



Békés megyei Ifjúságkutatás 2004–2014

Egészségmagatartás, pszichikai egészség, értékpreferenciák

Prof. Dr. Pikó Bettina,¹ Tarkóné Strifler Anita,² Sinyiné Nagy Éva,²
Almásiné Hegedűs Ildikó,² Nagyné Dr. Klembucz Erzsébet³

¹Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet

²Békés Megyei Kormányhivatal, Népegészségügyi Főosztály, Közegészségügyi Osztály

³Békés Megyei Kormányhivatal, Népegészségügyi Főosztály, Egészségfejlesztési Osztály

Bevezetés

A serdülőkor olyan életszakasz, amikor a halálzási adatok viszonylag kedvezőek, azonban számos olyan biológiai és pszichoszociális változás megy végbe, melynek hatására a fiatalok pszichikai egészsége sok tekintetben veszélyeztetett (1). Az egyik indikátor, mely jól jellemzi a fiatalok pszichikai egészségét, a különböző *pszichoszomatikus tünetek gyakorisága*, melyek részben a biológiai-hormonális változásoknak, részben pedig annak köszönhetőek, hogy ebben az időszakban megnő a hajlam az önmonitorozásra, azaz a test és a lélek jelzéseire való fokozott odafigyelésre (2). Különösen a lányok számolnak be gyakori tünetekről (3). A fiataloknál leggyakrabban *alvászavarok, hát- és derékfájás, kimerültség és fejfájás* jelentkezik, mely egészségük önértékelésére és életminőségükre is kihat (3–5).

A pszichoszomatikus tünetképzéshez hasonlóan a pszichikai egészség fontos indikátora a *depressziós tünetegyüttes* – mely nem feltétlenül klinikai depressziót, inkább egyfajta hangulati labilitást és sérülékenységet jelent –, s mely serdülőkorban szintén emelkedő tendenciát mutat, párhuzamosan a lányok nagyobb tünetgyakoriságával (6,7). Emellett a *szubjektív jól-lét*, és ennek egyik fontos eleme, az *élettel való elégedettség* nemcsak a fiatalok életminősége, hanem pszichikai egészsége szempontjából is nagy jelentőségű mutató (8). Az életminőség szempontjából az is lényeges, hogy milyen célok, törekvé-

sek jellemzik a fiatalokat ebben az életkorban; nem mindegy, milyen értékeket preferálnak, hiszen a belső értékek hosszú távon megalapozhatják pszichikai egészségüket, míg a külső értékek, pl. az anyagiak túlértékelése sokszor depresszióhoz, szorongáshoz vezethet (9).

A pszichikai egészség egyik fontos területe az *egészségmagatartás*, a *káros szenvedélyek gyakorisága*, illetve az *egészségvédő magatartásokban való részvétel*, mint az *étkezésre való odafigyelés* vagy a *rendszeres fizikai aktivitás*. A serdülőkor azért is jelent változást az egészségmagatartás terén, mert a fiatalok önállósága megnő, és magatartási döntéseiket jórészt önállóan hozzák meg (10). Ez megmutatkozik abban, hogy egyre nagyobb mértékben próbálják ki a felnőttéget szimbolizáló szereket (cigaretta, alkohol, drogok), de abban is, hogy pl. az étkezésükről is maguk kezdenek el gondoskodni. A változások többnyire nem pozitív irányúak, hiszen pl. a sportolást is sokan abbahagyják, erre utal a kor függvényében csökkenő részvétel (11).

Az imént említett pszichikai egészségmutatók alkalmassak arra, hogy a serdülőkorú populáció egészségi állapotát és életminőségét nyomon kövessük. Kutatócsoportunk 2004-ben – a *Dél-alföldi Ifjúságkutatás* részeként – Békés megyei középiskolások körében végzett vizsgálatot (12,13), majd a lehetséges tendenciák megállapítása végett a kutatást 2014-ben megismételtük. Természetesen tíz év nem elegendő arra, hogy messzemenő, pl. generációkat

LEVELEZÉSI CÍM:

Prof. Dr. Pikó Bettina, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet. Postacím: 6722 Szeged, Szentháromság u. 5. Telefon: +36-62-420-530. E-mail: bettinapiko@nepsy.szote.u-szeged.hu





érintő következtetéseket vonhassunk le, azonban kétségkívül kijelöli azokat az irányokat, melyek az iskolákban folyó egészségfejlesztési programok számára hasznosak lehetnek. Jelen tanulmányban ezért megvizsgáltuk, milyen változások történtek a fiatalok egészségmagatartásában, pszichikai egészségében, értékrendjében, illetve hogy a kor és a nem szerepet játszik-e bizonyos változók alakulásában.

Minta és módszer

A *Dél-alföldi Ifjúságkutatás 2004* (N = 1114) célja az volt, hogy a középiskolás populáció egészségi állapotának pszichoszociális összefüggéseit elemezze Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megyékben. A rétegzett mintavétel során kiválasztottuk a városokat és az iskolákat, ezt követően a véletlenszerű kiválasztás alapegységei az osztályok voltak. Az adatgyűjtés a megyei ÁNTSZ-ek segítségével történt. A Békés megyei vizsgálatban résztvevő 400 diák közül 184 fiú (46%) és 216 (54%) lány volt, akik a középiskola 1–5. osztályába jártak. A tanulók életkorának átlaga 16,6 volt (szórás: 1,4 év). Az adatgyűjtésre 2004 első félévében került sor.

A *Békés megyei Ifjúságkutatás 2014* vizsgálatra a tavalyi év első félévében került sor, hasonló mintavételi módszertannal, a *Békés Megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum* támogatásával. A vizsgálatban összesen 677 tanuló vett részt (n = 292, 43,3% fiú és n = 383, 56,7% lány, életkoruk átlaga 16,4, szórás: 1,5 év).

Az önkitöltéses kérdőív a szociodemográfiai adatokon (pl. kor, nem, iskolai teljesítmény, társadalmi helyzet/önbesorolás) túl kiterjedt a fiatalok pszichikai egészségére (egészségmagatartás, pszichoszomatikus tünetképzés, depressziós tünetegyüttes, az étellel való elégedettség), az egészség önértékelésére és az értékpreferenciákra is.

Az egészségi állapot önminősítését a következő kérdéssel vizsgáltuk: „Milyenek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A megkérdezetteknek négyfokú skálán kellett értékelniük egészségi/edzetségi állapotukat: 1 = rossz, 2 = megfelelő/elfogadható, 3 = jó, 4 = kitűnő/kiváló (14). A kérdőív tartalmazta az ebben az életkorban leggyakoribb pszichoszomatikus tüneteket (15): idegességből eredő fejfájás, hát- és derékfájás, alvási problémák, kimerültség/gyengeség, gyomorégés vagy gyomorfájás, idegességből eredő hasmenés, túl gyors, szabálytalan szívdobogás (*palpitáció*). A tünetek előfordulása szerint négy kategóriát különböztettünk meg: 4 = gyakran, 3 = időnként, 2 = ritkán, 1 = soha. Az adott válaszokhoz értéket rendelve, majd ezeket összeadva egy indexet készítettünk, melyen a minimális érték 7, a maximális érték pedig 28 volt.

A depressziós tünetegyüttest a korábbiakhoz hasonlóan a rövidített *CDI (Gyermekdepresszió) skálával* mér-

tük (14,16). A skála összesen nyolc kérdést tartalmazott, mindegyik a depresszió 1–1 tünetét jellemezte három válaszkategóriával (0–1–2). Itt is az összesített skálapon-tok átlagértékeit vettük alapul.

Egészségmagatartásként három szerfogyasztás (dohányzás, alkohol- és marihuána-fogyasztás élet- és háromhavi prevalenciája) mellett a fizikai aktivitást és az étkezésre való odafigyelést vizsgáltuk (17). Az étellel való elégedettséget a *The Satisfaction With Life Scale* (18) segítségével mértük, mely egy igen elterjedt mérő-módszer magyar serdülők körében is. Öt állítást tartalmaz (pl. „Eddig megkaptam az élettől, amit akartam”), melyeket hétfokozatú skálán kellett értékelni.

Végül az ún. *Aspirációs index* 7 értéket tartalmazott (19): önelfogadás/Szelf (4 item, pl. „Saját magad fogod irányítani az életedet”), csoporthoz való tartozás/társas kapcsolatok fontossága (5 item, pl. „Lesznek jó barátaid, akikre számíthatsz”), közösségi érzés/segítés (5 item, pl. „Segíteni fogsz másoknak, hogy jobb legyen az életük”), fizikai egészség (4 item, pl. „Testileg egészséges leszel”), anyagi sikerek (4 item, pl. „Anyagilag sikeres leszel”), társadalmi presztízs (5 item, pl. „Valamit elérsz majd, ami elismertséget hoz”), divat/külső megjelenés (5 item, pl. „Lépést tartasz a divattal”). A megkérdezetteknek az értékorientációs módokhoz tartozó állításokat egy ötfokozatú skálán kellett értékelniük (1 = „egyáltalán nem fontos” – 5 = „nagyon fontos”).

Eredmények

Az egészségmagatartási változók közül a dohányzás gyakoriságában csökkenő tendencia figyelhető meg: míg 2004-ben a középiskolások Békés megyei mintájában 29,8% soha nem próbálta ki a cigarettát, ez az arány 2014-ben 43,2%. A napi rendszerességgel dohányzók aránya 33,9%-ról 21,4%-ra csökkent (K χ^2 -próbával $p < 0,001$). Az alkoholfogyasztás terén is némi csökkenés figyelhető meg (K χ^2 -próbával $p < 0,05$), mely azonban jóval kisebb mértékű, mint a dohányzás esetében. 2004-ben a fiatalok 12%-a, 2014-ben 13,1%-a egyáltalán nem fogyasztott alkoholt, ezzel szemben 2004-ben 16,5%-uk, 2014-ben pedig 13,9%-uk heti rendszerességgel ivott. A drogfogyasztás terén nem volt jelentős változás (K χ^2 -próbával $p > 0,05$), az életprevalencia aránya 19% (2004) és 17,6% (2014).

Az 1. táblázatban a Békés megyei fiatalok mintájában előforduló egészségmagatartási tényezők százalékos arányait láthatjuk 2004-ben és 2014-ben. A szerfogyasztás jelenlegi prevalenciáját (gyakoriságok nélkül) tekintve egyedül a dohányzás terén igazolható csökkenés, az alkohol- és drogfogyasztás előfordulásában inkább stagnálás állapítható meg. A sportolásban szintén nem igazolható változás, azonban 2014-ben jóval többen állították, hogy



1. táblázat

**A Békés megyei fiatalok mintájában előforduló egészségmagatartási tényezők
2004-ben és 2014-ben (%)**

	2004 (N = 400)	2014 (N = 677)
Dohányzás (jelenleg)		
Nem	50,1	64,2
Igen	49,9	35,8
Khi ² -próba	p = 0,000	
Alkoholfogyasztás (jelenleg)		
Nem	36,3	32,1
Igen	63,7	67,9
Khi ² -próba	p = 0,161	
Drogfogyasztás (jelenleg)		
Nem	92,5	90,8
Igen	7,5	9,2
Khi ² -próba	p = 0,269	
Étkezésre való odafigyelés		
Egyáltalán nem	20,7	12,2
Egy kissé	19,9	23,5
Időnként	30,5	33,6
Legtöbbször	20,4	21,0
Mindig	8,6	9,8
Khi ² -próba	p = 0,006	
Fizikai aktivitás		
Soha	4,0	5,2
Ritkán	16,5	15,7
Havi 2–3 alkalommal	9,5	10,7
Hetente 1–2 alkalommal	27,6	29,7
Ennél többször	42,4	38,8
Khi ² -próba	p = 0,669	

odafigyelnek étkezési szokásaikra, és igyekeznek egészséges ételeket fogyasztani.

A 2. táblázatban a szerfogyasztási előfordulást nemenkénti bontásban láthatjuk. Az adatok azt mutatják, hogy míg 2004-ben csak a drogfogyasztásban volt eltérés nemenként, addig 2014-ben a dohányzásban is, azaz a lányok körében a dohányzás nagyobb mértékben csökkent, mint a fiúk körében.

A 3. táblázatban láthatjuk a mentális egészség-mutatók skálapontjainak átlagértékeit. Egyik skála pontértékében sem volt jelentős eltérés ($p > 0,05$), tehát megközelítőleg ugyanolyan mértékben elégedettek a fiatalok az életükkel 2014-ben, mint 2004-ben, nem számoltak be több depressziós, valamint pszichoszomatikus tünetről sem.

A 4. táblázat mutatja a pszichikai egészségre jellemző skálapontok átlagértékeit nemenkénti bontásban.

2. táblázat

**A Békés megyei fiatalok mintájában előforduló szerfogyasztás nemenként
2004-ben és 2014-ben (%)**

	2004 (N = 400)		2014 (N = 677)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
Dohányzás (jelenleg)				
Nem	51,4	49,1	58,8	68,0
Igen	48,6	50,9	41,2	32,0
Khi ² -próba	p = 0,688		p = 0,017	
Alkoholfogyasztás (jelenleg)				
Nem	32,2	39,8	30,3	33,1
Igen	67,8	60,2	69,7	66,9
Khi ² -próba	p = 0,119		p = 0,504	
Drogfogyasztás (jelenleg)				
Nem	88,5	95,8	86,6	94,0
Igen	11,5	4,2	13,4	6,0
Khi ² -próba	p = 0,007		p = 0,001	

Valamennyi értékben igazolható eltérés: a lányok több pszichoszomatikus és depressziós tünetet említettek ($p < 0,001$), viszont a fiúk elégedettebbek az életükkel ($p < 0,05$).

Ezt követően megnéztük, hogy az élettel való elégedettséget mely tényezők határozzák meg leginkább. Ehhez többváltozós regresszióelemzést végeztünk (5. táblázat). Az elemzésből az derült ki, hogy azok elégedettebbek az életükkel, akikre kevésbé jellemző a depressziós és pszichoszomatikus tünetképzés, nem dohányoznak, viszont sportolnak, odafigyelnek a táplálkozásukra, jól tanulnak, valamint magukat magasabb társadalmi osztályba sorol-

ták be. Nem függ az élettel való elégedettség a nemtől, és nem befolyásolja sem az alkohol-, sem pedig a drogfogyasztás.

Az 1. ábra szemlélteti az egyes pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát. Egyik tünet sem mutatott jelentős változást az évek függvényében. Az alvászavarok kivételével inkább csökkenő tendencia érvényesült. Leggyakoribb tünetnek a kimerültség, a hát- és derékfájás, valamint a fejfájás bizonyult.

A 2. ábra a teljes mintában mutatja be a tünetek nemenkénti eltéréseit. Valamennyi tünet a lányok körében volt gyakoribb, különösen igaz ez a fejfájásra.

3. táblázat

**A Békés megyei fiatalok mintájában mért mentális egészség-skálák (átlag, szórás)
2004-ben és 2014-ben**

	2004 (N = 400)	2014 (N = 677)
Pszichoszomatikus Index	14,0 (4,2)	13,8 (3,9)
Kétmintás t-próba	p = 0,394	
Élettel való elégedettség skála	23,9 (6,1)	23,9 (5,9)
Kétmintás t-próba	p = 0,908	
Depresszió (CDI) skála	2,3 (2,2)	2,5 (2,4)
Kétmintás t-próba	p = 0,359	

4. táblázat

A Békés megyei fiatalok mintájában mért mentális egészség-skálák nemenként (átlag, szórás) 2004-ben és 2014-ben (N = 1077)

	2004 (N = 400)	2014 (N = 677)
Pszichoszomatikus Index	12,5 (3,5)	15,0 (4,0)
Kétmintás t-próba	p = 0,000	
Élettel való elégedettség skála	24,4 (5,8)	23,5 (6,0)
Kétmintás t-próba	p = 0,023	
Depresszió (CDI) skála	2,0 (2,3)	2,8 (2,4)
Kétmintás t-próba	p = 0,000	

A 3. ábra az egészség önértékelését ábrázolja 2004-ben és 2014-ben. A diákok többsége *jónak* értékelte saját egészségét: 2004-ben 61,5%, 2014-ben pedig 58,8%. *Kiváló*nak a fiatalok 31,3%-a (2004), illetve 29,4%-a (2014), *elfogadható*nak 5,8% (2004), illetve 10,3% (2014), *rossznak* pedig mindkét évben 1,5%. Nem volt jelentős változás az idő függvényében.

A 4. ábra nemenként mutatja be az egészség önértékelését, mely szerint a fiúk jobbnak értékelték saját egészségüket, és ez elsősorban a *kiváló* minősítés eltéréseiből adódik (a fiúk 34,9%-a, a lányok 26,4%-a). *Jónak* a fiúk 56,4%-a, a lányok 62,5%-a, *elfogadható*nak 7,4%, illetve 9,4%, és *rossznak* 1,3%, illetve 1,7% tartotta saját egészségét.

Az 5–6. ábra az értékpreferenciákat ábrázolja. Mind 2004-ben, mind pedig 2014-ben a *társas kapcsolatokat* jellemző érték került első helyre, amit az *egészség* és az *önelfogadás/szelf* követett. Az *anyagiak* közepes helyet foglaltak el az értékrendben, míg kevésbé volt fontos a diákok számára a *presztízs*, a *divat* és a *közösség segítése*. Jelentős változás az értékpreferenciákban tíz év távlatában nem történt, egyedül a *közösség segítségében* figyelhető meg emelkedő tendencia (5. ábra).

A lányoknál nagyobb jelentőséggel bírtak a társas kapcsolatok, az *önelfogadás/szelf*, a *divat* és a *közösség segítése*, míg a fiúknál a *társadalmi presztízs* kapott nagyobb pontszámot (6. ábra).

Végül a 7. ábra az egészségmagatartási változók gya-

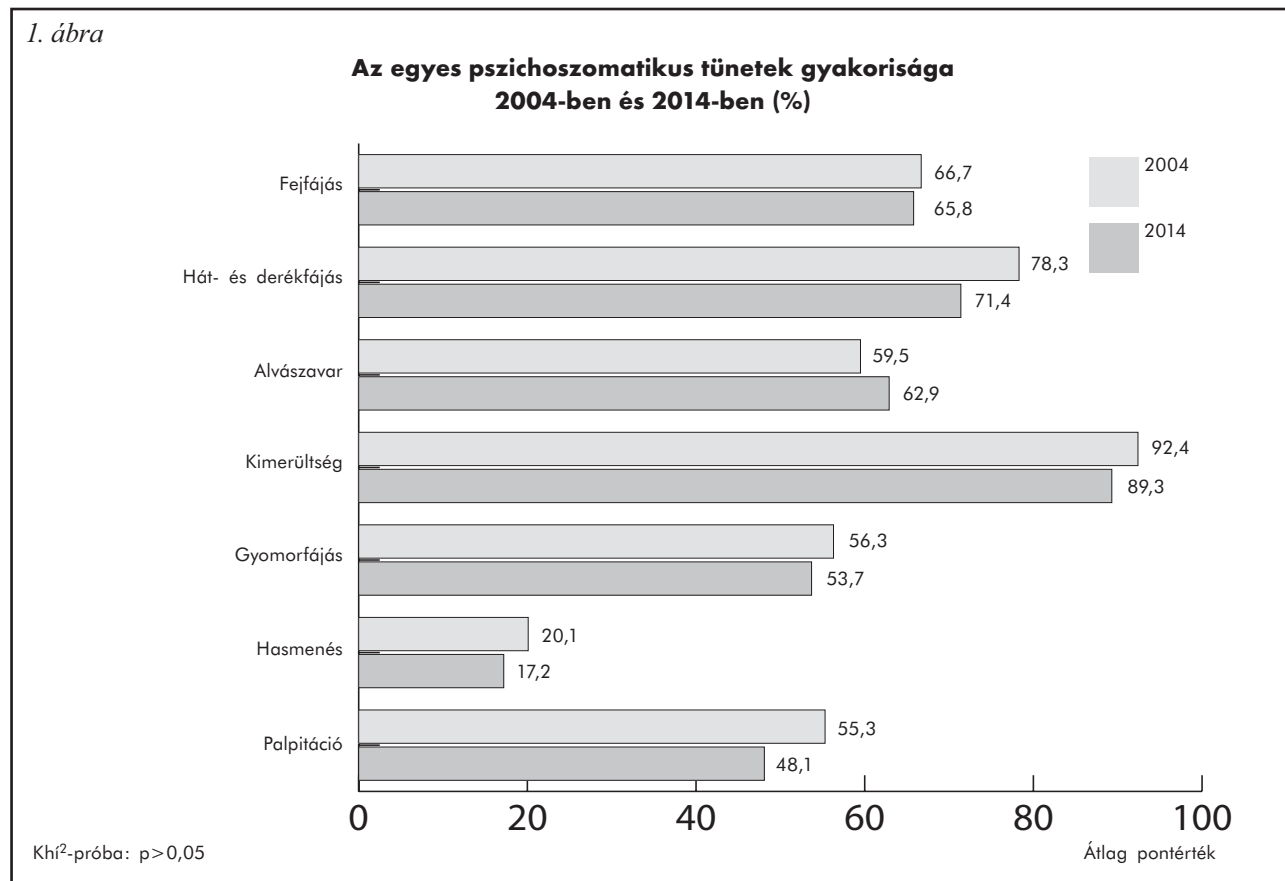
5. táblázat

Az élettel való elégedettséget meghatározó tényezők többváltozós regresszióelemzése (N = 1077)

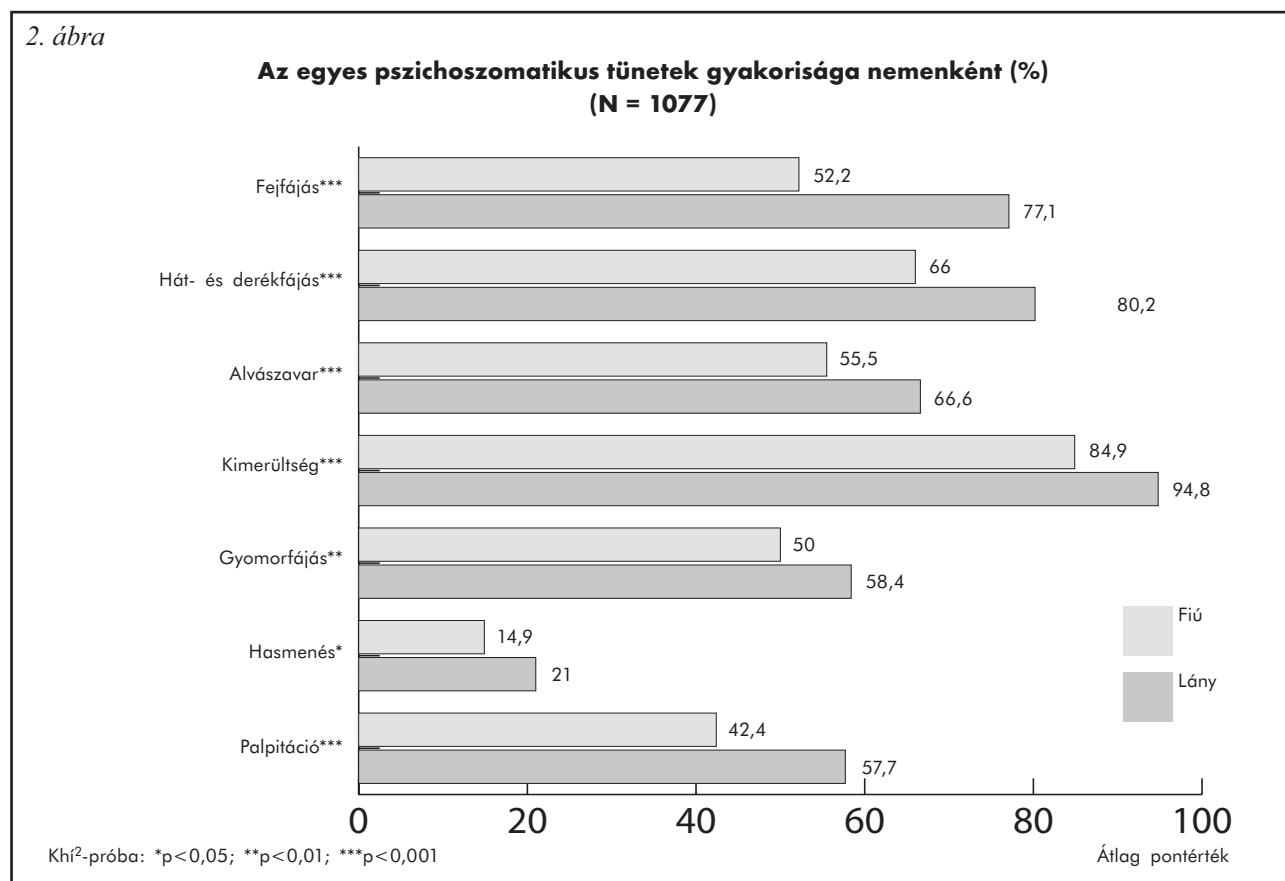
Változók	Regressziós együtthatók (Béta)
Pszichoszomatikus tüneti index	-0,07*
Depresszió (CDI) skála	-0,39**
Dohányzás havi mennyisége	-0,07*
Alkoholfogyasztás havi mennyisége	-0,01
Drogfogyasztás havi mennyisége	0,01
Fizikai aktivitás	0,05*
Étkezésre odafigyelés	0,11**
Iskolai teljesítmény	0,13**
Társadalmi helyzet önbesorolás	0,24**
Nem	-0,01
Konstans	25,3**
R ²	0,38**

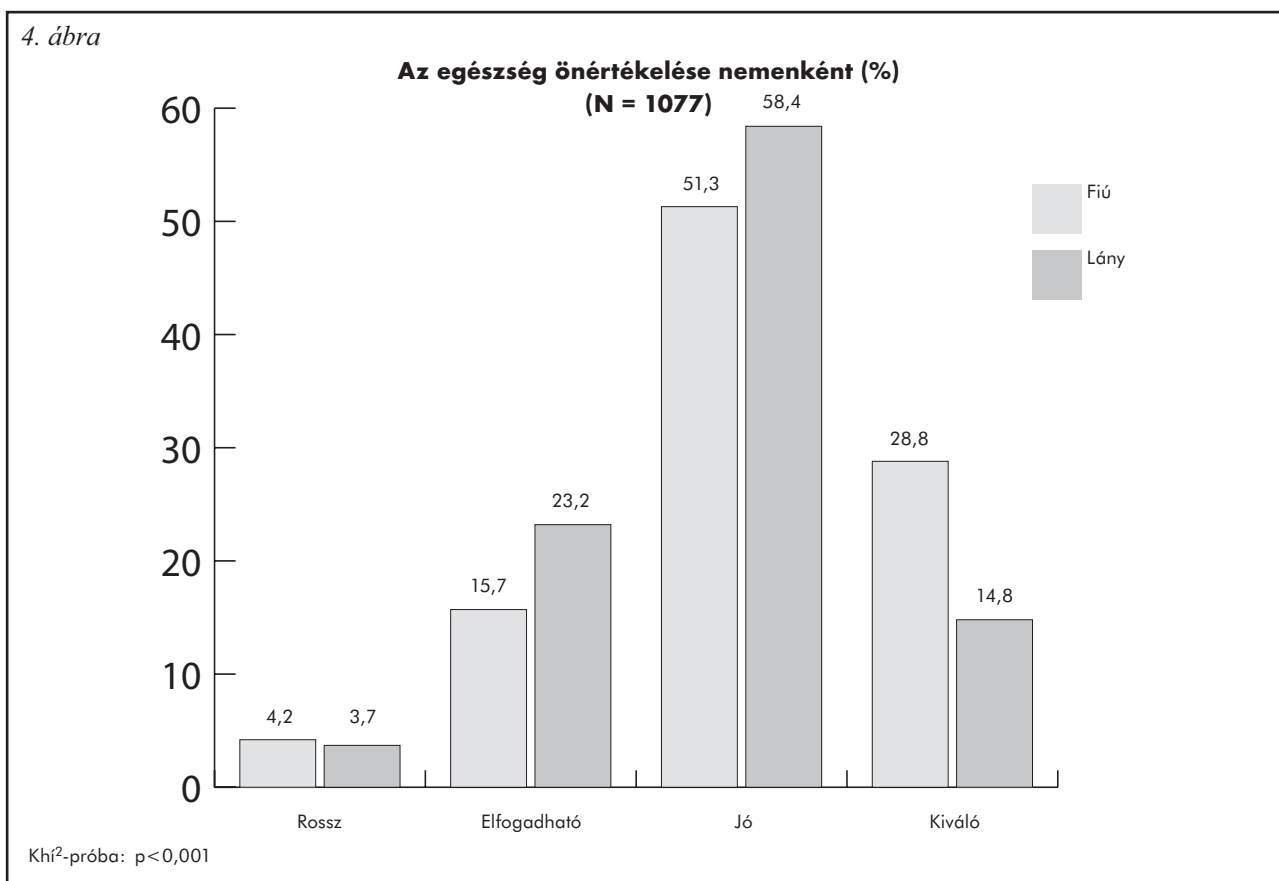
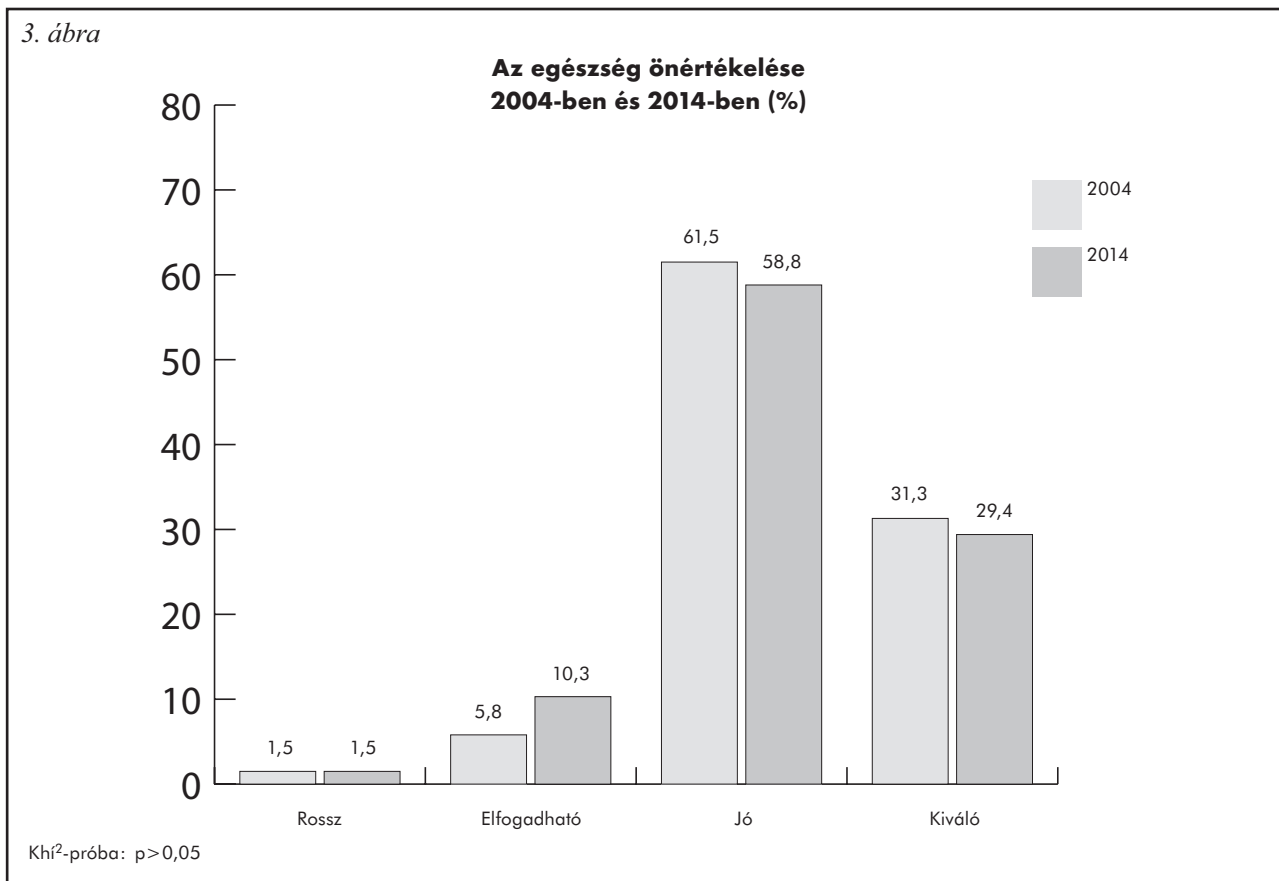
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

1. ábra

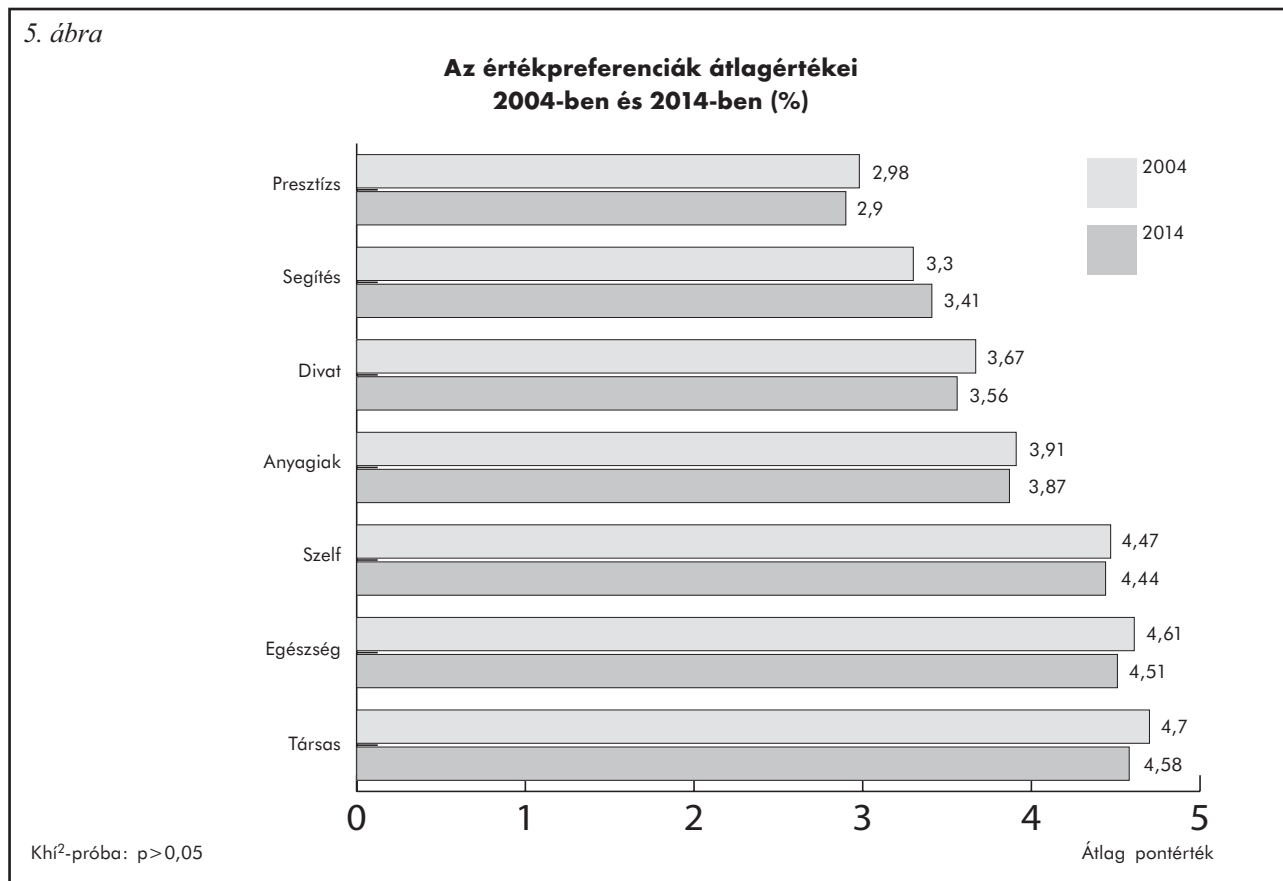


2. ábra

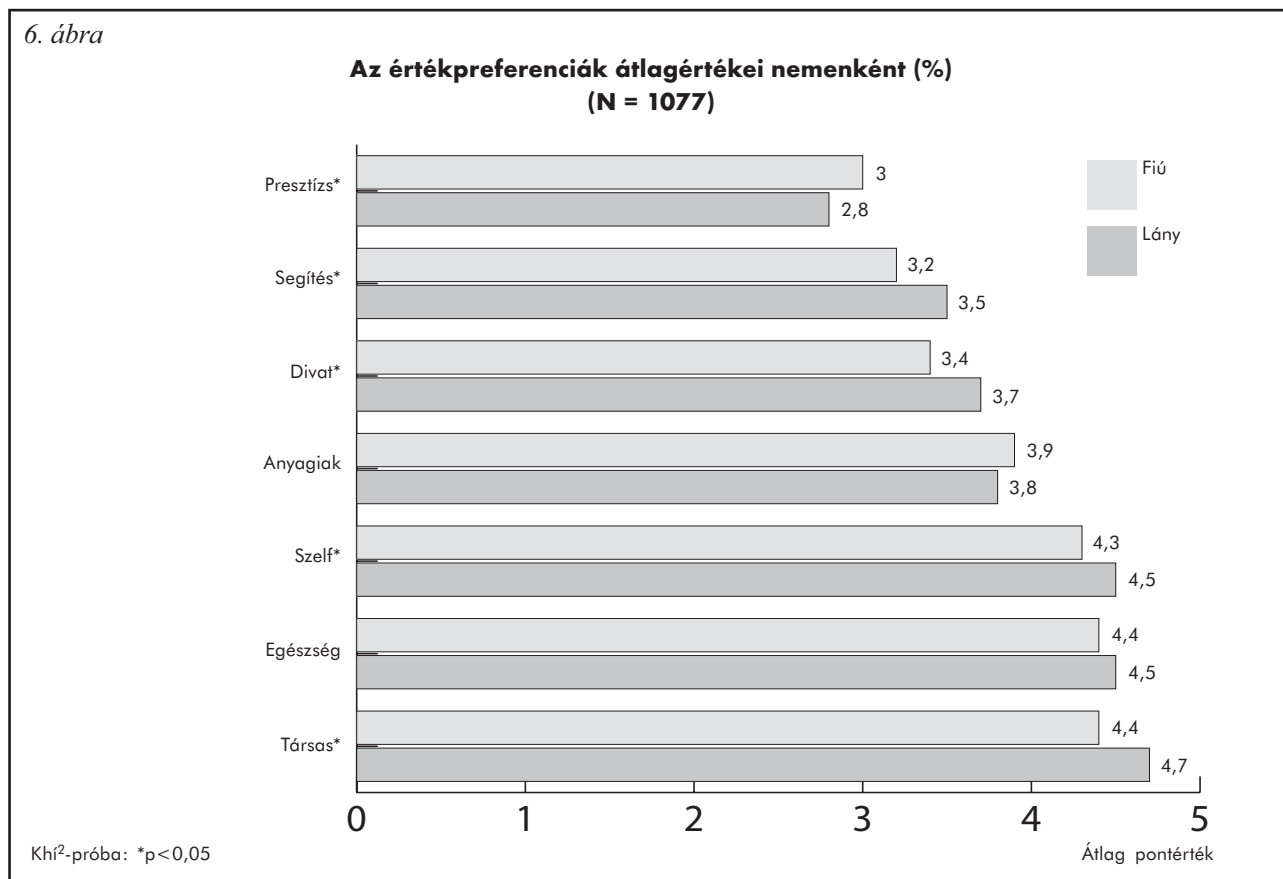


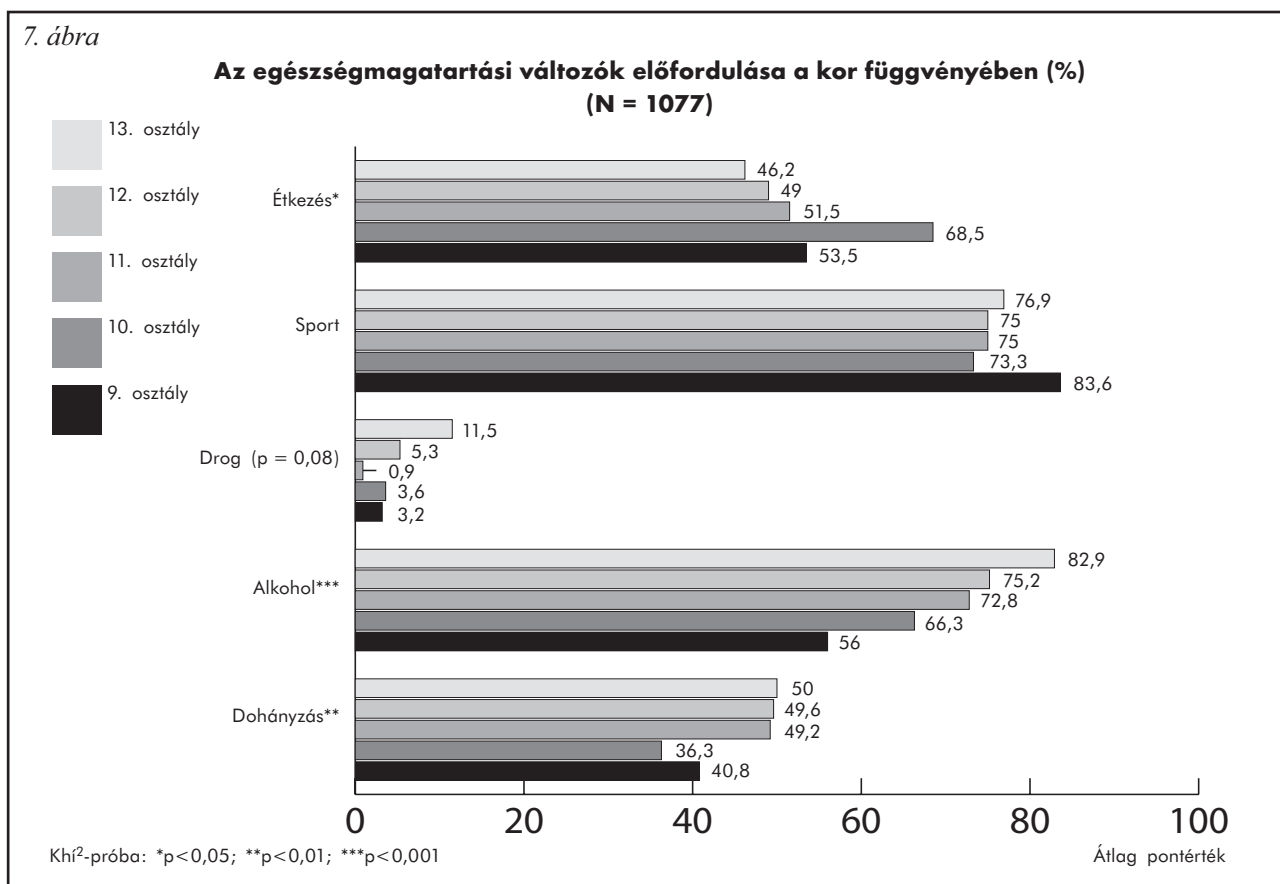


5. ábra



6. ábra





koriságát mutatja be a kor függvényében. Ebből kitűnik, hogy a korról csökken az étkezésre való odafigyelés, azonban a tizedikesek ebből kiemelkednek: ők azok, aki leginkább odafigyelnek táplálkozásukra.

A sportolásban és a drogfogyasztásban nincsen kor szerinti eltérés. Az alkoholfogyasztásban viszont egyértelműen megmutatkozik a lépcsőzetes, azaz fokozatosan emelkedő tendencia. Végül a dohányzás terén kevésbé egyértelmű a helyzet: leginkább az figyelhető meg, hogy a 9. és 10. osztályosokhoz képest a három felsőbb évfolyamra járók közül lényegesen többen dohányoznak.

Következtetések

Kutatásunkban a Békés megyei középiskolás populációra fókuszáltunk, melyhez – hasonló adatgyűjtési protokollt és kérdőívet alkalmazva – a 2004-es ifjúságkutatás adatait vetettük össze a 2014-es adatokkal. Azokat az indikátorokat vettük alapul, melyek a serdülőkutatásban a pszichikai egészség jellemzésére alkalmasak (1,2,3,6,8,10,11). Tíz év elteltével bizonyos változókban igazolhatóak eltérések, míg másokban nem.

Ki kell emelnünk az egészségmagatartás változóit, elsősorban a dohányzást, melynek előfordulásában csökkenő tendencia jellemző, különösen igaz ez a középiskolás

lánnyokra. Ez egybecseng más kutatások eredményeivel is, pl. az *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* nemzetközi projekt hazai adataival (14). Ez következhet abból, hogy a dohányzásmegelőző program hatékonyan működik a középiskolákban, továbbá abból is, hogy a cigarettafogyasztásnak a korábban Nyugat-Európában már megfigyelt csökkenő tendenciája talán hazánkat is elérte (20). Erre utalnak a felnőttkori adatok, melyek évről-évre némi csökkenést igazolnak (21). Bár a dohányzás káros hatásai már régóta közismertek, a közvélekedés, a megítélés megváltozása az, ami igazán a magatartás átalakításához vezethet.

Az alkohol- és drogfogyasztás terén azonban leginkább stagnálás, illetve enyhe csökkenés valószínűsíthető. A gyakorisági adatok alapján elsősorban az alkoholfogyasztás igazán problematikus, tekintve, hogy kultúránkban az alkohol erősen elfogadott és sokféle társas helyzetben preferált szerfogyasztás. A hazai reprezentatív adatok is azt erősítik meg, hogy az alkohol kipróbálása a középiskolások körében szinte általános (14), a korról pedig egyenes arányban nő, mint ezt saját elemzésünk is megerősíti. Ez azért is érdemel kitüntetett figyelmet, mert az alkoholfogyasztási szokások ebben az életkorban alakulnak ki, melyek a későbbiekben is meghatározhatják az alkoholhoz való viszonyulást (10). Az alkoholtól eltér-



rően a drogfogyasztási arányok az országos adatokhoz képest alacsonyabbak (14).

Az egészség önértékelése ebben az életkorban elsősorban a pszichikai egészségtől függ, hiszen az életminőséget is negatívan befolyásoló krónikus betegségek még ritkán fordulnak elő (2–5,7). Elemzésünk szerint a középiskolások többsége *jónak* minősítette saját egészségét, s ezek az értékek mindkét nemben meghaladták az országos reprezentatív vizsgálat adatait (14). Szintén többen minősítették *kiválónak*, és kevesebben *megfelelőnek*, valamint *rossznak* saját egészségüket.

Ezzel szemben a depressziós tüneti pontszám átlagértéke mintánkban mindkét nemben némileg magasabb volt. A leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek megegyeznek a korábbi vizsgálatok adataival, azaz a *kimerültség*, a *hát-és derékfájás*, valamint a *fejfájás* voltak a kiemelt tünetek (3,14,15). A lányok több pszichoszomatikus és depressziós tünetről számoltak be, a fiúk pedig jobbnak értékelték saját egészségüket, és elégedettebbek is az életükkel. A lányok gyakoribb pszichoszomatikus tünetképzése hozzájárulhat ahhoz, hogy egészségüket rosszabbnak minősítették (3,7,15). 2004 és 2014 között egyik pszichikai egészségmutató átlagértéke sem változott jelentősen.

Az élettel való elégedettséget leginkább a *depressziós tünetegyüttes* rontja, de szintén negatív hatással van rá a *pszichoszomatikus tünetképzés* és a *dohányzás*, ezzel szemben pozitívan hat rá a *jó iskolai teljesítmény*, a *magasabb társadalmi helyzet*, a *fizikai aktivitás* és az *étkezésre való odafigyelés*. Érdeemes kiemelni, hogy míg a fizikai aktivitás terén tíz év alatt nem volt jelentős változás, az étkezésre több diák figyel oda. Sajnos azonban az étkezési kontroll a kor függvényében csökken, a végzős középiskolások lényegesen kevesebben tartják fontosnak.

Az értékpreferenciák vizsgálata jól kiegészíti az egészségmagatartás és a pszichikai egészség mutatói által kialakított képet. Elemzésünk arra mutatott rá, hogy a középiskolás fiatalok értékrendjében elsősorban a belső/nem materiális értékek (pl. *társas kapcsolatok*, *egészség*, *önfelfogadás*) dominálnak, az *anyagiak* középső helyet foglalnak el, a többi külső érték pedig még ennél is kevésbé jelenik meg. Más vizsgálatok hasonló eredményeket, illetve sorrendet mutattak (22), ráadásul 2004 és 2014 között nem történt jelentős változás sem az értékpreferenciákban, sem a skálapontszámok átlagértékeiben. Ez azért is fontos, mert nemzetközi vizsgálatok azt erősítették meg, hogy az értékpreferencia kihat magatartási döntéseinkre, és így egészségünkre is; elsősorban a túlzottan anyagi szemlélet az, mely pszichikai egészségünkre negatív hatást gyakorol (19).

Összességében elmondhatjuk, hogy az általunk vizsgált mintában: 1) A fiatalok – különösen a fiúk – általában jónak tartják egészségi állapotukat, amiben szerepet játszhat a lányok nagyobb pszichoszomatikus és depressziós

tüneti gyakorisága; 2) Az egészségmagatartás terén inkább a kedvező tendenciák érvényesülnek, pl. a dohányzás gyakorisága – főként a lányok körében – csökkent, az étkezésre pedig a fiatalok jobban odafigyelnek, bár ez a tendencia a korral sajnálatos módon szintén csökken. Az alkoholfogyasztást azonban – általános elterjedtsége miatt – továbbra is kiemelt egészségnevelési problémaként kell kezelnünk; 3) A fiatalok értékrendjében a belső értékek dominálnak; 4) A pszichoszomatikus tünetek közül a hát- és derékfájás kitüntetett figyelmet érdemel, annál is inkább, mert a mozgásszervi betegségek jelentős népegészségügyi problémát jelentenek. Szintén figyelmet érdemel a gyakori fáradtságérzés és kimerültség, ami a napirend és a szabadidő hatékonyabb megszervezésével csökkenthető.

Összefoglalás

Tanulmányunk célja a Békés megyei fiatalok egészségmagatartásának, pszichikai egészségének (pszichoszomatikus és depressziós tüneteinek, élettel való elégedettségének) és értékpreferenciáinak vizsgálata volt. Ezenkívül a 2014-es adatokat összevetettük a 2004-es adatokkal, feltérképezve a lehetséges változásokat. Mindkét esetben rétegzett mintavétellel választottuk ki a résztvevőket (2004: N = 400, 46% fiú, életkoruk átlaga = 16,6 év; 2014: N = 677, 43,3% fiú, életkoruk átlaga = 16,4 év). Az önkéntes kérdőív a szociodemográfiai adatokon (pl. kor, nem, iskolai teljesítmény, társadalmi helyzet/önbesorolás) túl kiterjedt a fiatalok egészségére, az egészség önértékelésére és az értékpreferenciákra is. A vizsgálat kimutatta, hogy a fiatalok – különösen a fiúk – általában jónak tartják egészségi állapotukat. A lányok több pszichoszomatikus és depressziós tünetről számoltak be. Az egészségmagatartás terén inkább a kedvező tendenciák érvényesülnek, pl. a dohányzás gyakorisága – főként a lányok körében – alacsonyabb, az étkezésre pedig jobban odafigyelnek a fiatalok, bár ez a tendencia a korral sajnálatos módon szintén csökken. Az alkoholfogyasztás azonban továbbra is kiemelt egészségnevelési probléma. A fiatalok értékrendjében a belső értékek dominálnak. Az időbeli összehasonlító vizsgálatok segíthetnek a változások terén bekövetkező tendenciák nyomon követésében, illetve az egészségfejlesztés kritikus pontjainak megállapításában.

Kulcsszavak: szerfogyasztás, egészségmagatartás, pszichikai egészség, értékpreferenciák, összehasonlító elemzés

Abstract

Main goal of our study was to detect youth's health behavior, psychological health (psychosomatic and depressive symptomatology, satisfaction with life) and preference of



values in Békés county, Hungary. In addition, we also make comparison between data of 2004 and 2014 mapping possible changes. In each case, we used a stratified sampling method to choose participants (2004: N = 400, 46% boys, mean age = 16.6 years; 2014: N = 677, 43,3% boys, mean age = 16.4 years). The self-administered questionnaire contained items of youth's psychological health, self-perceived health and their preference of values beyond sociodemographics (e.g., age, gender, school achievement, SES self-assessment). The study revealed that most youth rated their own health as good, particularly boys. Girls reported higher frequencies of psycho-

somatic and depressive symptoms. As to health behavior, the tendencies were rather favorable, e.g., smoking decreased (particularly among girls), and they also controlled their diet more often, although this decreased with age. On the other hand, alcohol use is still a highlighted problem for health education. In terms of youth's preference of values, intrinsic values played a dominant role. Comparative studies over time may help track tendencies of changes as well as determine critical points of health promotion.

Key words: substance use, psychological health, preference of values, comparative analysis

IRODALOM

1. Barkman, C.–Otto, C.–Schön, G.–Schulte-Markwort, M.–Schlack, R.–Raves-Sieberer, U.–Klasen, F.–The Bella Study Group (2015): „Modelling trajectories of psychosomatic health complaints.” In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 658–694.
2. Haugland, S.–Wold, B.–Stevenson, J.–Aaroe, L.E.–Woynarowska, B. (2001): „Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality.” In: *European Journal of Public Health*, 11, 4–10.
3. Pikó B. (1999): „Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 140, 1297–1304.
4. 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.” In: *European Journal of Pediatrics*, 163, 485–494.
5. Fekkes, M.–Pijpers, F.I.M.–Verloove-Vanhorick, S.P. (2004): „Bullying behavior and associations with psychosomatic symptoms and depression.” In: *Journal of Pediatrics*, 144, 17–22.
6. Kessler, R.C.–Avenevoli, S.–Merikangas, K.R. (2001): „Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective.” In: *Biological Psychiatry*, 49, 1002–1014.
7. Pikó B. (2007): „Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors.” In: *European Journal of Pediatrics*, 166, 701–708.
8. Proctor, C. L.–Linley, P. A.–Maltby, J. (2009): „Youth life satisfaction: A review of the literature.” In: *Journal of Happiness Studies*, 10, 583–63.
9. Pikó B. (2010): „Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében.” In: *Társadalomkutatás*, 28, 53–64.
10. Poikolainen, K. (2002): „Antecedens of substance use in adolescence.” In: *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 241–245.
11. Szabó Á. (2003): „A napirend néhány jellemzője.” In: Aszmann Anna (szerk.): *HBSC – Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest, 38–41.
12. Pikó B.–Klembucz E.–Sinyiné N.É.–Tarkóné Strifler A. (2006): „Ifjúságmagatartás-kutatás Békés megyében – 2004.” In: *Egészségfejlesztés*, 47(1–2), 20–26.
13. Pikó B. (szerk.) (2005): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest.
14. Németh Á.–Költő A. (szerk.) (2011): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest.
15. Pikó B.–Barabás K.–Boda K. (1995): „Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 136, 1667–1671.
16. Kovacs, M. (1992): *Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi-Health Systems, Toronto.
17. Gerrard, M.–Gibbons, F.X.–Bentlin, A.C.–Hessling, R.M. (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.” In: *Health Psychology*, 15, 344–354.
18. Diener, E.–Emmons, R.A.–Larsen, R.J.–Griffin, S. (1985): „The Satisfaction With Life Scale.” In: *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
19. Kasser, T.–Ryan, R.M. (1996): „Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals.” In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280–287.
20. Edwards, R. (2004): „The problem of tobacco smoking.” In: *British Medical Journal*, 328, 217–219.
21. Tombor I.–Paksi B.–Urbán R.–Kun B.–Arnold P.–Rózsa S.–Demetrovics Zs. (2010): „A dohányzás elterjedtsége a magyar felnőtt lakosság körében.” In: *Népegészségügy*, 88, 149–154.
22. Rácz L. (2005): „Értékek és ifjúság.” In: Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest, 58–85.