,001$  – SML). Emellett az élet értelmességének a két dimenziója az egészségmagatartások anticipált, jövőbeni előfordulásával, a reménytelenség pedig a problémaviselkedések múltbeli előfordulásával mutat szorosabb együttjárást. A vizsgált változók kétoldali kapcsolatának elemzésében a legszorosabb együttjárás az egészséggel kapcsolatos magatartásformák között mutatkozott.

A 13-16. táblázatok a többszörös lineáris regresszióelemzés eredményeit mutatják be. A magyarázó változókat enter módszerrel, egyenként léptetem be a modellbe. Ez lehetőséget teremtett arra, hogy megvizsgáljam, az egyes magyarázó változók modellbe kerülésükkel mennyire változtatják a többi tényező magyarázóértékét. Mind a négy, egészséggel kapcsolatos magatartás esetében elsőként a reménytelenséget, ezt követően az élet értelmességének a megélését, majd végül az élet értelmességére irányuló keresést léptetem be a modellbe.

Az agresszív-antiszociális, illetve a kudarcos iskolai karrier múltbeli előfordulására mindhárom független változó prediktornak mutatkozott (lásd 13. táblázat a 81. oldalon). Míg a reménytelenség mindkét rizikómagatartással pozitív, az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés negatív együttjárást mutatott. A reménytelenség a rizikómagatartások varianciájának mintegy 11%-át magyarázta ( $F(460) = 31,780$ ,  $p < 0,01$  – agresszív/illegális viselkedés;  $F(460) = 29,351$ ,  $p < 0,01$  – kudarcos iskolai karrier). Az élet megélt értelmességének a modellbe való léptetésével a magyarázott variancia további 6%-kal gyarapodott ( $F(460) = 22,637$ ,  $p < 0,05$  – agresszív/illegális viselkedés;  $F(460) = 20,253$ ,  $p < 0,01$  – kudarcos iskolai karrier). Végül, a reménytelenség és az élet megélt értelmességének az ellenőrzése mellett az élet értelmességére irányuló keresés újabb 2%-kal növelte a magyarázott varianciát ( $F(460) = 19,071$ ,  $p < 0,05$  – agresszív/illegális viselkedés;  $F(460) = 17,315$ ,  $p < 0,05$  – kudarcos iskolai karrier).

**12. Táblázat** A vizsgált változók kétoldalú kapcsolata a mintában (N = 462)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Az élet megélt értelmessége	–										
2 Az élet értelmességére irányuló keresés	0,43*** <sup>a</sup>	–									
3 Reménytelenség	-0,35***	-0,38***	–								
4 Agresszív/illegális viselkedés múltbeli előfordulása	-0,28***	-0,26***	0,31***	–							
5 Agresszív/illegális viselkedés anticipált, jövőbeni előfordulása	-0,29***	-0,29***	0,29***	0,68***	–						
6 Múltbeli kudarcos iskolai karrier	-0,28***	-0,27***	0,29***	0,44***	0,53***	–					
7 Anticipált kudarcos iskolai karrier	-0,29***	-0,29***	0,28***	0,35***	0,47***	0,58***	–				
8 Egészséges táplálkozás múltbeli előfordulása	0,29***	0,32***	0,13*	-0,19**	-0,21***	-0,19*	-0,13*	–			
9 Egészséges táplálkozás anticipált, jövőbeni előfordulása	0,29***	0,32***	0,10*	-0,21**	-0,23***	-0,15**	-0,15**	0,62***	–		
10 Fizikai aktivitás múltbeli előfordulása	0,29***	0,30***	0,11*	-0,21**	-0,20***	-0,15**	-0,17**	0,44***	0,47***	–	
11 Fizikai aktivitás jövőbeni előfordulása	0,39***	0,32***	0,11*	0,20**	-0,21***	-0,10*	-0,19**	0,49***	0,40***	0,65***	–
Átlag	22,90	25,00	25,68	14,15	13,36	7,35	8,02	21,40	19,72	14,28	12,49
Szórás	6,50	5,90	5,90	4,78	3,87	2,17	3,05	7,30	6,87	5,16	4,96

<sup>a</sup> Szignifikanciaszint \*p < 0,05 \*\*p < 0,01 \*\*\*p < 0,001



**13. Táblázat** A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségkárosító magatartások múltbeli előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés

	Agresszív/illegális viselkedés		Kudarcos iskolai karrier	
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	$\beta$	SE
I. modell				
Reménytelenség	0,28*** <sup>b</sup>	0,03	0,23***	0,02
$\Delta R^2$	<b>0,11**</b>		<b>0,11**</b>	
II. modell				
Reménytelenség	0,25***	0,03	0,22***	0,02
Élet értelmességének a megélése	-0,24***	0,03	-0,21***	0,02
$\Delta R^2$	<b>0,06**</b>		<b>0,06**</b>	
III. modell				
Reménytelenség	0,21***	0,03	0,19***	0,01
Élet értelmességének a megélése	-0,22***	0,03	-0,19***	0,02
Élet értelmességének a keresése	-0,18***	0,04	-0,16***	0,02
$\Delta R^2$	<b>0,02*</b>		<b>0,02*</b>	
<i>Constans</i>	27,92***		23,21***	
<i>R<sup>2</sup></i>	<b>0,22***</b>		<b>0,19***</b>	

Megjegyzés: az  $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ;  
<sup>c</sup>Standard hiba

A három független változó együtt az összvariancia 22%-át magyarázta az agresszív/illegális viselkedés [ $F(460) 27,923$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Watson  $d = 1,96$ ; *Std. Resid.* = 1,24-2,81; *Cook's* = 0,00-0,10], és 19%-át a kudarcos iskolai karrier múltbeli előfordulásában [ $F(460) 23,213$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Watson  $d = 1,87$ ; *Std. Resid.* = 1,12-2,61; *Cook's* = 0,00-0,17]. A végső modellekben a legmagasabb saját értékkel a reménytelenség ( $\beta = 0,21$ ,  $SE = 0,03$ ,  $p < 0,001$  /  $\beta = 0,19$ ,  $SE = 0,01$ ,  $p < 0,001$ ) és az élet megélt értelmessége ( $\beta = -0,22$ ,  $SE = 0,03$ ,  $p < 0,001$  /  $\beta = -0,19$ ,  $SE = 0,02$ ,  $p < 0,001$ ) voltak jelen.

Az egészségmagatartásokra elvégzett elemzés eredményeit mutatja be a 14. táblázat (lásd 82. oldal). Mindhárom független változó prediktor, a reménytelenség negatív, az élet értelmessége mindkét dimenziója pozitív együttjárást tanúsítva az egészségmagatartásokkal. Az egészségkárosító magatartásokhoz viszonyítva az egészségvédő magatartások esetében a reménytelenség saját magyarázó értéke lényegesen alacsonyabb, a variancia mindössze 4%-át magyarázva ( $F(430) = 18,351$ ,

$p < 0,05$  – egészséges táplálkozás;  $F(430) = 16,831$ ,  $p < 0,05$  – fizikai aktivitás). Az egészségkárosító magatartások előfordulását magyarázó modellekhez viszonyítva, az egészségvédő magatartások esetében nőtt az élet értelmességére irányuló keresés magyarázó ereje. A reménytelenség és az élet értelmességének megélése változókat kontroll alatt tartva az élet értelmességére irányuló keresés az összvarianciából eddig magyarázott 11%-hoz szinte ugyanennyivel, mintegy újabb 10%-kal járult hozzá ( $F(430) = 24,912$ ,  $p < 0,01$  – egészséges táplálkozás;  $F(430) = 22,265$ ,  $p < 0,01$  – fizikai aktivitás). Így a három változó az egészségvédő magatartások mérést megelőző hat havi előfordulása összvarianciájának 21%-át magyarázta [ $F(460) 25,815$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,87$ ; *Std. Resid.* = 1,21-2,71; *Cook`s* = 0,00-0,12], illetve 20%-át [ $F(460) 23,985$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,92$ ; *Std. Resid.* = 1,05-2,91; *Cook`s* = 0,00-0,24].

**14. Táblázat** A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségvédő magatartások múltbeli előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés

	Egészséges táplálkozás		Fizikai aktivitás	
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	$\beta$	SE
I. modell				
Reménytelenség	-0,14*** <sup>b</sup>	0,06	-0,14***	0,04
$\Delta R^2$	<b>0,04*</b>		<b>0,04*</b>	
II. modell				
Reménytelenség	-0,13**	0,06	-0,13**	0,04
Élet értelmességének a megélése	0,17***	0,06	0,18***	0,04
$\Delta R^2$	<b>0,07**</b>		<b>0,06**</b>	
III. modell				
Reménytelenség	-0,10**	0,06	-0,11**	0,04
Élet értelmességének a megélése	0,16***	0,06	0,17***	0,04
Élet értelmességének a keresése	0,18***	0,07	0,19***	0,05
$\Delta R^2$	<b>0,10**</b>		<b>0,10**</b>	
<i>Constans</i>	25,82***		23,99***	
$R^2$	<b>0,21***</b>		<b>0,20***</b>	

*Megjegyzés: az  $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt;*  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ;  
<sup>c</sup> Standard hiba

A 15. és 16. táblázatok a többszörös lineáris regresszióelemzés eredményeit foglalják össze az egészségkárosító és egészségvédő viselkedésformák anticipált, jövőbeni

előfordulására vonatkozóan. Az egészségkárosító magatartások kapcsán a 15. táblázatban megfigyelhető, hogy önálló faktorként vizsgálva a reménytelenség még prediktornak mutatkozik ugyan ( $\beta = 0,10$ ,  $SE = 0,04$ ,  $p < 0,05$ ;  $\beta = 0,11$ ,  $SE = 0,03$ ,  $p < 0,05$ ), azonban, amint a modellbe sorra beléptettük az élet értelmessége változókat a reménytelenség összefüggése az egészségkárosító magatartásokkal non-szignifikánssá vált. A reménytelenség magyarázó értékének a csökkenésével nőtt az élet értelmessége változó magyarázó értéke. A reménytelenség és az élet megélt értelmessége változókat ellenőrizve az élet értelmességére irányuló keresés a magyarázott összvarianciához 10%-ot adott hozzá az agresszív/illegális viselkedés ( $F(460) = 19,712$ ,  $p < 0,01$ ) és 8%-ot a kudarcos iskolai karrier ( $F(460) = 17,247$ ,  $p < 0,05$ ) esetében. A vizsgált változók együtt az egészségkárosító magatartások anticipált, jövőbeni előfordulása összvarianciájának 21%-át magyarázták [ $F(460) 20,213$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,89$ ; *Std. Resid.* = 1,01-2,71; *Cook's* = 0,00-0,10], illetve 19%-át [ $F(460) 19,356$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,90$ ; *Std. Resid.* = 1,06-2,83; *Cook's* = 0,00-0,13].

**15. Táblázat** A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségkárosító magatartások anticipált, jövőbeni előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés

	Agresszív/illegális viselkedés		Kudarcos iskolai karrier	
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	$\beta$	SE
I. modell				
Reménytelenség	0,10* <sup>b</sup>	0,04	0,11*	0,03
$\Delta R^2$	<b>0,04*</b>		<b>0,04*</b>	
II. modell				
Reménytelenség	0,08	0,05	0,08	0,05
Élet értelmességének a megélése	-0,21***	0,04	-0,20***	0,03
$\Delta R^2$	<b>0,07*</b>		<b>0,07*</b>	
III. modell				
Reménytelenség	0,07	0,05	0,07	0,03
Élet értelmességének a megélése	-0,20***	0,03	-0,19***	0,03
Élet értelmességének a keresése	-0,22***	0,03	-0,21***	0,03
$\Delta R^2$	<b>0,10**</b>		<b>0,08*</b>	
<i>Constans</i>	20,21***		19,36***	
$R^2$	<b>0,21***</b>		<b>0,19***</b>	

Megjegyzés: az  $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ;  
<sup>c</sup> Standard hiba

Végül a reménytelenség, az élet értelmességének megélése, illetve az élet értelmességre irányuló keresés szerepét vizsgálva az egészségvédő magatartások anticipált, jövőbeni előfordulására csak az élet értelmessége változókat találtam prediktornak (16. táblázat). A feltárt összefüggésekben az élet értelmességére irányuló keresés szerepe hangsúlyozódik. Az egészségmagatartásonként kialakított modellekbe az értelemkeresés standardizált béta-értéke a legmagasabb ( $\beta = 0,25$ ,  $SE = 0,07$ ,  $p < 0,001$  – egészséges táplálkozás;  $\beta = 0,25$ ,  $SE = 0,05$ ,  $p < 0,001$  – fizikai aktivitás), ugyanakkor a reménytelenség és a megélt értelmesség kontrollálásával az élet értelmességére irányuló keresés további 11%-ot, ( $F(460) = 23,651$ ,  $p < 0,01$ ), illetve 12%-ot ( $F(460) = 22,934$ ,  $p < 0,01$ ) adott hozzá a magyarázott varianciához. A három változó összességében az egészségmagatartások anticipált, jövőbeni előfordulása összvarianciájának 22%-át át magyarázta [ $F(460) = 28,185$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Watson  $d = 1,95$ ; *Std. Resid.* = 1,16-2,78; *Cook's* = 0,00-0,09 – egészséges táplálkozás;  $F(460) = 28,569$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Watson  $d = 1,98$ ; *Std. Resid.* = 1,18-2,81; *Cook's* = 0,00-0,10 – fizikai aktivitás].

**16. Táblázat** A reménytelenség, az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés szerepe az egészségvédő magatartások anticipált, jövőbeni előfordulásában – többszörös lineáris regresszióelemzés

	Egészséges táplálkozás		Fizikai aktivitás	
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	$\beta$	SE
I. modell				
Reménytelenség	-0,04	0,24	-0,04	0,23
$\Delta R^2$	<b>0,00</b>		<b>0,00</b>	
II. modell				
Reménytelenség	-0,03	0,24	-0,04	0,23
Élet értelmességének a megélése	0,22*** <sup>b</sup>	0,06	0,22***	0,04
$\Delta R^2$	<b>0,11**</b>		<b>0,10**</b>	
III. modell				
Reménytelenség	-0,01	0,25	-0,02	0,22
Élet értelmességének a megélése	0,19***	0,06	0,21***	0,04
Élet értelmességének a keresése	0,25***	0,07	0,25***	0,05
$\Delta R^2$	<b>0,11***</b>		<b>0,12***</b>	
<i>Constans</i>	28,19***		28,57***	
<i>R</i> <sup>2</sup>	<b>0,22***</b>		<b>0,22***</b>	

Megjegyzés: az  $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ;  
<sup>c</sup>Standard hiba

#### 4.4. A negyedik vizsgálat eredményei

Amint a 17. táblázatból kitűnik, az egészséges táplálkozás a lányokat ( $t(424) = -1,471$ ,  $p < 0,001$ ) és a fizikai aktivitás a fiúkat ( $t(424) = 2,158$ ,  $p < 0,001$ ) jellemezte. A nemi eltérések mindkét egészségvédő magatartás esetében közepes mértékűek ( $d = 0,41/d = 0,63$ ).

**17. Táblázat** A vizsgált változók leíró statisztikája a nemek bontásában

	Fiúk (N=208)		Lányok (N=237)		t-értéke és szignifikanciája	Hatásméret <sup>a</sup>
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás		
Egészséges táplálkozás	17,28	4,12	19,21	4,12	$p < 0,001$ , $t(424) = -1,471$	$d = 0,41$
Fizikai aktivitás	13,55	4,66	10,58	4,78	$p < 0,001$ , $t(424) = 2,158$	$d = 0,63$
Élet értelmességének a megélése	23,84	5,90	22,94	5,40	$p < 0,05$ , $t(424) = 1,894$	$d = 0,18$
Élet értelmességének a keresése	24,45	4,13	25,29	4,65	$p < 0,05$ , $t(424) = -2,096$	$d = 0,19$
Egészségérték	15,97	2,16	17,21	2,26	$p < 0,001$ , $t(424) = -2,186$	$d = 0,56$
Pozitív életminőség	19,00	3,21	16,56	2,88	$p < 0,001$ , $t(424) = 3,486$	$d = 0,80$

*Megjegyzés: <sup>a</sup> A 0,20 körüli Cohen-d érték alacsony, a 0,50 körüli érték közepes, a 0,80 körüli érték pedig erős mértékű összefüggésnek feleltethetők meg*

A mintánkban az egészségértéket közepes ( $d = 0,56$ ), az életminőséget pedig nagymértékű ( $d = 0,80$ ) nemi eltérések jellemezték. Míg az előbbi előfordulása a lányoknál ( $t(424) = -2,186$ ,  $p < 0,001$ ), utóbbi a fiúknál ( $t(424) = 3,486$ ,  $p < 0,001$ ) volt nagyobb. Az élet megélt értelmességében és az élet értelmességére irányuló keresésben a nemek között alacsony mértékű ( $d = 0,19 / d = 0,18$ ) különbségek adódtak: az élet megélt értelmességének átlagértéke emelkedettebb volt a fiúk ( $t(424) = 1,894$ ,  $p < 0,05$ ),

az élet értelmességére irányuló keresés átlagértéke pedig a lányok ( $t(424) = -2,096$ ,  $p < 0,05$ ) esetében.

A független változók befolyását vizsgálva, az egészséges táplálkozásra és a fizikai aktivitásra, a fiúk körében az egészségérték, a pozitív életminőség és az élet értelmessége változók protektív hatása volt megfigyelhető (18. táblázat).

**18. Táblázat** Az egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás többváltozós regressziós modellje a fiúk mintájában ( $N = 208$ )

	Táplálkozás		Fizikai aktivitás	
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	$\beta$	SE
I. modell				
Egészségérték	0,23*** <sup>b</sup>	0,11	0,21***	0,12
$\Delta R^2$	<b>0,09**</b>		<b>0,08**</b>	
II. modell				
Egészségérték	0,25***	0,11	0,17***	0,12
Pozitív életminőség	0,27***	0,09	0,33***	0,13
$\Delta R^2$	<b>0,12***</b>		<b>0,13***</b>	
III. modell				
Egészségérték	0,20***	0,13	0,13***	0,13
Pozitív életminőség	0,21***	0,09	0,27***	0,12
Élet értelmességének a megélése	0,29***	0,07	0,33***	0,09
Élet értelmességének a keresése	0,31***	0,09	0,29***	0,07
$\Delta R^2$	<b>0,16***</b>		<b>0,12***</b>	
<i>Constant</i>	-10,909***		-9,215***	
<i>R2</i>	<b>0,37***</b>		<b>0,33***</b>	

Megjegyzés: az  $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ;  
<sup>c</sup> Standard hiba

A korrigált determinációs együtthatók alapján megállapítható, hogy mind az egészséges táplálkozás ( $\Delta R^2 = 0,09$ ,  $F(206) = 27,828$ ,  $p < 0,01$ ), mind pedig a fizikai aktivitás esetében ( $\Delta R^2 = 0,08$ ,  $F(206) = 21,375$ ,  $p < 0,01$ ) az egészségérték magyarázó értéke mutatkozott a legkisebbnek. Míg az egészséges táplálkozásban az élet értelmessége változók, és kiemelten az élet értelmességére irányuló keresés ( $\beta = 0,31$ ,  $SE = 0,08$ ,  $p < 0,001$ ), addig a fizikai aktivitásban a pozitív jóllét ( $\beta = 0,33$ ,  $SE = 0,09$ ,  $p < 0,001$ ) és az élet megélt értelmességének ( $\beta = 0,29$ ,  $SE = 0,08$ ,  $p < 0,001$ ) szerepe tűnt ki. Az egészséges táplálkozásra nézve az egészségérték és a pozitív életminőség

változókat ellenőrizve, a magyarázott összvarianciát az élet értelmessége változók növelték a legnagyobb mértékben ( $\Delta R^2 = 0,16$ ,  $F(206)= 47,140$ ,  $p < 0,001$ ).

A fizikai aktivitás esetében a pozitív életminőség a legnagyobb béta-súllyal lépett be a modellbe ( $\beta = 0,33$ ,  $SE = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ), és az egészségérték kontrollálása mellett mintegy 13%-ot adott hozzá a magyarázott varianciához ( $\Delta R^2 = 0,13$ ,  $F(206)= 36,338$ ,  $p < 0,001$ ). Az élet értelmességének a megélése a pozitív életminőséghez fogható béta-súllyal jelent meg ( $\beta = 0,33$ ,  $SE = 0,08$ ,  $p < 0,001$ ), a nem sokkal kisebb béta-súlyú értelemkereséssel együtt ( $\beta = 0,29$ ,  $SE = 0,07$ ,  $p < 0,001$ ), és az egészségérték valamint a pozitív életminőség változókat ellenőrizve a fizikai aktivitás összvarianciájának a magyarázatához újabb 12%-kal járult hozzá ( $\Delta R^2 = 0,12$ ,  $F(206)= 34,998$ ,  $p < 0,001$ ). Végül az egészséges táplálkozás esetében a független változók által magyarázott hányad az összvariancia 36%-át [ $F(206) 47,140$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 2,10$ ; *Std. Resid.*=1,01-2,68; *Cook's* = 0,00-0,17], a fizikai aktivitás esetében pedig 33%-át magyarázta [ $F(406) 33,132$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 2,05$ ; *Std. Resid.*=1,00-2,84; *Cook's* = 0,00-0,19].

A fiúkhöz hasonlóan a lányoknál is kimutatható volt mindhárom független változó protektív befolyása (19. táblázat, lásd 88. oldalon). Az egészségérték jóval nagyobb szerepet kapott az egészségvédő magatartások magyarázatában, főként, ami az egészséges táplálkozást illeti. Az egészséges táplálkozás esetében tehát az egészségérték önmagában az összvariancia mintegy 17%-át magyarázta ( $\Delta R^2 = 0,17$ ,  $F(206)= 53,101$ ,  $p < 0,001$ ). Ehhez viszonyítva a modell magyarázóértékéhez a pozitív életminőség 10%-ot ( $\Delta R^2 = 0,10$ ,  $F(206)= 31,345$ ,  $p < 0,001$ ), az élet értelmessége változók együttesen pedig újabb 11%-ot ( $\Delta R^2 = 0,11$ ,  $F(206)= 33,343$ ,  $p < 0,001$ ) adtak hozzá.

A magyarázó változók béta-súlyát tekintve az egészséges táplálkozásra a lányoknál, az egészségérték ( $\beta = 0,43$ ,  $SE = 0,14$ ,  $p < 0,001$ ) mellett, az élet értelmességére irányuló keresés volt a legnagyobb befolyással ( $\beta = 0,38$ ,  $SE = 0,10$ ,  $p < 0,001$ ).

Ami a fizikai aktivitást illeti, a fiúkhöz foghatóan két változó szerepe tűnt ki: a pozitív életminőségé és a élet értelmességének a megéléseé. Mindkettő a legmagasabb béta-súllyal ( $\beta = 0,38$ ,  $SE = 0,07$ ,  $p < 0,001$  /  $\beta = 0,37$ ,  $SE = 0,04$ ,  $p < 0,001$ ) volt jelen. Mindemellett a fizikai aktivitás előfordulásából jelentős hányadot magyaráz az egészségérték is ( $\Delta R^2 = 0,14$ ,  $F(206)= 41,509$ ,  $p < 0,001$ ). A három független változó együttesen az egészséges táplálkozás összvarianciájának 38%-át [ $F(206) 33,343$ ,  $p <$

0,001; Durbin-Wattson  $d = 1,88$ ; *Std. Resid.*=1,11-2,98; *Cook`s* = 0,00-0,21] és a fizikai aktivitás előfordulása összvarianciájának 37%-át [ $F(206) 32,848$ ,  $p < 0,001$ ; Durbin-Wattson  $d = 1,90$ ; *Std. Resid.*=1,10-2,97; *Cook`s* = 0,00-0,19] magyarázta.

**19. Táblázat** Az egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás többváltozós regressziós modellje a lányok mintájában ( $N=237$ )

	Táplálkozás		Fizikai aktivitás	
	$\beta^a$	SE <sup>c</sup>	$\beta$	SE
I. modell				
Egészségérték	0,43*** <sup>b</sup>	0,14	0,30***	0,09
$\Delta R^2$	<b>0,17***</b>		<b>0,14***</b>	
II. modell				
Egészségérték	0,34***	0,16	0,28***	0,06
Pozitív életminőség	0,28***	0,12	0,38***	0,07
$\Delta R^2$	<b>0,10***</b>		<b>0,14***</b>	
III. modell				
Egészségérték	0,28***	0,18	0,26***	0,06
Pozitív életminőség	0,24***	0,11	0,31***	0,06
Élet értelmességének a megélése	0,35***	0,09	0,37***	0,04
Élet értelmességének a keresése	0,38***	0,10	0,35***	0,05
$\Delta R^2$	<b>0,11***</b>		<b>0,10***</b>	
<i>Constant</i>	-8,121***		-10,045***	
<i>R2</i>	<b>0,38***</b>		<b>0,37***</b>	

Megjegyzés: az  $R^2$  változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus  $F$ -teszt;  
<sup>a</sup> $\beta$  standardizált regressziós együttható, <sup>b</sup>Szignifikanciaszint: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ ;  
<sup>c</sup> Standard hiba

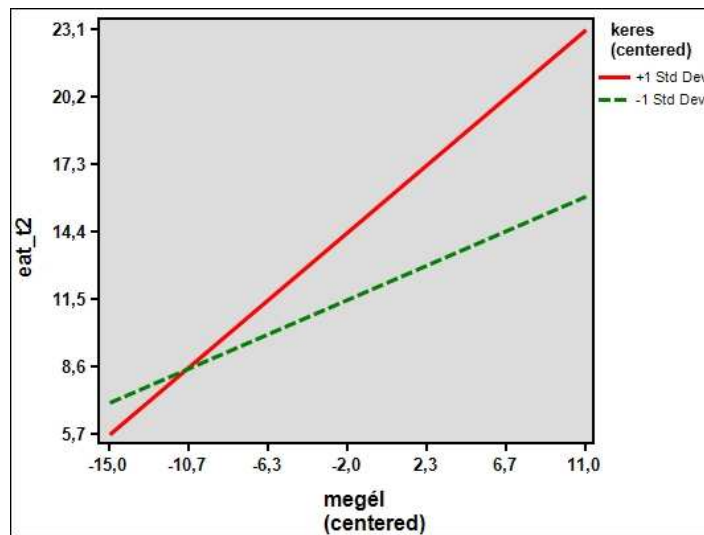
Érdemesnek tartom megjegyezni, hogy az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés viszonyát vizsgálva a függő egészségmagatartási változók előfordulásában csak két esetben, a fiúknál a táplálzáskontroll, a lányoknál a fizikai aktivitás esetében, találtam szignifikáns interakciót. Ezek az interakciók, bár mértéküket tekintve szignifikánsnak mutatkoztak ( $\beta = 0,16$ ,  $SE = 0,17$ ,  $p < 0,01$  – a táplálzáskontroll fiúknál;  $\beta = 0,25$ ,  $SE = 0,19$ ,  $p < 0,001$  – a fizikai aktivitás lányoknál), magyarázóértékük igen alacsonynak bizonyult ( $\Delta R^2 = 0,03$ ,  $F(206) = 9,251$ ,  $p < 0,05$  / ( $\Delta R^2 = 0,06$ ,  $F(206) = 13,112$ ,  $p < 0,05$ ). Ezért a két változó együtthatását nem vezettem be az egyenletbe, de a kapcsolatukat megjelenítő interakciós diagrammokat az alábbiakban bemutatom. A diagrammokon a független változókat centrált értékeik



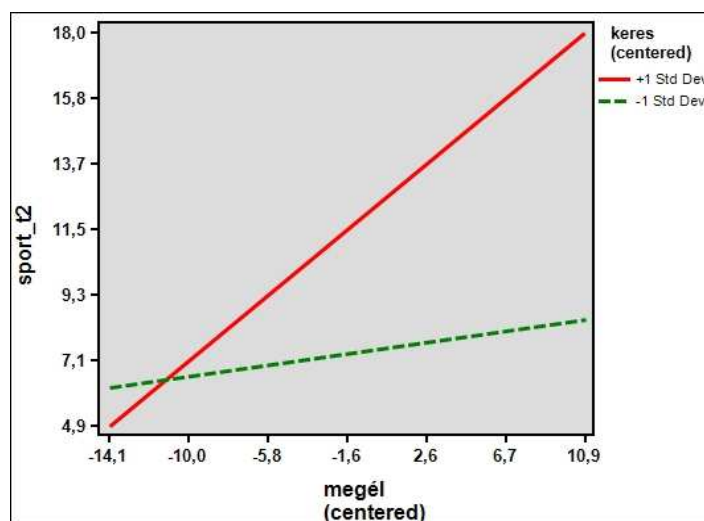
átlagtól való, egy szórásnyi távolságában tüntetem fel, az élet megélt értelmességét a merőleges, az élet értelmességére irányuló keresést a függőleges tengelyre vetítve.

Amint az 1. és 2. ábrákból kiderül az egészségvédő magatartások várható előfordulása kapcsán az élet megélt értelmességének a befolyása az értelemkeresés intenzitásának a fokozódásával jár együtt. Vagyis az élet megélt értelmességének az egészséges táplálkozást fokozó hatása a fiúk, illetve a fizikai aktivitást fokozó hatása a lányok esetében az élet értelmességére irányuló intenzív keresés mellett érvényesül a legerőteljesebben.

**1. Ábra** Az élet értelmessége megélésének a befolyása az egészséges táplálkozásra az élet értelmességére irányuló keresés moderátor hatása mellett – a fiúk mintájában (N=208)



**2. Ábra** Az élet értelmessége megélésének a befolyása a fizikai aktivitásra az élet értelmességére irányuló keresés moderátor hatása mellett – a lányok mintájában (N=237)



## **5. MEGBESZÉLÉS**

### **5.1. Az első vizsgálat megbeszélése**

Az egészségi állapot mutatóinak és az egészségmagatartásformák előfordulásának szempontjából a jelen mintát nemi eltérések jellemzik. A lányokra alacsonyabb szeszesitalfogyasztás és tudatosabb táplálkozási magatartás mellett rosszabb pszichoszomatikus egészségi állapot, rosszabb pszichés közérzet és életminőség, az altató/nyugtatóhasználat nagyobb előfordulása és a fizikai inaktivitás magasabb szintje jellemző. A nemek szerepére az egészségi állapottal és az egészségmagatartással kapcsolatos egyenlőtlenségben nagy nemzetközi epidemiológiai statisztikai elemzések (Anson és mtsai 1993, Eaton és mtsai 2008, Currie és mtsai 2008, Hibell és mtsai 2009, Kuntsche és mtsai megjelenés alatt) és magyarországi adatok (Elekes 2009, Paksi és Demetrovics 2007, Piko és Fitzpartick 2007) egyaránt felhívják a figyelmet. A felmérésekben a lányok rizikóvulnereabilitása hangsúlyozódik, amelyet számos egyéb vizsgálati eredmény is alátámaszt (Hankin és mtsai 1998, Kolip és Schmidt 1999; Kovacsics és mtsai 2007, Scheidt és mtsai 2000), mint ahogyan a fiúk egészségi állapotával kapcsolatos pozitívabb önminősítését (Haugland és mtsai 2001, Rätty és mtsai 2005) vagy az egészségi állapottal összefüggő pozitívabb életminőségét is (Macintyre és mtsai 1996, Patrick és Deyo 1989).

Tekintve, hogy az élet értelmességének az egészségi állapotban betöltött szerepére vonatkozó nemzetközi eredmények leggyakrabban felnőtt életkorból valók (Debats és mtsai 1995, Reker 2005, Steger és mtsai 2009a, Wong 1998, Zika és Chamberlain 1992), vizsgálatom alapvető célja a feltárt összefüggések tesztelése volt serdülőpopulációban. Az élet értelmessége és a pszichoszomatikus tünetek előfordulása (Buddeberg-Fischer és mtsai 2001, Myrin és Lagerström 2008, Shek 1998, Simonsson és mtsai 2008), valamint a szerfogyasztás (Addad és Himi 2008, Gaves 1974, Hutzell és Finck 1994, Kinner és mtsai 1994, Minehan és mtsai 2000, Newcomb és Harlow 1986, Nicholson és mtsai 1994, Sayles 1994, Wolf és mtsai 1995) között a nemzetközi eredmények fordított összefüggéseket tártak fel. Más vizsgálatok az élet értelmessége és

az egészségi állapot pozitív önminősítése (Hossack 1997, Torsheim és mtsai 2001) vagy az élet értelmessége és a pozitív lelki működés mutatói (Akanke és Odewale 1994, Halama és Dedova 2007, Kiang és Fuligni 2010, Öztekin és Tezer 2009, Ho és mtsai 2010, Rathi és Rastogi 2007, Shek 1992, 1998, Siahpush és mtsai 2008) közötti pozitív együttjárásra mutattak rá. Mindezek fényében megállapítható, hogy az élet értelmessége az optimális lelki működés indikátora serdülőkorban. A leggyakoribb egészségmagatartásformákra és pszichoszociális egészségindikátorokra kiterjedő vizsgálat eredményei megerősítik a nemzetközi összefüggések kiterjeszhetőségét a vizsgált kultúrkörre is. Az erdélyi serdülők körében az élet értelmessége esélycsökkentő faktornak mutatkozott az illegális droghasználatra, a nyugtató/altatóhasználatra, a fizikai inaktivitásra és a deficites táplálkozáskontrollra, a pszichoszomatikus tünetek előfordulására, a rossz pszichés közérzetre és életminőségre. Az empirikus eredmények (Pikó 2000a, Ráty és mtsai 2005) kimutatták, hogy a pszichoszomatikus tünetek az egészségi állapot igen érzékeny pszichoszociális indikátorának bizonyulnak serdülőkorban. Vizsgálatom megegyezik más, az élet értelmességére összpontosuló vizsgálatokkal, ami a pszichoszomatikus tünetek előfordulásának mérését illeti, de eltér azoktól az élet értelmességének mérését illetően. Ahogyan Myrin és Lagerström (2008), Torsheim és munkatársai (2001), valamint Simonsson és munkatársai (2008), magam is a serdülőkorban leggyakrabban előforduló pszichoszomatikus tünetekre fókuszáltam (fejfájás, hasfájás, hátfájás, irritabilitás, idegesség, alvászavar). Más vizsgálatokhoz képest – amelyek az élet értelmességének a mérését Antonovsky-féle koherencia-érékben operacionalizálták – esetünkben az élet értelmességének a mérése jóval specifikusabb mérőeszközzel valósult meg. Az eredmények megerősítik Pikó (2002a) és mások (Ráty és mtsai 2005) megállapításait, hangsúlyozva a pszichoszomatikus tünetképzés-érzékenységet a pozitív egzisztenciális irányultságra nézve. Eredményeim tehát az élet értelmességének pozitív szerepére engednek következtetni az erdélyi serdülők egészségműködésében is.

A szakirodalom rámutat a védőtényezők és a pszichoszociális egészségindikátorok összefüggésének nemi differenciáltságára (Lonnquist és mtsai 1992, Pikó 2007, Pikó és mtsai 2005, Reininger és mtsai 2000, Simantov és mtsai 2000). Eredményeim tükrében az élet értelmessége és az illegális szerhasználat, valamint az altató/nyugtató használata csak a fiúk, míg az élet értelmessége és a nagyívás, a fizikai inaktivitás, valamint a

deficités táplálkozáskontroll csak a lányok esetében volt kimutatható. Az élet értelmessége kapcsán észlelhető nemekhez kötött hatásrendszert a serdülőkorban más vizsgálati eredmények is megerősítik (Myrin és Lagerström 2006, 2008).

A vizsgálat eredményei megerősítik az élet értelmességének az egészségműködésben betöltött pozitív szerepét – nemcsak felnőtt és idős életkorban, mint ahogyan azt az eddigi empirikus eredmények nagy része igazolja, hanem serdülőkorban is. A feltárt összefüggéseket erősítik: a vizsgált minta reprezentativitása, az alkalmazott vizsgálati eszközök megbízhatósága, a vizsgált egészségmutatók változatossága, valamint az adatelemzés nemek szerinti differenciáltsága. A talált eredmények nem értelmezhető ok-okozati összefüggések rendszerében, és binominális jellegükből fakadóan nem szolgáltatnak semmiféle ismeretet az élet értelmessége és egyéb, független pszichoszociális egészségtényezők kapcsolatának a természetére vonatkozóan sem. Másképpen fogalmazva, igazoltuk ugyan, hogy az életértelmessége az egészséggel összefüggő esélycsökkentő tényező serdülőkorban, de nem rendelkezünk arra vonatkozó információkkal, hogy az élet értelmességének protektív szerepe miképpen érvényesül más védőfaktoroknak az együttes viszonyrendszerében.

## **5.2. A második vizsgálat megbeszélése**

A második vizsgálat alapvető célkitűzése az volt, hogy az élet értelmességének az egészségkockázatos és egészségvédő magatartásokkal való kapcsolatát a szakirodalom által már igazolt prediktorokkal együtt vizsgáljam. Ehhez két olyan egészségkárosító magatartásformát teszteltem, amelyek kapcsán a szakirodalomban az élet értelmessége ugyanúgy, mint a többi független változó kapcsolata is széleskörűen igazolt (Addad és Himi 2008, Gaves 1974, Hutzell és Finck 1994, Kinner és mtsai 1994, Minehan és mtsai 2000, Newcomb és Harlow 1986, Nicholson és mtsai 1994, Sayles 1994, Wolf és mtsai 1995). Emellett két olyan egészségkárosító magatartásformát is vizsgáltam, amelyek összefüggéséről az élet értelmességével kevés közvetlen empirikus eredmény található a szakirodalomban (Larsson és Setterlind 1990, Myrin és Lagerström 2006, Öztekin és Tezer 2009, Sollerhed és mtsai 2005). Ennél jóval több empirikus eredmény igazolja azonban az élet értelmességével egyidőben elemzett többi változó és a vizsgált egészségvédő magatartásformák kapcsolatát (Clausen 1996, Dekovic 1999, Duncan és

mtsai 1998, Halpern-Felsher és mtsai 2002, Hawkins és mtsai 1992, Hussong 2000, Jackson és mtsai 1998, Luszczyńska és mtsai 2004b, Pikó 2002a, 2002b, Pikó és mtsai 2005b, Strathman és mtsai 1994, Vazsonyi, 2003).

Az egyéni szocio-kognitív változók közül (énhatékonyság, önszabályozott viselkedés, jövőorientáció) az énhatékonyság a négyből három, egészséggel összefüggő magatartás (szeszesitalfogyasztás, fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) tekintetében is a legnagyobb magyarázóerővel bíró prediktornak bizonyult. Szembetűnő, de a serdülőkori szakirodalomban előzményekkel rendelkező az énhatékonyság kettős prediktor szerepe, azaz egyes esetekben az egészségkárosító magatartásformákkal negatív, más esetekben pedig pozitív együttjárása. Mindezt német serdülőmintán Hazard és Che-fu (1999) megfigyelései is megerősítik. Egyes szerzők szerint (Deci és Ryan 2000) az énhatékonyság egyike az önmeghatározás legfontosabb, személyhez kötött képességének. Ugyanakkor az énhatékonysággal együttjáró magas önértékelés a személyes kontroll túlbecsülését eredményezheti, aminek következményeként a személy eltúlozza képességeit saját viselkedéses megnyilvánulásaival kapcsolatban, vagyis abban a hitben van, hogy képes ellenőrzése alá vonni olyan megnyilvánulásait, amelyek fölött valójában már elveszítette az ellenőrzést (Wickman és mtsai 2008). Az önbecsülés magas szintje azonban egy olyan kompenzációs mechanizmus eredménye is lehet, amelyben a rizikómagatartások az önértékelés növelése érdekében hozott erőfeszítések tartozékai (Kaplan 1978). Ennek viszonylatában Pikó és munkatársai (2005a) azon a véleményen vannak, hogy míg az internalizált problémaviselkedés kapcsán az énhatékonyság protektív szerepe viszonylag stabilnak mutatkozik, addig az externalizált problémaviselkedéssel kapcsolatosan (mint amilyen az alkoholfogyasztás) az énhatékonyság inkonzisztenciája gyakrabban előfordul. Mindez – mint Chassin és mtsai (1999) magyarázzák – az énhatékonyság és a szeszesitalfogyasztás háttérében meghúzódó közös lélektani hajtóerőknek, mint például a függetlenség kinyilvánításának tudható be.

Egy másik szocio-kognitív változó, a jövőorientáció és az egészségmagatartások kapcsolata gazdag empirikus eredménnyel alátámasztott. Negatív együttjárása az egészségkárosító magatartásformákkal amerikai (Strathman és mtsai 1994) és magyarországi (Pikó 2002b) serdülők mintáján is igazolt. Hasonlóképpen igazolt pozitív kapcsolata az egészségvédő magatartásokkal (Croll és mtsai 2001, Brassai és Pikó 2007,

2008a, 2008b, Luszczynska és mtsai 2004b, Pikó 2002b). A mintában a jövőorientáció csak az egészségvédő magatartások esetében mutatkozik prediktornak. Mindez arra enged következtetni, hogy az erdélyi serdülők esetében az egészségkárosító viselkedés kevésbé olyan döntéssel kapcsolatos mechanizmusok függvénye, amelyek az azonnali örömszerzéssel szembeni kielégülés késleltetésén alapszanak (Shapiro és mtsai 1998). Ehelyett szerepe inkább érvényesülni látszik az egészségvédő magatartással összefüggő kognitív-szabályozó folyamatok kapcsán (Hall és Fong 2007, Higgins 1991, Strathman és mtsai 1994). Ilyen irányú összefüggéseket igazoltunk előző vizsgálatainkban is (Brassai és Pikó 2008a, 2008b).

A pszichoszociális stresszhatásokkal való megküzdésben serdülőkorban a szülői társas támogatás jelentős erőforrás lehet (Pikó 2002a). A tényleges társas támogatásnál azonban meghatározóbb serdülőkorban a szülői támogatással való elégedettség (Pikó, i.m.). A szülővel való jó kapcsolat a szerhasználat protektív tényezője (Dekovic és mtsai 2004). Hatása kiemelten érvényesül a drogfogyasztás kapcsán. Egyéb kutatási eredmények fényében a pozitív szülői hatásnak hangsúlyozott az egészségvédő magatartásokban játszott szerepe is (Roos és mtsai 2004; Zabinski és mtsai 2006). Az általam vizsgált serdülómintában az egyéni változókkal ellentétes póluson a szülő-változók a szeszitalfogyasztást leszámítva, az illegális drogfogyasztásban, a fizikai aktivitásban és a táplálkozáskontrollban játszanak szerepet, kiemelten az illegális drogfogyasztás kapcsán, amikor a vizsgált individuális, interperszonális és transzperszonális tényezők közül csak a szülői támogatás mutatkozik prediktornak. Mindez szorosan egybevág Erginoz és munkatársai (2004) eredményeivel, miszerint a pozitív felnőtt kapcsolattal járó nyílt kommunikáció a feszültségek kerülőutas elvezetésének a megelőzésével a drogfogyasztás egyik leghatékonyabb interperszonális puffertényezője lehet.

A szülői társas támogatással való elégedettség mellett a szülői ellenőrző bánásmódot csak egyetlen esetben, a táplálkozáskontroll kapcsán (apai ellenőrző bánásmód), találtam prediktornak. Mint Aske és munkatársai (2004) arra felhívják a figyelmet, meghatározó az a mód, ahogyan a serdülő percipálja a szülői autoritás ezen dimenzióját. Azt a szülői ellenőrző bánásmódot ugyanis, amelyet a serdülő támogatással társuló szabályozásként él meg esélycsökkentő (Jackson és mtsai 1998), az

elutasításként észlelt ellenőrző bánásmód ehhez viszonyítva azonban esélynövelő lehet az egészségkárosító magatartásokra nézve (Aske és mtsai i.m.).

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy a szocializációnak ebben a szakaszában az anya biztosítja az érzelmi háttérrel (Schneider és mtsai 2001), az apának viszont a monitoring és kontrollfunkciókkal összefüggő szerepe a meghatározó (Dekovic 1999, Hawkins és mtsai 1992, Jackson és mtsai 1998, Pikó és Fitzpatrick 2003). A szülői hatásokkal kapcsolatosan egyes kutatási eredmények az anya (Backman és mtsai 2002), mások pedig az apa (Dixon és mtsai 2003) szerepét hangsúlyozzák. Az egészségkárosító (szesziesitalfogyasztással) és főként az egészségvédő magatartásformákkal (fizikai aktivitással és a táplálkozáskontrollal) kapcsolatban az eddigi vizsgálatokban (Brassai és Pikó, 2005b, 2008a, 2008b) és a jelen vizsgálatban is nagyobb hangsúllyal az apa szerepe emelődik ki. Mindez a nemek kapcsán érvényesülő tradicionális szocio-kulturális szerepkör megnyilvánulására enged következtetni az erdélyi serdülőknél, amely az apa kiemelt viselkedés-szabályozó funkciójában mutatkozik meg (Brassai és mtsai 2006). A talált eredmények visszaigazolják előbbi vizsgálatunk eredményeit (Brassai és Piko 2007), azaz az erdélyi kultúra kollektívvisztikus jellegéből fakadóan a tradicionális szerepkörök közvetítődését az egészségvédő magatartásformák alakításában.

A szesziesitalfogyasztás, a fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll végső regressziós modellje a vizsgált egyéb prediktorok mellett olyan módon építi magába az élet értelmessége változót, hogy annak „védő hatására” enged következtetni. Természetesen mivel az adatok nem hosszmetzeti elrendezésű vizsgálatból valók, ok-okozati kapcsolatok megállapítását nem teszik lehetővé. Mindemellett az élet értelmességét, mint az egészségmagatartások védőtényezőjét láttatják. Bár hagyományosan az élet értelmességének a védő szerepe inkább a rizikó-, semmint a protektív egészségmagatartásokban igazolt, az első vizsgálat kapcsán ismertetett Erdély-szintű kutatási eredményekkel szemben, a háromszéki mintánkban az élet értelmessége nem mutatott szignifikáns összefüggést a droghasználattal. Ennek az összehasonlításnak a tükrében az eredmények értelmezése során szinte felkínálkozik az a kézenfekvő magyarázat, hogy míg a nemzetközi kutatások vizsgálati alanyai jobbra rendszeres drogfogyasztóként vettek részt (Hutzell és Finck 1994, Newcomb és Harlow 1986), mintánkban az illegális droghasználat tekintetében a vizsgált serdülők a fogyasztás

perspektívájában alig a kipróbálás, illetve a kísérletezés szakaszában voltak. A fogyasztás tekintetében alacsony rizikójú populációban eredményesebbnek mutatkozik, ha az illegális drogfogyasztás mérését a fogyasztástól való távolmaradás, semmint a fogyasztás gyakorisága szerint operacionalizáljuk.

Az illegális drogfogyasztással ellentétben a szeszesitalfogyasztás kapcsán az élet értelmessége a nemzetközileg igazolt eredményekhez (Kinner és mtsai 1994, Palfai és Weafer 2006, Minehan és mtsai 2000, Sayles 1994) és saját előző eredményeinkhez (Brassai és Pikó 2007, Brassai és mtsai 2011) hasonlóan is prediktornak mutatkozik. Sőt, a vizsgált individuális és interperszonális faktorok közül az élet értelmessége az egyetlen szeszesitalfogyasztással negatív összefüggést mutató prediktor. Az általam talált összefüggések Newcomb és Harlow (1986), Kopp és Skrabski (1995), valamint Palfai és Weafer (2006) eredményei igazolni látszanak, hogy az élet értelmessége serdülőkorban pozitív erőforrást jelenthet az alkoholfogyasztás megelőzésében.

Míg az élet értelmessége és a szerhasználat kapcsolata széleskörűen igazolt, az élet értelmessége és az egészségvédő magatartások kapcsolatának elemzésében főként közvetett, az élet értelmességével rokon konstruktum, a koherencia-érzékhez kapcsolódó adatokra támaszkodhatunk (Bronikowski és Bronikowska 2009, Kuuppelomäki és Utriainen 2003, Larsson és Setterlind 1990, Larsson és Setterlind 1990, Myrin és Lagerström 2006, Öztekin és Tezer 2009, Sollerhed és mtsai 2005). Vizsgálati eredményeink alátámasztják az élet értelmessége és az egészségprevenzív magatartások pozitív együttjárását a háromszéki (belső-erdélyi) serdülők körében is. Egybehangzóan Häggman-Laitila és Pietilä (1998) megállapításaival, miszerint az egészséges életmód szempontjából kiemelt jelentőségű tudatosság nem képzelhető el az élet értelmessége adta bizonyosság nélkül. Ez ugyanis a jövőnkkel és egészségünkkel kapcsolatos mindenféle tervezési folyamat kiindulópontja.

Mindent összevetve az eredmények megerősítik: az élet értelmessége a hagyományosan igazolt védőfaktorokhoz fogható, az egészséggel kapcsolatos magatartás előfordulásával együtt járó tényező serdülőkorban.



### 5.3. A harmadik vizsgálat megbeszélése

A harmadik vizsgálat célja az élet értelmessége egészségkárosító és egészségvédő magatartásokkal kialakított kapcsolatának a vizsgálata volt, különös tekintettel az élet értelmességére irányuló keresésre, amelynek meghatározó szerepét feltételeztem ebben az életkorban. Az élet értelmességére irányuló keresés már az élet értelmessége első pszichológiai interpretációjától fogva meghatározó konstruktumnak tekintett (Frankl 1963, 1967). Mint Frankl (1963) posztulálta, alapvető emberi hajtóerő, amely az egyén törekvésére vonatkozik, hogy életének kielégítő célt, jelentést, értelmet találjon (Steger és mtsai 2008b). Annak ellenére, hogy Frankl kezdeti feltevését az idők során több empirikus eredmény is megerősítette (Park és mtsai 2010, Starck 1983, Schulenberg 2008, Steger és mtsai 2006, 2009a, 2009b, 2009c, megjelenés alatt, a), a Frankl-nál dominánsabb nézet, az értelemkeresés negatív interpretációja vált közzelfogottabbá (Baumeister 1991, Klinger 1998). A vizsgálat ehhez a tudományos vitához szolgáltat újabb empirikus adatokat a serdülőpopulációra vonatkozóan.

Míg azok a serdülőkori vizsgálatok, amelyek az élet értelmessége és az egészségmagatartások közötti kapcsolatra vonatkoznak, csupán az élet átélt értelmességére összpontosulnak, eredményeink az értelemkeresés serdülőkorban betöltött szerepére hívják fel a figyelmet. Az élet értelmességére irányuló keresés szerepének a megvilágítása serdülőkorban, nemzetközi empirikus adatok viszonylatában is újszerű eredménynek számít. Az élet értelmességének megélése és a reménytelenség ellentétes irányú kapcsolata (Grygielski 1984, Halama és Dedova 2007, Mascaro és Rosen 2005, Shek 1993) ugyanúgy, mint ezen változók egészségmagatartással kialakított viszonya a serdülőkori szakirodalomban gazdagon dokumentált (Al-Yargon és Margalit 2006, Bolland 2003, DuRant és mtsai 1994, Efratil-Virtzer és Margalit 2009, Hagen és mtsai 2005, Kim és mtsai 2005, Shek 1994, Tashman és mtsai 1998, Yager és Bundick 2009). Teljességgel hiányoznak azonban az élet értelmességére irányuló keresés prediktor-szerepére vonatkozó adatok. Pár felnőttkori eredménytől eltekintve (Steger és mtsai 2006, 2008c) a serdülők erdélyi mintájában az élet értelmességére irányuló keresés az élet értelmességének a megélésével azonos irányú, és a reménytelenséggel ellentétes irányú együttjárását regisztráltam. Az általam talált összefüggés iránya eltér az amerikai egyetemista mintában talált összefüggéstől (Steger és mtsai 2006) rációfolva Baumeister

(1991) és Klinger (1998) azon megállapítására, miszerint az élet értelmességére irányuló keresés az egzisztenciális frusztrációval fémjelzett negatív élményminőségnek számít.

További új eredmény, az élet értelmessége változó összefüggése az egészségmagatartások anticipált, jövőbeni előfordulásával, s mindebben kiemelt szerepe van az élet értelmességére irányuló keresésnek. Az értelemkeresés összefüggése az egészséggel kapcsolatos magatartásformák anticipált, jövőbeni előfordulásával legfőképpen az egészségvédő magatartások: az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás viszonylatában mutatkozott. E talált összefüggés egybecseng előzetes elméleti és empirikus eredményekkel, amelyek az egészségvédő magatartások háttérében komplex anticipatív, tervező-szabályozó folyamatokat feltételeznek (Hall és Fong 2007, Higgins, 1991, Jeffery és mtsai 2004, Linde és mtsai 2006, Muraven, 2000). Az értelemkeresés tehát pozitív hajtóerő helyzeti pszichoszociális előnyök meghaladására, s ezáltal a jövőbeni egészséghaszon megvalósítására (Häggman-Laitila és Pietilä 1998, Von Bothmer és Fridlund 2003).

Összegzésképpen megállapíthatjuk, hogy a talált eredmények Steger (2006, 2009b) álláspontjával egybehangzóan megerősítik a tényt, miszerint az élet értelmességének a megítélésekor az átélt értelmesség-élmény mellett nem tekinthetünk el az értelemkeresésre irányuló törekvéstől, amely minden életkorban alapvető humánspecifikus szükséglet (Frankl 1963). Sőt, míg felnőtt- és időskorban a személyiség magasabb integráltsági fokával egyetemben az élet értelmességének az élménye (Reker 2005, Steger és mtsai 2009a), addig gyermekkortól a késő serdülőkorig az élet értelmességének keresésére irányuló törekvés meghatározóbb (Erikson 1968). Az eredmények fényében az élet értelmességére irányuló keresés és a reménytelenség egymással ellentétes összefüggés-mintázata rámutat arra, hogy az általunk vizsgált erdélyi serdülők körében az értelemkeresés nem annyira az élet értelmességének a hiányaként, mint inkább a hiányosságok meghaladása és a személyiség kiteljesítése irányába mutató pozitív egzisztenciális irányultságként mutatkozik. Az értelemkeresés serdülőkorban az optimális személyiségfejlődéssel együtt járó pozitív egészségműködés fontos tartozéka lehet tehát.

Bár az eredmények keresztmetszeti vizsgálati adatokból valók, és megerősítésükhöz ok-okozati kapcsolatok behatóbb elemzését biztosító longitudinális adatokra van

szükség, jelzésértékkel felhívják a figyelmet az élet értelmességére irányuló keresés egészségkárosító és egészségvédő magatartásokban betöltött szerepére serdülőkorban, részben alátámasztva a második kutatási célt.

#### **5.4. A negyedik vizsgálat megbeszélése**

A negyedik vizsgálatral megerősíteni kívántam az élet megélt értelmességének a protektív szerepét az egészségmagatartások előfordulásával kapcsolatban, kiemelt tekintettel az értelemkeresés szerepére serdülőkorban. A serdülőkorúakra vonatkozóan az egészségkárosító magatartások, mint amilyenek például a szerhasználat és az élet értelmességének a kapcsolata közvetett (a koherencia-érzékre vonatkozó), és közvetlen (a Purpose in Life Test-el Newcomb és Harlow 1986, Kinnier és mtsai 1994; Minehan és mtsai 2000, Sayles 1994; Life Purpose Questionnaire-vel Hutzell és Finck 1994, a Life Attitude Profile-al Nicholson és mtsai 1994, a Life Meaningfulness Scale-vel Halama és Dedova 2007) úton is igazolt. Az egészségvédő magatartások és az élet értelmessége kapcsolatára vonatkozó, elenyészően kevés empirikus eredmény azonban leginkább a koherencia-érzék nyomán született. Az élet értelmességének kutatói mindmáig adósak e kapcsolatról, a koherencia-érzéknel konstruktum-specifikusabb mérőeszközök szolgáltatata adatokkal. E hiányosságnak szentelt figyelem okán döntöttem amellett, hogy a negyedik vizsgálatban az összefüggések elemzését az egészségvédő magatartások irányába mélyítsem el fókuszálva a nemi különbségekre is.

A hosszmetzeti adatok elemzésében az élet értelmessége magyarázó szerepét az egészségvédő magatartások legkiemeltebb prediktoraival összefüggésben vizsgáltam. Mind a pozitív életminőség, mind az egészségérték szocio-kognitív és érzelmi-motivációs összetevőket integráló, komplex, globális pszichoszociális indikátorok. Az egészségvédő magatartásokban betöltött protektív szerepük nemzetközi (Costa és mtsai 1989, Donovan és mtsai 1991, Jessor 1984, Jessor és mtsai 1998, Katja és mtsai, 2002, Levenson és mtsai 1984, Torres és mtsai 1995, Valois és mtsai 2003), magyarországi (Pikó 2006b, 2005b, Pikó és Keresztes 2007) és erdélyi (Brassai és Pikó 2008a, 2008b) serdülőkori vizsgálatokban széleskörűen megerősített. A talált eredmények egybevágnak a nemzetközi eredményekkel, ugyanakkor nemi eltéréseket is igazolva az egészségérték és pozitív életminőség magyarázó hatásmechanizmusában. A háromszéki

serdülőkori mintában az egészségérték főként a lányok, az életminőség pedig a fiúk egészségmagatartásában kap kiemelt szerepet.

A táplálkozási magatartásra nézve a lányok körében az egészségérték a legnagyobb magyarázó értékkel bíró védőtenyező (lásd béta-súly és determinációs együttható). Mint független faktor, a fizikai aktivitás előfordulásában magyarázó ereje a pozitív életminőséghez és az élet értelmességéhez viszonyítva csökken ugyan, de önálló magyarázó értéke a változók együttes magyarázóerejének viszonylatában még mindig elég nagy marad. Az egészségérték lányoknál előforduló magasabb átlagértékeit igazolják egyéb vizsgálati eredmények is (Lau és mtsai 1986, Lonquist és mtsai 1992, Wurtele és mtsai 1985). Magyarázó értékét tekintve azonban az egészségérték szerepére vonatkozó eredményeink a problémaviselkedés-elmélet kapcsán végzett vizsgálatok eredményeivel mutatják a legnagyobb hasonlóságot (Costa és mtsai 1989, Donovan és mtsai 1991, Jessor és mtsai 1998). Összegzésképpen: az egészségérték – bár mindkét nemnél egyaránt befolyásoló tényező az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás előfordulásában – előrejelző értéke a lányok esetében hangsúlyosabb.

A fiúk esetében az egészségértékhez képest a pozitív életminőség kap meghatározóbb szerepet, főként a fizikai aktivitás előfordulásában (lásd béta-súly és determinációs együttható). A nemzetközi vizsgálati eredmények hasonló összefüggéseket tártak fel. Az életminőség és fizikai aktivitás kölcsönös kapcsolatával több áttekintő tanulmány is foglalkozik (Sallis és mtsai 2000, Vilhjamsson és Thorlindsson 1998). Újabban, mint Sagatun és munkatársai (2007) is igazolták, a jó fizikai aktivitási státusz a pszichés jól-lét generálója, fordítottn pedig a pszichés jól-lét a fizikai aktivitásra való hajlandóság meghatározó tényezője (Huurre és mtsai 2003). Más vizsgálatok a jól-lét kapcsán érvényesülő nemi eltérésekre mutattak rá (Vegar 2009), például a pszichés jól-lét és a fizikai aktivitás között a lányokhoz képest a fiúknál szorosabb összefüggést igazolva.

A serdülőkori vizsgálatok az élet értelmességét gyakran a lányokra nézve tartják jellemzőbbnek. Így Rätty és munkatársai (2005), Mascaro és Rosen (2008), Myrin és Lagerström (2006, 2008), valamint Von Bothmer és Fridlund (2003) egymástól eltérő megközelítésben igazolják, hogy az élet értelmességének magasabb átlagértékeit a fiúkhöz képest a lányoknál regisztrálták – főként a serdülőkori éveikben. Míg a fenti vizsgálatok az élet értelmességének globális mutatóját veszik alapul, Steger (2009b)

adataiból kitűnik: kései serdülőkorban (18-25 év) az élet megélt értelmessége nem, de az élet értelmességére irányuló keresés az amerikai lányoknál szignifikánsan magasabb átlagértéket mutatott. A hivatkozott szakirodalmi eredményekhez viszonyítva a vizsgált mintában az élet megélt értelmessége kismértékű, de szignifikáns különbség mellett a fiúkat, az értelemkeresés pedig a lányokat jellemezte. Említésre érdemes azonban, hogy egy előző vizsgálatban, amelyet 14 éves átlagéletkorú serdülők körében végeztünk, az élet értelmességére irányuló keresés magasabb értékei (közepes hatásméret mellett) a fiúkat jellemezték (Brassai és Pikó 2011). A találatokat összevetve úgy tűnik, az erdélyi serdülőknél az élet értelmességére irányuló keresés kora serdülőkorban a fiúkra, a serdülőkor későbbi éveiben pedig a lányokra jellemző egzisztenciális irányultság. Összehasonlítva a harmadik és negyedik vizsgálati mintában regisztrált értékeket, megállapíthatjuk, hogy az élet értelmességére irányuló keresés és az élet értelmességének a megélése 17,8 éveseknél (szórás  $\pm 0,7$ ) regisztrált átlagai nem mutatnak szignifikáns különbséget a regisztrált átlag-értékektől ugyanezen személyeknél 13 hónappal később ( $M_{\text{életkor}} = 18,5 \pm 0,6$  évesen). Mindez az élet értelmességének átmeneti stabilitására enged következtetni a serdülőkor éveiben. Az élet értelmességének a serdülőkor éveiben regisztrált a stabilitásával kapcsolatban hasonló eredményeket találtak Rathi és Rastogi (2007) is. Másrészt azonban míg az értelemkeresés szerepe mindkét nem esetében inkább a táplálkozáskontrollban, addig az élet megélt értelmességéé inkább a fizikai aktivitásban hangsúlyozódott. Az eredményeket összevetve megállapítható, hogy bár az élet megélt és keresett értelmessége előfordulásában igen, prediktor hatásában azonban nem mutathatók ki nemi különbségeket. A talált eredmények nem erősítették meg tehát a nem-specifikus prediktor hatásra vonatkozó előfeltevést.

Az élet megélt értelmessége és az élet értelmességére irányuló keresés együttjárását tekintve az egészségmagatartások serdülőkori előfordulásában megállapíthatjuk, hogy általában véve a két változó egymástó független magyarázóértékkel bír. Hatásuk azonban bizonyos esetekben összegződhet. Ilyen például a fiúkra nézve az egészséges táplálkozás, a lányokra esetében pedig a fizikai aktivitás. Ezekben az esetekben az élet megélt értelmességének egészségmagatartást fokozó hatása erőteljesebben érvényesül az élet értelmességére irányuló intenzív keresés mellett.

A talált összefüggések kapcsán figyelemfelhívó, hogy bár az élet értelmességére irányuló keresés átlagértéke magasabb a lányoknál, prediktor szerepe mégis a fiúkra nézve érvényesül erőteljesebben. Az általam talált összefüggések egybecsengnek a vallás és az egészségmagatartás Piko és Fitzpatrick (2004) által feltárt összefüggés-mintázatával, miszerint bár a szegedi lányok vallásosabbnak mutatkoznak, a vallás egészségvédő hatásából mégis a fiúk képesek nagyobb mértékben profitálni. Eredményeink a lányok rizikóterheltségének az interpretációjában a rizikóérzékenység egy sajátos nemhez köthető mechanizmusára hívják fel a figyelmet, hangsúlyozva, hogy a lányok valami módon olyan egészségvédő hatásokkal sem képesek a fiúkhoz mérhető módon gazdálkodni, amelyek a szubjektív átélés szintjén a fiúknál magasabb értékekkel jellemzi őket. A talált összefüggések értelmezése kapcsán figyelembe kell venni a nemi különbségek eltérő szocializációs mechanizmusokra épülő meghatározását. Mint Markus és Kitayama (1991) felveti és többek között (Baezconde-Garbanati 2001, Marsiglia és mtsai 2001, Oye Gureje és Vazquez-Barquero 1996) saját előző eredményeink (Brassai és mtsai 2006b) is megerősítik az in-dependens (azaz a független én megteremtését hangsúlyozó) és inter-dependens (az én kölcsönösen függő jellegét hangsúlyozó) énefejlődés, nem csupán az adott kultúrához, hanem sajátosan ugyanazon nemzetiségi kultúra eltérő etno-kulturális csoportjaihoz kötötten érvényesül. Serdülőink olyan kollektivistákból valók, amelyben a fatalizmus a lányokra, az énhatékonyság pedig a fiúkra jellemző beállítottság (Brassai és mtsai 2006a, 2006b). A kultúra és egyén kötőszövetében talán a lányok tanult tehetetlensége és a fiúk önjelátalánása lenne az a katalizátor, amivel a sajátos erdélyi etno-kulturális szocializáció felhangolja az egyéni lelki működést?

Bár a vizsgálat jelentős adatokkal szolgál az élet értelmességének az egészségvédő magatartások előfordulásában játszott szerepéről, és jelentős nemi különbségekre is rávilágít, érintetlenül hagyta az elemzésekben meghatározónak mutatózó életkor és a gazdasági státusz szerepét. Pedig mint a már meglévő eredményekből kitűnik, az élet értelmessége érzékeny e demográfiai tényezők változására. Sagy és Antonovsky (1993) a koherencia-érzék serdülőkori életszakaszban történő alakulásával kapcsolatosan, Shek (2001) pedig az élet értelmességének serdülőkori megélésével kapcsolatosan is igazolták a társadalmi-gazdasági státusz befolyásoló szerepét. Ami pedig az életkor szerepét illeti, ahogy az elméleti alapfeltevésekből (Frankl 1963, Antonovsky 1985) és a létező empirikus

adatokból (Reker 2005, Steger és mtsai 2008c, 2009b) kitűnik, az élet értelmességének a megélése serdülőkortól a felnőttkoron át az idősor felé haladva növekvő, az élet értelmességére irányuló keresés pedig fordított tendenciát mutat. Egy előbbi vizsgálatunkban az élet értelmessége a 17-18 éveseknél nem, csak a 15-16 éveseknél mutatott szignifikáns összefüggést a táplálkozáskontrollal (Pikó és Brassai 2009). Ami az élet értelmességére irányuló keresést illeti, mondhatni semmit sem tudunk alakulásáról kora serdülőkortól a serdülőkor középső szakaszáig. Saját adataink (Brassai és Pikó 2011) csupán jelzésértékkel engednek arra következtetni, hogy míg az értelemkeresés kora serdülőkorban a fiúkra, addig a későbbi években a lányokra jellemzőbb. Pedig az egészségre nézve meghatározó szokások csakúgy, mint az egészségkáros viselkedésformák kipróbálása is egyre korábbi életévekre tolódik ki. Ennek fényében pedig kiemelten jelentős olyan tényezők hatásmechanizmusának a vizsgálata, amelyek szerepe fiatal felnőttkor és a serdülőkor kései időszakában igazoltan egészségvédő hatású.

A vizsgálat további korlátját jelenti, hogy az egészségvédő magatartások mellett nem valósul meg az egészségkárosító magatartásformák egyidejű vizsgálata is. Egészségmagatartás-kutatók (Adelmann 2005, Decovic 1999, Hawkins és mtsai 1992,; Jessor 1991) felhívják a figyelmet az egyidejűségből fakadó egymásrahatás szolgáltatotta többlet-információk jelentőségére az empirikus kutatásokban.

Végül, de nem utolsó sorban, az, hogy az adatokat az erdélyi serdülők egy sajátos almintájából, a háromszéki (belső-Erdély) serdülők köréből nyertük, a talált összefüggések kiterjeszhetőségének meghatározó korlátját jelentheti. A jelen értekezésben számos helyen rámutatok arra, hogy a pszichoszociális egészségtényezők és az azzal összefüggésbe hozott egészségmagatartások kapcsolatának értelmezésében a szocio-kulturális hatások meghatározó referenciapontot jelentenek. Egy kultúraközi összehasonlító vizsgálat (Steger és mtsai 2008c) az élet értelmessége konstruktumának szocio-kulturális érzékenységére hívja fel a figyelmet, amikor igazolja, hogy az élet megélt értelmessége és az értelmességre irányuló keresés kapcsolatának eltérő mintázata jellemző az individualisztikus, és eltérő a kollektivistikus kultúrákban. A negyedik vizsgálat adatait a kollektivistikus kultúrában regisztrált összefüggések jellemzik. Ehhez képest a magyar társadalom inkább individualisztikus társadalomként meghatározott (Hofmeister-Tóth és Neumann-Bódi 2008). Szerkezetileg komplexebb, több életkori szakaszra kiterjedő vizsgálati eredményekre van a továbbiakban szükség az élet értelmessége védőhatásának elmélyültebb elemzéséhez.

## **6. KÖVETKEZTETÉSEK**

Bár az élet értelmességére irányuló kutatások leggyakoribb célpopulációja a felnőtt és időskor (Hicks és King 2007, Reker és Fry 2003, Steger és Kashdan 2007, Van Ranst és Marcoen 1997), vizsgálatok igazolják, hogy az egzisztenciális témák a gyermekkortól (Taylor és Ebersole 1993) a kora serdülőkoron át (DeVogler és Ebersole 1983) a kései serdülőkorig (DeVogler és Ebersole 1980) mindvégig aktívan jelen vannak. A jelentéstulajdonítás mechanizmusai meghatározó szerepet kapnak az önazonosság-keresés folyamatában (Bering 2002, Heine és mtsai 2006). Az értelemkeresés pedig az identitásformálás szoros tartozéka serdülőkorban (McLean és mtsai 2010). Kutatási eredmények rávilágítanak arra, hogy az érett identitás csakis értelemmel felruházott életcélok, életfeladatok viszonylatában fogalmazható meg (Damon és mtsai 2003, Emmons 2003, Little és mtsai 2006, Moran 2009). A serdülőkor intenzív fejlődéslélektani történéseinek kontextusában a normatív szempont mellett tehát az egzisztenciális szempontok is meghatározóak (Hacker 1994, Fitzgerald 2005), az élet értelmességére irányuló keresés szerepe pedig sajátos jelentőségű serdülőkorban (Steger és mtsai megjelenés alatt, b).

Számos átfogó munka (Benson 2004, Benson és mtsai 2003, Cotton és mtsai 2006, Damon és mtsai 2003, Halama 2000, Halama és Dedova 2007, Ho és mtsai 2010, Nicholson és mtsai 1994, Minehan és mtsai 2000, Newcomb és Harlow 1986, Rew és Wong 2006, Shek 1992) felhívja a figyelmet az egzisztenciális irányultsággal megvalósuló védőhatásokra a serdülőkorban. A jelen értekezést megalapozó vizsgálatok eredményei igazolják a fenti összefüggések meglétét az erdélyi serdülők körében is. Míg az egészségre nézve kockázatos viselkedésformák (mint például a szerhasználat vagy az agresszivitás) tekintetében a nemzetközi irodalomban még találunk az élet értelmessége pszichológiai konstruktumát mérő specifikus mérőeszközökkel nyert eredményeket, az egészségvédő magatartások kapcsán az eddigi eredmények főként a koherencia-érzéklet mérő Orientation to Life Questionnaire-ből származnak. Ezen hiányosságok ellensúlyozásához járulnak hozzá eredményeim akár nemzetközi viszonylatban is. Mind a keresztmetszeti, mind a hosszmetzeti adatok elemzése megerősítette, hogy az élet értelmessége az optimális egészségműködés indikátorának



tekinthető nem csupán idős-, érett felnőtt- és fiatal felnőttkorban, hanem már serdülőkorban is.

Az élet értelmességének a megélésétől megkülönböztetett értelemkeresés védőszerpének a vizsgálatában abból az általánosan elfogadott megállapításból indultam ki, hogy a pszichoszociális védőtényezők eltérően érvényesülnek felnőtt- és serdülőkorban (Brunswick és Merzel 1988). Bár a felnőttkori vizsgálati eredményekben fellelhetőek az élet értelmességére irányuló keresés és a pozitív mentális egészségállapot közötti közvetett viszonyra utaló jelek (Reker és Cousins 1979, Starck 1983, 1985, Steger és mtsai 2006), az élet értelmességére irányuló keresés védő szerepére serdülőkorban King és munkatársainak (King és Hick 2007, King és mtsai 2006), McLean és munkatársainak (2009, 2010), valamint Steger és munkatársainak (2006) a kutatási eredményei hívták fel a figyelmem. Mind a humanisztikus (May 1983) és egzisztencia-analitikus hagyományok (Frankl 1963), e kutatások is rámutattak arra, hogy az élet értelmességére irányuló keresés hangsúlyossá igazán az önazonosságot érintő kérdések kapcsán válik. Az értekezésben közölt egészségkárosító- és egészségvédő magatartásformákkal kapcsolatos eredmények kiegészülve előbbi vizsgálati eredményeinkkel (Brassai és mtsai 2010, Brassai és Pikó 2011), egyértelművé tették, hogy serdülőkorban az élet értelmességére irányuló keresés az élet megélt értelmességével pozitív összefüggésbe hozható aktív, mobilizáló hajtóerő, amely jelentős egészséghaszonnal jár – legalábbis az erdélyi kultúra részét képező háromszéki fiatalokra vonatkoztatva mindenképp. Az értelemkeresés pozitív szerepére ráerősítenek a harmadik vizsgálat eredményei, rámutatva arra, hogy az egészségvédő magatartások anticipált, jövőbeni előfordulásával az élet megélt értelmességével szemben az élet értelmességére irányuló keresés mutatja a legszorosabb összefüggést. Mindez arra utal, hogy az értelemkeresés serdülőkorban az egészséggel összefüggésbe hozható pozitív hajtóerő. Kutatási eredményeink megcáfolják tehát prominens elméletalkotók (Baumeister 1991, Klinger 1998) azon megállapítását, miszerint az értelemkeresés az egzisztenciális frusztráció kifejeződése lenne, és megerősíti azt a nézetet miszerint életkorhoz kötötten, optimális feltételek mellett, az élet értelmességére irányuló keresés a hiányosságok meghaladása és a személyiség kiteljesítése irányába mutató pozitív egzisztenciális irányultság, az optimális személyiségfejlődéssel együtt járó, egészségműködés része.

Mint ahogyan Pikó (2005a) rámutat a serdülőkori egészségmagatartás-kutatások kapcsán, a magatartástudomány vizsgálati eredményeinek elemzésekor nem tekinthetünk el a nemekhez kötődő sajátos hatásmechanizmusoktól. Az élet értelmességének előfordulását és az egészségmagatartásokkal kialakított prediktor struktúráját jelentős nemi eltérések jellemzik. Az értelemkeresés és az élet értelmességének a megélése kapcsán a nemzetközi trenddel megegyező irányú mintázatot találtam, amely a fiúk dominanciáját igazolja az élet megélt értelmességében (Mascaro és Rosen 2008, Reker 2005, Steger és mtsai 2008c, 2009b). Az értelemkeresés átlagértékét egy előző vizsgálatunk (Brassai és Pikó, 2011) kora serdülőkorban a fiúknál találta magasabbnak. Jelen értekezés keretében azonban az élet értelmességére irányuló keresés, az amerikai egyetemista korosztályhoz hasonlóan (Steger és mtsai 2006), a lányokat jellemezte inkább. A nemi különbségeket tovább árnyalják a negyedik vizsgálatban talált ok-okozati összefüggések. Az egészséges táplálkozásban míg a lányok esetében az egészségérték, a fiúk esetében az élet értelmességére irányuló keresés szerepe hangsúlyozódott a legerősebben.

Bár az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességének a keresése egymástól való megkülönböztetése empirikusan megerősített (Crumbaugh és Maholick 1964, Reker és Cousins 1979, Steger és mtsai 2006), kapcsolatuk pedig igen összetett. Az erdélyi serdülőknél az élet értelmességének a megélése és az élet értelmességére irányuló keresés az egészségvédő magatartások előfordulásában inkább egymástól független magyarázó tényezőknek mutatkoztak. A fiúk esetében az egészséges táplálkozás, a lányok esetében pedig a fizikai aktivitás kapcsán regisztrált, alacsony intenzitású, összegződő hatásuk az élet értelmességének az értelem-megélést fokozó, moderátor szerepét jelezték. Hasonló irányú interakciót japán egyetemisták körében regisztráltak (Steger és mtsai 2008c).

Végül, a pszichoszociális egészségindikátorok hatásmechanizmusa kapcsán érvényesülő nemi különbségekre nézve, a kutatási eredmények egy sajátos nemhez kötött jelenségre hívják fel a figyelmet. Holott az élet értelmességére irányuló keresés emelkedettebb értékeit a lányoknál regisztráltam, ennek egészségvédő hatásából mégis a fiúk profitáltak nagyobb mértékben, ugyanis emlékezzünk vissza a fenti megállapításra: a fiúk esetében az értelemkeresés a fizikai aktivitás erőteljesebb prediktorának mutatkozott. Pikó és Fitzpatrick (2004) hasonló, nemhez kötődő prediktor-mintázatról

számolt be szegedi középiskolásoknál egy másik egzisztenciális irányultság, a vallás protektív hatásával kapcsolatosan. Steger és munkatársai (2008c) kultúraközi összehasonlító vizsgálatuk kapcsán hasonlóképpen felfigyeltek az élet értelmessége megélése és keresése, valamint a közöttük lévő kapcsolat kultúra-függő jellegére. Az értekezés kutatási eredményei előzetes eredményeinkkel (Brassai és mtsai 2006a, 2007) egybecsengve megerősítik az élet értelmessége pszichológiai konstruktumának szocio-kulturális érzékenységét

Kutatási eredmények fényében úgy tűnik, a személyiség spirituális/egzisztenciális tartománya már tizenévesen is esélycsökkentő a mindennapi stressz, a fejlődési feszültségek és a kialakulóban lévő életvezetési kompetenciák eredőjében álló egészségkárosító tényezők előfordulására, és ugyanakkor pozitív befolyással van az egészségvédő magatartásformákra nézve. Következésképp, amennyiben hozzá tudunk járulni ahhoz, hogy a serdülő életét az összefüggések rendszerében lássa, amely kiszámítható, bejósolható és értelemteli, egyben támogatjuk az egészséges életmód szempontjából meghatározó szokások kialakulását is.

Tekintve, hogy adataink Erdélyi serdülőktől származnak – s bár közös történelemben és kultúrában osztozunk –, a talált eredmények csak komoly megfontolásokkal tekinthetők valamelyest érvényesnek a magyarországi serdülőpopulációra. Az értekezés elméleti és kutatási része éppen ezért hangsúlyosan kezeli az egészségmagatartás szocio-kulturális befolyásoltságát, figyelmeztetve az eredmények specifikusságára. Mindezen fenntartások mellett azonban, a nemzetközi viszonylatban is újszerű kutatási eredményeket hungarikumnak szánom.

### **Az eredmények hasznosíthatósága**

A jelen értekezés abban a hitvallásban született, hogy a serdülőkori egészségre nézve kockázatot jelentő magatartásformák leépítésének és az egészségvédő magatartásformák megerősítésének útja a pozitív serdülőkori fejlődés irányába mutató erőforrások mozgósítása lehet. Az elhajlások helyreigazítása mellett a fő hangsúly tehát az erősségek fejlesztésére esik. A serdülőkor az önazonosság újrafogalmazásának az időszaka. Az élet értelmességének a keresése pedig az identitás szempontjából jelentős életcélok élettervek megfogalmazására irányítja a serdülő figyelmét. Másrészt életcélok

megjelölése, a hivatás megtalálása az élet értelmességének megélését adja. Mindez kiemelt jelentőséggel bír a pozitív egészségfejlesztő programok kidolgozásának a tekintetében (Catalano és mtsai 2002). A közösségi és csoportos programok lehetőségein túl pedig az értelemre összpontosuló tanácsadás és pszichoterápia (Wong 2010) fontos szerepet tölthet be az elakadt személyiségfejlődés egzisztenciális átértékelődésével megvalósuló megsegítésében, serkentésében. Összegzésképpen tehát serdülőkorban, értelmes életcélok kitűzésével és megvalósítható élettervek, életfeladatok megfogalmazásával és ezzel egybekötött érzelmi bevonódás, elköteleződés bátorításával olyan személyiségfejlesztő hatás valósítható meg, amely az identitás rendezése mellett egyben egészségvédő hatású is.

### **Jövő kutatási irányvonalak**

Bár az értekezésben bemutatott kutatás megerősít eddigiekben igazolt összefüggéseket, és újszerű eredményeket tár fel, a találtak további kutatási kérdések kiindulópontját jelenthetik. Míg az összefüggések feltárásában megvalósulni látszik az adatok nemek szerinti differenciált elemzése, az életkor vagy a társadalmi réteghelyzetből fakadó gazdasági státusz a magatartástudományban a nemekhez hasonló moderátor tényezőként számontartott. Az élet értelmességének alakulása a serdülőkor éveiben, meghatározott társadalmi réteghelyzet mellett, fontos kutatási célkitűzés lehet.

A életkori és társadalmi-gazdasági tényezők mellett már elkezdjük vizsgálni (Brassai 2010) az egyéni (szocio-kognitív) és szülői (szülői bánásmód és nevelési stílus) változók élet értelmességével összekapcsolódó szerepét. Feltáró jellegű adataink léteznek arra vonatkozóan is, hogy az erdélyi serdülők milyen fő forrásokhoz kötik életük értelmességét (Brassai, i.m.). Azoknak a tényezőknek és forrásoknak a beható, szisztematikus, hosszmetzeti vizsgálatok általi elemzése, amelyek jelentősebb mértékben befolyásolhatják az élet értelmességének a keresését és a megélését serdülőkorban, szükségszerűen olyan további kutatási célkitűzés lehet, amely szolgáltatja eredmények hiányában, az élet értelmességének célzott preventív intervenciók fókuszába való állítása a sötétben való tapogatózás marad.

A jelen kutatásban igazolva látszik, hogy serdülőkorban az értelemkeresés az élet megélt értelmességénél dominánsabb egzisztenciális irányultság, amennyiben előfordulását és az egészségmagatartásokkal kapcsolatos prediktor szerepét tekintjük. A

serdülőkori önazonosság-kereséssel és önazonosság-építéssel szoros kapcsolatba hozott értelemkeresés értelemteremtő vetületének a vizsgálata kapcsán a kutatások válasszal próbálnak szolgálni arra a kérdésre, hogy az élet megélt értelmessége az értelemteremtő folyamatok eredménye-e (Berring 2002, Hicks és King 2009, King és Hick 2009, McLean és mtsai 2010, McLean és Breen 2009), vagy pedig – mint azt Frankl (1969) kezdetektől posztulálta – az értelem sokkal inkább olyasvalami, amire rátalálunk, semmint megkonstruáljuk (Emmons 2003). A megoldás több elméletalkotó szerint is az egyén aktív bevonódásának az eredőjében látszik (Cantor 1990, Csíkszentmihályi 2001, Ryan és Deci 2000, Waterman 1993). Az élet értelmességének a kutatásában az előbbiekhöz fogható jelentős kérdés lehet a serdülőkori identitás alakulását meghatározó folyamatokra (exploráció és elköteleződés), valamint az identitásfejlődés markánsabb stációira (diffúz, korai zárás, elhúzódó és érett identitás) nézve, hogy vajon mely fejlődéslélektani feltételek szolgálják az értelemkeresés egészségmagatartásokra nézve legproduktívabb működését?

## **7. ÖSSZEFOGLALÁS**

Az élet értelmessége azon védőtényezők egyike, amely nem csupán idős és felnőtt életkorban, hanem már serdülőkorban is jelentős egészséghaszonnal jár. Az értekezésben ismertetett kutatás ennek a pozitív összefüggésnek a megerősítéséhez és újabb irányokban történő kiterjesztéséhez szolgáltat keresztmetszeti és hosszmetzeti elrendezésű vizsgálatokból származó adatokat. Az első vizsgálat eredményei megerősítik az élet értelmességének a mentális egészségi állapotra, illetve változatos egészségkárosító magatartásformákra nézve ártalom-csökkentő szerepét. Az élet értelmességének kapcsolatát a serdülőkori egészségkárosító (szeszesitalfogyasztás és illegális droghasználat) és egészségvédő (táplálkozáskontroll és fizikai aktivitás) magatartásformákkal a második vizsgálat a hagyományosan igazolt pszichoszociális védőfaktorok (énhatékonyság, önszabályzott viselkedés, jövőorientáció, elégedettség a szülői társas támogatással, szülői ellenőrző bánásmód) viszonylatában teszteli. A harmadik vizsgálat az élet értelmessége pszichológiai konstruktumának a megkülönböztetésén alapuló differenciált vizsgálatával az élet értelmességére irányuló keresés, illetve az élet megélt értelmességének prediktor szerepét látszik igazolni a serdülőkori egészséggel kapcsolatos magatartás (agresszív/antiszociális viselkedés, iskolai kudarc, táplálkozáskontroll, fizikai aktivitás) múltbeli és anticipált, jövőbeli előfordulásában. Végül a negyedik vizsgálatban, az elemzéseket az empirikus kutatásban az élet értelmességével talán a legkevésbé kapcsolatba hozott egészségvédő magatartásformák irányába elmélyítve igazolást nyer az élet értelmességének az egészséges táplálkozásban és a fizikai aktivitásban betöltött védő szerepe.

## **8. SUMMARY**

Meaning in life is a protective factor with important health-benefice not only in adulthood and elderly, but also in adolescence. The cross-sectional and longitudinal study results of the presented dissertation provide empirical evidence supporting this core connection. Results of the first study reinforce the role of life meaning in the reduction of mental health related harm and the occurrence of the health risk behaviors. The second study analyzes the correlation between meaning in life and adolescent's health risk (alcohol and illegal drug use) and health protective (diet control, physical activity) behaviors in the light of certain well known psycho-social health protective factors (self-efficacy, self-regulated behavior, future-orientation, satisfaction with parental social support, parental demandingness). The third study -- based on the differentiation of the psychological construct of meaning in life -- demonstrate the role of both presence of and search for meaning in life to decrease past frequency and anticipated future involvement in adolescent's health related behaviors (aggressive/illegal behavior, school academic failure behavior, eating control, physical activity). Finally, the forth study reveal the health protective effect of life meaning related to healthy eating and physical activity, the two most unstudied health enhancing behaviors in association to meaning in life. The presented findings, in accordance with our other study results suggest the age, gender and socio-cultural sensitivity of the psychological construct of meaning in life, giving new directions to future research purposes. Findings highlight the role of meaning in life as a factor with positive influence on adolescent's health.

## **9. IRODALOMJEGYZÉK**

1. AbuSabha R, Achterberg C (1997) Review of self-efficacy and locus of control for nutrition- and health-related behavior. *J Am Diet Assoc*, 97: 1122-1132.
2. Adamson L, Lyxell B (1996) Self-concept and questions of life identity development during late adolescence. *J Adolesc*, 19: 569-582.
3. Addad M, Himi H (2008) Meaning of life and drug use among Israeli teenagers. *The International Forum for Logotherapy*, 31: 43-48.
4. Adelman PK (2005) Social environmental factors and preteen health-related behaviors. *J Adolesc Health*, 36: 36-47.
5. Akande A, Odewale F (1994) The relationship between adolescent satisfaction and goal directedness. *Int J Adolesc Youth*, 4: 245-252.
6. Akse J, Hale WW, Engels RC, Raaijmakers QAW, Meeus WHJ (2004) Personality perceived parental rejection and problem behavior in adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 980-988.
7. Al-Yagon M, Margalit M (2006) Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. *Eur J Spec Needs Educ*, 21: 21-37.
8. Anson O, Paran E, Neumann L, Chernichovsky D (1993) Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med*, 36: 419-427.
9. Antonovsky A. The sense of coherence. Development of a research instrument. Newsletter and Research Report I 11-22 WS Schwartz Research Center of Behavioral Medicine Tel Aviv University Israel, 1983.
10. Antonovsky A (1985) The life cycle mental health and the sense of coherence. *J Psych Relat Sci*, 22: 273-280.
11. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass San Francisco, 1987.
12. Antonovsky A (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, 11: 11-18.



13. Asbridge M, Tanner J, Wortley S (2005) Ethno-specific patterns of adolescent tobacco use and the mediating role of acculturation peer smoking and sibling smoking. *Addict*, 100: 1340-1351.
14. Backman DR, Haddad EH, Lee JW, Johnston PK, Hodgkin GE (2002) Psychosocial predictors of healthful dietary behavior in adolescents. *J Nutr Educ Behav*, 34: 184-193.
15. Baezconde-Garbanati L (2001) Understanding tobacco-use research among Hispanic/Latinos adolescents. A sociocultural perspective. *Smok Tob Contr Monogr*, 4: 277-241.
16. Baltes PB, Kunzmann U (2004) The two faces of wisdom. Wisdom as a general theory of knowledge and judgment about excellence in mind and virtue vs. wisdom as everyday realization in people and products. *Hum Dev*, 47: 290-299.
17. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. Freeman, New York, 1997.
18. Baskin-Sommers A, Sommers I (2006) The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *J Adol Health*, 38: 609-611.
19. Bass S (2000) The prepubertal years a unique opportune stage of growth when the skeleton is most responsive to exercise? *Sports Med*, 30: 73-78.
20. Battista J, Almond R (1973) The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36: 409-427.
21. Baumeister RF. Meanings of life. Guilford, New York. 1991
22. Baumeister RF, Newman LS (1994) How stories make sense of personal experiences? Motives that shape autobiographical narratives. *Pers Soc Psychol Bull*, 20: 676-690.
23. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974) The measurement of pessimism the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 42: 861-865.
24. Bech P, Gudex C, Johansen KS (1996) The WHO (Ten) Well-Being Index validation in diabetes. *Psychother Psychosom*, 65: 183-190.
25. Bech P. Quality of life in the psychiatric patient. Mosby-Wolfe, London, 1998.
26. Becker CM, Arnold W (2004) Promoting behaviors of older Americans versus young and middle aged adults. *Educ Gerontol*, 30: 835-844.

27. Beets MW, Vogel R, Chapman S, Pitetti KH, Cardinal BJ (2007) Parent's social support for children's outdoor physical activity. Do weekdays and weekends matter? *Sex Roles*, 56: 125-131.
28. Benson PL, Roehlkepartain EC, Rude SP (2003) Spiritual development in childhood and adolescence toward a field of inquiry. *Appl Dev Sci*, 7: 205-213.
29. Benson PL (2004) Emerging themes in research on adolescent spiritual and religious development. *Appl Dev Sci*, 8: 47-50.
30. Bering J M (2002) The existential theory of mind. *Rev Gen Psychol*, 6: 3-24
31. Bering JM (2003) Towards a cognitive theory of existential meaning. *New Ideas in Psychol*, 21: 101-120.
32. Bilsker D (1992) An existentialist account of identity formation. *J Adolesc*, 15: 177-192.
33. Birch CD, Stewart SH, Brown CG (2007) Exploring differential patterns of situational risk for binge eating and heavy drinking. *Addict Behav*, 32: 433-448.
34. Blum RW, Ireland M (2004) Reducing risk increasing protective factors findings from the Caribbean youth health. *J Adolesc Health*, 35: 493-500.
35. Blum RW, Nelson-Mmari K (2004) The health of young people in a global context. *J Adolesc Health*, 35: 402-418.
36. Bolland JM (2005) Hopelessness and risk behavior among adolescents living in high-poverty inner-city neighborhoods. *J Adolesc*, 26: 145-158.
37. Bongers IL, Koot HM, Van der Ende J, Verhulst FC (2003) The normative development of child and adolescent problem behavior *J Abnorm Psychol* 112 179-192
38. Brassai L, Kolombán, SZ.L, Prezsmér B, Tóth M. A dohányzás, alkohol- és illegális drogfogyasztás, és azok háttérösszefüggései a sepsiszentgyörgyi VIII-IX. osztályos tanulók körében. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy, 2003.
39. Brassai L, Pikó B (2005a) Szociodemográfiai, egyéni és viselkedési változók hatása a serdülőkorú szerfogyasztásra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6: 77-93.
40. Brassai L, Pikó B (2005b) Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addictologia Hungarica*, 4: 7-28.

41. Brassai L, Pikó B, Keresztes N, Unger JB (2006a) Kockázati magatartásformák összehasonlító vizsgálata erdélyi, magyarországi és amerikai egyetemisták körében Erdélyi Pszichológiai Szemle, 7: 311-306.
42. Brassai L, Pikó B, Keresztes N, Unger JB (2006b) Kulturális értékek kultúraközi vizsgálata egyetemisták körében. Pszichológia, 26: 265-274.
43. Brassai L, Pikó B (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 8: 211-227.
44. Brassai L, Pikó B, Keresztes N, Unger JB (2007) Az egészségmagatartás és problémaviselkedés egyes kulturális szempontjai. Alkalmazott Pszichológia, 9: 31-45.
45. Brassai L (2008) Az egészségtudatos magatartás nem-specifikus befolyásoltsága serdülőkorban. Erdélyi Pszichológiai Szemle, 9: 237-255.
46. Brassai L, Pikó B (2008a) Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 9: 165-181.
47. Brassai L, Pikó B (2008b) Egyéni és családi pszichológiai tényezők szerepe a serdülők testmozgásának rendszerességében. Alkalmazott Pszichológia, 10: 5-20.
48. Brassai L. Válasz a kockázati társadalomra: az élet értelmességébe vetett hit. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy, 2010.
49. Brassai L, Pikó B (2010) Egzisztenciális/spirituális attitűdök jelentősége a serdülők egészségprevenzív és rizikómagatartásában. Magyar Pszichológiai Szemle, 65: 597-611.
50. Brassai L, Pikó B, Steger MF (2011) Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? Int J Behav Med, 18: 44-51.
51. Brassai L, Pikó B (2011) Az élet értelmességére irányuló keresés és a proszocialitás, mint a serdülőkori szerfogyasztással szembeni védőfaktorok. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 12: 17-34.
52. Brook JS, Pahl T, Blanka E, Fei K (2004) Smoking among New Yorkian adolescents time 1 predictors of time 2 tobacco use. J Genet Psychol, 165: 324-340.
53. Bronikowski M, Bronikowska M (2009) Salutogenesis as a framework for improving health resources of adolescent boys. Scand J Public Health, 37: 525-531.

54. Bronk KC, Hill P, Lapsley D, Talib T, Finch WH (2009) Purpose, hope, and life satisfaction in three age groups. *J Posit Psychol*, 4: 500-510.
55. Brown TL, Parks GS, Zimmerman RS, Phillips CM (2001) The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *J Stud Alcohol*, 62: 696-705.
56. Brunstein J (1993) Personal goals and subjective well-being. A longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*, 65: 1061-1070.
57. Brunswick AF, Merzel CR (1988) Health through three life stages. A longitudinal study of urban black adolescents. *Soc Sci Med*, 27: 1207-1213.
58. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Schnyder U (2001) Sense of coherence in adolescents. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46: 404-410.
59. Caldwell CH, Wright JC, Zimmerman MA, Walsemann KM, Williams D, Isichei PAC (2004) Enhancing adolescent health behaviors through strengthening non-resident father-son relationships: a model for intervention with African-American families. *Health Educ Res*, 19: 644-656.
60. Cantor N (1990) From thought to behavior. "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. *Am Psychol*, 45: 735-750.
61. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JA, Lonczak HS, Hawkins DJ (2002) Positive Youth Development in the United States: Research findings on evaluations of Positive Youth Development Programs. *Prev Treatment*, 5: 1-111.
62. Chamberlain K, Zika S (1988) Religiosity, life meaning and well-being. Some relationships in a sample of women. *J Scientific Study of Relig*, 27: 411-420.
63. Chan KK, Neighbors C, Gilson M, Larimer ME, Marlatt AG (2007) Epidemiological trends in drinking by age and gender. Providing normative feedback to adults. *Addict Behav*, 5: 967-976.
64. Chassin L, Pitts SC, DeLucia C (1999) The relation of adolescent substance use to young adult autonomy positive activity involvement and perceived competence. *Dev Psychopathol*, 4: 915-932.
65. Clausen SE (1996) Parenting styles and adolescent drug use behavior. *Childhood*, 3: 403-414.
66. Colby A, Damon W. *Some do care. Contemporary lives of moral commitment.* The Free Press, New York, 1992.

67. Conner M, Johnson C, Grogan S (2004) Gender sexuality, body image and eating behaviors. *J Health Psychol*, 9: 505-515.
68. Compton WC (2000) Meaningfulness as a mediator of subjective well-being. *Psychol Rep*, 87: 156-160.
69. Costa FM, Jessor R, Donovan JE (1989) Value of health and adolescent conventionality: A construct validation of a new measure of Problem Behavior Theory *J Appl Soc Psychol*, 10: 841-861.
70. Cotton S, Zebracki K, Rosenthal SL (2006) Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *J Adolesc Health*, 38: 472-480.
71. Crockett RA, Weinman J, Hankins M, Marteau T (2008) Time orientation and health-related behaviour. Measurement in general population samples. *Psychol Health*, 25: 1-18.
72. Croll JK, Neumark-Sztainer D, Story M, Ireland M (2002) Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents relationship to gender and ethnicity. *J Adolesc Health*, 31: 166-175.
73. Crumbaugh JC, Maholick LT (1964) An experimental study in existentialism. The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol*, 20: 200-207.
74. Crumbaugh JC, Maholick LT. *Manual of instruction for the Purpose in Life Test*. Munster Psychometric Affiliates, 1969.
75. Crumbaugh JC (1977) The Seeking of Noetic Goals Test (SONG). A complementary scale to the Purpose-in-Life Test (PIL). *J Clin Psychol*, 33: 900-907.
76. Cummins RA, Eckersley R, Pallat J, Van Vug J, Misajon R (2003) Developing a national index of subjective well-being: the Australian Unity Well-being Index. *Soc Indic Res*, 64: 159-190.
77. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekow V. (Eds.) (2008) *Inequalities in young people's health international report from the HBSC 2006/06 survey WHO Policy Series Health policy for children and adolescents Issue 5 WHO Regional Office for Europe Copenhagen.*

78. Csabai M, Erős F, Fábián Z, Kovács A, László J, Pólya T. Az egészség szociális reprezentációja a budapesti középiskolások körében. MTA Pszichológiai Intézete Budapest, 1998.
79. Csíkszentmihályi M. Flow – az áramlat. Akadémia kiadó, Budapest, 2001.
80. Daaleman T, Frey BB (2004) The spirituality index of well-being. A new instrument for health related quality of life research. *Ann Fam Med*, 2: 499-503.
81. Damon W, Menon J, Bronk KC (2003) The development of purpose during adolescence. *Appl Dev Sci*, 7: 119-128.
82. Damon W. The path to purpose: Helping our children find the calling in life. The Free Press, New York, 2008.
83. Darling N, Steinberg L (1993) Parenting style as context. An integrative model. *Psychol Bull*, 113: 487-496.
84. Debats DL, Van der Lubbe PM, Wezeman FRA (1993) On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI). A measure of meaningful life. *Pers Individ Dif*, 14: 337-345.
85. Debats DL, Drost J, Hansen P (1995) Experiences of meaning in life. A combined qualitative and quantitative approach. *Br J Psychol*, 86: 359-375.
86. Deci EL, Ryan RM (2000) The “what” and “why” of goal pursuit. Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*, 11: 227-268.
87. Dekovic M (1999) Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *J Youth Adolesc*, 28: 667-685.
88. Demetrovics Zs (2004) Nemi különbségek a rekreációs droghasználatban. *Addiktológia*, 3: 533-436.
89. Demetrovics Zs (2009) Co-morbidity of drug addiction. An analysis of epidemiologic data and possible etiological models. *Addiction Res Theor*, 17: 420-431.
90. DeVogler KL, Ebersole P (1980) Categorization of college students` meaning in life. *Psychol Rep*, 46: 387-390.
91. DeVogler KL, Ebersole P (1983) Young adolescents` meaning in life. *Psychol Rep*, 52: 427-431.
92. Dixon RS, Gill GMV, Adair VA (2003) Exploring paternal influences on the dieting behaviors of adolescent girls. *Eat Disord*, 11: 39-50.

93. Doherty WJ, Allen W (1994) Family functioning and parental smoking as predictors of adolescent cigarette use. A six-year prospective study. *J Fam Psychol*, 8:347-353.
94. Donovan JE, Jessor R (1985) Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *J Consult Clin Psychol*, 53: 890-904.
95. Donovan JE, Jessor R, Costa FM (1991) Adolescent health behavior and conventionally-unconventionally. An extension of problem-behavior theory. *Health Psychol*, 10: 52-61.
96. Donovan JE, Jessor R, Costa FM (1993) Structure of health-enhancing behavior in adolescence a latent-variable approach. *J Health Soc Behav*, 34: 346-362.
97. Dowling EM, Getsdottir S, Anderson PM, von Eye A, Lerner RM (2003) Spirituality, religiosity and thriving among adolescents: Identification and confirmation of factor structures. *Appl Dev Sci*, 7: 253-260.
98. Duncan SC, Duncan TE, Biglan A, Ary D (1998) Contribution of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug Alcohol Depend*, 50: 57-71.
99. DuRant RH, Smith JA, Kreiter SR, Krowchuk DP (1999) The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153: 286-291.
100. Dyck MJ (1987) Assessing logotherapeutic constructs: Conceptual and psychometric status of the Purpose in Life and Seeking of Noetic Goals Tests. *Clin Psychol Rev*, 7: 439-447.
101. Eaton DE, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Shanklin S, Lim C, Grunbaum JA, Wechsler H (2008) Youth Risk Behavior Surveillance-United States 2007 Centers for Disease Control and Prevention Surveillance Summaries Vol 55 / No SS-5.
102. Ebersole P, DeVogler KL (1981) Meaning in life. Category self-ratings. *J Psychol*, 107: 289-293.
103. Ebersole P, De Paola S (1986) Meaning in life categories of later life couples. *J Psychol*, 12: 185-191.

104. Ebert SA, Tucker DC, Roth DL (2002) Psychological resistance factors as predictors of general health status and psychical symptoms reporting. *Psychol Health Med*, 7: 77-83.
105. Edwards D, Besseling E (2001) Relationship between depression anxiety sense of coherence, social support and religious. *S Afr J Psychol*, 31: 234-242.
106. Efrati-Virtzer M, Margalit M (2009) Students' behaviour difficulties, sense of coherence and adjustment at school: risk and protective factors. *Eur J Spec Needs Educ*, 24; 59-73.
107. Elder JP, Lytle L, Sallis JF, Young DR, Steckler A, Simons-Morton D, Stone E, Jobe JB, Stevens J, Lohman T, Webber L, Pate R, Saksvig BI, Ribisl K (2007) A description of the social-ecological framework used in the trial of activity for adolescent girls (TAAG). *Health Educ Res*, 22: 155-165.
108. Elekes Zs (2004) Középiskolás fiúk és lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások 1992-2002 között. *Addiktológia*, 3: 515-533.
109. Elekes Zs. Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007. Szakmai Forrás Sorozat, Kutatások 12. L'Harmattan Budapest, 2009.
110. Ellison CW, Smith J (1991) Towards an integrative measure of health and well-being. *J Psychol Theol*, 19: 35-48.
111. Emblen CLJD, Howegen L, Sawatzky R, Meyerhoff H (2004) An integrative review of the concept of spirituality in health sciences. *West J Nurs Res*, 26: 405-428.
112. Emmons RA. Personal goals life meaning and virtue. Wellsprings of a positive life. In: CL Keyes, J Haidt (eds.) *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived*. American Psychological Association, Washington DC, 2003: 105-128.
113. Epstein JA, Botvin GJ, Diaz TD (1998) Ethnic and gender differences in smoking prevalence among a longitudinal sample of inner-city adolescents. *J Adolesc*, 23: 160-166.
114. Erginoz E, Alikasifoglu M, Ercan O, Uysal O, Ercan G, Albayrak Kaymak D, Ilter O (2004) Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *Eur J Pediatr*, 163: 485-494.
115. Erikson EH. *Identity. Youth and Crisis*. Norton, New York, 1968.



116. Eriksson M, Lindstrom B (2007) Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 61: 938-944.
117. Escobedo LG, Reddy M, DuRant RH (1997) Relationship between cigarette use and health risk and problem behaviors among US adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151: 66-71.
118. Fairclough S, Stratton G (2005) Improving health-enhancing physical activity in girls' physical education. *Health Educ Res*, 20: 448-457.
119. Feldman DB, Snyder CR (2005) Hope and the meaningful life theoretical and empirical association between goal-directed thinking and life meaning. *J Soc Clin Psychol*, 24: 401-421.
120. Ferdinand RF, Verhulst FC, Wiznitzer M (1995) Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 34: 680-690.
121. Fitzgerald B (2005) An existential view of adolescent development. *Adolesc*, 40: 793-799.
122. Flannery RB, Flannery GJ (1990) Sense of coherence, life stress and psychological distress. A prospective methodological inquiry. *J Clin Psychol*, 46: 415-420.
123. Frankl VE. Man's search for meaning An introduction to logotherapy. Square Press/ Pocket Books, New York, 1963.
124. Frankl VE. Psychotherapy and existentialism. Selected papers on logotherapy. Square Press/Pocket Books, New York, 1967.
125. Frankl VE. The doctor and the soul. From psychotherapy to logotherapy. Vintage Books, New York, 1986.
126. Frankl VE. Értelme és egzisztencia. Előadások és tanulmányok. JEL Kiadó, Budapest, 2006.
127. Frankl VE. ...mégis mondj igent az életre! Egy pszichológus megéli a koncentrációs tábor. JEL Kiadó, Budapest, 2007.
128. Fromme K, Katz EC, D'Amico K (2000) Effects of outcome expectancies and personality on young adults' illicit drug use, heavy drinking and risky sexual

- behavior. CARE-R Cognitive Appraisal of Risky Activities-Revised. *Cogn Ther Res*, 24: 1-22.
129. George LK, Ellison C, Larson D (2002) Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inq*, 2: 190-200.
  130. Gerard JM, Bluehler C (2004) Cumulative environmental risk and youth problem behavior. *J Marriage Fam*, 3: 702-720.
  131. Gerrard M, Gibbons FX, Benthin AC, Hessling RM (1996) A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychol*, 15: 344-354.
  132. Glendinning A, Inglis D (1999) Smoking behaviour in youth the problem of low self-esteem? *J Adolesc*, 22: 673-682.
  133. Goldberg JH, Halpern-Felsher BL, Millstein SG (2002) Beyond invulnerability. The importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychol*, 21: 477-484.
  134. Greaves BG (1974) Toward an existential theory of drug-dependence. *J Nerv Ment Dis*, 159: 263-274.
  135. Greendorfer SL (1994) Postmodern challenges recognizing multiple standards for social science. *J Sport Soc Issues*, 183: 258-268.
  136. Grygielski M (1984) Meaning in life and hopelessness: Interrelationships and intergroup differences. *Polish Psychol Bull*, 5: 277-284.
  137. Hablas R, Hutzell R. The Life Purpose Questionnaire: An alternative to the Purpose-in-Life test for geriatric, neuropsychiatric patients. In: S. A. Wawrytko (Ed.), *Analecta Frankliana: The proceedings of the First World Congress of Logotherapy*. Berkeley, CA: Strawberry, 1982: 211-215.
  138. Hacker D (1994) An existential view of adolescence. *J Early Adolesc*, 14: 300-328.
  139. Hagen KA, Myers BK, Mackintosh WH (2005) Hope, social support and behavioral problems in at-risk children. *Am J Orthopsychiatry*, 75: 211-219.
  140. Häggman-Fairclough A, Pietilä AM (1998) Life control and health in view of qualitative and quantitative research. *Int J Nurs Pract*, 4: 103-112.
  141. Halama P (2000) Dimensions of life meaning as factor of coping. *Stud Psychol*, 42: 339-350.

142. Halama P, Dedova M (2007) Meaning in life and hope as predictors of positive mental health. Do they explain residual variance not predicted by personality trait? *Stud Psychol*, 49: 191-200.
143. Hall P, Fong G (2007) Temporal self-regulation theory. A model for individual health behavior. *Health Psychol Rev*, 1: 6-52.
144. Hammermeister J, Peterson M (2001) Does spirituality make a difference? Psychosocial and health related characteristics of spiritual well-being. *Am J Health Educ*, 35: 293-297.
145. Hankin BL, Abramson LY, Moffite TE, Silva PA, McGee RM, Angell KE (1998) Development of depression from preadolescence to youth adulthood emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *J Abnorm Psychol*, 107: 128-140.
146. Hanson MD, Chen E (2007) Socioeconomic status and health behaviors in adolescence. A review of the literature. *J Behav Med*, 30: 263-285.
147. Harlow LL, Newcomb MD, Bentler PM (1986) Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation. Lack of purpose in life as a mediational factor. *J Clin Psychol*, 42: 5-21.
148. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B (2001) Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*, 11: 4-10.
149. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*, 112: 64-105.
150. Hawkins JD, Van Horn LM, Atthur MW (2004) Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prev Sci*, 5: 213-220.
151. Hazard BP, Lee-Fu C (1999) Understanding youth's health-compromising behavior in Germany. *Youth Soc*, 30: 348-366.
152. Häggman-Laitila A, Pietilä AM (1998) Life control and health in view of qualitative and quantitative research. *Int J Nurs Pract*, 4: 103-112.
153. Heine SJ, Proulx T, Vohs KD (2006) The meaning maintenance model. On the coherence of social motivations. *Pers Soc Psychol Rev*, 10: 88-110.

154. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason O, Kokkevi A, Kraus L (2009) The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries. Modintryckoffset AB Stockholm Sweden.
155. Hicks JA, King LA (2007) Meaning in life and seeing the big picture. Positive affect and global focus. *Cognit Emot*, 21: 1577-1584.
156. Hicks JA, King LA (2009) Meaning in life as a subjective judgment and a lived experience. *Soc Personal Psychol Compass*, 3/4: 638-653.
157. Higgins ET. Development of self-regulatory and self-evaluative processes. Costs benefits and tradeoffs. In: MR Gunnar, LA Sroufe (Eds.) *Self processes and development. The Minnesota Symposia on Child Development, Vol 23*, Erlbaum Hillsdale NJ, 1991: 125-166.
158. Ho MY, Cheung FM, Cheung SF (2010) The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Pers Individ Dif*, 48: 658-663.
159. Hofmeister-Tóth A, Neumann-Bódi E (2008) Kulturális értékek vizsgálata a magyar társadalomban Hofstede kulturális dimenziói alapján. In: Kopp M (szerk.) *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis kiadó: 365-372.*
160. Hossack RC (1997) Salutogenic and pathogenic orientations to life. Attachment, personality, sense of coherence, and well-being in late adolescence. A structural equation model. *Dissertation Abstracts International, Section B, The Sciences and Engineering*, 58: 2153.
161. Hoyer M (2003) A család, mint színtér: az egészségesen működő család és a diszfunkcionális család. *Fejlesztőpedagógia*, 14: 48-51.
162. Hoyer M (2004) Gender és addikció. Egy új megközelítés bemutatása. *Addictologia Hungarica*, 3: 475-497.
163. Hurrelmann K, Richter M (2006) Risk behaviour in adolescence the relationship between developmental and health problems. *J Pub Health*, 14: 20-28.
164. Hutchinson KA-M, Stuart AD, Pretorius HG (2007) Coping with stressors in late adolescence/young adulthood a salutogenic perspective. *Health SA Gesondheid J Interdisci Health Sci*, 12: 37-45.
165. Hutzell RR, Finck WC (1994) Adapting the Life Purpose Questionnaire for use with adolescent populations. *International Forum for Logotherapy*, 17: 42-46.

166. Huurre T, Aro H, Rahkonen O (2003) Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. A follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 249-255.
167. Jackson C, Henriksen L, Foshee VA (1998) The Authoritative Parenting Index. Predicting health-risk behaviors among children and adolescents. *Health Educ Behav*, 25: 321-339.
168. Jeffery RW, Kelly KM, Rothman AJ, Sherwood NE, Boutelle KN (2004) The weight loss experience. A descriptive analysis. *Ann Behav Med*, 27: 100-106.
169. Jessor R. Adolescent development and behavioral health. In: JD Matarazzo, SM Weiss, JA Herd, C Weiss, NE Miller (Eds.) *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley, New York, 1984: 69-90.
170. Jessor R (1987) Problem-Behavior Theory psychosocial development and adolescent problem drinking. *Br J Addiction*, 82: 331-342.
171. Jessor R (1991) Risk behaviors in adolescence. A psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health*, 12: 529-605.
172. Jessor R (1993) Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *Am Psychol*, 48: 117-126.
173. Jessor R, Van Den Bos J (1995) Protective factors in adolescent problem behavior. Moderator effects and developmental change. *Dev Psychol*, 31: 923-941.
174. Jessor R, Turbin MS, Costa FM (1998) Protective factors in adolescent health behaviors. *J Pers Soc Psychol*, 75: 788-800.
175. Jessor R, Costa FM, Turbin T. *Survey of Personal and Social Development*. Institute of Behavioral Science, Colorado University, 2003.
176. Jessor R, Foreword IN, Bonino S, Cattellino E, Ciairano S. *Adolescents and risk behaviors: functions and protective factors*. Springer, New York, 2005.
177. Johnson M (2004) Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *Br J Health Psychol*, 9: 419-432.
178. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. *Monitoring the Future National Survey results on drug use 1975-2005, Volume I, Secondary school students (NIH Publication No 06-5883)*. Bethesda MD National Institute on Drug Abuse, 2006.

179. Kaplan HB (1978) Deviant behavior and self-enhancement in adolescence. *J Youth Adolesc*, 7: 253-277.
180. Kashdan TB, Rose P, Fincham FD (2004) Curiosity and exploration. Facilitating positive subjective experiences and personal growth opportunities. *J Pers Assess*, 82: 291-305.
181. Kashdan TB, Steger MF (2007) Curiosity and pathways to well-being and meaning in life. Traits states and everyday behaviors. *Motiv Emot*, 31: 159-173.
182. Kashdan TB, McKnight PE (2009) Origins of Purpose in Life. Refining our understanding of a life well lived. *Psychol Topics*, 18: 303-316.
183. Kass JD, Friedman R, Lescrman J, Zuttermeister PC, Benson H (1991) Health outcomes and a new index of spiritual experience. *J Sci Stud Relig*, 30: 203-211.
184. Katja R, Päivi AK, Marja-Terttu T, Pekka L, Katja R (2002) Relationships among adolescent subjective well-being health behavior and school satisfaction. *J Sch Health*, 72: 243-249.
185. Kendzor DE, Copeland AL, Stewart TM, Businelle MS, Williamson DA (2007) Weight-related concerns associated with smoking in young children. *Addict Behav*, 32: 598-607.
186. Keresztes N, Pikó B, Pluhar ZsF, Page RM (2008) Social influences in sports activity among adolescents. *J Roy Soc Prom Health*, 128: 21-25.
187. Keresztes N, Piko BF, Gibbons FX, Spielberger CA (2009) Do high and low active adolescents have different prototypes of physically active peers? *Psychol Record*, 59: 39-52.
188. Kiang L, Fuligni AJ (2010) Meaning in life as a mediator of ethnic identity and adjustment among adolescents from Latin Asian and European American backgrounds. *J Youth Adolesc*, 39: 1253-1264.
189. Kim TH, Lee SM, Seungkook K.Y, Puig LA (2005) Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors. *Asia Pac Educ Rev*, 6: 143-152.
190. King LA, Hicks JA, Krull JL, Del Gaiso AK (2006) Positive affect and the experience of meaning in life. *J Pers Soc Psychol*, 90: 176-196.
191. King LA, Hicks JA (2007) Whatever happened to “what might have been”? Regrets happiness and maturity. *Am Psychol*, 62: 625-636.

192. King LA, Hicks JA (2009) The detection and construction of meaning in life events. *J Posit Psychol*, 4: 317-330.
193. King PE, Boyatzis CJ (2004) Exploring adolescent spiritual and religious development current and future theoretical and empirical perspectives. *Appl Dev Sci*. 8: 2- 6.
194. Kingon YS, O`Sullivan AL (2001) The family as a protective asset in adolescent development, *J Holistic Nursing*, 19: 102-121.
195. Kinnier RT, Metha AT, Keim JS, Okey JL (1994) Depression meaninglessness and substance abuse in “normal” and hospitalized adolescents, *J Alc Drug Educ*, 39: 101-111.
196. Kivimäki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JE (2000) Sense of coherence and health. Evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Soc Sci Med*, 50: 583-597.
197. Klinger E. *Meaning and void*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1977.
198. Klinger E. The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications. In: PTP Wong, PS Fry (Eds.) *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical application* Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah NJ, 1998: 27-50.
199. Kohl HW, Hobbs KE (1998) Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101: 549-554.
200. Kolip P, Schmidt B. *Gender and Health in adolescence*. WHO Policy Series Health policy for children and adolescents. Issue 2, 1999.
201. Konkoly Thege B, Martos T (2006) Az életcél-kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 153-169.
202. Konkoly Thege B (2007) Frankl logoterápia és egzisztencia-analízise az egészségpszichológia kontextusában. *Pszichológia*, 27: 261-274.
203. Konkoly Thege B, Martos T (2008) Reliability and validity of the Shortened Hungarian Version of the Existence Scale. *Existenzanalyse*, 25: 70-74.
204. Konkoly Thege B, Martos T, Skrabski Á, Kopp M (2008) A rövidített stressz és megküzdés kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9: 243-261.
205. Konkoly Thege B. *A logoterápia és egzisztencia-analízis egy egészséglélektani vetülete: az élet értelmessége és a dohányzás közti kapcsolat*. Doktori értekezés, 2009.

206. Konkolö Thege B, Bachner YG, Kushnir T, Kopp M (2009a) Relationship between meaning in life and smoking status. Results of a national representative survey. *Addict Behav*, 34: 117-120.
207. Konkolö Thege B, Bachner YG, Martos T, Kushnir T (2009b) Meaning in life. Does it play a role in smoking? *Subst Use Misuse*, 44: 1566-1577.
208. Kopp M, Schwarzer R, Jerusalem M. Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research. *Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin*, 1993.
209. Kopp M, Skrabski Á. *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái.* Corvinus kiadó, Budapest, 1995.
210. Kopp M, Csoboth CST, Réthelyi J (2004) Psycho-social determinants of premature health deterioration in a changing society. The case of Hungary. *J Health Psychol*, 9: 99-109.
211. Kosterman R, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD (2000) The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*, 90: 360-366.
212. Koushede V, Holstein BE (2009) Sense of coherence and medicine use for headache among adolescents. *J Adolesc Health*, 45: 149-155.
213. Kovacsics L, Sebestyén E, Németh Á. Dohányzási szokások, In: Németh Á (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja.* Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2007: 75-80.
214. Kökönyei Gy. *Marihuana-használat egy országosan reprezentatív kutatás tükrében.* In: Kapócs I, Maár M, Szabadka P (szerk.) *Ifjú-Kór 3.* Okker Kiadó, Budapest. 2004: 23-51.
215. Kökönyei Gy, Reinhardt M, Pajkossy P, Kiss B, Demetrovics Z (2008) Characteristics of personal strivings and their relationship with life satisfaction. *Cognit Brain Behav*, 12: 409-433.
216. Krause N (2004) Stressors arising in highly valued roles meaning in life and the physical health status of older adults. *J Gerontol B Psych Sci Soc Sci*, 59: S287-S297.
217. Kristensson P, Öhlund LS (2005) Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scand J Caring Sci*, 19: 77-84.



218. Kristiansen C (1985) Smoking, health behavior, and value priorities. *Addict Behav*, 10: 41-44.
219. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A, Bendtsen P, Godeau E, Demetrovics Zs (in press). Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: Evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*
220. Kuuppelomäki M, Utriainen P (2003) A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking drinking and physical exercise factors *Int J Nursing Stud*, 40: 383-388.
221. Larson RW (2000) Toward a psychology of Positive Youth Development. *Am Psychol*, 55: 170-184.
222. Larsson G, Setterlind S (1990) Work load/work control and health moderating effects of heredity self-image coping and health behavior. *Int J Health Sci*, 2. 79-88.
223. Lau RR, Hartmen KA, Ware JE Jr. (1986) Health as value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychol*, 5: 25-43.
224. Leadbeater BJ, Kuperminc GP, Blatt SJ, Hertzog C (1999) A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Dev Psychol*, 5: 1268-1282.
225. Leffert M, Benson PL, Scales PC, Sharma AR, Drake DR, Blyth DA (1998) Developmental assets measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Appl Dev Sci*, 2: 209-230.
226. Lester D (2001) An inventory to measure Helplessness, Hopelessness, Haplessness. *Psychol Rep*, 89: 495-498.
227. Lester D, Walker RL (2007) Helplessness, hopelessness, and haplessness as predictors of suicidal ideation. *Omega*, 55: 321-324.
228. Levenson H (1974) Activist and powerful others. *J Pers Assess*, 38: 377-383.
229. Linde JA, Rothman AJ, Baldwin AS, Jeffery RW (2006) The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol*, 25: 282-291.
230. Little BR, Salmela-Aro K, Phillips SD. *Personal project pursuit. Goals action and human flourishing*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, 2006.

231. Lonquist LE, Weiss GL, Larsen DL (1992) Health value and gender in predicting health protective behavior. *Women Health*, 19: 69-85.
232. Luszczyńska A, Gibbons FX, Piko BF, Tekozel M (2004a) Self-regulatory cognitions, social comparison and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity. A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey and USA. *Psychol Health*, 19: 577-593.
233. Luszczyńska A, Diehl M, Gutiérrez-Doña B, Kuusinen P, Schwarzer R (2004b) Measuring one component of dispositional self-regulation. Attention control in goal pursuit. *Pers Individ Dif*, 37: 555-566.
234. MacDonald DA (2000) Spirituality description measurement and relation to the five factor model of personality. *J Pers*, 68: 157-197.
235. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H (1996) Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med*, 42, 617-624.
236. Maddi SR. The search for meaning. In: M Page (Ed.) *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln NE University of Nebraska Press, Nebraska, 1970: 137-186.
237. Marcia JE. Identity in adolescence. In: J Adelson (Ed.) *Handbook of adolescent psychology*, 1980: 159-186.
238. Marcia JE (1966) Development and validation of ego identity status. *J Pers Soc Psychol*, 3: 551-558.
239. Marcia JE. The ego identity status approach to ego identity. In: JE Marcia, AS Waterman, DR Matteson, SL Archer, JL Orlofsky (Eds.) *Ego identity. A handbook for psychosocial research*. Springer-Verlag, New York, 1993: 1-21.
240. Markus RH, Kitayama S (1991) Culture and the self. Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychol Rev*, 98: 224-253.
241. Marsiglia FF, Kilis S, Hecht ML (2001) Ethnic labels and ethnic identity as predictors of drug use among middle school students in the southwest. *J Res Adolesc*, 11: 21-48.
242. Martos T, Szabó G, Rózsa S (2006) Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 171-192.
243. Mascaro N, Rosen DH, Morey LC (2004) The development construct validity and clinical utility of the spiritual meaning scale, *Pers Individ Dif*, 37: 845-860.

244. Mascaro N, Rosen DH (2005) Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *J Per*, 73: 985-1013.
245. Mascaro N, Rosen DH (2008) Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. *J Soc Clin Psychol*, 27: 576-599.
246. Masters KS (2007) Religiosity/spirituality and behavioral medicine: Investigations concerning the integration of spirit with body. *J Behav Med*, 30: 287-289.
247. Mathieson A, Koller T. Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents WHO/HBSC. Forum WHO European Office for Investment for Health and Development, 2006.
248. May R. The discovery of being. Norton Company, New York, 1983.
249. McGregor I, Little BR (1998) Personal projects, happiness and meaning on doing well and being yourself,. *J Pers Soc Psychol*, 74: 494-512.
250. McKnight PE, Kashdan TB (2009) Purpose in life as a system that creates and sustains health and well-being. An integrative testable theory. *Rev Gen Psychol*, 13: 242-251.
251. McLean KC, Breen AV (2009) Processes and content of narrative identity development in adolescence gender and well-being. *Dev Psychol*, 45: 702-710.
252. McLean KC, Breen AV, Fournier MA (2010) Constructing the self in early, middle, and late adolescent boys. Narrative identity individuation and well-being. *J Res Adolesc*, 20: 166-187.
253. McSherry WC, Holm JE (1994) Sense of coherence. Its effects on psychological and physiological process prior to during and after a stressful event. *J Clin Psychol*, 50: 476-487.
254. McVey GL, Pepler D, Davis R, Flett GL, Abdolell M (2002) Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *J Early Adolesc*, 22: 76-96.
255. Meier A, Edwards H (1974) Purpose-In-Life test: Age and sex differences. *J Clin Psychol*, 30: 384-386.
256. Menschik D, Ahmed S, Alexander MH, Blum RWm (2008) Adolescent physical activities as predictors of young adult weight. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162: 29-33.

257. Miller L, Davis M, Greenwald S (2000) Religiosity and substance use among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 1190-1197.
258. Miller WR, Thoresen CE (2003) Spirituality, religion, and health. An emerging field. *Am Psychol*, 58: 24-35.
259. Minehan JA, Newcomb MD, Galaif ER (2000) Predictors of adolescent drug use. Cognitive abilities, coping strategies, and purpose in life. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 10: 33-52.
260. Moran S (2009) Purpose: giftedness in intrapersonal intelligence. *High Ability Studies*, 20: 143-159.
261. Morgan J, Farsides T (2009) Measuring meaning in life. *J Happiness Stud*, 10: 197-214.
262. Mulye TP, Park MJ, Nelson CD, Adams SH, Irwin CE, Brindis CD (2009) Trends in adolescent and young adult health in the United States. *J Adolesc Health*, 45: 8-24.
263. Murinkó L. Társadalmi egyenlőtlenségek a fiatalok egészségi állapotában és egészségmagatartásában. In: Pikó B. (Szerk.) Ifjúság káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban. Szakmai forrás sorozat. Elméletek-modellek 3. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005: 86-103.
264. Myrin B, Lagerström M (2006) Health behaviour and sense of coherence among pupils aged 14-15. *Scand J Caring Sci*, 20: 339-346.
265. Myrin B, Lagerström M (2008) Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Pædiatrica*, 97: 805-811.
266. Neumark-Sztainer D, Hannon PJ (2000) Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154: 569-577.
267. Neumark-Sztainer D, Story M, Dixon LB, Murray DM (1998) Adolescents engaging in unhealthy weight control behavior. Are they at risk for other health-compromising behaviors? *Am J Public Health*, 88: 952-955.
268. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M (2006) Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health*, 39: 244-251.

269. Newcomb MD, Harlow LL (1986) Life events and substance use among adolescents mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *J Pers Soc Psychol*, 51: 564-577.
270. Nicholson T, Higgins W, Turner P, James S, Stickle F, Pruitt T (1994) The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse. A retrospective study. *Psychol Addict Behav*, 8: 24-28.
271. Nielsen AM, Hansson K (2007) Associations between adolescents' health stress and sense of coherence. *Stess and Health*, 23: 331-341.
272. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J (1997) Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J Pers Soc Psychol*, 72: 855-862.
273. North TC, McCullagh P, Tran ZV (1990) Effect of exercise on depression. *Exerc Sport Sci Rev*, 18: 379-415.
274. Nurmi JE, Poole M, Seginer R (1995) Tracks and transitions. A comparison of adolescent future oriented goals explorations and commitments in Australia, Israel, and Finland. *Int J Psychol*, 30: 355-375.
275. Nurmi JE (1991) How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Dev Rev*, 11: 1-59.
276. Nystrom AA, Schmitz KH, Perry CL, Lytle LA, Neumark-Sztainer D (2005) The relationship of weight-related perception goals and behaviours with fruits and vegetable consumption in young adolescents. *Prev Med*, 40: 403-408.
277. O'Conner BP, Vallerand RJ (1998) Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychol Aging*, 13: 368-374.
278. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawzer SM (2003) Adolescent resilience a concept analysis, *J Adolesc*, 26: 1-11.
279. Öztekin C, Tezer E (2009) The role of sense of coherence and psychical activity in positive and negative affect of Turkish adolescents. *Adolesc*, 44: 421-432.
280. Padelford B (1974) Relationship between drug involvement and purpose in life. *J Clin Psychol*, 30: 303-305.
281. Pager E (1996) Exploring personal meaning in an age-differentiated Australian sample. Another look at the Sources of Meaning Profile (SOMP). *J Aging Stud*, 10: 117-136.

282. Paksi B, Demetrovics Zs. Illegális droghasználat a serdülőkorúak körében: elterjedtség, okok és a beavatkozás lehetőségei. In: Demetrovics Zs, Urbán R, Kökönyei Gy (szerk.) Iskolai egészségpszichológia. L'Harmattan kiadó, Budapest, 2007: 243-265.
283. Palfai TP, Weafer J (2006) College student drinking and meaning in the pursuit of life goals. *Psychol Addict Behav*, 20: 131-134.
284. Park N, Park M, Peterson C (2010) When is the search for meaning related to life satisfaction? *Appl Psychol: Health and Well-Being*, 2: 1-13.
285. Park CL (2007) Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. *J Behav Med*, 30: 319-328.
286. Patrick DL, Deyo RA (1989) Generic and disease-specific difference measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*, 27: S217-S232.
287. Paxton SJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D (2006) Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Dev Psychol* 42: 888-899.
288. Pesa JA (1998) The association between smoking and unhealthy behaviors among a national sample of Mexican-American adolescents. *J Sch Health*, 68: 376-380.
289. Petruzzello SJ, Landers DM, Hatfield BD, Kubitz KA, Salazar W (1991) A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise outcomes and mechanisms. *Sports Med*, 11: 143-182.
290. Pierce JP, Fakras AJ, Evans N, Gilpin EA (1996) An improved surveillance measure for adolescent smoking? *Tob Contr*, 4: S47-S56.
291. Pietilä AM (1994) Factors associated with life control in young men. *J Adv Nursing*, 20: 491-499.
292. Pikó B, Barabas K, Boda K (1997) Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Public Health*, 7: 243-247.
293. Pikó B. Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében. Osiris Kiadó, Budapest, 2002a.
294. Pikó B. Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002b.
295. Pikó B, Fitzpatrick K (2002) Without protection: substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *J Adolesc Health*, 30: 418-425.

296. Pikó B, Fitzpatrick KM (2003) Depressive symptomatology among Hungarian youth. A risk and protective factors approach. *Am J Orthopsychiatry*, 73: 44-54.
297. Pikó B, Fitzpatrick K (2004) Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addict Behav*, 29: 1095-1107.
298. Pikó B. *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005a.
299. Piko B (2005b) Adolescents' health-related behaviors in the light of their value orientations. *Subst Use Misuse*, 40: 735-742.
300. Piko B, Fitzpatrick KM, Wright DR (2005a) A risk and protective framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14: 95-103.
301. Piko B, Luszczynska A, Gibbons FX, Teközel M (2005b) A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *Eur J Public Health*, 15: 393-398.
302. Piko B, Keresztes N (2006) Physical activity, psychosocial health, and life goals among youth. *J Community Health*, 31: 136-145.
303. Pikó B, Keresztes N (2007) Self-perceived health among early adolescents role of psychosocial factors,. *Pediatr Int*, 49: 577-583.
304. Piko B, Fitzpatrick KM (2007) Socioeconomic status, psychosocial health, and health behaviours among Hungarian adolescents. *Eur J Public Health*, 17: 353-360.
305. Piko B, Keresztes N (2008) Sociodemographic and socioeconomic variations in leisure time physical activity in a sample of Hungarian youth. *Int J Public Health*, 53: 306-310.
306. Piko B, Gibbons FX (2008) Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *Int J Public Health*, 53: 131-138.
307. Piko B, Brassai L (2009) The role of individual and familial protective factors in adolescents' diet control. *J Health Psychol*, 14: 810-819.
308. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE (2003) Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol*, 58: 36-52.
309. Rahe RH, Tolles RL (2002) The Brief Stress and Coping Inventory. A useful stress management instrument. *Int J Stress Manag*, 9: 61-70.

310. Rathi N, Rastogi R (2007) Meaning in life and psychological well-being in pre-adolescents and adolescents. *J Indian Acad Appl Psychol*, 33: 31-38.
311. Rätty LKA, Larsson G, Söderfeldt BA, Larsson BMW (2005) Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender and general self-concept. *J Adolesc Health*, 36: 530e21-530e28.
312. Reich H, Oser F, Scarlett W. Spiritual and religious development, transcendence and transformations of the self. In: KH Reich, FK Oser, WG Scarlett (Eds.) *Psychological studies on spiritual and religious development. Being human (Book). The case of religion. Vol 2*, Scottsdale AZ Pabst Science, 1999: 57-82.
313. Reifman A, Barnes GM, Dintcheff BA, Uhteg L, Farrell MP (2001) Health values buffer social-environmental risk for adolescent alcohol misuse. *Psychol Addict Behav*, 15: 249-251.
314. Reininger BM, Evans AE, Griffin SF, Sanderson M, Vincent ML, Valois RF, Parra-Medina D (2000) Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *Am J Health Behav*, 29: 150-161.
315. Reitz E, Dekovic M, Meijer AM (2005) The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *J Youth Adolesc*, 6: 577-588.
316. Reker GT, Cousins J B (1979) Factor structure construct validity and reliability of the Seeking of Noetic Goals (SONG) and Purpose in Life (PIL). *J Clin Psychol*, 35: 85-91.
317. Reker GT, Peacock EJ (1981) The Life Attitude Profile (LAP). A multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Can J Behav Sci*, 13: 264-273.
318. Reker GT, Peacock EJ, Wong PTP (1987) Meaning and purpose in life and well-being. A life-span perspective. *J Geront*, 42: 44-49.
319. Reker GT, Wong PTP. Aging as an individual process. Toward a theory of personal meaning. In: JE Biden, VL Bengson (Eds.) *Emergent theories of aging*. Springer, New York, 1988: 214-246.
320. Reker GT. *Manual of the Life Attitude Profile-Revised (LAP-R)*. Trent University Peterborough, ON Student Psychologists Press, 1992.



321. Reker GT, Fry PS (2003) Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Pers Individ Dif*, 35: 977-993.
322. Reker GT (2005) Meaning in life of young middle-aged and older adults factorial validity age and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). *Pers Individ Dif*, 38: 71-85.
323. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry JR (1997) Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *J Am Med Assoc*, 278: 823-832.
324. Rew L, Wong YJ (2006) A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*, 38: 433-442.
325. Říčan PR (2004) Spirituality - the story of a concept in the psychology of religion *Archiv für Religionspsychologie*, 26: 135-156.
326. Ritt-Olson A, Miran J, Unger JB., Trinidad D, Teran L, Dent CW, Sussman E (2004) The protective influence of spirituality and health-as-a-value against monthly substance use among adolescents varying in risk. *J Adolesc Health*, 34: 192-199.
327. Rolison MR, Scherman A (2002) Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behavior. *Adolesc*, 37: 585-596.
328. Roos CE, Hayes D (1988) Exercise and psychological well-being in the community. *Am J Epid*, 127: 762-771.
329. Roos EB, Karvonen S, Rahkonen O (2004) Lifestyles social backround and eating patterns of 15-year-old boys and girls in Finland. *J Youth Stud*, 7: 331-349.
330. Rotter JB (1987) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80: 608.
331. Russell A, Saebel J (1997) Mother-son, mother-daughter, father-son, father-daughter. Are they distinct relationships? *Dev Rev*, 17: 111-147.
332. Rutter M (1985) Resilience in the face of adversity. *Br J Psychiatry*, 147: 598-611.
333. Rutter M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*, 57: 316-331.

334. Ryan MR, Deci E (2000) Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation social development and well-being. *Am Psychol*, 55: 68-78.
335. Ryff CD (1989) Happiness is everything or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 57: 1069-1081.
336. Ryff CD, Singer B (1998) The contours of positive human health. *Psychol Inq*, 9: 1-28.
337. Sagy S, Antonovsky H (2000) The development of the sense of coherence. A retrospective study of early life experiences in the family. *Int J Aging Human Dev*, 51: 155-166.
338. Sajtos L, Mitev A. SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv. Alinea Kiadó, 2007.
339. Salbe AD, Weyer C, Harper I (2002) Assessing risk factors for obesity between childhood and adolescence. Energy metabolism and physical activity. *Pediatrics*, 110: 307-314.
340. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC (2000) A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exercise*, 32: 963-975.
341. Sameroff AJ, Bartko WT, Baldwin A, Baldwin C, Seifer R. Family and social influences on the development of child competence. In: M Lewis, C Feiring (Eds.) *Families, risk, and competence*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey. 1998: 161-186.
342. Sayles ML (1994) Adolescents' purpose in life and engagement in risky behaviors. Differences by gender and ethnicity. *Dissertation Abstracts International-A*, 55: 2727.
343. Scal P, Ireland M, Borowsky IW (2003) Smoking among American adolescents: a risk and protective factor analysis. *J Community Health*, 28: 79-86.
344. Scheidt P, Overpeck M, Wyatt W, Aszmann A. Adolescents` general health and well-being. In: Currie et al *Health and Health behaviour among youth people*. Who Policy Series Health Policy for children and adolescents Issues 1, Denmark, 2000: 24-38.
345. Schulenberg JE, Maggs JL, Hurrelmann K. (Eds.) *Health risks and developmental transitions during adolescence*. Cambridge University Press, New York, 1997.
346. Schulenberg JE, Maggs JL (2002) A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *J Stud Alc*, 14: S54-S70.

347. Schulenberg SE (2004) A psychometric investigation of logotherapy measures and the Outcome Questionnaire (OQ-452). *N Am J Psychol*, 6: 477-492.
348. Schulenberg SE, Gohm CL. An exploratory factor analysis of the Seeking of Neotic Goals test (SONG). In: A Batthyany, J Levenson (Eds.) *Existential psychotherapy of meaning. A handbook of logotherapy and existential analysis*. Phoenix AZ Zeig Tucker Theisen, 2008: 505-513.
349. Schwarzer R, Jerusalem M (1995) Generalized self-efficacy scale. In: J Weinman, S Wright, M Johnston (Eds.) *Measures in health psychology a user's portfolio causal and control beliefs*. Nfer-Nelson, Windsor, United Kingdom, 1995: 35-37.
350. Schwarzer R (1999) Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism goals and threats. *J Health Psychol*, 4: 115-127.
351. Schwarzer R, Schüz B, Ziegelmann JP, Lippke S, Luszczynska A, Scholz U (2007) Adoption and maintenance of four health behaviors Theory-guided longitudinal studies on dental flossing seat belt use dietary behavior and physical activity. *Ann Behav Med*, 33: 156-166.
352. Seybold KS (2007) Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *J Behav Med*, 30: 303-309.
353. Shapiro R, Siegel AW, Scovill L, Hays J (1998) Risk-taking patterns of female adolescents what they do and way? *J Adolesc*, 21: 143-159.
354. Shedler J, Block J (1990) Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *Am Psychol*, 45: 612-630.
355. Shek DT (1992) Meaning in life and psychological well-being. An empirical study using the Chinese version of the Purpose in Life questionnaire. *J Genetic Psychol*, 153: 185-200.
356. Shek DT (1993) Measurement of pessimism in Chinese adolescents. The Chinese Hopelessness Scale. *Soc Behav Pers*, 21: 107-119.
357. Shek DT, Ma HK, Cheung PC (1994): Meaning in life and adolescent antisocial and prosocial behavior in a Chinese context. *Psychol: Int J Psychol Orient*, 37: 211-218.
358. Shek DT (1998) Adolescent positive mental health and psychological symptoms. A longitudinal study in a Chinese context. *Psychol: Int J Psychol Orient*, 41: 217-225.

359. Shek DT (2001) Meaning in life and sense of mastery in Chinese adolescents with economic disadvantage. *Psychol Rep*, 88: 711-712.
360. Sheldon KM, Kasser T (1995) Coherence and congruence. Two aspects of personality integration. *J Pers Soc Psychol*, 68: 531-543.
361. Sherwood NE, Neumark-Stanier D (2001) Internalization of the sociocultural ideal weight-related attitudes and dieting behaviors among young adolescent girls. *Am J Health Promot*, 15: 228-231.
362. Siahpush M, Spittal M, Singh GK (2008) Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health physical health and the presence of limiting long-term health conditions. *Am J Health Promot*, 23: 18-26.
363. Silbereisen RK, Noack P. On the constructive role of problem behaviour in adolescence. In: N Bolger, A Caspi, G Downey, M Moorehouse (Eds.) *Persons in context developmental processes*. Cambridge University Press, Cambridge, 1988: 152-180.
364. Simantov E, Schoen C, Klein J (2000) Health-compromising behavior why do adolescents smoke and drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Ach Pediatrics Adolesc Med*, 154: 1025-1033.
365. Simon-Morton B, Haynie DL, Crump AD, Eitel P, Saylor KE (2001) Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Educ Behav*, 28: 95-107.
366. Simonsson B, Nilsson KW, Leppert J, Diwan VK (2008) Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden a cross-sectional school survey. *BioPsychoSoc Med*, 2: 3-12.
367. Sink CA, van Keppel J, Purcell M (1998) Reliability estimates of the Purpose in Life and Seeking of Noetic Goals tests with rural and metropolitan area adolescents. *Percept Mot Skills*, 86: 362
368. Sirgy JM, Wu J (2009) The pleasant life the engaged life and the meaningful life what about the balanced life? *J Happiness Stud*, 10: 183-196.
369. Skrabski A, Kopp M, Rózsa S, Réthely J, Rahe RH (2005) Life meaning. An important correlate of health in the Hungarian population. *Int J Behav Med*, 12: 78-85.

370. Skrabski A, Kopp M, Rózsa S, Réthelyi J: A koherencia, az élet értelme, mint az életminőség fontos dimenziója, In: Kopp M, Kovács M. (szerk.) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis kiadó, 2006: 146-155.
371. Slife BD, Hope C, Nebeker SR (1999) Examining the relationship between religious spirituality and psychological science. *J Humanistic Psychol*, 39: 51-85.
372. Snyder CR (2002) Hope theory. Rainbows in the mind. *Psychol Inq*, 13: 249-275.
373. Sollerhed AC, Ejlertsson G, Aritzsche E (2005) Predictors of strong sense of coherence and positive attitudes to physical education in adolescents. *Scand J Public Health*, 33: 334-342.
374. Spilberg H (1964) On the "I-Am-Me" experience in childhood and adolescence. *Rev Existential Psychol Psychiatr*, 4: 3-21.
375. Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M (2001) Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res*, 50: 77-86.
376. Starck P L (1983) Patients' perceptions of the meaning of suffering. *The International Forum for Logotherapy*, 6: 110-116.
377. Steger MF, Frazier P (2005) Meaning in life. One link in the chain from religion to wellbeing. *J Counsel Psychol*, 52: 574-582.
378. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M (2006) The Meaning in Life Questionnaire. Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Counsel Psychol*, 53: 80-93.
379. Steger MF, Kashdan T (2007) Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *J Happiness Stud*, 8: 161-179.
380. Steger MF (2007) Structural validity of LifeRegard Index. *Meas Eval Counsel Dev*, 40: 97-109.
381. Steger MF, Kashdan TB, Oishi S (2008a) Being good by doing good. Daily eudaimonic activity and well-being. *J Res Pers*, 42: 22-42.
382. Steger MF, Kashdan TB, Sullivan BA, Lorentz D (2008b) Understanding the search for meaning in life. Personality cognitive style and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *J Pers*, 28: 199-228.

383. Steger MF, Kawabata Y, Shimai S, Otake K (2008c) The meaningful life in Japan and the United States. Levels and correlates of meaning in life. *J Res Pers*, 42: 660-678.
384. Steger MF. Meaning in life. In: SJ Lopez (Ed.) *Handbook of positive psychology*. (2nd Ed). Oxford University Press, Oxford UK, 2009: 679-687.
385. Steger MF Oishi S Kashdan TB (2009a) Meaning in life across the life span. Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *J Posit Psychol*, 4: 43-52.
386. Steger MF, Mann JM, Michels P, Cooper TC (2009b) Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *J Psychos Res*, 67: 353-358.
387. Steger MF, Oishi S, Kesebir S (megjelenés alatt a) Is a life without meaning satisfying? The moderating role of the search for meaning in satisfaction with life judgments. *J Posit Psychol*
388. Steger MF, Bundick MJ, Yeager D (megjelenés alatt b) Understanding and promoting meaning in life during adolescence. In: RJR Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence*.
389. Steger MF (megjelenés alatt c) Experiencing meaning in life optimal functioning at the nexus of well-being psychopathology and spirituality. In: PTP Wong (Ed.) *The human quest for meaning*. (2nd Ed) Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah NJ.
390. Strathman A, Gleicher F, Boninger DS, Edwards CS (1994) The reconsideration of future consequences. Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *J Pers Soc Psychol*, 66: 742-752.
391. Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M (2001) Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychos Res*, 50: 77-86.
392. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M (2006) A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 247-255.

393. Székely M, Barna I. Túlélőkészlet az SPSS-hez. Typotex Elektronikus Kiadó Kft. 2005.
394. Tashman NA, Weist MD, Nabors LA, Shafer ME (1998) Involvement in meaningful activities and self-reported aggression and delinquency among inner-city teenagers. *J Clin Psychol Med Settings*, 5: 239-248.
395. Taylor SJ, Ebersole P (1993) Young children's meaning in life. *Psychol Rep*, 73: 1099-1104.
396. Teichann M, Murdvee M, Saks K (2006) Spiritual needs and quality of life in Estonia. *Soc Indicators Res*, 76: 147-163.
397. Thoresen CE, Harris AHS (2002) Spirituality and health. What's the evidence and what's needed? *Ann Behav Med*, 24: 3-13.
398. Tice DM, Bratslavsky E (2000) Giving in to feel good. The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychol Inq*, 11: 149-159.
399. Torres R, Fernandez F, Maceira D (1995) Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolesc*, 30: 403-412.
400. Torsheim T, Aaroe LE, Wold B (2001) Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence interactive indirect or direct relationships? *Soc Sci Med*, 53: 603-614.
401. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*, 344: 1343-1350.
402. Turbin MS, Jessor R, Costa FM (2000) Adolescent cigarette smoking: Health-related behavior normative transgression. *Prev Sci*, 1: 115-124.
403. Turbin MS, Jessor R, Costa FM, Doing Q, Zhang H, Wang C (2006) Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? *Health Psychol*, 25: 445-454.
404. Turner RJ, Marino F (1994) Social support and social structure. *J Health Soc Behav*, 35: 193-212.
405. Twisk JWR, Kemper HCG, van Mechelen W (2002) Prediction of cardiovascular disease risk factors later in life by physical activity and physical fitness in youth general comments and conclusions. *Int J Sports Med*, 23: S44-S50.

406. Unger JB, Ritt-Olson A, Teran L, Huang T, Hoffman BR, Palmer P (2002) Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addict Res Theory*, 3: 257-279.
407. Unger JB, Reynolds K, Shakib S, Spruijt-Metz D, Sun P, Johnson CA (2004) Acculturation physical activity and fast-food consumption among Asian-American and Hispanic adolescents. *J Community Health*, 29: 467-481.
408. Urbán R. A dohányzás egészségpszichológiája. Nyitott Könyv Kiadó, Budapest, 2007.
409. Urban R, Kökönyi Gy, Demetrovics Zs (2008) Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addict Behav*, 33: 1344-1352.
410. Urban R (2010) Early smoking experience in adolescents. *Addict Behav*, 35: 612-615.
411. Valois RF, Zullik KJ, Heubner SE, Drane WJ (2003) Dieting behaviors weight perceptions and life satisfaction among public high school adolescents. *Eat Disord*, 11: 271-288.
412. Van Dierendonck D (2005) The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Pers Individ Dif*, 36: 629-643.
413. Van Dyke C, Elias M J (2007) How forgiveness purpose and religiosity are related to the mental health and well-being of youth. A review of the literature. *Ment Health Relig Cult*, 10: 395-415.
414. Van Kaam A (1969) Existential crisis and human development. *J Humanistic Psychol*, 7: 63-74
415. Van Ranst N, Marcoen A (1997) Meaning in life of young and elderly adults. An examination of the factorial validity and invariance of the Life Regard Index. *Pers Ind Diff*, 22: 877-884.
416. Vazsonyi AT (2004) Parent-adolescent relations and problem behaviors Hungary the Netherlands Switzerland and the United States. *Marriage Fam Rev*, 35: 161-187.
417. Vegar R (2009) Factors predicting changes in physical activity through adolescence; The Young-hunt Study. *Norw Med Sci Sports Exerc*, 41: 178-179.



418. Verhulst FC ,Van der Ende J (1992) Agreement between parents' and adolescents' self-reports of problem behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 56: 1011-1023.
419. Vilhjalmsson R, Thorlindsson T (1998) Factor related to physical activity study of adolescents. *Soci Sci Med*, 47: 665-675.
420. Ville I, Khlal M (2007) Meaning and coherence of self and health. An approach based on narratives of life events. *Soc Sci Med*, 64: 1001-1014.
421. Von Bothmer MIK, Fridlund B (2003) Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scand J Caring Sci*, 17: 347-357.
422. Waisberg JL, Porter JE (1994) Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *Br J Clin Psychol*, 33: 49-63.
423. Wallace JMJr, Muroff JR, (2002) Preventing substance abuse among African American children and youth. Race differences in risk factor exposure and vulnerability. *J Primary Prev*, 22: 235-261.
424. Waterman AS (1993) Two conceptions of happiness. Contrast of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *J Pers Soc Psychol*, 64: 678-691.
425. Weitzel MH (1989) A test of the health promotion model for blue-collar workers. *Nursing Res*, 38: 99-104.
426. Weisskopf-Joelson E. Meaning as an integrating factor. In C Buehler, F Massaric (Eds.) *The course of human life*. Springer, New York, 1968: 92-102.
427. Wheeler R, Munz D, Jain A (1990) Life goals and general well-being. *Psychol Rep*, 66: 307-312.
428. Wickman ME, Anderson NLR, Greenberg CM (2008) The adolescent perception of invincibility and its influence on teen acceptance of health promotion strategies. *J Pediatr Nursing*, 23: 460-468.
429. Wills E (2009) Spirituality and subjective well-being: evidences for a new domain in the personal well-being index. *J Happiness Stud*, 10: 49-69.
430. Wills TA, Walker C, Mendoza C, Ainette MG (2006) Behavioral and emotional self-control relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychol Addict Behav*, 20: 265-278.
431. Wolf Y, Olenick-Shemsesh D, Addad M, Green D, Walters J (1995) Personal and situational factors in drug use as perceived by kibbutz youth. *Adolesc*, 30: 909-930.

432. Wong PT. Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. In: PTP Wong, PS Fry (Eds.) *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, New Jersey, 1998: 111-140.
433. Wong PT. (2010) Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *J Contemporary Psychother*, 40: 85-93.
434. Wong W-h (2008) Meaningfulness and identities. *Ethic Theory Moral Prac*, 11: 123-148.
435. Wright D, Sathe N, Spagnola K (2007) State estimates of substance use from the 2004-2005 National Surveys on Drug Use and Health (DHHS Publication No SMA 07-4235 NSDUH Series H-31). Rockville MD Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies.
436. Wu AD, Zumbo BD (2008) Understanding and using mediators and moderators. *Soc Ind Res*, 87: 367-392.
437. Wurtele SK, Britcher JC, Saslawsky DA (1985) Relationship between locus of control health value and preventive health behavior among women. *J Res Pers*, 19: 271-278.
438. Yeager DS, Bundick MJ (2009) The role of purposeful work goals in promoting meaning in life and in schoolwork during adolescence. *J Adolesc Res*, 24: 423-452.
439. Zabinski MF, Daly T, Norman GJ, Rupp JW, Calfas KJ, Sallis JF, Patrick K (2006) Psychosocial correlates of fruit vegetable and dietary fat intake among adolescent boys and girls. *J Am Dietetic Assoc*, 106: 814-821.
440. Zika S, Chamberlain K (1992) On the relation of the meaning in life and psychological well-being. *Br J Psychol*, 83: 133-145.
441. Zweig JM, Lindberg LD, McGinley KA (2001) Adolescent health risk profiles: the co-occurrence of health risks among females and males. *J Youth Adolesc*, 30: 707-728.

## ***10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE***

A disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

Brassai L, Piko B, Steger MF (2011) Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *Int J Behav Med*, 18: 44-51.

Brassai L, Pikó B (2011) Az élet értelmességére irányuló keresés és a proszocialitás, mint a serdülőkori szerfogyasztással szembeni védőfaktorok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12: 17-34.

Brassai L, Pikó B. (2010) Egzisztenciális/spirituális attitűdök jelentősége a serdülők egészségprevenzív és rizikómagatartásában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65: 597-611.

Brassai L. Válasz a kockázati társadalomra: az élet értelmességébe vetett hit. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy, 2010.

Piko B, Brassai L (2009) The role of individual and familial protective factors in adolescents' diet control. *J Health Psychol*, 14: 810-819.

Brassai L, Piko BF. The role of parent-adolescent connection in child welfare: A study of high school students in Transylvania, Romania. In: SJ Quintero (Ed.) *Child welfare issues and perspectives*. Nova Publisher, 2009: 55-76.

Brassai L, Pikó B (2008) Egyéni és családi pszichológiai tényezők szerepe a serdülők testmozgásának rendszerességében. *Alkalmazott Pszichológia*, 10: 5-20.

Brassai L (2008) Az egészségtudatos magatartás nem-specifikus befolyásoltsága serdülőkorban. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 9: 237-255.

Brassai L, Pikó B (2008) Fókuszban az egészséges táplálkozás: erdélyi középiskolások étkezési szokásai. *Egészségfejlesztés*, 49: 10-15.

Brassai L, Pikó B (2008) Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9: 165-181.

Piko B, Brassai L (2007) Values and health-related behaviour. A comparison of youth in Hungary and Transylvania. *Eur J Mental Health*, 2: 171-181.

Brassai L, Pikó B (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8: 211-227.

Brassai L, Pikó B, Keresztes N, Unger J (2007) Az egészségmagatartás és problémaviselkedés egyes kulturális szempontjai. *Alkalmazott Pszichológia*, 9: 31-45.

Brassai L, Pikó B, Keresztes N, Unger J (2006) Kulturális értékek kultúraközi vizsgálata egyetemisták körében. *Pszichológia*, 26: 265-274.

Brassai L. Erdélyi fiatalok társadalmi hangulata, egészségmagatartása. In: Pikó B (Szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 2005: 152-167.

Brassai L, Pikó B (2005) Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addictologia Hungarica*, 4: 7-28.

Brassai L, Pikó B (2005) Szociodemográfiai, egyéni és viselkedési változók hatása a serdülőkori szerfogyasztásra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6: 77-93.

A disszertációtól független közlemények:

Brassai L. Személyiségfejlesztés az iskolában. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy, 2003.

Brassai L. Tanácsadás és pályairányítás – tanári kézikönyv. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy, 2001.

Brassai L. Testünk nyelve – lelkünk képei. T3 Kiadó, Sepsiszentgyörgy, 2000.

## ***11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS***

Az értekezés alapját jelentő kutatási eredmények több év munkájának a termékei, amely idő alatt az elmélyülés a munkában együtt járt a szeretteimre, ismerőseimre, kollégáimra irányuló lelki figyelmem minőségének a csökkenésével. Köszönöm nekik a fenntartás nélküli elfogadást.

A jelen munkát Dr. Szőnyi Magda és Dr. Pikó Bettina szakmai szellemisége alapozza meg. Személyes példájuk olyan horizontként szolgált, amelyhez elköteleződésemet személyiségem legvégsőbb határáig kellett fokoznom. Köszönöm nekik az éveken átívelő tanítást.

Külön köszönöm Dr. Pikó Bettinának töretlen elköteleződését munkám iránt, és szívemből kívánom pályatársaimnak, hogy megtapasztalhassák Őhöz fogható tanító teremtő szeretetét.

Köszönöm a SE, Magatartástudományi Intézet egykori és jelen vezetőjének, Dr. Kopp Máriának és Dr. Túry Ferencnek, valamint munkaközösségüknek, hogy évekig bizalmat előlegeztek munkámnak, és lehetővé tették a hozzáférést erőforrásaikhoz. Hasonlóképpen köszönettel tartozom mindazoknak, akik munkájukkal hozzájárultak a szakirodalom eléréséhez: az MTA Pszichológia Kutatóintézete könyvtárosainak, Gerő Ágnesnek és Gálné Kukovecz Évának, valamint Dr. Séra Lászlónak.

Valamennyi tanulmány adatainak begyűjtésében és számítógépes rögzítésében nagy segítségemre voltak a Kovászna Megyei Pszichológiai Hálózat munkatársai, kiemelten közvetlen munkatársam, Mánya Tímea pszichológus. Köszönöm nekik a segítséget!