

**A KEZDŐDŐ FELNŐTTKORÚ FIATALOK
EGÉSZSÉGTUDATOS MAGATARTÁSÁNAK VIZSGÁLATA
POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSben**

**A jóllét, a pozitív-negatív érzelmek megfelelő aránya és az
önegyüttérzés mint az egészségvédő magatartás erőforrásai**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Lobanov-Budai Éva

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Egészségtudományi Doktori Iskola

Pécs, 2022

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető:
Prof. Dr. Bódis József PhD, DSc

1. Program (PR-1)
Egészségtudomány határterületei

Programvezető:
Prof. Dr. Kovács L. Gábor PhD, DSc

**A KEZDŐDŐ FELNŐTTKORÚ FIATALOK
EGÉSZSÉGTUDATOS MAGATARTÁSÁNAK VIZSGÁLATA
POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSSEN**

**A jóllét, a pozitív-negatív érzelmek megfelelő aránya és az
önegyüttézés mint az egészségvédő magatartás erőforrásai**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Lobanov-Budai Éva

Témavezető: Dr. habil. Lampek Kinga



Pécs, 2022

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	5
1. ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS	8
1.1. A kezdődő felnőttkor (emerging adulthood)	8
1.1.1. Szociológiai és pszichológiai életkori meghatározások	8
1.1.2. A kezdődő felnőttkor mint új életkori kategória	9
1.2. Egészségmagatartás, egészségtudatos magatartás	12
1.2.1. Egészségmagatartás-meghatározások	12
1.2.2. Az egészségmagatartást értelmező modellek	14
1.2.3. Az egészségtudatos magatartás erőforrásai	16
1.2.4. A kezdődő felnőttkorúak egészségmagatartása	17
1.2.5. A kezdődő felnőttkorúak egészségtudatos magatartása	17
1.2.5.1. Szűrő- és önvizsgálatok	17
1.2.5.2. Egészséges táplálkozás	18
1.2.5.3. Szájhygiéné	19
1.2.5.4. Testmozgás	19
1.2.5.5. Biztonságos közlekedés	20
1.2.5.6. Biztonságos szórakozás	20
1.2.5.7. Biztonságos szexualitás	20
1.2.6. Kezdődő felnőttkorúak egészségvédelme	21
1.3. A pozitív életminőség	22
1.3.1. Pszichológiai életminőség, pozitív mentális egészség	22
1.3.2. Jólétkonceptiók	24
1.4. Az önszabályozás	28
1.4.1. Az önszabályozás és az egészségvédő viselkedés kapcsolata	29
1.5. Az érzelemszabályozás	31
1.5.1. Az érzelmek és az érzelemszabályozás meghatározása	31
1.5.2. A pozitív érzelmek mint a mentális egészség erőforrásai	32
1.5.3. Az önszabályozás és az érzelemszabályozás kapcsolata	33
1.5.4. Az érzelemszabályozás és az egészségmagatartás kapcsolata	34
1.5.5. Az érzelemszabályozás típusai	35
1.6. Az önegyüttérzés mint adaptív érzelemszabályozási stratégia	37
1.6.1. Mi nem önegyüttérzés?	37
1.6.2. Az önegyüttérzés összetevői	38
1.6.3. Az önegyüttérzés szerepe a mentális egészségben és a preventív magatartásban	39
2. KUTATÁSI CÉLOK	41
3. HIPOTÉZISEK	42

4. KUTATÁSI MÓDSZEREK	43
4.1. A kutatás lefolytatása	43
4.2. A mintaválasztás módja	43
4.3. A kutatásban használt mérőeszközök bemutatása	44
4.4. Elemzési stratégia	47
5. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK	49
5.1. A minta szocio-demográfiai adatok mentén történő bemutatása	49
5.2. A validált pszichológiai tesztek alapján történő vizsgálatok eredményei	53
5.3. Az egészségtudatos magatartás kérdőívesomag vizsgálata	57
5.4. A felnőtt szerep betöltöttségének vizsgálata különféle tényezők mentén	63
5.4.1. A felnőtt szerep betöltöttsége és a pozitív mentális egészség közötti kapcsolatok feltárása	63
5.4.2. A felnőtt szerep betöltöttsége és az érzelemszabályozás közötti összefüggések	68
5.4.3. A felnőtt szerep betöltöttsége és az önegyüttérzés közötti összefüggések	69
5.5. Az egészségtudatosság vizsgálata különféle tényezők mentén	71
5.5.1. Az egészségtudatosság és az egyes jóllétek közötti összefüggések	71
5.5.2. Az egészségtudatosság és az érzelemszabályozás közötti összefüggések	73
5.5.3. Az egészségtudatosság és az önegyüttérzés közötti összefüggések	75
6. MEGBESZÉLÉS	78
6.1. A hazai és saját kutatások egészségtudatos magatartás mutatóinak összehasonlítása	78
6.2. A hazai és saját kutatások pszichometriai mutatóinak összehasonlítása	80
6.3. A hipotézisek összevetése az eredményekkel	80
6.4. Új eredmények	83
6.5. A kutatás korlátai	84
7. JAVASLATOK	85
7.1. A felnőtt szerep betöltése	85
7.2. Az egészségtudatos magatartás, mentális egészség	86
7.3. A mentális egészség, érzelemszabályozás: Művészetterápia	88
8. ÖSSZEGZÉS	89
9. HIVATKOZÁSJEGYZÉK	93
DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL	106
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	107
MELLÉKLETEK JEGYZÉKE	108

BEVEZETÉS

A magyar lakosság egészségi állapota és életminősége nagyban elmarad az Európai Unió fejlett országaihoz képest. Az egészségvesztés háttérében döntően a különféle rizikómagatartások állnak (pl. egészségtelen táplálkozás, dohányzás, mozgásszegény életmód) (Varsányi és Vitrai, 2017; OECD, 2019).

Neinstein (2013) szerint a kezdődő felnőttkorban levők (18-25 év) nagyobb viselkedéses és nem-viselkedéses kockázatoknak vannak kitéve, mint a serdülők (12-17 év) vagy éppen a fiatal felnőtt (26-34 év) társaik. Ezt erősíti meg Cohn és mtsai (2015) is, miszerint a fiatal felnőttekre jellemző a legnagyobb arányban az összes életkori csoport közül a dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás.

A fiatalok egészségi állapota, egészségmagatartása kevésbé vizsgált terület. Az ezirányú kutatások a rizikómagatartásukra vonatkoznak, mivel a fiatalos életmóddal leginkább ezek a viselkedésformák járnak együtt (Susánszky, 2011). Ez a hiány is indokolja, hogy jelen munkában a fókusz a kevésbé kutatott területre, a preventív egészségmagatartásra irányuljon.

Sirois (2015) szerint a kezdődő felnőttkor egy fontos, ugyanakkor figyelmen kívül hagyott életszakasz a magatartásváltoztatás szempontjából. Azért is érdemes ezzel a korosztállyal foglalkozni, mivel náluk még alakulóban van az önszabályozás. Ez az éretlenség vezethet azon egyensúlytalansághoz, hogy az érzelmek sokszor átvehetik az irányítást a racionális viselkedés felett. Ennek következtében a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok hajlamosabbak a rizikómagatartásra. Ezért ennél a korosztálynál figyelembe kell venni az önszabályozás sebezhetőségét, és a preventív egészségmagatartás erősítése érdekében a magatartásváltoztatás mellett segíteni kell őket az önszabályozás és identitás fejlesztésében.

Bár az emberek ismerik a főbb egészségvédő tevékenységeket, 70-80%-uk érdeklődik is irántuk, de a megvalósításig mindössze 35-55%-uk jut el. A felismerés és cselekvés közötti különbséget a válaszadók leginkább időhiánnyal, akaraterő hiányával, energiahíánnyal, az önlegyőzés nehézségével magyarázzák (Szakály, 2016). Ahhoz, hogy egészségesebb életmódot tudjanak élni, a megkérdezettek első helyre az anyagi feltételek meglétét teszik, míg másodikra kiegyensúlyozott, megfelelő lelkiállapotot. Harmadik helyen a motiváció, akaraterő szerepel, majd a szűkebb szociális környezet támogatásának igénye (Szakály és mtsai, 2013). Ezen laikus nézetet Bandura (2005) koncepciója erősíti, miszerint az egészséges életmódhoz kapcsolódó viselkedések

kialakításához önmagában nem elég a változtatás szándékának tudatos meghozatala, ezen túl fontos a hatékony önmenedzselés is, azaz az egyén képes legyen hatékonyan használni a motivációs és önszabályozási készségeit is.

Ahogy az egészségfogalom fejlődésében sikerült a negatív szemléletből a pozitív irányba továbblépni, úgy a mentális egészséget sem a pszichopatológiák hiányával azonosítjuk, hanem pozitív mentális egészségről beszélünk: „... alapvető kognitív és társadalmi készségek: a képesség, hogy felismerje, kifejezze és szabályozza az egyén az érzéseit, és hogy együtt érezzen másokkal; rugalmasság és megküzdési képesség váratlan élethelyzetekkel és funkcionálás a társadalmi szerepekben; valamint a harmonikus kapcsolat a test és lélek között fontos részei a mentális egészségnek, melyek különböző mértékben hozzájárulnak a belső egyensúly állapotához.” (Maczali, 2018, 61-62. o.).

A hatékony és korszerű népegészségügyi programoknak mindenképp fel kell használnia a pozitív egészségpszichológia eredményeit, azaz fejleszteniük kell a pozitív pszichikai erőforrásokat, melyek elengedhetetlenek a sikeres adaptációhoz (Pikó, 2004).

Az egészségi mutatók javításához nélkülözhetetlen az egészségmagatartás pozitív irányú változása – melyhez az egyes szektorok együttműködése mindenképpen szükséges lenne (Varsányi és Vitrai, 2017). A hatékony beavatkozáshoz az egészségmagatartás megváltoztatása szempontjából azonosítani és ismerni kell a különböző célcsoportokat. Mind a 2016-os Egészségjelentés (Varsányi és mstai, 2016), mind a „Viselkedésváltozás kereke modell” és az annak alapjául szolgáló COM-B modell (Michie és mtsai, 2011 idézi Járomi, Szűcs és Vitrai, 2016) intervenciós szintérenként hangsúlyozza az oktatás, iskolai egészségfejlesztés szerepét mint elsődleges kitörési pontot a pozitív egészségkultúra, az egészségbarát viselkedés kialakításában – mivel az egészségmagatartás későbbi életkorban, egy már megszilárdult egészségkultúrával nehezebben formálható, változtatható. Ezen elképzelést erősíti Szilárd (2020) véleménye is, miszerint a felsőoktatási intézményeknek lehetővé kellene tenniük, hogy az egészségtudatos magatartás az egyetemi polgári kultúra részévé válhasson. Olyan oktatási környezetet, miliőt kellene megteremteni a hallgatók számára, ami elősegíti a preventív egészségmagatartást, javítja az életminőséget.

A felsőoktatásban töltött oktatói tapasztalatom egyezik a szakirodalom megállapításaival. Főleg tanévkezdéskor vagy a második szemeszter elején a hallgatók tele vannak tervekkel, célokkal, amelyeket szeretnének megvalósítani a tanulmányok idején (pl. be fognak járni minden órára, rendszeresen készülnek az egyes anyagokból), az egészségükre is szeretnének egy kicsit jobban

figyelni (pl. többet fognak mozogni, jobban odafigyelnek a táplálkozásukra). Ahogy telik az idő, és ahogy helyt kell állniuk az egyes feladatok között, ez a lendület, energia és motiváció kezd egyre jobban alábbhagyni. Szinte minden hallgató erről számol be a szemeszter közepe- vagy végéfé, már csak a „túlélés” a cél. Sem tanulmányi téren, sem az egészségmagatartás szempontjából nem képesek sok esetben a hatékony önszabályozásra, önkontrollra.

Mindezek alapján a dolgozat fókuszában azok a pszichés tényezők, erőforrások állnak, melyek képesek segíteni a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok egészségtudatos magatartását.

A jelen munka több okból kifolyólag csak a preventív egészségmagatartással, azaz az egészségtudatossággal foglalkozik.

Ugyanis egyfelől a rizikó és preventív magatartás pszichológiai dimenziókban különböznek egymástól, nem lehetséges őket, a cselekvés bejósolását egységes, közös modellekkel magyarázni (Urbán, 2001).

Másfelől a dolgozat elméleti keretét a szalutogenezis (Antonovsky, 1987) adja, amit a pozitív pszichológia konceptualizált (Konkolý-Thege, 2008). A pozitív pszichológia nem a patológiákkal foglalkozik, hanem a teljes, elégedett étellel, a jóléttel, és a hozzá vezető úttal (Seligman és Csikszentmihályi, 2000). Ez a fajta törekvés mind az egészségpszichológiában, mind az egészségfejlesztésben megjelent, azaz elkezdődött a védőfaktorok és azon pozitív személyiségjegyek azonosítása, melyek segítik az egészséget, az egészséges magatartás kialakítását és fenntartását (Pikó, 2004). Így a dolgozat az ezen pozitív faktorokkal való munkát tűzte ki célul.

1. ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

1.1. A kezdődő felnőttkor (emerging adulthood)

Ebben a fejezetben bemutatjuk a kezdődő felnőttkort mint a posztindusztriális társadalmak új életkori kategóriáját (Arnett, 2000). Kitérünk arra, melyek a főbb jellemzői, valamint miért érdemes elkülöníteni a korábban használt fiatal felnőttkor megnevezéstől (Arnett, 2004).

1.1.1. Szociológiai és pszichológiai életkori meghatározások

A témával kapcsolatos szakirodalom többféle értelmezést használ a jelen dolgozat által vizsgált korosztállyal kapcsolatban (18-29 év).

Vaskovics László (2000) a fiatal felnőttekkel szociológiai megközelítésben foglalkozik, akiknek életkorát kb. 18 és 30 év közé teszi. Ezt az életszakaszt a posztadoleszcencia nyitja, mely a jogi értelemben vett nagykorúsággal, azaz a betöltött 18. életévvel kezdődik; míg ennek az időszaknak a vége az önállóság elérésével, azaz a felnőtt társadalmi szerep betöltésével zárul le. Ezért is szokták ezt a periódust más néven „nem önálló fiatal felnőttek” életszakaszának is nevezni, ami utal arra, hogy a fiatal valamilyen szempontból (általában anyagi) függ még a szülei támogatásától. Ez Keniston (1968 in: Máder, 2009) megfogalmazásában úgy szerepel, hogy azok a posztadoleszcensek, akik szociológiai, gazdasági szempontból még nem, viszont pszichológiai értelemben már felnőttek.

A következő adatokat találjuk a magyar fiatalok (18-29 év) felnőtt szerep betöltöttségével kapcsolatban.

Jogi értelemben 83%-uk vált le. 29%, aki elköltözött már a szüleitől és rendelkezik saját otthonnal. Az anyagi-pénzügyi leválást 45%-uk valósította meg, ami azt jelenti, hogy rendelkeznek saját munkahellyel, jövedelemmel, anyagilag függetlenek tudnak lenni a szüleiktől (2004-es Ifjúságkutatás - Máder, 2009). Egy későbbi kutatás szerint a fiatalok 58%-a létesített már komoly párkapcsolatot, 51%-a szerzett szakmai végzettséget, 50%-a aktív munkavállaló, 24% tudott elköltözni a szülői háztól, s 17% rendelkezik saját lakással. A mintában összesen 4%-nyian vannak azok, akik részesülnek valamilyen gyermeknevelési díjban. A fiatalok jövőtervei között szerepelnek, hogy külföldön tanuljanak vagy dolgozzanak (33%). A 20-29 éves korosztályban 43%-nyian vesznek részt valamilyen képzésben (2016-os Magyar Ifjúságkutatás - Székely és Szabó, 2016).

Az 1. sz. táblázat egy saját szerkesztésű összefoglalást ad a főbb pszichológiai megközelítésekről, arról, hogy ki melyik életkori intervallumra teszi a posztadoleszcens és fiatal felnőttkor körüli időszakot, s ezt hogyan nevezi.

1. sz. táblázat: A pszichológia által használt meghatározások a vizsgált életkor vonatkozásában

SZERZŐ	MEGNEVEZÉS	ÉLETKOR
Erikson (1950)	fiatal felnőttek	kb. 20-40 év
Gould (1978)	fiatal felnőttek - szülői háztól való elszakadás - felnőttek világával való ismerkedés - saját és a felnőtt szerepekbe való betekintés	kb. 20-40 év - 16-22 év - 22-28 év - 28-34 év
NIHCM (National Institute for Health Care Management)	fiatal felnőttek	19-24 év
Neinstein (2013)	kezdődő felnőttkor (emerging young adults) fiatal felnőttek (young adults)	18-25 év 26-34 év
Magyar Ifjúság 2012 tanulmánykötet (Székely, 2013)	fiatal felnőttkor	kb. 19 éves kortól - kb. 25-30 éves korig
Lisznyai (2010)	készülődő felnőtttség (emerging adulthood)	18-29 év
Arnett (2000)	kezdődő felnőttkor (emerging adulthood)	18-25 év (18-29 éveseket vizsgált)

Jelen dolgozat a *kezdődő felnőttkor* kifejezést használja a 18-29 éves korosztályra vonatkoztatva. A táblázatból is látható az a tendencia, hogy ez a megnevezés válik általánosan elfogadottá.

1.1.2. A kezdődő felnőttkor mint új életkori kategória

Arnett (2000) a posztindusztriális társadalmak 18-25 éves korosztályának meghatározására ajánlja az „emerging adulthood” megnevezést, mely magyarul a „kezdődő felnőttkor”, „készülődő felnőttkor” vagy „kibontakozó felnőttkor” fordításban jelenik meg a szakirodalomban (Vida, 2011). Ez a korosztály már nem tekinthető serdülőnek, viszont még nem is fiatal felnőtt. A kezdődő felnőttkorban levő fiatalok már elhagyták a gyermek- és serdülőkor függőségét, de még nem látják el a felnőtt szerephez tartozó feladatokat. A gyermek- és serdülőkorhoz képest tapasztalt nagy szabadság és a felnőttkor teljes felelőssége, súlya között vívódnak. Megterhelő és zavart keltő számukra az új lehetőségek és az új félelmek megtapasztalása. Foglalkoztatja őket a szerelem, a munka, a világnézet, ezeket próbálják felfedezni és a maguk számára értelmezni.

Magyarországon a rendszerváltás után, az 1990-es évekre alakult ki a posztindusztriális, polgárosodó társadalom. Az azóta eltelt közel három évtized során a fiatalok előtt álló életutak változatosabbá váltak, amit a következőkben lehet leginkább megragadni (Huszár, 2016):

- Fokozódott a *mobilitás*, mind az országon belül, mind pedig a kivándorlás tekintetében.
- Kialakult a „*tömeges rugalmas alulfoglalkoztatottság*”, ami kiszolgáltatottá tette a munkavállalókat és megnövelte a munkanélküliséget. Pl. sok esetben határozott időre szól a szerződés (ha egyáltalán van), gyakori a részmunkaidő, távmunka és a rugalmas munkavégzés is.
- A „*felsőoktatás expanziója*”: tömegessé vált a felsőoktatásban tanulók száma.
- A „*késleltetett felnőtté válás*”: az individualizáció teret nyert, megnövekedtek a választási lehetőségek az életút során.

A mai fiataloknak sokkal hosszabb utat kell megtenniük a felnőtté váláshoz. Míg az 1970-es években egy tipikus 21 éves már házas volt, és vagy az első gyermekét várta vagy már egy kisgyermeket nevelt, miközben a tanulmányait végezte vagy éppen hosszú távú munkával rendelkezett. Ebben az időben a fiatalok gyorsan felnőttek és komoly döntéseket hoztak meg fiatal koruk ellenére. Velük szemben a mai 21 évesek teljesen más életet élnek. Legalább 5 évvel eltolódik a házasságkötés és a szülővé válás (Arnett, 2004). Ehhez képest még nagyobb, közel 10 éves eltolódást mutatnak a 2018-as magyarországi adatok: az első házasságkötés ideje átlagosan 30,1 évesen, míg az első gyermek születése 28,4 évesen történik meg (KSH¹). Arnett (2004) az új korosztály jellemzőjeként a meghosszabbodott tanulmányi időt is megadja, több évig is eltarthat az egyetemi képzésük, 4-5-6 vagy akár több év elmehet a tanulmányaikra. Ez a tendencia figyelhető meg Magyarországon is: megnövekedett a fiatalok továbbtanulási igénye, ezt támogatva a felsőfokú képzési helyek száma jelentősen bővült. A tanulmányok miatt a munkába állás későbbi életévben következik be: a 25-29 éves korosztály foglalkoztatási rátája (66,1) magasabb a 20-24 évesekhez képest (33,6) (KSH²).

Mivel Jeffrey Jensen Arnett (2004) volt az, aki először definiálta ezt a korosztályt, így az ő munkája alapján kerül bemutatásra a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok jellemzése:

1. Ez az *identitás feltárásának, felfedezésének* a kora, amit elősegít a különféle lehetőségek kipróbálása a munkában és szerelemben.
2. Ez egyben az *instabilitás* időszaka is, mivel a felfedezések és lehetőségek kihasználása a kezdődő felnőttkort teljesen kitölti és intenzívvé teszi. Nagy terveik vannak, melyek

megvalósítása kitűnő módja a tapasztalatszerzésnek, az önismeret fejlesztésének, ugyanakkor a tervek megvalósításának útján bizonytalanság és szorongás is gyakran felléphet a fiataloknál.

3. Ez a leginkább *énközpontú* periódus az ember életében. A fiatalok élvezik a korábbi kööttségektől mentes szabad életet. Ez az énközpontúság segíti a fiatalok képességeinek a fejlődését a mindennapokban, segít saját maguk megértésében és abban, hogy mit is szeretnének másoktól, a világtól megkapni. Az énközpontúság eredménye az önállóság, ami egy szükséges lépcsőfok a felnőtté válás felé.
4. Ez az *átmenet* érzésének az időszaka. Azaz már nem serdülő, de még nem is felnőtt a fiatal.
5. Ez a *lehetőségek ideje*, azaz a nagyszerű remények dédelgetésének és valóra váltásának a korszaka, amikor rengeteg nyitott kapu van a fiatal előtt.

Érdekes azt a kérdést is megvizsgálni, miért nem egyenlő a kezdődő felnőttkor a fiatal felnőttkorral. A legtöbb kezdődő felnőttkorú fiatal nem érzi még a felnőtté válást, inkább egy köztes létben képzeletben elmagát, a serdülőkor és felnőttkor között (Arnett, 2004).

A fiatal felnőttkor többféleképpen van a szakirodalomban meghatározva. Sok definícióban a 40 éves korig tartó időszak képezi a fiatal felnőttkor felső határát, de sokszor a felsőoktatásban levő 18-22 éves korúakat értik alatta. Általános jelenség fiatal felnőtté válásnak tekinteni a tizenéves kor végétől, a húszas éveken át a harmincas évek közepéig tartó korszakot (Arnett, 2004).

A változatos fiatal felnőttkorra vonatkozó leírások sokszor zavarossá teszik ennek az időszaknak a meghatározását. Ezért érdekes az „emerging adulthood” – „kezdődő felnőttkor” új kifejezést használni, ami lehetővé teszi a pontos és érthető definiálását egy különálló korszaknak. Belátható, hogy egy huszoneves fiatal különbözik egy harmincas éveiben járótól. Egy kezdődő felnőttkorú nem érzi magát felnőttnek, míg egy harmincas már igen. Egy kezdődő felnőttkorú még nem bír stabil, hosszú távú állással, míg egy harmincas igen. Egy kezdődő felnőttkorú általában még nem rendelkezik házastárssal és gyermekkel, míg a harmincasok többnyire már igen. Ezek a különbségek rávilágítanak arra, hogy a két korszakot el kell különíteni egymástól. Tehát érdekesebb a fiatal felnőttkort azokra a felnőttekre használni, akik a harmincas évek közepén járnak, akik még fiatalok, de már határozottan felnőttek. Ebbe a kategóriába nem férnek bele azok, akik a tizenéves koruk végén, huszoneves koruk közepén járnak (Arnett, 2004).

1.2. Egészségmagatartás, egészségtudatos magatartás

Az egészségmagatartás-meghatározások közül azok kerülnek jelen munkában bemutatásra, melyek elméleti alapját képezik a kutatásban használt egészségmagatartás-változó kialakításának.

1.2.1. Egészségmagatartás-meghatározások

Az egyik legismertebb egészségviselkedés megfogalmazás a *Matarazzo-féle* (1984 in Pikó, 2002), miszerint azokat a tevékenységeket, viselkedésformákat értjük ez alatt, melyek az egészséghez kapcsolódnak. Matarazzo megkülönböztetett immunogén és patogén magatartást. Az immunogén viselkedést lehet még *preventív vagy egészségvédő magatartásnak* nevezni, melynek célja az egészség megtartása, fejlesztése, melyet Kasl és Cobb (1966) a betegségek megelőzésével, vagy azok tünetmentes állapotban való felismerésével is definiál. A preventív magatartást inkább a tudatos, aktív cselekedetek jellemzik, ezért ezt szokás még *egészségtudatos magatartásnak* is nevezni. A patogént pedig *kockázati* vagy *rizikómagatartásnak*, amellyel az egyén veszélyezteti az egészségét.

Az *egészségvédő magatartásra* példa a megfelelő testmozgás, alvás, az egészséges táplálkozás, az egészséges testsúly fenntartása, a stresszkezelés, a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás mellőzése. Az *egészségkárosító, rizikómagatartásokra* példa a szegényes táplálkozási szokások, a testmozgás hiánya, a krónikus stresszállapotok megélése, a nem megfelelő alvás (Frech, 2009; Sirois, 2015).

Urbán (2001) tanulmányában meghatároz az *egészségre kedvező és kedvezőtlen viselkedéseket*. Ezek sok esetben ellentétpárokban jelennek meg, ahogy Frech (2009) és Sirois (2015) tanulmányában is látható, azaz a táplálkozással kapcsolatos viselkedés esetén az alacsony vagy magas kalóriatartalmú ételek fogyasztása; a szexualitásnál a biztonságos szexuális aktusok avagy a fogamzásgátlási módok hanyagolása; a fizikai aktivitás kapcsán a rendszeres testmozgás vagy annak a kerülése; az addikcióval kapcsolatos viselkedéseknél a leszokás vagy épp a szerhasználat, a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás formájában; a betegséggel és gyógyulással kapcsolatos magatartás esetén a szűrővizsgálaton való részvétel vagy az orvoshoz való fordulás kerülése.

Ezek a példák is alátámasztják, hogy az egészségmagatartást el lehet képzelni egy kontinuumon, azaz egyazon viselkedéskategória megjelenhet egészségre kedvező, semleges és ártalmas módon.

Keyes (2002) a „*mentális egészség kontinuum*” kapcsán használja a hármas felosztást: az egyik végpont a „*hervadás*” állapota (amikor alacsony szintű mind az érzelmi, pszichológiai és szociális jóllét, az illető az életét üresnek és céltalannak érzi), a másik végpont a „*virágzás*” állapota (a teljes mentális egészség magas szinten megélt jóllétekkel). A két véglet között található a „*mérsékelt mentális egészség*” (se a hervadás, se a virágzás nem jellemzi őket).

Ez az elképzelés Travis és Ryan (2004) integrált „*Wellness-illness*” *egészség modelljében* is látható. A modell a dinamikus változásra képes egészséget egy kontinuumon jeleníti meg, ahol a tengely egyik végén a *korai halálozás*, a másikon pedig a „*wellness*” lét helyezkedik el, mely magában foglalja az optimális egészséget és az olyan életstílust, mely a legmagasabb potenciálú jóllétet jelenti. A tengely közepén pedig egy *neutrális pont* található, ahol a betegség tünetei csökkennek, vagy nem kimutathatóak. Az ajánlás az, hogy ezen a tengelyen minél magasabb szintű jóllétet tudjunk megvalósítani.

Ezzel analóg a „*Rizikó kontinuum*” (University of Utah Department of Health, 2006) elmélet is, ahol háromféle egészségmagatartású csoportot hoztak létre: *magas rizikójú* életstílusúak, akik pl. dohányoznak vagy inaktív életet élnek; *neutrális* életstílusba tartoznak, akik az egészség szempontjából semleges életet élnek, pl. kiegyensúlyozottan táplálkoznak, mérsékeltten mozognak; *pozitív* életstílust képviselnek, akik pl. kifejezetten egészségesen táplálkoznak és rendszeresen mozognak.

Hasonló hármas felosztású szemlélet jelenik meg a „*Szerhasználat és ártalomcsökkentés kontinuum*” (Huron Perth Addiction and Mental Health Alliance, 2012) modellben. A szerhasználat absztinenciája képezi a *rizikó nélküli* magatartást; a rekreációs-, társasági-, kísérleti jellegű kipróbálás az *alacsony rizikójúakat*; míg a *magas rizikómagatartásba* tartozik az enyhe, mérsékelt és kemény szerhasználat.

A különféle modelleket összegezve a dolgozat az egészségmagatartást egy kontinuumon helyezi el, ahol az egyazon viselkedéskategória megjelenhet egészségre kedvező, semleges és ártalmas módon. Például a táplálkozás esetében egészségre károsnak, azaz *rizikómagatartásnak* minősül, ha valaki ritkán fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt, vagy gyakran vesz magához magas cukortartalmú ételeket, italokat. *Neutrálisnak* minősül, ha valaki törekszik az egészséges táplálkozásra, de azt nem rendszeresen teszi. *Preventív egészségviselkedésről* akkor beszélhetünk, ha valaki rendszeresen betartja az étrendi ajánlásokat.

1.2.2. Az egészségmagatartást értelmező modellek

Az egészségmagatartást magyarázó modellek megalkotására azért volt szükség, hogy meg lehessen indokolni, hogy az emberek miért köteleződnek el különféle tevékenységek mellett. Ezeket az elképzeléseket főként a preventív magatartás (pl. védőoltások, biztonságos szexualitás, testmozgás, biztonsági öv használata, önellenőrzés, emlő önvizsgálat, koleszterinszint- és vérnyomás ellenőrzés) esetén alkalmazták (DeJoy, 1996).

Az egészségvédő magatartás meglétének magyarázatára is számos modell készült. Ezek közül azok kerülnek bemutatásra, melyekben a dolgozat által vizsgált intrapszichés tényezők is megjelennek valamilyen formában.

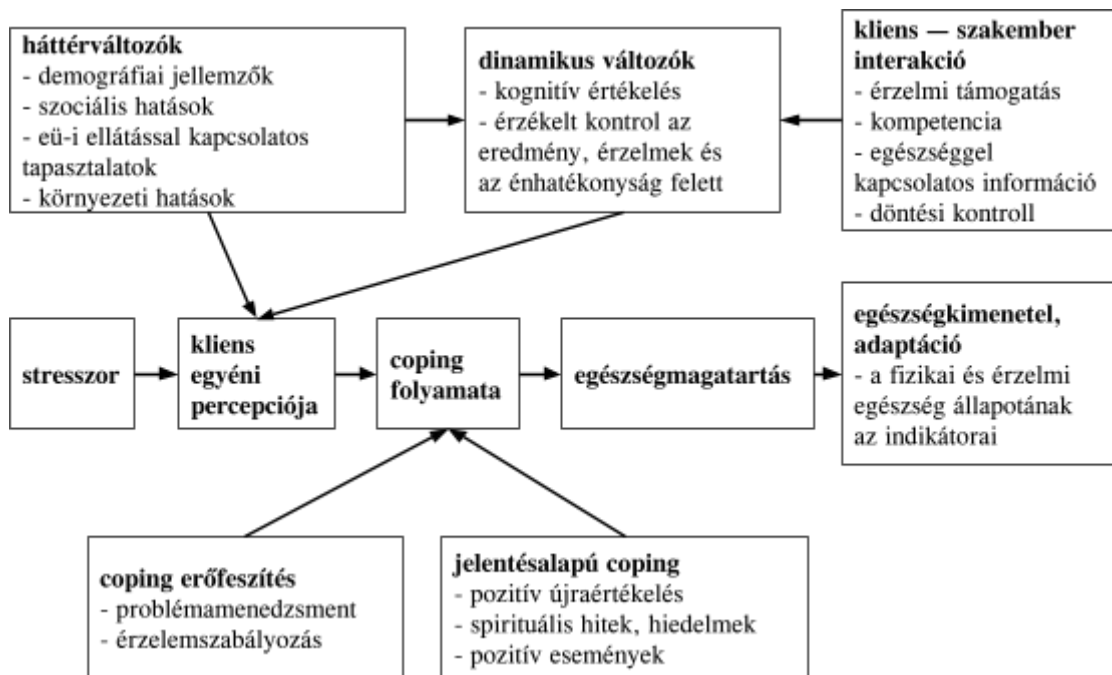
Bandura (1989b) és *Schwarzer* (1992) az *énhatékony*ságot teszik a legfőbb meghatározó tényezőjévé a preventív egészségviselkedésnek. Azonban az *énhatékony*ságot más tényezők is befolyásolhatják, például a pozitív vagy negatív érzelmek, melyek a korábbi viselkedés tapasztalataihoz kötődnek, s eltérő módon befolyásolhatják az *énhatékony*ságban való hitet, így végső soron a jövőbeli viselkedést. Ha az egyénnek a múltbeli egészségvédő törekvései kudarcba fulladtak, és így negatív érzelmek kapcsolódnak az adott tevékenységhez, ezek a negatív érzelmek a jövőbeni újabb próbálkozásokkal kapcsolatos *énhatékony*ságát csökkenteni fogják. S nemcsak az *énhatékony*ságot, hanem az eredménnyel kapcsolatos elvárásokat is negatív irányban befolyásolják. Ugyanez a mechanizmus működik a pozitív érzelmekkel kapcsolatban is, csak fordítottan (Werle, 2011).

Bandura (1989a) *Szociokognitív elméletében* (Social Cognitive Theory – SCT) kölcsönös ok-okozati összefüggés van a gondolat, az érzelem és a cselekvés között. Az elvárások, hiedelmek, önpercepciók, célok és szándékok alakítják és irányítják a viselkedést.

Bandura modellje gyakran alkalmazott a prevencióban, egészségfejlesztésben, egészségtelen életmód módosításában. Az SCT az emberi viselkedés megértését egy triadikus kölcsönösséggel magyarázza három kulcsfogalom között: folyamatos, dinamikus interakció van az egyén, a környezete és a viselkedése között. Ha ezek közül az egyikben változás történik, az a többire is hatással lesz. Az egyén környezetére példa a fizikai, szociális, kulturális, gazdasági, politikai vagy épp az adott helyzet mivolta. Az egyénhez köthető kulcsfogalmak például: megküzdési módok, viselkedési kapacitás, *énhatékony*ság, önszabályozás, obszervációs tanulás, és pozitív megerősítés (Redding és mtsai, 2000).

Graham (2015) készített egy *integrált modellt*, a „Kliens egészségmagatartásának interakciós modellje (IMCHB)” és a „Stressz és coping tranzakcionális modellje (TMSC)” alapján. Ahogy a 1. sz. ábrán is látható, a stresszorok az egyénekre hatnak, akiket befolyásolnak a háttértényezők és a dinamikus változók. Ezeket a hatásokat, interakciókat az egyén figyelembe veszi, és válaszol a stresszorokra a coping-folyamatokon keresztül. A coping-folyamatokat befolyásolja a coping-erőfeszítés (melyhez hozzátartozik az érzelemszabályozás is) és a jelentés alapú coping, melyek végeredményben az egészségmagatartást meghatározzák.

1. sz. ábra: Integrált modell: A kliens egészségmagatartásának interakciós modellje (IMCHB) és a Stressz és coping tranzakcionális modellje (TMSC) alapján (Graham, 2015, 106.o.)



Bár a *COM-B modellt* (The Capability, Opportunity and Motivation Model of Behaviour; Mitchie és mtsai, 2011) leginkább a rizikómagatartás megváltoztatásával kapcsolják össze a “Viselkedésváltoztatás kereke” elmélet kapcsán, érdemes az egészségvédő magatartás kialakítására is felhasználni (Járomi, Szücs és Vitrai, 2016). A modell szerint az egészségmagatartás kölcsönös, egymásra ható viszonyban áll a képességgel (fizikai és szellemi), a motivációval (szándék és szokás), valamint a lehetőséggel (társas és fizikai környezet) (Mitchie és mtsai, 2011).

A *motivációs faktorral* West és Michie (2020) “PRIME Theory of motivation” munkája alapján részletesebben is foglalkozunk, mivel ez alakítja nagyban a viselkedést. A motívumok alapját a vágyak és szükségletek adják, amelyek megvalósítása egyfelől az öröm és elégedettség érzését adja, másfelől enyhíteni képes a testi vagy pszichés diszkomfort érzését. A megélt érzelmek

(legyenek akár pozitívak vagy negatívak) befolyásolják a viselkedés tervezésének a folyamatát, annak a végrehajtását és értékelését, a vele kapcsolatos motívumokat (vágyakat és szükségleteket), valamint a magatartást serkentő és gátló tényezőket (West és Michie, 2020). A gyakorlatban ezen folyamatokat tetten érhetjük például abban, hogy a fiatalok csak kis számban és nehezen mennek el nemi betegség szűrésére. Ennek a háttérében olyan negatív érzelmi motívumok állnak, mint például a szégyen, a feszélyezettség és a félelem megélése a vizsgálattal kapcsolatban (McDonagh és mtsai, 2018).

1.2.3. Az egészségtudatos magatartás erőforrásai

A fentebb tárgyalt elméletek, modellek alapján megállapítható, hogy az ember viselkedésére, így az egészségmagatartására is nagy hatással vannak az egyéni tényezők. Az egyéni tényezőket a dolgozat szalutogenetikus megközelítésben vizsgálja, azaz azt kutatja, hogy mely tényezők pozitív működése képes erőforrásként szolgálni az egészségvédő magatartást.

Antonovsky (1979) szalutogenetikus elméletében arra a kérdésre keresi a válaszokat, melyek azok a tényezők, amelyek az egészséget képesek maximalizálni. Azokat egy jólléti kontinuumion helyezi el. Antonovsky (1979, 1987) különféle tényezőket azonosít erőforrásként, melyek lényege, hogy segítsenek az egyén egyensúlyának a helyreállításában, s egyben egy magasabb szintű egészség, jóllét megélését is elősegítsék. Az az egyén, aki magasabb helyet foglal el a kontinuumon, kiegyensúlyozott életet él, magas szinten tudja az egyéni döntéshozást megélni az életével kapcsolatban.

Az „Egészség fejlődése modell” (Health Development Model) (Bauer és mtsai, 2006, 154.o.) integrálja a szalutogenetikus és patogenetikus irányzatokat (nem szembeállítja), megmutatva, hogy a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés egymást ki tudja egészíteni. Míg a patogenetikus megközelítés rizikófaktorokban gondolkodik, addig a szalutogenetikus erőforrásokban, azaz melyek azok a tényezők, amelyek segítik a stresszel való megküzdést, a magasabb szintű egészséget.

Langeland és Vinje (2013) szerint a mentális egészséget szalutogenetikus megközelítésben úgy lehet fejleszteni, ha bővítjük és tudatosabbá tesszük azokat az erőforrásokat, melyekre a kliens támaszkodhat egy-egy nehéz élethelyzetben. Az egészségfejlesztő intervenciókban, ahol a fókusz a magatartás megváltoztatásán van, érdemes erősíteni és mobilizálni azokat az egyéni tényezőket, melyek erőforrásként képesek segíteni az egyének stresszorokkal és a kockázatos, nehéz helyzetekkel való megküzdését.

Az áttekintett elméletek alapján a dolgozat erőforrásoknak tekinti azokat a tényezőket, melyek segítik az egészségvédő magatartás kialakítását és fenntartását.

1.2.4. A kezdődő felnőttkorúak egészségmagatartása

A kezdődő felnőttkor kulcsfontosságú életszakasz, meghatározza a későbbi felnőtt fejlődést. Ekkor megalapozódnak az egészséggel kapcsolatos attitűdök és magatartások. Ha ekkor a fiatalok elköteleződnek az egészségük mellett, akkor annak hosszú távú pozitív következményei lehetnek, csökkentve a későbbi egészségügyi szolgáltatások igénybevételét (Bor és mtsai, 2010; Hargreaves és mtsai, 2015).

Az életszakasz-átkelekéseknek (pl. teljes munkaidős állás, házasság, szülővé válás) sokféle kimeneti következménye lehet, és az egészségmagatartást is negatívan befolyásolhatja. Ezt igazolja Frech (2009) összefoglalója, miszerint az kezdődő felnőttkorban levő 18-25 év közötti fiatalok egészségviselkedése jelentősen romlott a serdülőkorú társaikhoz képest.

Neinstein (2013) szerint a kezdődő felnőttkorban levők (18-25 év) nagyobb viselkedéses és nem-viselkedéses kockázatoknak vannak kitéve, mint a serdülők (12-17 év) vagy éppen a fiatal felnőtt (26-34 év) társaik. Erre a korosztályra sokkal inkább jellemző az alacsony rizikópercepció, náluk van legnagyobb arányban jelen a gépjármű okozta sérülés vagy halál, a mentális problémák, a szexuális úton terjedő betegségek és a szerhasználat. Neinstein (2013, 4.o.) megfogalmazásában „az egészségügyi kockázatok tökéletes viharában hánykolódnak”. Ezt erősítik meg Cohn és mtsai (2015) is, miszerint a fiatal felnőttekre jellemző a legnagyobb arányban az összes életkori csoport közül a dohányzás, az alkohol- és kábítószerfogyasztás.

1.2.5. A kezdődő felnőttkorúak egészségtudatos magatartása

Ebben a fejezetben az egészség, egészségtudatos magatartás azon aspektusaira vonatkozó kutatási eredmények kerülnek bemutatásra, amelyeket a saját felmérésben is vizsgáltunk.

1.2.5.1. Szűrő- és önvizsgálatok

Lau és munkatársai (2013) szerint a fiatal felnőttek (18-26 év) kis arányban (16,7%) vesznek igénybe egészséget védő szolgáltatásokat pl. influenza elleni védőoltást, nemi betegségek szűrését, étkezéssel, ill. testmozgással kapcsolatos tanácsadást.

A 25-65 év közötti nők 24,3%-a jár évente méhnyakrák szűrésre, 52,6% pedig 3 éven belül. (Boncz és mtsai, 2007). 2013-2015 közötti védőnői méhnyakszűrési program keretében is alacsony részvételi arány tapasztalható a 25-65 év közötti nők körében: országos szinten mindössze a meghívottak 8%-a jelent meg a szűrésen. Összességében elmondható, hogy a magyarországi

részvételi arány nagyban elmarad az uniós átlagtól (Vajda, 2018). A szűrővizsgálatokon való részvételi gyakorisággal kapcsolatban a 18-29 éves korosztályra vonatkozó magyar adatot nem találtunk.

A 2019-es ELEF¹ felmérés eredményei pozitívabb képet mutatnak: a 18-34 éves korosztály fele volt 1 éven belül citológiai vizsgálaton, negyede pedig 3 éven belül.

Az életkor előrehaladtával egyre nagyobb arányban mennek el a nők méhnyakrák szűrővizsgálatra. A 2010-es USA-ban végzett nemzeti felmérés a következő eredményeket mutatja: 18-21 év közöttiek 50%-a, a 22-25 évesek 80%-a, míg a 26-34 évesek 89%-a vett részt méhnyakrák szűrővizsgálaton (Neinstein, 2013).

A magyar lakosság (14-50 év között) 31%-a több mint egy éve járt fogorvosnál, és 42%-a csak panasz esetén keresi fel a fogorvost (Gera és Györfi, 2016), a közép- és felsőoktatásban tanulók pedig 28,4%-a vesz igénybe évente egyszer fogászati szűrést (Faragó és mtsai, 2009).

Magyarországi adatot nem találtunk a fiatalok önvizsgálati (pl. mell, here, anyajegy) szokásaival kapcsolatban. Azonban az önvizsgálatok fontosságával több irodalom is foglalkozik, ahol a szerzők kiemelik, hogy a magyar lakosságra jellemző az elkerülő viselkedés, mind a szűrővizsgálatokon való részvétel (Móczár és mtsai, 2017), mind az önvizsgálatok esetében, aminek a háttérében főként az ismerethiány, valamint a ráktól való félelem áll (Géczi és mtsai, 2000; Döbrössy és Simon, 2014; Petrovszki és mtsai, 2016).

1.2.5.2. Egészséges táplálkozás

Az USA 2010-es nemzeti felmérése szerint a 18-25 éves korosztályban kevesebben fogyasztanak gyümölcsöt (19%) és zöldséget (18%) vagy éppen valamilyen salátát (12%) mint a 26-34 éves korúak (23%, 24%, 14%). Az is kimutatható, hogy a kezdődő felnőttkorban levők gyakrabban fordulnak meg gyorsétteremben (átlagosan heti 2,1 alkalommal) serdülő társaikhoz képest (heti 1,8 alkalom) (Neinstein, 2013).

Downes (2015) vizsgálatában a 18-25 év közötti főiskolai hallgatók táplálkozási szokásaira kérdezett rá. Legtöbbször heti 1-3 alkalommal fogyasztanak gyümölcsöt (41,9%), amit követnek azok, akik egyáltalán nem ettek a héten (17,1%), illetve akik napi egyszer (16,2%) ettek gyümölcsöt. A zöldségfogyasztási mutatók is hasonlóak: vannak, akik heti 1-3 alkalommal (37,7%), mások napi egyszer (16%), a többiek egyáltalán nem fogyasztottak (14,6%) zöldségfélét.

A 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) szerint a 18-34 év közötti magyar férfiak 57,1%-a fogyaszt naponta zöldséget-gyümölcsöt, míg a nőknél ez az arány 62,9% (KSH,

2018). A 2019-es ELEF² adatai csökkenő tendenciát mutatnak: a napi szinten zöldséget és gyümölcsöt fogyasztók 40%-nyian vannak a 18-34 éves korosztályban.

Egy 2011-es ausztrál felmérés során a 18 évnél idősebb válaszadók 36,6%-a fogyasztott alkoholt energiáitallal (Peacock és Bruno, 2015). Míg a 2014-es ELEF kutatás alapján a 18-34 év közöttiek 25%-a iszik naponta valamilyen cukros italt, míg energiáitallt 3,5%-uk (KSH, 2018).

1.2.5.3. Szájhigiéné

A fiatal felnőttek (20-25 év) körében megfigyelhető a nem kielégítő szájhigiéné, azaz sok esetben nem elég gyakran mosnak fogat, vagy ha el is végzik a fogmosást, azt nem megfelelő technikával teszik, s nem kellő ideig (Deinzer és mtsai, 2018; Rizqi és Thearmontree, 2020).

Magyar reprezentatív felmérés alapján a 14-50 éves korosztály (az egyes korosztályok válaszai között nem volt szignifikáns különbség) 57%-a mos naponta kétszer fogat, míg 28% napi egyszer. A kutatás veszélyeztetett csoportként a 14-24 éves férfiakat emeli ki, mivel mind a szájhigiéné ismereitek, mint pedig a -gyakorlatuk nagyon hiányos (Gera és Györfi, 2016).

1.2.5.4. Testmozgás

Egy 2008-as USA felmérésben a kezdődő felnőttkorúak 15%-a egyáltalán nem végez testmozgást, inaktív életmódot él (Wickrama és mtsai, 2010).

A „Centers for Disease Control and Prevention” ajánlása a felnőttek heti szükséges testmozgásának az idejére vonatkozóan: 75 percnyi erőteljes vagy 150 percnyi mérsékelt gyakorlatok végzése. Ezen szempontrendszer alapján a 18-25 év közöttiek nagyobb arányban teljesítik ezt az elvárást (férfiak 64%-a, nők 52%-a) a 26-34 évesekhez képest (férfiak 55%, nők 51%) (Neinstein, 2013).

A 18-25 év közötti főiskolai hallgatók közül legtöbben (31,1%) nem végeznek olyan (legalább 30 perces) testmozgást, ami megizzasztja őket. 18,9% heti 2 nap, 16% heti egy nap, 13,2% heti 3 nap szokott ennyit mozogni (Downes, 2015).

A 2014-es ELEF alapján a 18-34 év közötti magyar férfiak 26%-a, a nők 18%-a végez a WHO ajánlása szerinti testmozgást (KSH, 2018). A 2019-es ELEF³ kutatás pozitív tendenciát mutat a rendszeres testmozgás terén, azaz a 18-34 év közötti férfiak 70,4%-a, a nők 59,23%-a teljesíti a WHO ajánlását.

1.2.5.5. Biztonságos közlekedés

Az USA 2010-es nemzeti felmérése alapján a kezdődő felnőttek 88%-a szokta bekapcsolni a biztonsági övet. A nemek között különbség mutatható ki, a nők azok, akik nagyobb arányban szokták használni a biztonsági övet. Az ittas vezetés a 21-25 éves korosztályra a legjellemzőbb (22%), majd ez egyre kevésbé fordul elő az idősebbeknél (26-29 évesek 19%). (Neinstein, 2013).

Egy ausztrál vizsgálatban 19-24 éves fiatalok vezetési szokásaira kérdeztek rá. A minta 11,5%-a nem használt biztonsági övet vezetés közben. 17,95%-uk már vezetett alkoholos befolyásoltság alatt (Vassallo és mtsai, 2014).

Magyar adatok (baleset időpontjában be volt-e csatolva a biztonsági öv, és kutatói megfigyelés) alapján a gépkocsiban utazók 83%-a használ biztonsági övet nappal, 62%-a pedig éjszaka (Jankó, 2018).

1.2.5.6. Biztonságos szórakozás

A fiatalok rekreációs szokásait vizsgáló kutatásoknak egy része irányul a szórakozás témakörére. A feltárt irodalmak vagy szociológiai megközelítésben foglalkoznak a bulizási szokásokkal (Bocsi, 2014), vagy azt patogenetikusan közelítik meg, a rizikómagatartásokra fókuszálva (Pikó, 2007), pl. az alkoholemérgezésre (Kovács, 2018), a drogfogyasztásra (Demetrovics és Rácz, 2008), a felelőtlen szexualitásra (Nordfjærn és mtsai, 2016; Kovács, 2012).

Arra vonatkozóan, hogy a fiatalok mennyire törekednek a biztonságos szórakozásra (pl. figyelnek az italukra, hogy elkerüljék a randidrogot) nem találtunk sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban releváns adatot.

1.2.5.7. Biztonságos szexualitás

Az óvszerhasználat a legjellemzőbb a 18-25 év közöttiek védekezési formái között (fiúk 56%-a, lányok 41%-a). Ezután következik a tabletták (fiúk 38%, lányok, 32%). A nem védekezők is viszonylag magas arányban vannak (fiúk 18%, lányok 19%). A 26-34 évesek körében nincs nagy eltérés a kondomot (fiúk 29%, lányok 25%-a) és gyógyszert használók körében (fiúk-lányok 22-22%). Viszont a nem védekezők aránya növekszik mindkét nem esetében, fiúk esetében 29%, lányoknál 25% (Neinstein, 2013).

Nyíregyházi felmérés szerint a 19-29 éves korosztály 52,8%-a (férfiak 46,3%; nők 54,6%) védekezik rendszeresen a nem kívánt terhesség ellen. Az egyáltalán nem védekezők aránya 8% (férfiak 10,5%; 3,1%) (Hüse, 2016).

1.2.6. Kezdődő felnőttkorúak egészségvédelme

A feltárt szakirodalmi eredmények arról tanúskodnak, hogy a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok egészségtudatos magatartása nagyban elmarad a kívánatostól.

Neinstein és Irwin (2013), valamint Lau és mtsai (2013) arra hívják fel a figyelmet, hogy ez a korcsoport a serdülőkkel ellentétben sokáig elhanyagolt volt az egészségvédelem területén, kifejezetten a kezdődő felnőtt korosztálynak szóló kidolgozott szakmai irányelv, gyakorlat egyelőre nincs.

Wickrama és munkatársai (2010) javasolják, hogy segíteni kell a fiatalokat, minél jobban helyt tudjanak állni a felnőttkor fokozottabb érzelmi, szociális, pénzügyi és magánéleti nehézségeiben. Kellene vizsgálni azokat a puffertényezőket, egyéni jellemzőket, melyek védőfaktoroként szolgálhatnak mind az életvezetés, mind az egészségmagatartás szempontjából.

Székely, Susánszky és Ádám (2013) szerint foglalkozni kell a fiatalok kockázati magatartásán kívül a mentális problémákkal is, hiszen a kettő egymással összefügg, így a prevenciós, intervenciós programok fókuszába a mentális állapot javítását is szükséges bevonni. Ez azért is fontos, mivel a magyar lakosság mentális-lelki állapota szegényes. Az élettel való elégedettség, a boldogság és a teljes élet megélése terén a legtöbb európai ország megelőz minket, világviszonylatban is elmaradottak vagyunk: 156 felmért országból a 110. helyen állunk (Tözsér, 2019).

Sirois (2015) szerint a kezdődő felnőttkor egy fontos, ugyanakkor figyelmen kívül hagyott életszakasz a magatartásváltoztatás szempontjából. Azért is érdemes ezzel a korosztállyal foglalkozni, mivel náluk még alakulóban van az önszabályozás, azaz az agy ezen területeinek a fejlődése nem zárult le erre az időszakra. Ez az éretlenség vezethet azon egyensúlytalansághoz, hogy az érzelmek sokszor átvehetik az irányítást a racionális viselkedés felett. Ennek következtében a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok hajlamosabbak a rizikómagatartásra. Ezért ennél a korosztálynál figyelembe kell venni az önszabályozás sebezhetőségét és a preventív egészségmagatartás erősítése érdekében a magatartásváltoztatás mellett segíteni kell őket az önszabályozás és identitás fejlődésében.

1.3. A pozitív életminőség

A WHO (2004) az életminőséget az egyén saját élethelyzetének megítéléseként határozza meg, mely kapcsolatban áll a céljaival, elvárásaival, normáival. Szigeti (2016, 130. o.) tanulmányában olvasható, hogy az *„életminőség (quality of life) és a jóllét (well-being) egymással egyenrangú, szinonim fogalmak, amelyek a jólét (welfare) tágabb értelmét fejezik ki”*.

Különböző modellek, különböző megközelítésekkel jöttek létre az életminőség vizsgálatára: a skandináv modell az objektív paraméterek mérésére törekszik, az amerikai a szubjektív megélésre fókuszál, míg a kettejük ötvözte, a kevert modell, igyekszik mindkét mérési formát komplex módon megvalósítani. Az amerikai modell szubjektív életminőség vizsgálati középpontjában az egészség áll, annak a szubjektív megélése (Szigeti, 2016).

Az egészséggel összefüggő életminőség alatt az egyén jelenlegi funkcióival való szubjektív elégedettségét értjük (Kopp és Skrabski, 2009). Ahogy az 1948-as WHO egészségfogalomban megjelent a testi, lelki és szociális dimenzió, úgy az egészséggel összefüggő életminőség is tartalmazza ezeket a doméneket, melyek együttes működése adja az illető elégedettségét az életvezetésében (Susánszky és mtsai, 2006; Testa és Simonson, 1996).

A pozitív életminőség nem a fentebb tárgyalt dimenziók hiányos vagy patológiás működését méri, épp ellenkezőleg, ezen dimenziók jól teljesítését, az erőforrások meglétét (Kopp és Martos, 2011).

1.3.1. Pszichológiai életminőség, pozitív mentális egészség

A dolgozat az életminőség doménjei közül a pszichológiaiakat vizsgálja, így a továbbiakban az ezzel kapcsolatos meghatározások kerülnek ismertetésre.

A pszichológiai életminőség vizsgálatoknak új nézőpontot adott a pozitív pszichológia irányzata (Kopp és Skrabski, 2009), mely nem a pszichopatológiákat kívánja vizsgálni, hanem a mentális egészséget és az ezt elősegítő tényezőket, annak érdekében, hogy mind egyéni, közösségi és társadalmi szinten megvalósulhasson a virágzás (flourish) állapota. A pozitív pszichológia szubjektív élmény szintű területeit képezi a jóllét, az elégedettség a múlttal, a boldogság és flow-élmény a jelenben, az optimizmus a jövővel kapcsolatban (Seligman és Csikszentmihalyi, 2000).

A mentális egészséget különféle módokon konceptualizálták: a pozitív érzelmek meglétével, a boldogság megélésével, amikor a személyiség különféle erőforrások birtokában van, pl. megfelelő

önértékeléssel és rezilienciával rendelkeznek. A WHO 2001-es állásfoglalásában több, mint a mentális betegség hiánya, maga a jóllét állapota, melyben az egyén képes egy produktív életet élni, realizálva a benne rejlő képességeket, megküzdve a stresszel (WHO, 2004).

A pozitív mentális egészség a jóllét szubjektív megélése, pozitív pszichológiai jóllét, mely során az egyén képes rugalmasan megküzdni a különféle stresszorokkal, képes elfogadni a valóságot és megvalósítani a személyes növekedést. Az egyén rendelkezik egy belső érzelmi kapacitással, mely lehetővé teszi az érzelmi, az intellektuális és a szexuális törekvéseinek megvalósítását (WHO, 2004).

Westerhof és Keyes (2010) a WHO jóllét koncepcióját továbbgondolva 3 dimenzióban azonosítja a pozitív mentális egészséget:

1. érzelmi jóllét mint hedonisztikus jóllét: a boldogság érzése, az élettel való elégedettség
2. pszichológiai jóllét mint az eudaimonikus jóllét egyik aspektusa: pozitív egyéni szintű működés az önmegvalósítás szempontjából
3. szociális jóllét mint az eudaimonikus jóllét másik aspektusa: pozitív szociális szintű működés a társadalmi értékek szempontjából

Kopp és Martos (2011) a Nemzeti Összjólléti Index rendszerszemléletű, többdimenziós életminőségkutatásban a „Pozitív lelkiállapot” indikátoraként a boldogságot és az elégedettséget, a pozitív érzelmek gyakoriságát, az élettel való elégedettséget, az önbizalmat és énhatékonytápot, valamint az élet értelmességének tapasztalatát határozta meg.

A pozitív mentális egészség fogalmának kiegészítésére létrejött a „virágzás” (flourishing) állapota kifejezés, mely alatt a magas szintű érzelmi, azaz a szubjektív jóllét, valamint az optimális szintű pszichológiai és szociális jóllét együttesét értjük (Keyes, 2002). A virágzás állapota lehetővé teszi az egyén pszichés funkcióinak magas szintű, pozitív működését (Keyes, 2005).

Az alacsony szintű mentális egészség összefüggésbe hozható az egészségtelen életmóddal és a fizikális megbetegedésekkel (WHO, 2004). Ezért a következőkben az egyes jóllét-koncepciók és azok kapcsolata kerül bemutatásra a preventív egészségmagatartással.

1.3.2. Jóllétkoncepciók

Ryan és Deci (2001) szerint a jóllét koncepciója az optimális pszichés működésre és élményre utal. Az eddigi kutatások két irányból fókuszáltak a jóllét elérésére (Keyes, 2002). Az egyik a hedonizmus (Kahneman és Tsai, 1999), melynek lényege az élvezet elérése és a fájdalom elkerülése, azaz a jóllét ebben az esetben az örömből, boldogságból áll. A másik megközelítés azt mondja, hogy a jóllét több a puszta boldogságnál, sokkal inkább az egyéni lehetőségeknek az aktualizálása, az önmegvalósítás elérése. Ezt nevezzük eudaimonizmusnak (Waterman, 1993), mely a daimon kifejezésből ered, azaz a jóllét abból áll, hogy az egyén hajtja végre, valósítja meg az ő daimonját, valódi természetét.

1.3.2.1. Szubjektív (hedonikus) jóllét

A szakirodalom egymás szinonimájaként használja a szubjektív, az érzelmi és a hedonista jóllét kifejezéseket.

Az egyik legáltalánosabb típusa a jóllétnek a szubjektív jóllét, mely Diener (1984) megfogalmazásában az egyén egész életének kognitív és affektív értékeléseit jelenti. A szubjektív jóllétnek 3 dimenzióját különbözteti meg: a pozitív affektusok gyakoriságát, a megélt érzelmek intenzitását, valamint az élettel való elégedettséget, ami az élet kognitív szempontú értékelése.

Keyes (2002) az érzelmi jóllétet a hedonisztikussal azonosítja, mely a boldogág érzését és az élettel való elégedettséget fedi le. Ennél a jóllétnél a fókusz a hedonizmuson van, azaz a cél az örömök maximalizálása és a fájdalmak minimalizálása (Peterson és Tsai, 2005). Ezért például Kahneman és Tsai (1999) egymás szinonimájaként használják a szubjektív jóllétet és a hedonista jóllétet. A hedonista boldogsággal foglalkozó tanulmányok azt vizsgálják, hogy az élet mitől kellemes vagy kellemetlen, unalmas vagy szórakoztató, vidám vagy szomorú (Durayappah, 2011).

A szubjektív jóllét és a viselkedés, valamint az egészségviselkedés kapcsolatában az alábbi összefüggéseket lehet találni.

A pozitív érzelmek az érzelmi jóllét erőforrásaiként és egyben markereiként működnek, melyek elősegítik a rezilienciát és copingot, így végső soron a viselkedés alakulására is előnyösen hatnak (Fredrickson, 2001). Ugyanis a boldogság, a pozitív érzelmi állapotok és az élettel való elégedettség energetizáló, valamint motivációs funkcióval bírnak a cselekvések kezdeményezésében és azok fenntartásában. A boldog emberek nagyobb energiakapacitással rendelkeznek, így képesek megvalósítani olyan egészségvédő tevékenységeket, melyek nagyobb energiabefektetéssel járnak,

pl. testsúlykontroll, testmozgás. A boldogtalan emberek az egészségüket javíthatják, ha képesek az energia-kiadásukat és energia-kapacitásukat összhangba hozni (Chopik és O'Brien, 2017).

A másik irányú kapcsolatra is lehet példát találni, amikor a testmozgás jótékony hatását mutatták ki az étellel való elégedettség szintjének pozitív alakulásában (Stanton és Reaburn, 2014).

Grant és mtsai (2009) kétirányú kapcsolatot feltételeznek, azaz az egyes preventív tevékenységek végzése képes növelni az étellel való elégedettséget, ugyanakkor az elégedettségből adódó pozitív érzelmi töltet segít ezen tevékenységek folyamatos végrehajtásában. Kutatásuk szerint a fiatal felnőttek körében az étellel való elégedettség magasabb szintje pozitív kapcsolatban áll az egészségvédő tevékenységekkel (dohányzás mellőzése, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, fényvédelem).

1.3.2.2. Pszichológiai (eudaimonikus) jóllét

Keyes (2002) az eudaimonikus jóllétet pszichológiai és szociális jóllétekkel azonosítja.

Ryan és Deci (2001) munkájában a jóllét hedonisztikus értelmezése mellett jelen van az eudaimonikus is, mely szerint a valódi boldogság az értékes, értelmes cselekvésben rejlik. Ez a gondolat Fromm (1981) optimális jóllétről szóló munkájában is megjelent. Ő különbséget tesz az igények és vágyak között: bizonyos részükből származó elégedettség csupán csak pillanatnyi öröm. Azonban vannak olyan igények is, melyek megvalósítása elősegíti az emberi fejlődést, az eudaimonikus jóllétet.

Waterman (1993) azt mondja, hogy az eudaimonia akkor jön létre, amikor az emberek elkötelezettek, élettevékenységeik ennek megfelelően kongruensek, összhangban vannak a mélyben gyökerező értékekkel. Ilyen körülmények megtapasztalása közben az egyén intenzíven él, autentikusnak érzi magát, olyannak, mint aki valójában él, létezik.

Ryff és Keyes (1995) eudaimonikus pszichológiai jóllét elméletének jellemzője a személyes fejlődés és a pozitív pszichés működés. Két fő összetevője az önfogadás és a másokkal való pozitív kapcsolat. Ryffék a pszichológiai jóllétet 6 dimenzióra osztják: autonómia, környezet uralása, személyes növekedés, másokkal való pozitív kapcsolat, életcél, önfogadás.

Az *autonómia* megélése esetén az illető képes független, önálló módon dönteni és cselekedni; képes ellenállni a feléje irányuló szociális elvárásoknak, nyomásoknak. Képes megfelelő módon szabályozni a viselkedését. Amennyiben megfelelően működik a *környezet uralása* dimenzió, az egyén képes kontrollálni a külső körülményeket, képes kihasználni a környező lehetőségeket. A *személyes növekedés* dimenzióban a szelf képes a növekedésre, fejlődésre. Nyitott az új

lehetőségekre, motivált az önismeret és énhatékonyság fejlesztésében. A *másokkal való pozitív kapcsolat* során meleg, bizalommal teli módon képes közeli kapcsolatokban lenni, miközben szeretetet, intimitást, empátiát tud megélni. Az *életcél* dimenzió magas szintjén az egyén látja akár a múltbeli, akár a jelenbeli életének, tapasztalatainak az értelmét. Hisz abban, hogy van célja az életének, s nyitottan áll a jövő elé. Az *önelfogadás* dimenzióban az egyén pozitívan viszonyul magához, elégedett magával, elfogadja a jó és a rossz tulajdonságait egyaránt (Ryff, 2014).

Az eudaimonikus jóllét és a viselkedés, valamint az egészségviselkedés kapcsolatában az alábbi összefüggéseket lehet találni.

Az eudaimonikus jóllétnek egészségvédő szerepe van. Segíti a rezilienciát az egyes életesemények, változások kapcsán, kiváltképp, melyek az egészséget is érintik, pl. az idősödés folyamatában (Ryff, 2017).

Több eudaimonikus tevékenység jár együtt magas örömszinttel, pozitív élményekkel. Például a testmozgás végzése eleve élvezetes tud lenni, de ezen felül tudja segíteni a személyes növekedést (Waterman, 2005). Maga a jóllét magasabb szintű megélése is vezethet olyan tevékenységek gyakorlásához, melyek értelmesek, jelentéssel teliek (McMahan és Renken, 2011). Azok az emberek, akik céltudatos életet élnek, értékelik magukat, jobban vigyáznak az egészségükre, gyakorolják a különféle preventív, egészségtudatos viselkedéseket (Ryff, 2017).

1.3.2.3. Boldogságorientációk, a hedonikus és eudaimonikus jóllétek integrálása

Peterson, Park és Seligman (2005) szerzőhármasa úgy gondolja, teljesen elégedett, boldog életet nem lehet csak az egyik vagy másik véglettel (hedonia, eudaimonia) elérni, sokkal inkább ezek egyidejű megvalósításával lehetséges. Ezt a két szempontot egészítették ki egy harmadikkal, az áramlatélménnyel, amit Csíkszentmihályi 1990-es Flow művének alap gondolatai alapján építettek be az elképzelésükbe. A szerzők a flow állapotot fontosnak tartják elkülöníteni az eudaimoniától és hedoniától. (Bár mindkettő állapotban megjelenhet, létrejöhet a flow. Azonban nem minden flow tevékenység értelemmenteli vagy jár azonnali örömmel, az sokkal inkább egy utóértékelés eredménye). Ezért a kutatók háromféle boldogságorientációt határoztak meg: élvezetkereső boldogságot, értelemkeresőt, és áramlatkeresőt. Az *élvezetkereső boldogság* a hedonikus, szubjektív jólléttel analóg, azaz a pozitív élményeket, érzelmeket és ezek keresését fedi le. Az *értelemkereső* pedig az eudaimonikus, pszichológiai jólléttel áll rokonságban, azaz az egyes életesemények értelmességének a magyarázatát állítja fókuszba. Az *áramlatkereső orientáció* pedig, ahogy a nevében is van, a flow élményeket kiváltó tevékenységek végzését tartalmazza.

Peterson és mtsai (2005) az egyes boldogságorientációk szintjeinek kombinációja alapján létrehozták a teljes élet – üres élet kategóriákat. Üres élet akkor jön létre, ha mindhárom boldogságorientáció szintje alacsony. Teljes élet pedig akkor, ha mindhárom magas. Azoknak volt a legmagasabb az étellel való elégedettsége, akik a teljes élet kategóriába tartoztak. A mintában ők voltak a legkevesebben, jóval többen voltak hozzájuk képest az üres vagy az ahhoz közeli életet élők. Szondy és Martos (2014) magyar minta vizsgálatában a résztvevők 15,4%-ra jellemző a teljes élet megélésre, azaz akiknél mindhárom orientáció szintje magas. Két magas szintű orientációval 25,71%, míg egy magas orientációval a vizsgáltak 33,44%-a rendelkezik. Az üres életet élők, akiknél mindhárom orientáció szintje alacsony, 25,11%-nyian voltak.

A boldogságorientációk és a viselkedés, valamint az egészségviselkedés kapcsolatában az alábbi összefüggéseket lehet találni.

A hedonikus aktivitás a mindennapi tevékenységek során pozitív érzelmek és gondtalanság érzésével jár együtt, míg az eudaimonikusak nagyobb intenzitású élményekkel társulnak. A hedonikus tevékenységek előnye rövid távon jelenik meg az ön- és érzelemszabályozásban, míg az eudaimonikusak késleltetve, hosszú távon fejtik ki a hatásukat, növelve az élmények által nyújtott érzelmi kapacitást. A kétféle viselkedés egymást egészíti ki, mivel a hedonikusak funkciója az, hogy helyreállítsák az érzelmi egyensúlyt, amikor az aktuálisan felborult valami miatt, azaz egy kezdeti erőforrásként szolgálnak a további eudaimonikus viselkedésekhez (Huta és Ryan, 2009).

Zadworna-Cieślak (2018) vizsgálatában a fiatalok boldogságát meghatározó tényezők között a jó egészség szerepelt a 3. helyen (míg az első két helyezett a sikeres családi élet és baráti kör volt). Eredményeik között megjelent még, hogy a boldogabb és kedvezőbb egészségviselkedésű fiatalok nagyobb valószínűséggel választják az egészséget a pozitív élet erőforrásaként, mint akikre a rizikómagatartás a jellemzőbb.

Az inaktív életmódot élők sokszor említik okként az idő- és energiahíányt, a testmozgással szembeni érdektelenséget. Azonban a flow adta pozitív élmények, érzelmek segítik az embereket ezen akadályok leküzdésében, azaz az áramlatélmény megélése testmozgás közben segít hosszú távon fenntartani a fizikai aktivitást. A kutatók feltételezik, hogy más egészségvédő tevékenységek végzésének sikerességét is támogatná, ha azok végzése közben létre tudna jönni az áramlatélmény (Petosa és Holtz, 2013).

1.4. Az önszabályozás

Brown (1998) az *önszabályozást* egyfajta sajátos képességként értelmezi, mely megtervezi az egyén viselkedését, valamint azt rugalmasan alakítja szükség szerint. Park, Peterson és Seligman (2004, 606. o.) szerint az „Önszabályozás (önkontroll): annak szabályozása, amit az ember érez és cselekszik; fegyelmezettség; az ember vágyainak és érzelmeinek kontrollja.”

Baumeister és Vohs (2004) az önszabályozást tudatos, illetve tudattalan folyamatként határozta meg, amire az egyén energiát szentel, hogy felülírjon egy természetes reakciót vagy viselkedést, és helyettesítse egy sokkal nehezebbel, ami jobban megegyezik az ő céljával, céljaival. Ehhez szükséges, hogy az egyén képes legyen kontrollálni a belső állapotait, folyamatait, válaszait (Baumeister és mtsai, 1994; Kelly és mtsai, 2010). Képes legyen ellenállni a saját impulzusainak, a viselkedését különféle előírásokhoz igazítani, és képes legyen az aktuális viselkedésén annak érdekében változtatni, hogy elérje a hosszú távú céljait (Baumeister, 1999). Ezekre példa a testgyakorlás, tartózkodás a túlevéstől vagy akár a dohányzás kényszerétől.

Az önszabályozással foglalkozó kutatások egyik közös jellemzője, hogy az önszabályozást a célok beállításának dinamikus motivációs rendszerének tekintik. A másik közös jellemzőjük pedig, hogy az önszabályozás érintve van az érzelmi reakciók menedzsmentjében, irányításában. Az eddigi tapasztalatok alapján úgy látszik, hogy az önreguláció fontos eleme a motivációs rendszernek és bonyolult kognitív folyamatokkal áll kapcsolatban (de Ridder és de Wit, 2006).

A sikeres önszabályozás megkívánja a gondolatok, érzelmek, cselekedetek stratégiai mozgósítását (Cantor, 1990; Kuhl, 2000), különösen, ha akadályok és konfliktusok támadnak a célok között. Tehát az önszabályozás alatt olyan szisztematikus folyamatot értünk, amely irányítja a saját változás lépéseit, és tudatosan befolyásolja a gondolatokat, érzéseket, viselkedést annak érdekében, hogy az egyén elérje a kitűzött céljait (de Ridder és de Wit, 2006).

Az önszabályozás kapcsán érdemes kitérni az *önszabályozó kapacitásra*. A működését illetően több elméleti megközelítés létezik, jelen munkában az erőmodellt vesszük alapul, melynek lényege, hogy az emberek korlátozott erőforráskészlettel rendelkeznek (Muraven és Baumeister, 2000; Baumeister, Vohs és Tice, 2007). Az egyének ebből a készletből veszik az energiát minden olyan tevékenységhez, ahol szükség van az önszabályozásra, azaz egy tudatos, célirányos viselkedést kell megvalósítani, ami bár hosszú távon kifizetődő, de rövid távon kellemetlenségekkel, lemondásokkal járhat (Hagger, 2010), például egy egészségtudatos viselkedés elkezdése esetén. Az erőfeszítések

közepette, főleg, amikor különféle helyzetekben kell az illetőnek helytállnia, ez a kapacitás könnyen lemerülhet, azaz bekövetkezhet az *énkimerülés* állapota. Ilyenkor az egyén felélte az önszabályozás megvalósítása közben az energiatartalékait, emiatt kudarcok érhetik, mivel már nem képes fenntartani azt a kívánatos viselkedést, mellyel kapcsolatban az erőfeszítéseit tette (Baumeister és Vohs, 2007). Ezt támasztja alá Bray és mtsai (2008) kutatási eredménye, miszerint az inaktív életmódot élő egyetemista fiatalok kevésbé tudták a rendszeres testmozgási törekvéseiket fenntartani abban az esetben, ha más feladatok, kihívások is igénybe vették az önszabályozási kapacitásukat.

Ezért elmondható, hogy a sikeres önszabályozás erőforrásigényes (Baumeister és mtsai, 2006), a megterhelő feladatok, időszakok igénybe veszik és kimerítik a pszichés erőforrásokat (Baumeister és mtsai, 1998). Figyelembe kell venni, hogy az elhasznált energiakapacitás lassabban pótolható vissza, mint amilyen gyorsan elhasználódik. Így érdemes azt vagy megfelelően beosztani az egyes megvalósítandó feladatok között, vagy az újratöltéséről gondoskodni, amiben segítenek a pozitív érzelmek és a relaxáció is (Hagger és mtsai, 2009; Muraven és Baumeister, 2000).

1.4.1. Az önszabályozás és az egészségvédő viselkedés kapcsolata

Sirois (2015) egy új fogalmi modellt hozott létre „*Az önszabályozás erőforrás modellje*” (self-regulation resource model (SRRM)) néven, hogy érthetővé váljék, az önszabályozás hogyan vesz részt az egészségvédő viselkedés kialakításában. Az önszabályozás erőforrás modellje alapján (2. sz. ábra) a pozitív érzelmek magas, a negatív érzelmek alacsony szintje az önszabályozás erőforrásaként támogatja a sikeres egészségvédő magatartás kialakítását. Hasznos, ha az affektív erőforrások együttműködnek a szociokognitív tényezőkkel, mint például Ajzen (1991) modelljében az egészség felett érzett kontrollal. A negatív érzelmek alacsony, míg a pozitív érzelmek és az énhatékonyság magas szintje pozitív kapcsolatban áll az önegyüttérzéssel, így mint az önszabályozás erőforrása erősíti annak a kapacitását, aminek gyakorlati eredménye az egészségvédő magatartás pozitív alakulása.

Számos társadalmi és egyéni problémának - beleértve az egészséghez tartozókat is - gyökere az önszabályozás hibás működése (Baumeister és Heatherton, 1996). Az egészség kimenetelével kapcsolatban a következő nehézségek, veszélyek adódhatnak a helytelen önszabályozás eredményeképp: az orvos kezelési utasításainak nem megfelelő betartása; kevés testmozgás; egészségtelen táplálkozás; sikertelen dohányzásról való leszokás, különféle rizikómagatartások (pl. alkalmi mértéktelen alkoholfogyasztás, védekezés nélküli szexualitás). Ezekből a példákban is látható, hogy a helytelen önszabályozás számos egészségi problémát eredményezhet, mint például

elhízás, szív- és érrendszeri megbetegedések, rákos megbetegedések, kettes típusú cukorbetegség, szexuális úton terjedő betegségek. A magas szintű, jól működő önszabályozás adaptív eredménye viszont megjelenik az egészség pozitív kimenetelében (Hagger és mtsai, 2009).

2. sz. ábra: Az önszabályozás erőforrás modellje (Sirois, 2015, 219. o.)



Az önszabályozás többféleképpen működhet. Előfordulhat, hogy *alulműködik*, ebben az esetben a fentebb említett, az egészséget veszélyeztető magatartások jöhetnek létre. Az is bekövetkezhet, hogy *túlműködik* az önreguláció, ami egy túlzott (egészség)viselkedéssel járhat együtt, például egy anorexiás túlzottan is a kontrollja alatt tartja az étkezését, holott már az egészségét, jóllétét veszélyezteti (Baumeister és Heatherton, 1996; Glanz, Rimer és Lewis, 2002).

Az egészségvédő viselkedésre irányuló intervenciók során elengedhetetlen biztosítani az ezekhez szükséges erőforrásokat. Tehát az intervenciók alkalmazásakor nagy körültekintéssel kell eljárni az érzelemszabályozási szükségleteket illetően, ami fontos a folyamat hatékony végrehajtásához. A hatékony érzelemszabályozás nélkülözhetetlen a distressz feloldásához, ami, ha nem jön létre, az egészséget és jóllétet akadályozhatja (Cameron és Leventhal, 2003).

1.5. Az érzelemszabályozás

Ebben a fejezetben áttekintjük az érzelmek és érzelemszabályozás meghatározását, a pozitív-negatív érzelmek szerepét a mentális egészségben, valamint az érzelemszabályozás és egészségmagatartás közötti kapcsolatra is kitérünk.

1.5.1. Az érzelmek és az érzelemszabályozás meghatározása

Carver és Scheier (1990) az érzelemre úgy tekint, mint egy rendszer leolvasására, ahogy az ellenőrzi a különbséget a cél és a valóság között. A pozitív érzelem mutatja, ha csökkent ez az eltérés, míg a negatív érzelem ennek a fordítottja.

Koole (2009a) szerint az érzelmek az emberek pozitív vagy negatív reakciói olyan eseményekre, amelyeket relevánsként érzékelnek az őket aktuálisan érintő dolgokban. Ebben a felfogásban az érzelmek több komponensből állnak, amelyek sajátosan jellemző gondolatokat, érzéseket foglalnak magukban, viselkedéses és fiziológiai reakciókkal együtt.

Peil (2014) szerint az *alapérzelmek* (öröm, szomorúság, undor, harag és fájdalom) információt adnak a fiziológiás és a pszichoszociális szükségletekről. Például az alapvető örömmel egy olyan üzenete van, hogy „*Igen, gyerünk! Ez jó nekem!*”. Ezek az üzenetek arra sarkallnak bennünket, hogy felfedezzük és tiszteletben tartsuk az alapigényeinket, valamint új stratégiákat is vezessünk be, amelyek segítik az optimális fejlődést és adaptációt. Az önszabályozásban fontosak az alapvető negatív érzelmek is, melyek segítik az önfenntartást, a szükségletek kielégítését és a fizikális, valamint a szociális biztonság kialakítását. Tehát a negatív vegyértékű érzelmek a „*Ne, állj! Rossz nekem!*” a fájdalmas distressz jeleket, üzeneteket közvetítik. Ezeknek az érzelmeknek az értékelése lehetővé teszi számunkra, hogy változtassunk a körülményeken vagy helyzetünkön, azaz eldöntsük, hogy „küzdünk vagy menekülünk”. A *másodlagos vagy szociális érzelmek* (bizalom, bizalmatlanság, bátorság, szorongás, büszkeség, szégyen, hála, megvetés, együttérzés, büntudat, csodálat, irigység, remény, aggodalom, odaadás, düh, szeretet, gyűlölet, kíváncsiság, becsület, hit, stb.) a fejlődés során később alakulnak ki (2-8 éves kor körül). Ezek megtapasztalása szükséges az önálló fejlődéshez, és a magasabb rendű emberi szükségletek létrejöttéhez, mint például a kötődéshez, az önértékeléshez, a kreativitáshoz.

Az érzelmeket a következő három dimenzió mentén is lehet azonosítani, ehhez Russel és Mehrabian (1977) három faktoros modellje ad támpontot: *élvezeti szint szerint* lehetnek pozitívak vagy negatívak az érzelmek; *aktivitási szint vagy másnéven arousal alapján* lehetnek aktivitást vagy

passzivitást mutatóak az érzelmek, *dominancia alapján* pedig dominánsak vagy szubmisszívek lehetnek az érzelmek. Például a boldogságot magasfokú pozitív, aktív és domináns érzelekként jellemzik a szerzők.

Miért van szükség az érzelem szabályozására? Az érzelmi reakciók lehetővé teszik az emberek számára, hogy gyorsan és megbízhatóan megkülönböztessenek ingereket, szituációkat, melyek ellenségesek vagy barátságosak számukra. A pozitív érzelmek megjelenése egy jóságos, kellemes helyzetről tanúskodik, ami egy közeledésorientált viselkedésre biztatja az egyént. Ezzel szemben a negatívak fenyegetésre utalnak, és egy elkerülő viselkedést váltanak ki az illetőből (Koole és Kuhl, 2008).

A következőkben egyfaktoros érzelemszabályozás-meghatározásokat mutatunk be, ahol a szerzők nem tesznek éles különbséget az érzelmek kialakulása és azok szabályozása között, sokkal inkább egy közös folyamatban helyezik el őket.

Carver és Scheier (1990) szerint az érzelemszabályozás inkább egy cselekvés mellékterméke, mintsem annak a végterméke. Tehát az érzelmek az érzelemszabályozás tanulására is szolgálnak. Az érzelemszabályozás olyan folyamatokra utal, amelyek az egyéneket befolyásolják, hogy milyen érzelmeik vannak, azok mikor vannak, hogyan tapasztalják meg és fejezik ki ezeket. Ezek a folyamatok lehetnek automatikusak vagy kontrolláltak, tudatosak vagy tudattalanok (Gross, 1998b). Az érzelemszabályozás során a negatív vagy pozitív érzelmek növelése, csökkentése vagy épp fenntartása valósul meg (Gross, 2002).

Gross és Barrett (2011) szerint az „Alap érzelem perspektíva – érzelemszabályozás” -ba olyan különféle eljárások tartoznak, mint például az érzelem elindulásának a megállítása vagy annak a kifejezésének a meggátlása. Az „Értékelő perspektíva – érzelemszabályozás” esetben nincsenek éles határok az érzelmek előállítása és azok szabályozása között, az érzelmek az adott helyzet lebonyolításából születnek. Az „Érzelmek szociális szerkezetű megközelítése – érzelemszabályozás” szerint az érzelmek a cselekvésekben jönnek létre, azok saját szabályozó funkcióin keresztül. Emiatt a határ eltűnik az érzelmek előállítása és szabályozása között.

1.5.2. A pozitív érzelmek mint a mentális egészség erőforrásai

Fredrickson (2004) a pozitív érzelmek „bővítés-építés” elmélete (broaden-and-build theory of positive emotions) szerint a pozitív érzelmi állapot megélése nem azonos a negatív érzelmi állapot hiányával. A pozitív érzelmek építő módon, katalizátorként szélesítik az egyén tudatosságát, növelik az aktivitását, nyitottságát, kreativitását, segítik az új kapcsolatok kiépítését és a viselkedési

készségek fejlődését, azaz erőforrásként bővítik az egyén gondolat-cselekvés repertoárját. A pozitív érzelmek megléte a pozitív mentális egészség, a „virágzás” állapotának indikátorai, növelik az étellel való elégedettséget, pszichológiai jóllétet. Azonban a negatív érzelmek romboló módon, ellenkezőleg hatnak: beszűkítik az egyén gondolkodását és cselekvését, egyfajta túlélésorientált viselkedést idéznek elő nála.

Fredrickson (2004) feltáró elemzése szerint a pozitív életminőséget, a „virágzás” állapotát a 3:1 pozitív-negatív érzelmi arány megélése segíti elő, így kis arányban a negatív érzelmekre is szükségünk van. A 2:1 pozitív-negatív érzelmi arány esetében az emberek élete szokványos, stagnálnak, de nem tud a személyes növekedésük megvalósulni. Az sem szerencsés, ha valaki szeretné teljesen leredukálni a negatív érzelmeit: megfelelő arányban szükségesek, tökesúlyként ezek tartanak minket a realitásban.

Annak ellenére, hogy a pozitív érzelmek rövid életűek, mégis képesek mélyen és tartósan hatni azáltal, hogy a gondolkodást fejlesztik, új ötletek felfedezéséhez, pozitív, élményteli cselekvésekhez és társas kapcsolatok kialakításához vezetnek. Így lehetséges az, hogy amikor átélünk valamilyen pozitív élményt, az nemcsak a jelenben nyújt kellemes érzelmeket, hanem az előbb említett fejlesztő hatások révén, a jövőben újabb pozitív tapasztalatokat fogunk általuk megélni – ezért a pozitív érzelmek működését egy felfelé ívelő spirálként is el lehet képzelni (Fredrickson, 2003).

1.5.3. Az önszabályozás és az érzelemszabályozás kapcsolata

Az érzelmek modulációja kiterjed az önszabályzó funkciókra. Az emberek prioritásai megszabják az érzelem- és önszabályozás menetét. Ez abban érhető tetten, hogy próbálják megszüntetni a számukra kellemetlen körülményeket, ami annyira sok szellemi energiát emészthet fel, hogy emiatt más területeken könnyen elbukhatnak, például az önkontrolljuk kudarcot vall (Hirt és McCrea, 2000). Akut érzelmi distressz megtapasztalásakor az önszabályozás és érzelemszabályozás egymással konfrontálódhat. Az embereket a nehézségek idején kevésbé érdekelhetik a hosszú távú célok, és hajlamosak lehetnek a pillanatnyi örömet, élvezet nyújtó dolgokhoz fordulni. Például az azonnali örömet nyújtó magas kalóriatartalmú étel elfogyasztása megzavarhatja azon hosszútávú célokat, mint például az egészség vagy megfelelő testsúly kialakítása (Gross, 1998a; Tice, Bratslavsky és Baumeister, 2001).

Ez az elgyengülés a már korábban bemutatott az „Önszabályozás energia modellje” segítségével (Gaillot és Baumeister, 2007; Muraven és Baumeister, 2000) magyarázható, aminek

lényege, hogy az önszabályozás egy korlátozott energiaforrásra támaszkodik, amely a használat során kimerül.

Így, ha az érzelmek szabályozása egyfajta önszabályozásként működik, akkor ennek következménye lehet, hogy az érzelemszabályozás versenyhelyzetbe kerül a viselkedéses önszabályozással a pszichés erőforrások iránt. Ha az emberek több energiát fordítanak az érzelemszabályozásra, akkor kevesebb marad a viselkedéses önszabályozásra (Erber és Erber, 2000; Koole, 2009b).

A „Az interakciós elmélet személyiségi rendszere” (PSI theory - personality systems interactions theory; Kuhl, 2000; Kuhl és Koole, 2004) szerint az érzelemszabályozás célja, hogy összehangolja az egyén érzelmi állapotait és a helyzetnek megfelelő szabályozási igényeket. A PSI elmélet feltételezi, hogy az érzelemszabályozás segíti kialakítani a globális egyensúlyt az egyén motivációs, kognitív és érzelmi funkciói között, ezáltal az egyén pszichológiai rendszerének átfogó integritásának kialakítását is támogatja, ami erőteljes előmozdítója a sikeres önszabályozásnak (Koole és Kuhl, 2008).

1.5.4. Az érzelemszabályozás és az egészségmagatartás kapcsolata

A *diszkrét érzelmek* (olyan specifikus állapotok, mint pl. a harag, félelem, szomorúság vagy boldogság) és a *hangulat* (például az általános pozitív és negatív érzelmi állapotok) minősége befolyásolja az egészségviselkedést. A negatív érzelmek túlsúlya a rizikómagatartásnak képes kaput nyitni. Ezzel szemben a pozitív érzelmek a preventív, egészségtudatos viselkedést támogatják, erősítik. Erre példa, hogy az egészséges táplálkozás, testmozgás veszélyeztetett, ha magas a stressz szintje. A szűrővizsgálatokon való részvételt, önvizsgálatot pedig az hátráltathatja, ha az illető fél egy esetleges daganatos diagnózistól (Ferrer és Mendes, 2017).

Az alábbiakban különféle érzelemszabályozási modelleket láthatunk, melyek a megélt érzelmek és az egészségmagatartás kapcsolatát magyarázzák.

A „*Célorientált érzelemszabályozási modellek*” szerint az érzelemszabályozás feladata, hogy az illető megtegye azokat a lépéseket, melyekkel a kívánt érzelmi állapothoz közelebb kerülhet. Az érzelemszabályozás hierarchikusan épül fel, vannak alacsonyabb és magasabb rendű célok, melyek esetén a viselkedéskontroll a magasabb rendűekhez igazodik. Az elmélet szerint a nehéz, erőfeszítést igénylő önszabályozás fejlesztése jelentős előnyökkel szolgálhat az érzelemszabályozásban. Például a testmozgás végzése képes jelentősen csökkenteni az érzékelt stresszt és növelni az indulat feletti kontroll képességét az emberben (Koole, 2009a).

A „*Szükségletorientált modellek*” alapját a hedonista szükséglet megvalósítása adja, azaz az élvezeti egyensúly fenntartása a cél a jelenben: az öröm elérése és a bánat elkerülése. Érzelmi distressz esetén a szükségletorientált érzelemszabályozás elsőbbséget élvez az önszabályozás célirányos formái felett. Például a káros tevékenységeket, mint például akár a mértéktelen evést vagy alkoholfogyasztást az emberek szükségletorientált érzelemszabályozásként használhatják az érzelmi distressz magas szintjének csökkentésére (Koole, 2009a).

A „*Személyorientált érzelemszabályozás*” gyökerei egészen az ázsiai filozófiáig és vallási hagyományokig érnek el. Ebben a fajta szabályozásban az ember tevékenységeinek a regulációja harmóniában van az illető összes belső szükségletével, motivációjával és a tapasztalataival. A személyorientált érzelemszabályozás célja, hogy áthidalja a test és elme kettősségét. Sőt a testi tevékenységek jellemzően beépíthetőek az érzelemszabályozási tevékenységekbe, mint például a meditáció, szabályozott légzés, progresszív izomlazítás vagy jelentudatos gyakorlatok (Koole, 2009a).

Az „*Érzelemszabályozás rendszerellenőrző modellje*” szerint ellentét van az önszabályozás és érzelemszabályozás között. Az önszabályozás abban segíti az embereket, hogy alapvetően helyesen cselekedjenek, kötelességtudó módon, szenvedélyek nélkül. Ezzel szemben az érzelemszabályozás tekinthető egy sokkal komolytalanabb dolognak is, aminek a segítségével az emberek megengedhetnek maguknak azonnali örömeket, valamint a fájdalmas tapasztalatok elkerülését (Koole, 2008b).

Van Cappellen és mtsai (2017) szerint az egészségtudatos viselkedés támogatásához és fenntartásához fontosak a pozitív hatások, pozitív érzelmek, az adott viselkedésre adott pozitív válaszok (pl. az adott tevékenység végzésének élvezete), melyek egy „felfelé mutató spirálként” adják meg a kellő muníciót és lendületet az egészségvédelem gyakorlásához. A spirál belső hurokrésze a viselkedés tudattalan motívumait jelképezi, a külső pedig azokat a pozitív hatásokat, amiket a viselkedése kapcsán megél az egyén. Ha ezekere a pozitív hatásokra képes az ember tudatosan figyelni, s ezeket tudatosan megélni és erőforrásokként használni, akkor képes ezzel a pozitív, egészségvédő magatartást elősegíteni és megszilárdítani.

1.5.5. Az érzelemszabályozás típusai

Az emberek gyakran küzdenek meg frusztrációval, csalódottsággal vagy más negatív érzelmekkel, miközben az útukon haladnak a céljaik felé. A negatív érzelmek moderálása lehet *adaptív*, azáltal, hogy az egyén mennyire éber, mennyire áll készen a cselekvésre vagy mennyire képes mobilizálni az energiáit (Koole és Kuhl, 2008). A maladaptív stratégiák, mint például az érzelmek, vagy a helyzet elkerülése, az érzelmi élmények expresszív elnyomása, aggodás vagy rágódás, ártalmasak lehetnek a mentális egészségre, magasabb szintű pszichés tünetekkel járhatnak együtt (Aldao, Nolen-Hoeksema és Schweizer, 2010; Aldao és Nolen-Hoeksema, 2012).

A *kognitív érzelemszabályozási stratégiák* alatt azokat a kognitív válaszokat értjük, melyek az érzelmek kiváltó eseményekhez kapcsolódnak, és tudatosan vagy tudattalanul próbálják (át)alakítani az egyén érzelmi tapasztalatának vagy magának az eseménynek a nagyságát vagy milyenségét (Aldao és Nolen-Hoeksema, 2010).

Aldao és Nolen-Hoeksema (2010) beszél *adaptív és maladaptív kognitív érzelemszabályozási stratégiákról*. Az *adaptív stratégiák* közé tartozik a problémamegoldás és az újraértékelés. A problémamegoldás stratégiájának használata során az egyén tudatosan törekszik arra, hogy megváltoztasson egy stresszes helyzetet, vagy csökkentse annak a következményeit. A problémamegoldó megküzdés jótékonyan hat az érzelmekre azáltal, hogy módosítja vagy felszámolja a stresszorokat.

A *maladaptív kognitív érzelemszabályozási stratégiákhoz* sorolható a distresszes gondolatok elnyomása, és a rágódás, amelynek során a fókusz a negatív érzelmi élményen, valamint ennek a kiváltó okain és annak következményein van. A maladaptív érzelemszabályozás során szorongás, depresszió, evészavar léphet fel (Nolen-Hoeksema és mtsai, 2008).

Az *adaptív stratégiák* segítséget nyújthatnak a mentális egészség kialakításában és fenntartásában (Aldao és Nolen-Hoeksema, 2012), *protektív* faktorok lehetnek a pszichopatológiákkal szemben, így a prevenciós és intervenciós programokban is fontos szerepet tölthetnek be (Aldao és Nolen-Hoeksema, 2010).

1.6. Az önegyüttérzés mint adaptív érzelemszabályozási stratégia

Az önegyüttérzés (self-compassion) egy pozitív érzelmi viszonyulás a szelf felé, az önel fogadás egy egészséges formája, amellyel az egyén a kedvesség és gondoskodás érzését terjeszti ki saját maga irányába. Az önegyüttérzés magában foglalja a meleg és elfogadó hozzáállást azon dolgok iránt, melyeket az illető nem szeret magában vagy az életében. Az önegyüttérzés kiegyensúlyozott tudatossággal jár az egyén érzelmei felett, képes általa, hogy szembenézzon a negatív gondolatokkal és érzelmekkel, mindenféle túlzás, dráma vagy önsajnálát nélkül (Neff, 2003a, 2003b). Az eredmények azt is mutatják, hogy általában az önegyüttérzőbb egyének szignifikánsan több pozitív érzelmet tapasztalnak meg, mint negatívot. Ez a képesség onnan ered, hogy az illető képes kézben tartani a negatív érzelmeit, anélkül, hogy ítélkezne felettük, tagadná vagy elnyomná őket (Neff és mtsai, 2007a).

Fontos tehát, hogy az önegyüttérző egyén nem akarja elkerülni a fájdalmas és nyomasztó érzéseit, hanem azok felé kedvességgel, megértéssel közeledik, azokat közös emberi sorsnak tekinti. Ezek segítségével a negatív érzelmek pozitívabbá változnak, amelyek segítik az adott helyzet felfogását, a cselekedetek alakítását úgy, hogy azok egy helyes és hatásos utat kövessenek (Salovey és Mayer, 1990). Az önegyüttérzés tehát egy fontos adaptív érzelemszabályozási stratégia a negatív érzelmekkel és a depresszióval szemben (Diedrich és mtsai, 2014; Gilbert és Procter, 2006; Neff, 2003b).

1.6.1. Mi nem önegyüttérzés?

Az önegyüttérzés *nem önsajnálát*, amikor az emberek elmerülnek a saját problémáikban és elfelejtik, hogy mások is hasonló gondokkal küzdenek. Az önsajnálát erősíti, hangsúlyozza a szeparáltság egocentrikus érzését és felnagyítja az egyéni szenvedés mértékét. Azonban az önegyüttérzés lehetővé teszi, hogy lássuk a szelfhez és másokhoz kapcsolódó tapasztalatok összefüggését. Az önegyüttérzés különbözik az *önkényeztetéstől*, a saját vágyak kielégítésétől, vagy akár az élvhajhásztól is. Sokan vonakodnak az önmaguk iránti könyörületesség átélésétől, mert attól félnek, hogy elhagyják magukat, például „Ma stresszes vagyok, így önmagam iránti kedvességből egész nap TV-t fogok nézni és jégkrémet fogok enni.”. Ez azonban nem önegyüttérzés, hanem élvhajhászás, önkényeztetés, mivel az önegyüttérzés boldogságot és egészséget akar – hosszú távon is. Az örömszerzés okozhat ártó, sértő jóllétet is, ilyen például a drogozás, túlzott evés (Neff, 2004).

Bár az önegyüttérzés és *önértékelés* hasonlóknak tűnhet, egymással mérsékeltten korrelálnak (Neff és mtsai, 2005), azonban sok esetben különböznek egymástól. Az önértékelés arra utal, hogy mennyire tekintjük magunkat értékesnek, mennyire ismerjük az értékeinket vagy mennyire szeretjük magunkat. Bár nem kétséges, hogy az alacsony önértékelés okozhat gondokat, és gyakran vezethet depresszióhoz, motivációhiányhoz, azonban a magasabb önértékelés megszerzése is lehet problémás. Ugyanis az önértékelés növelése gyakran vezethet nárcisztikus, önző viselkedéshez (Neff, 2003a; Neff és mtsai, 2005). Neff és Vonk (2009) azt is megállapította, hogy az önegyüttérzés stabilitása kevésbé sérülékeny és nem annyira függ a külső körülményektől, mint az önértékelésé, így az énértékesség érzése jobban az önegyüttérzéssel kapcsolódik össze.

Neff és Vonk (2009) eredményei szerint viszont az önegyüttérzés magas foka egyáltalán nem társul a *nárcizmus* veszélyével. Az önegyüttérzés azt jelenti, hogy nem kell magam jobbnak éreznem másoknál ahhoz, hogy jól érezzem magam a bőrömben. Az önegyüttérzés megengedi, hogy világosabban lássuk magunkat. A személyes kudarcokat nem kell takargatni, rejtegetni, elnyomni, hanem meg lehet engedni, hogy a felszínre kerüljenek. Az önegyüttérző embereknek nincs szükségük arra, hogy felfűjják az egójukat, mivel képesek elfogadni a gyengeségeiket és erősségeiket egyaránt, nem kell félniük attól, hogy ez veszélyeztetné az énértékességüket.

1.6.2. Az önegyüttérzés összetevői

Az önmagunk iránti együttérzés hasonló a mások iránt érzett együttérzéshez, azaz amikor nehéz helyzetbe kerültünk, elbuktunk vagy észrevettünk magunkban valamit, amit nem szeretünk, akkor tudunk magunkkal szemben kedvesek és megértőek lenni, hiszen nem várjuk el magunktól a tökéletességet. Talán a legfontosabb, ami az önegyüttérzés meglétére utal, az az, hogy tiszteletben tartjuk és elfogadjuk az emberi mivoltunkat. Nem mindig alakulnak úgy a dolgok az ember életében, ahogyan azt ő szeretné, találkozni fog frusztrációkkal, veszteségekkel, hibák elkövetésével (Neff, 2003a, 2003b).

Az önegyüttérzés összetevői Neff (2003a, 2003b; 2009) tanulmányai alapján kerülnek bemutatásra.

Önmagunk iránt érzett kedvesség

Az önegyüttérzés maga után vonja a melegséget, megértést, gyengédséget magunk iránt, amikor szenvedünk, amikor alkalmatlannak érezzük magunkat, ahelyett, hogy figyelmen kívül hagynánk a szenvedésünket, vagy kíméletlenül ostromoznánk magunkat. Az önegyüttérző ember

elismeri, hogy lehet nem tökéletesnek lenni, lehet hibázni. Az ember nem kaphatja pontosan meg mindig azt, amit akar. Ha ezt a törvényszerűséget az illető tagadja vagy harcol ellene, akkor ez a szenvedés még jobban növekedni, fokozódni fog stressz, frusztráció, önbírálat formájában.

Közös emberi természet

Amikor olyan dolgokban van részünk, amelyeket nem igazán szeretnénk, azokat úgy élhetjük meg, hogy mi vagyunk az egyetlenek ezen a világon, akik ettől a problémától szenvednek, megjelenik az izoláció érzése. Elmondható, hogy minden ember szenved élete során. Így az önegyüttérzés magában foglalja annak az elismerését, hogy a szenvedés része a közös emberi tapasztalatnak, amin keresztül kell mennünk, és ez nem egyedül csak velünk történik. Sok szempontból magunkat és a körülményeinket sem mi választjuk, és csak kis mértékben van lehetőségünk változtatni rajtuk. Az élet nehézségeit nem szabad túl személyessé tenni, de el lehet azokat ismerni az ítékezésmentes együttérzéssel és megértéssel.

Jelentudatosság

A jelentudatosság egy nem ítélező, befogadó lelkiállapot, melyben úgy vannak a gondolatok és érzelmek megfigyelve, átélve, ahogy vannak, anélkül, hogy ezek fokozva vagy tagadva lennének. Például nem lehetséges egyszerre az, hogy a fájdalmat figyelmen kívül hagyjuk és elfogadjuk. Ugyanakkor a jelentudatosság megköveteli, hogy ne azonosuljunk túlságosan a negatív gondolatokkal és érzelmekkel, ne söpörjenek el a negatív reakciók. Ez a kiegyensúlyozott hozzáállás eredhet abból a tapasztalatból, hogy mások is szenvednek és élnek meg nehézségeket, így a saját helyzetünket egy magasabb perspektívából szemlélhetjük.

1.6.3. Az önegyüttérzés szerepe a mentális egészségben és a preventív magatartásban

A szelfhez való pozitív hozzáállás számos pszichés előnnyel jár, segíti az optimizmus, hála és az általános pozitív érzelmi viszonyulás magasabb szintjének kialakulását (Neff és mtsai, 2007b), valamint az érzelmi intelligenciára, a rugalmasságra, az autonómiára, az étellel való elégedettségre, azaz az értelmes, jelentőségteljes élet összes fő alkotóelemére pozitív hatással van (Neff, 2003a), melyek alapvetőek az eudaimónikus boldogsághoz (Neff és Costigan, 2014; Ryan és Deci, 2001). Az önegyüttérzés jótékonyan hat a mentális egészségre mind a serdülők, mind a fiatal felnőttek körében (Neff és McGeehee, 2010).

Az önegyüttérzés javítja a pozitív mentális egészséget, melynek két fő meghatározó tényezőjével, a boldogsággal (Bishop és mtsai, 2004; Neff és mtsai, 2007a; Smeets és mtsai, 2014)

és az optimizmussal szoros kapcsolatban áll. Nagyobb boldogság származhat a meleg érzésekből és az egyensúlyélményekből, melyek megtapasztalását segíti az önegyüttérzés (Neff, 2003a). Az optimizmust pedig úgy támogatja, hogy ezeknek az egyéneknek elégedett a gondolkodásmódjuk és hatékonyabbak az adaptív megküzdési készségeik (Neff és mtsai, 2005), melyek a pszichológiai jóllétre vannak pozitív hatással (Ryff, 2014). Az önegyüttérzés összetevői szignifikánsan befolyásolják a pszichológiai jóllét alakulását (Campos és mtsai, 2015).

Az önegyüttérzés fejleszti a proaktív magatartást, törekszik fejleszteni és fenntartani a jóllétet, például egészséges táplálkozással vagy pihenő beiktatásával, mielőtt még túl stresszessé válna az egyén (Neff, 2003b).

Az önegyüttérzés elősegíti a sikeres önszabályozó viselkedést az egészségmagatartás terén, az önszabályozás mindegyik lépcsőfokát pozitívan befolyásolja, mivel csökkenti a negatív érzelmi állapotokat, segíti a stresszel való megküzdést. A magasabb önegyüttérzéssel rendelkezők kevésbé betegszenek meg vagy szereznek sérüléseket, mivel képesek jobban mozgósítani az önszabályozási forrásaikat az egészségük védelmére. Az önegyüttérzés segíti az emberek azon képességét, amivel hatnak egészségvédő magatartásukra, a betegségekkel való megküzdésükre (Terry és Leary, 2011).

2. KUTATÁSI CÉLOK

Az elméleti áttekintés után bemutatjuk a PhD dolgozat vizsgálati részét.

A dolgozat célja, hogy a kezdődő felnőtt korosztály (18-29 év) pozitív mentális egészségét és annak egészségtudatos magatartását vizsgálja pozitív pszichológiai szempontok alapján:

- Mi jellemzi a mentális egészségüket és az egészségtudatos viselkedésüket?
- Melyek azok az erőforrások (felnőtt szerep betöltöttsége, megfelelő szintű jóllét, pozitív-negatív érzelmek megfelelő aránya, önegyüttérzés), amelyek képesek az egészségtudatos viselkedést elősegíteni és fenntartani?

A kutatás képet szeretne nyerni az eddig kevésbé vizsgált kezdődő felnőtt korosztályról, hol tartanak a felnőtté válás útján; mi jellemzi a mentális egészségüket. Vizsgálni kívánjuk a szintén – a bizonyos témakörökben – kevésbé kutatott preventív egészségmagatartást, azaz az egészséges táplálkozást, aktív testmozgást, szájhigiénét, a biztonságos szexualitást és a biztonságos közlekedést. A szűrővizsgálatokon való részvételt és az önvizsgálási szokásokat is szeretnénk felmérni.

A vizsgálat további változói azok a tényezők, amelyek erőforrásként tudják támogatni az egészségtudatos viselkedést. Ennek értelmében különféle megközelítésekből feltárjuk a fiatalok pozitív mentális egészségét, azaz a jóllétét; azt, hogy hosszabb távon milyen arányban élnek át pozitív és negatív érzelmeket; valamint milyen fokú az önmaguk iránt érzett együttérzésük.

Végül pedig a fenti változók egymással való kapcsolatát is szeretnénk vizsgálni annak érdekében, hogy láthassuk, mely faktorok magas szintű működése jár együtt az egészségtudatos magatartással.

3. HIPOTÉZISEK

H1: Azok a fiatalok képesek a pozitív mentális egészség „virágzás” állapotát megélni, akik magasabb fokon betöltötték a felnőtt szerepet.

H1.1. A fiatal felnőttek közül magasabb jóllét szinttel rendelkeznek azok, akik betöltötték már a felnőtt szerepet, pl. tartós kapcsolatban élnek, otthonnal, munkával rendelkeznek.

H1.2. A felnőtt szerep betöltöttsége pozitív kapcsolatban áll az érzelemszabályozással, azaz a megélt pozitív-negatív érzelmi arány szintjével.

H1.3. A felnőtt szerep betöltöttsége pozitív kapcsolatban áll az önegyüttérzés szintjével.

H2. A fiatal felnőttek közül azokra jellemzőbb a preventív egészségmagatartás, akik betöltötték a felnőtt szerepet, pl. tartós kapcsolatban élnek, otthonnal, munkával rendelkeznek.

H3. A jóllét magasabb szintje preventíven hat az egészségmagatartásra. A három jóllét forma közül a „teljes élet” megélése a leghatékonyabb intrapszichés tényező a preventív egészségmagatartás alakulásában.

H4. A pozitív-negatív érzelmek megfelelő arányú (3:1) megléte erőforrásként segíti az egészségtudatos magatartást.

H5. Az Önegyüttérzés magasabb szintje pozitív kapcsolatban áll a fiatal felnőttek egészségtudatos magatartásával.

K1. Kutatási kérdésként pedig fel szeretnénk tárni, van-e az önegyüttérzésnek kompenzáló szerepe az alacsonyabb szintű jóllét vonatkozásában, ami elősegítené a preventív egészségmagatartást.

4. KUTATÁSI MÓDSZEREK

A vizsgált pszichológiai és egészségmagatartás változók empirikus módon, kvantitatív kutatás keretein belül önkitöltős kérdőívvel lettek feltárva.

4.1. A kutatás lefolytatása

Az „Egyetemközi Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság” 2015. június 8-án engedélyezte a kutatást (iktatási száma: 2015/24). Ezt követően kezdődött el az adatfelvétel papír alapú és online kitöltéses módon. A kutatás ideje egy éves időtartamban, szakaszosan zajlott, 2016. júniusa végéig. Egyfelől, hogy elkerüljük az adott időszak, évszak lehetséges torzító hatását az egészségmagatartásra (pl. nyáron több lehetőség van testmozgásra, zöldség-gyümölcs fogyasztásra mint télen), másfelől a megfelelő elemszám eléréséhez is szükség volt időre.

Személyesen az SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Karán, az SZTE Károlyi Mihály Kollégiumában osztottam ki kérdőíveket. A kérdőívek online, tanulmányi rendszeren keresztül is kiküldésre kerültek, melyre az SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kara és a PTE Egészségtudományi Kara biztosított lehetőséget (mindkét Kar dékáni engedélyével). Ezen felül az online kérdőívet közösségi oldalon is megosztottuk kitöltés céljából.

4.2. A mintaválasztás módja

A kutatás nem valószínűségi mintavétellel, azon belül hozzáférés alapú módon és hólabda módszerrel történt.

A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt. A felméréssel kapcsolatos tájékoztatás a kérdőív elején szerepelt. Felmerülő kérdés esetén a megadott elérhetőségeken lehetett hozzánk fordulni.

A kitöltési és egyben a mintába való bekerülési kritérium az életkor volt, 18 és 29 év közötti korcsoportba kellett tartozni.

A 450 darab kiosztott kérdőívből 323-at kaptam vissza (válaszadási hajlandóság 71,78%). Az SZTE ETSZK és PTE ETK oktatási irodájának/tanulmányi osztályának munkatársai szóbeli tájékoztatása alapján összesen kb. 1000 főnek lett online módon, az oktatási rendszeren keresztül kiküldve a kérdőív. Mivel az elektronikus kérdőív kiküldés mellett közösségi oldalon is megosztásra

került a kutatás, nehéz megbecsülni a pontos válaszadási arányt. Összesen 572 kitöltés érkezett be online módon.

Kizárásra kerültek a hiányos kitöltésű kérdőívek, és azok a válaszadók, akik nem feleltek meg a bekerülési kritériumnak, valamint akik a kérdőív végén, a „Megjegyzések” résznél saját maguk közölték, hogy valamilyen pszichiátriai kórképpel rendelkeznek.

Végül a papír alapúból 296, az online kitöltöttből 564 fő értékelhető anyaga került bele a mintába, így a teljes elemszám 860 fő.

4.3. A kutatásban használt mérőeszközök bemutatása

A kérdőív első blokkja az *általános szociodemográfiai* adatokra kérdezett rá, melyben a felnőtt szerep betöltöttségére vonatkozó kérdések is megjelentek. Azaz, mi a *fő tevékenységének a státusza* (pl. tanuló/hallgató, munkavállaló), *családi állapota* (pl. egyedülálló, élettársi/házastársi kapcsolat), *lakhatása* (pl. szülőknél, saját otthonban). A felnőtt szerep betöltöttségénél a gyermekek számára nem kérdeztünk rá, mivel sok esetben a gyermektelenség nem választás, megállapodás kérdése, hanem termékenység problémákra vezethető vissza. Berde Éva és Kovács Eszter (2016) tanulmányában olvasható, hogy a magyar nők termékenységi rátájában folyamatos csökkenés figyelhető meg, s a gyermekvállalás nincs szignifikáns kapcsolatban a pár életszínvonalával. Az is elmondható, hogy nagyon alacsony számú az akaratlagos gyermektelenség a párok körében, míg a nem akaratlagos gyermekhiány hátterében többnyire egészségi, nemzési, meddőségi problémák állnak (Szabó, 2015).

A második blokkban a fiatalok pozitív mentális egészségének a mutatóit vizsgáltuk az alábbi mérőeszközökkel.

WHO Jól-lét Kérdőív (WBI-5) (Susánszky és mtsai, 2006)

Az 5 tételes rövidített kérdőív az egészséggel kapcsolatos pozitív életminőséget vizsgálja, azon belül is a pszichológiai aspektust, a pszichológiai jóllétet. A kérdések az elmúlt két hét során tapasztalt általános közérzetet mérik fel, pl. „Mennyire érezte magát vidámnak az elmúlt két hétben?”. Négyfokú skálán lehetett a válaszokat megadni, az „egyáltalán nem jellemzőtől” a „teljesen jellemzőig”; 0-3 közötti pontszámmal. Fordított tételt nem tartalmaz a mérőeszköz. Így a maximálisan elérhető pontszám az 5 tétel esetén 0 és 15 pont között várható. Minél több ponttal rendelkezik valaki, annál kedvezőbb szinten van a pszichológiai jólléte.

Eredeti változata 5 tételes, neve: The WHO Well-Being Index (Bech és mtsai, 1996).

Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H) (Martos és mtsai, 2014)

Az 5 tételes mérőeszköz a szubjektív jól-létnek, azaz az egyén általános életminőségének kognitív, saját szempontú értékelését teszi lehetővé (saját élet alakulásával, életkörülményekkel kapcsolatos vélemény). Önmagában azonban nem elegendő eszköz a lelki egészség, jóllét mérésre, érdemes más tesztek is felhasználni.

Fordított tételt nem tartalmaz a kérdőív, 7 fokozatú skálán lehet a válaszokat megadni, ahol az „egyáltalán nem ért egyet” válasz 1 pontot, a „teljes mértékben egyetért” pedig 7 pontot ér. A maximálisan elérhető pontszám 5 és 35 pont közötti lehet. A magasabb pontszám magasabb szintű élettel való elégedettséget jelez.

Az eredeti változata szintén 5 tételes, neve: Satisfaction with Life Scale, SWLS (Diener és mtsai, 1985).

Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB) (Oláh, személyes közlés)

A 18 tételes mérőeszköznél 6 dimenzió jelenik meg: önfelfogás, pozitív emberi kapcsolatok, autonómia, környezet uralása, életcélok és személyes fejlődés. A válaszokat 6 fokozatú skálán lehet megadni, ahol az 1-es pontérték az „erősen egyetért”, a 6-os pedig az „egyáltalán nem ért egyet” kategóriákat jelölik. A tesztben 10 fordított tétel szerepel.

A magasabb összpontszám magasabb szintű pszichológiai jóllétet feltételez.

Az eredeti változata 18 tételes, neve: Psychological Well-being (WBI) (Ryff, 1989).

A Boldogság Orientáció Skála – OTH-H (Szondy és Martos, 2014)

A 18 tételes kérdőív 3 dimenzióból áll, melyek külön utak a boldogság elérésére: Élvezetkereső Boldogság (hedonikus tevékenységek); Áramlatkereső Boldogság (flow élményt kiváltó tevékenységek); Jelentéskereső Boldogság (eudaimonikus tevékenységek). A válaszokat 5 fokozatú skálán lehet megadni, ahol az „egyáltalán nem illik rám” 1 pontot ér, a „teljesen illik rám” pedig 5-öt. Minél magasabb pontszámot ér el valaki az adott dimenzióban, annál jobban jellemző rá az a boldogság elérési mód. Amennyiben mindhárom dimenzió magas szintű, az egyénre a „teljes élet” megélése a jellemző – ez jár a legmagasabb fokú élettel való elégedettséggel; ha pedig mindhárom dimenzió alacsony értékű, az az „üres élet”-et jelenti.

Fordított tételt nem tartalmaz a mérőeszköz.

Az eredeti változata szintén 18 tételes, neve: Orientations to Happiness Scale, OTH (Peterson és mtsai, 2005).

Pozitív és Negatív Affektivitás Skála - PANAS-H (Gyollai és mtsai, 2011)

A 20 tételes kérdőív célja, hogy felmérje a pozitív és negatív érzelmi állapotokat (10-10 tétel), állapot- és vonásszerű tulajdonság szinten (jelen kutatásban a vonásszerű érzelmi állapotokra kérdeztünk rá). A pozitív és negatív affektivitás nem egymással ellentétes faktorok, teljesen különálló tényezők. 5 fokozatú skálán lehet a válaszokat megadni, ahol az „egyáltalán nem, vagy alig” 1-es pont értéket, míg a „nagyon” 5 pontot ér. Minél magasabb összpontszámot ér el valaki az adott alskálán, annál erősebb nála az az érzelmi állapot.

Az eredeti, hosszú változata 28 tételes, neve: Positive and Negative Affect Schedule, PANAS (Watson, Clark, Tellegen, 1988). Míg a rövidített, 20 tételes formája (Thompson, 2007) képezi a magyar validált mérőeszköz alapját.

Önegyüttérzés Skála- SCS-H (Sági és mtsai, 2013)

A kérdőív 26 tételből áll, 3 fő dimenzió ellentét párjai mentén méri a szelfhez való egészséges attitűdöt: Önmagunk iránt érzett kedvesség – Önbírálat; Közös emberi természet – Izoláció, Jelentudatosság – Túlzott azonosulás.

A válaszokat 5 fokozatú skálán lehet megadni, ahol az 1-es érték a „szinte soha”, az 5-ös pedig a „majdnem mindig” állításokat jelöli.

A mérőeszköz tartalmaz fordított tételeket, melyek visszafordított értékei kerülnek bele az összesített pontszámba. Minél magasabb egy alskála pontszáma, annál jellemzőbb az a dimenzió az egyénre.

A szerzők az eredeti 26 tételből 5-öt elhagytak annak érdekében, hogy erősítsék a Cronbach-alfa értékét. Jelen kutatásban mind a 26 tételt alkalmaztuk, meghagyva a döntést későbbre, szükséges-e azt az 5 tételt kihagyni. Mivel a kutatásunk során az SCS-H mérőeszköz Cronbach-alfa értéke erősnek bizonyult, az eredeti tételszámmal dolgoztunk a hipotéziselemzések során.

Az eredeti változata 26 tételes, neve: Self-Compassion Scale (Neff, 2003a).

A harmadik blokk az **egészségtudatos magatartásra** kérdez rá. Saját szerkesztésű kérdéseket tartalmaz, azonban kiindulási alapként a 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés (KSH, 2015) és Pikó (2002) kutatási anyagai szolgáltak.

Az egészségtudatos magatartás következő indikátorait tartottuk célszerűnek vizsgálni a kezdődő felnőtt korosztály körében: szűrővizsgálatokon való részvétel, önvizsgálat; egészséges táplálkozás, folyadékfogyasztás, szájhygiéné, testmozgás, biztonságos szórakozás, biztonságos szexualitás, biztonságos közlekedés.

Az egészségvédő magatartás elemei a kérdéstől függően tartalmaztak mind nominális, mind ordinális, valamint intervallum skálákat is.

4.4. Elemzési stratégia

Az adatok feldolgozása és elemzése az SPSS for Windows 19.0 statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt.

A statisztikai számítások során 5%-os hibahatárral dolgoztunk ($p < 0,05$).

A hipotézisek központi eleme az egészségtudatos magatartás, mely számos összetevőből áll. Ezen összetevők általában ordinális mérési szintű skálák, de van közöttük nem zárt értékű is (pl.: Az elmúlt egy év során hány fogkefét használt el?).

Érdeemesnek tartottunk létrehozni egy *összesített egészségtudatos magatartás* mutatót, hogy a hipotézis elemzéseket el tudjuk végezni. Ehhez a változókat úgy készítettük elő, hogy azonos terjedelműre transzformáltuk át őket. Az átkódolt változók 3 értékűek lehetnek a válaszok függvényében: a „0” érték jelenti az egészségvédő magatartás teljes hiányát, a „0,5” a részbeni meglétét, az „1” érték pedig, hogy az adott kérdésnél teljes mértékben, a szakirodalmi javaslatoknak megfelelően megvalósul az egészségtudatos viselkedés. A konkrét átkódolás a 2. sz. mellékletben található.

Hajduska (2010) alapján a felnőtt szerep betöltöttségét mérő változókból (tevékenységi státusz; családi állapot; életvitelszerű lakáshelyzet) szintén létrehoztunk egy *összesített felnőtt szerep* mutatót. A konkrét átkódolás a 3. sz. mellékletben található.

A hipotéziselemzések alapjául szolgáló pszichológiai kérdőívek belső érvényességét ellenőriztük a saját mintán.

Az *összesített felnőtt szerep mutatóval* mint független változóval ANOVA vizsgálatokat végeztünk, mind az egészségtudatos magatartás, mind az egyes jóllétek és a pozitív és negatív érzelmek esetében. Szignifikáns eltérést találunk a csoportok között, így a homogenitás teszt szerint használható a Tukey'b post hoc teszt, valamint LSD vizsgálatot is alkalmaztunk.

Klaszteranalízist végeztünk a Boldogság Orientációk (OTH-H), valamint a Pozitív és Negatív Érzelmek (PANAS-H) mérőeszközök esetében.

ANOVA vizsgálattal tártuk fel az egyes jólléti klaszterek, csoportok és a preventív magatartás összefüggéseit. A WHO Jóllét Kérdőív (WBI-5), az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H), a Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB), az Önegyüttértés Skála (SCS-H) eredményeivel való összevetéshez a preventív magatartás esetében létrehoztunk egy kategorizált változót, hogy mint független változóval Mann-Whitney próbát végezhesünk.

Spearman-féle rangkorrelációs vizsgálatot végeztünk a pozitív-negatív érzelmek arányára létrehozott skála és az egyes jóllétek összpontszámai között.

5. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK

Ebben a fejezetben közlésre kerülnek a minta szociodemográfiai és preventív egészségmagatartás jellemzői. A hipotézis-elemzések során feltárjuk a felnőtt szerep betöltöttségének foka, a pozitív mentális egészség mutatói és az egészségtudatosság közötti összefüggéseket is.

5.1. A minta szocio-demográfiai adatok mentén történő bemutatása

A 860 fős mintát 233 fő férfi (27,1%) és 627 fő nő (72,9%) alkotja.

Az átlagéletkor 22,56 év (SD=2,99). Megoszlását tekintve: 18-20 év 30%, 21-23 év 36,3%, 24-26 év 21,5%, 27-29 év 12,2%. A férfiak átlagéletkora (22,42 év, SD=2,8) és a nőké (22,61 év, SD=3,1) között nincs jelentős eltérés ($p=0,425$).

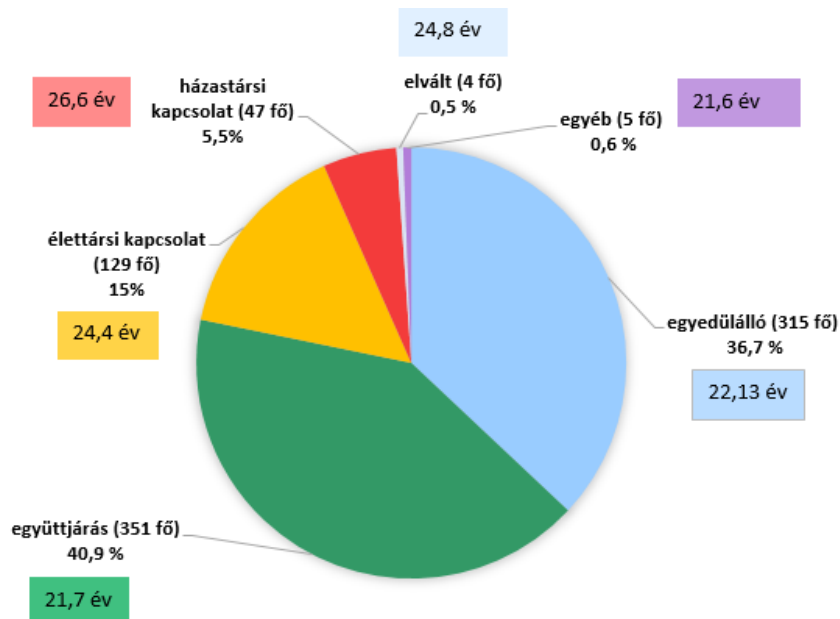
Az „iskolai végzettség” és az „aktuális fő tevékenység” megoszlását az alábbi táblázat mutatja. Látható, hogy a minta gerincét a felsőfokú tanulmányaikat folytatók adják, valamint jelentős hányadban vannak jelen a diplomával rendelkező munkavállalók.

2. sz. táblázat. Iskolai végzettség és aktuális tevékenység megoszlása (N=860)

	tanuló/ hallgató	munkavállaló	munkanélküli	TGYÁS-on /GYES-en/GYED -en lévő	ÖSSZESEN
középfok érettségivel	491 fő (85,39%)	67 fő (11,65%)	13 fő (2,26%)	4 fő (0,70%)	575 fő (100%)
felsőfok	62 fő (21,75%)	194 fő (68,08%)	17 fő (5,96%)	12 fő (4,21%)	285 fő (100%)

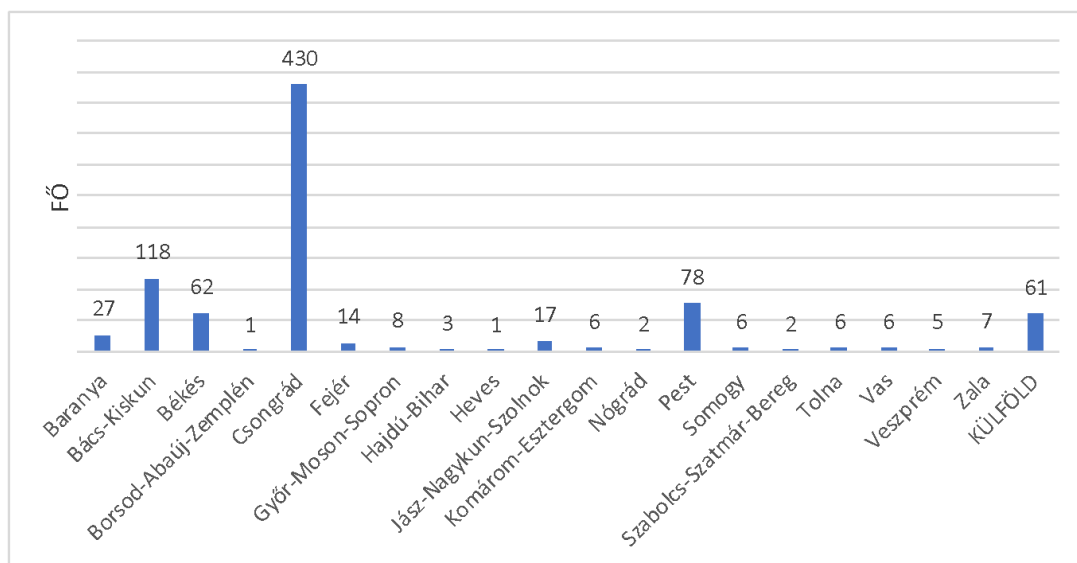
A családi állapotot tekintve a minta nagy része még nem rendelkezik komolyabb, a felnőtt szerephez tartozó párkapcsolattal. Szignifikáns különbség ($p<0,001$) mutatható ki az egyes családi állapotok átlag életkora között. A legfiatalabbakra jellemző az együttjárás és az egyedülállóság, életkorban előre haladva jobban megjelenik az elköteleződés, azaz az élettársi vagy a házastársi kapcsolat (3. sz. ábra).

3. sz. ábra. Családi állapot megoszlása az életkor függvényében (N=860)

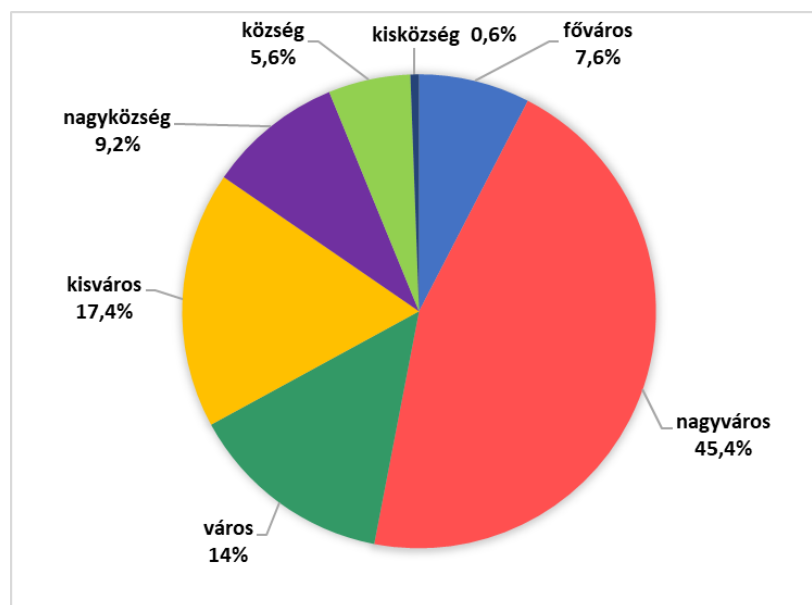


Lakóhely szerinti megoszlást tekintve, a leggyakoribb megyék közé Csongrád-Csanád (50%), Bács-Kiskun (13,7%), Pest (9,1%), Békés (7,2%), Baranya (3,1%) tartozott, míg a külföldi lakhellyel rendelkezők 7,1%-ot tesznek ki a mintában (4. sz. ábra). A minta közel fele él a fővárosban és nagyvárosban; a harmada városban, kisebb városban; míg az alacsonyabb lakosú községben körülbelül a minta egyhatoda (5. sz. ábra).

4. sz. ábra. Lakóhely (megye) megoszlása (N=860)

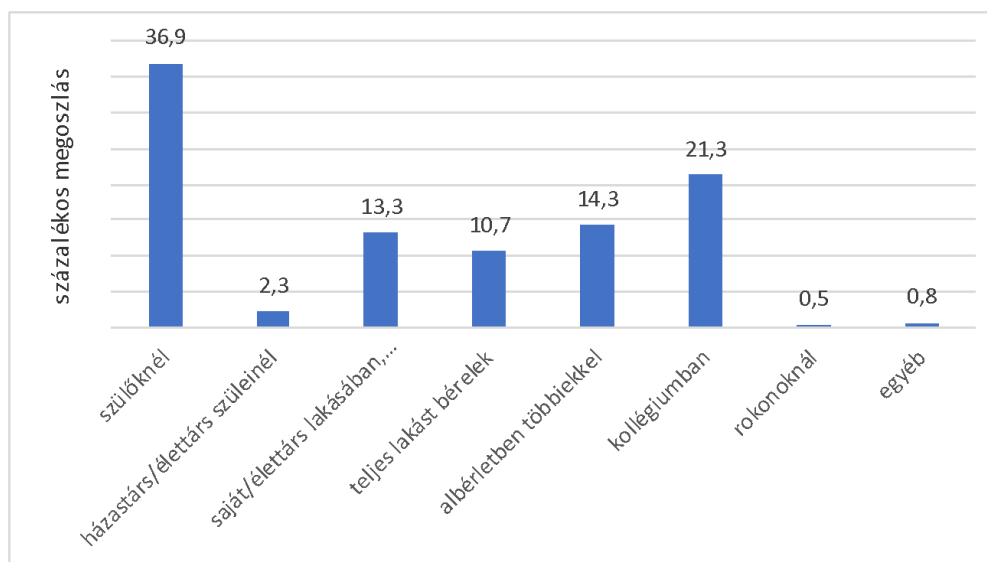


5. sz. ábra. Lakóhely (településforma) megoszlása (N=860)



A minta negyede rendelkezik a felnőtt szerep betöltöttségéhez tartozó lakóhellyel (saját lakás, teljes lakás bérlése). Valamelyest önálló életvitel (albérlet, kollégium) jellemzi a minta harmadát, s akik legkevésbé tudtak függetlenedni (szülőknél, rokonoknál élnek), kb. 40%-nyian vannak (6. sz. ábra).

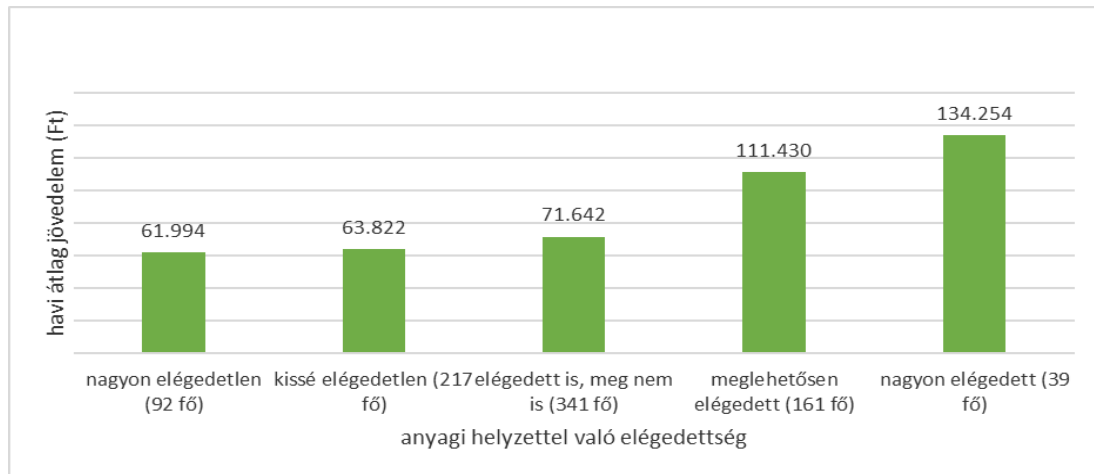
6. sz. ábra. Lakóhely (tulajdon típusa) megoszlása (N=860)



Az eredmények alapján a várható összefüggés figyelhető meg ($p < 0,001$), minél magasabb havi nettó jövedelemmel rendelkezik valaki, annál elégedettebb az anyagi helyzetével. Azonban az

ábráról azt is leolvashatjuk, hogy a minta kis része, 23%-a elégedett valamennyire az anyagi helyzetével, 36%-a pedig elégedetlen valamilyen szinten (7. sz. ábra).

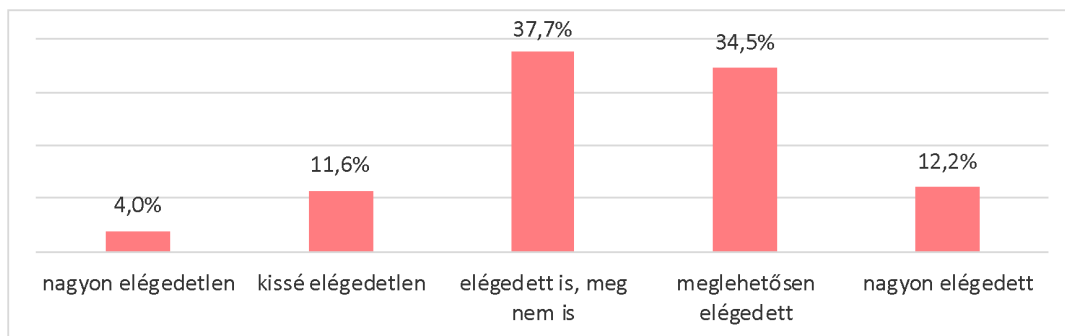
7. sz. ábra. Havi nettó jövedelem és az anyagi helyzettel való elégedettség megoszlása (N=860)



A minta kb. 20,4%-ának romlott valamilyen szinten az anyagi helyzete az utóbbi 2 évben, 31%-nak nem változott, 48,6%-nál pedig valamilyen fokú javulás következett be. Ez a helyzet a munkába állással is magyarázható, a munkavállalók 71%-a rendelkezik bizonyos fokú javulással az anyagi helyzetet illetően, míg ez a tanulók 39%-ánál mondható el ($p < 0,001$).

A minta kb. fele elégedett vagy nagyon elégedett az élete alakulásával. Az elégedettségben nincs szignifikáns különbség az egyes életkorokban ($p = 0,084$), és a jövedelem nagyságával összefüggésben sem ($p = 0,117$) (8. sz. ábra).

8. sz. ábra. Élet alakulásával való elégedettség megoszlása (N=860)



5.2. A validált pszichológiai tesztek alapján történő vizsgálatok eredményei

Ezen fejezet célkitűzése, hogy a kutatás során felhasznált validált tesztek jelen eredményeit összevegyük a korábbi, magyar mintán végzett felmérések publikációival.

WHO Jóllét Kérdőív (WBI-5)

3. sz. táblázat: WHO Jóllét Kérdőív (N=860)

Susánszky és mtsai (2006)	18-44 év közöttiek (N= 5642)			Teljes minta (18 év feletti felnőttek)			
				Nők (N=6.854)		Férfiak (N=5.522)	
	Átlag 8,5	Szórás 3,4	Cronbach-alfa = 0,85 (5 item)	Átlag 7,4	Szórás 3,8	Átlag 8,2	Szórás 3,7
Saját kutatás	Teljes minta (N=860)			Nők (N=627)		Férfiak (N=233)	
	Átlag 8,69	Szórás 2,8	Cronbach-alfa = 0,78 (5 item)	Átlag 8,72	Szórás 2,80	Átlag 8,62	Szórás 2,89

A saját kutatás „WHO Jóllét” átlagai magasabbak a normatív kutatáshoz képest. A saját kutatásban nincs a nemek jóllét értéke között szignifikáns különbség ($p=0,696$).

Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H)

4. sz. táblázat: Élettel való Elégedettség Skála (N=860)

Martos és mtsai (2014)	Teljes minta (18 év feletti felnőttek) (N= 473)			Nők (N=297)	Férfiak (N=176)		
	Átlag 23,4	Szórás 6,3	Cronbach-alfa 0,86				
Saját kutatás	Teljes minta (N=860)			Nők (N=627)		Férfiak (N=233)	
	Átlag 23,2	Szórás 6,1	Cronbach-alfa 0,85	Átlag 23,43	Szórás 6,13	Átlag 22,40	Szórás 5,97

A saját kutatás „Élettel való Elégedettség” átlagai közel megegyeznek a normatív kutatásával. A saját felmérésben a nemek elégedettségének értéke között szignifikáns különbség tapasztalható ($p=0,030$).

Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB)

5. sz. táblázat: Pszichológiai Jóllét Kérdőív (N=860)

PSZICHOLÓGIAI JÓLLÉT SKÁLÁI	Barth (2015, 10. o.) 22 éves átlag életkorú hallgatók (N=237)	Saját kutatás (N=860)		
	Skálák átlaga	Skálák átlaga (szórása)	Férfiak átlaga (szórása)	Nők átlaga (szórása)
Személyes fejlődés	13,39	14,87 (2,58)	14,36 (2,59)	15,06 (2,55)
Életcél	13,27	14,47 (2,66)	14,01 (3,11)	14,64 (2,45)
Másokkal való jó kapcsolat	12,82	13,80 (2,78)	13,10 (2,78)	14,07 (2,73)
Önellégzés	12,33	13,12 (2,81)	12,85 (2,80)	13,22 (2,81)
Autonómia	12,25	12,41 (2,67)	12,86 (2,55)	12,25 (2,70)
Környezet uralása	12,24	13,01 (2,35)	12,99 (2,33)	13,02 (2,36)

Barth (2015) kutatásában nem jelenik meg a Cronbach-alfa érték, azonban Oláh (2005) munkájában igen, ott a Pszichológiai Jóllét Kérdőív összesített skáláinak Cronbach-alfa értéke 0,86 (N=858; átlag életkor 16,8 év). A saját kutatásban ez az alfa érték 0,81.

A saját felmérésnél a következő skálák esetében figyelhető meg szignifikáns eltérés a nemek átlagaiban: autonómia ($p=0,004$), személyes fejlődés ($p<0,001$), másokkal való jó kapcsolat ($p<0,001$), életcél ($p=0,029$).

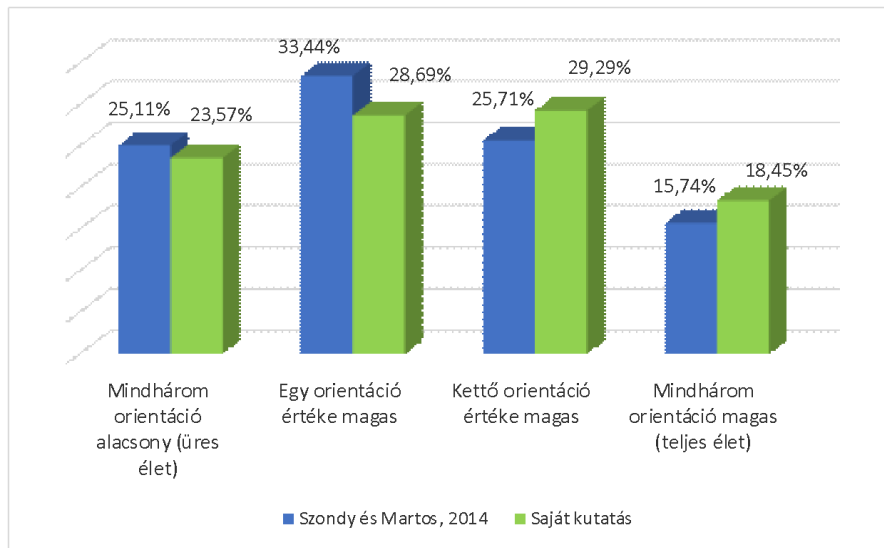
A Boldogság Orientáció Skála – OTH-H

6. sz. táblázat: Boldogság Orientáció Skála (N=860)

Szondy és Martos (2014) (N=596)	Élvezetkereső boldogság		Áramlatélmény-kereső boldogság		Értelemkereső boldogság	
	Átlag 3,04 Szórás 0,84	Cronbach- alfa 0,82	Átlag 3,09 Szórás 0,63	Cronbach- alfa 0,64	Átlag 3,1 Szórás 0,83	Cronbach- alfa 0,78
Saját kutatás (N=860)	Átlag 3,43 Szórás 0,74	Cronbach- alfa 0,75	Átlag 3,23 Szórás 0,64	Cronbach- alfa 0,63	Átlag 3,35 Szórás 0,78	Cronbach- alfa 0,73

A saját kutatás átlagai az egyes dimenziókban enyhén magasabbak a normatívhoz képest (6. sz. táblázat). A nemi átlagok között szignifikáns eltérés nem figyelhető meg sem a normatív (Szondy és Martos, 2014), sem a saját vizsgálatban ($p=0,056$). A saját felmérésben magasabb arányban vannak a kettő és három magas orientációval rendelkezők a normatívhoz képest (9. sz. ábra).

9. sz. ábra: Boldogság Orientáció Skála orientációs értékei (N=860)



Pozitív és Negatív Affektivitás Skála - PANAS-H

7. sz. táblázat: Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (N=860)

	POZITÍV AFFEKTIVITÁS SKÁLA			NEGATÍV AFFEKTIVITÁS SKÁLA		
	Gyollai és mtsai (2011) (N=1163) <i>Átlag életkor:</i> 20,61 év <i>SD=2,134</i>	Teljes minta átlaga 35,18 Szórás 5,72	Férfiak átlaga 35,35 Szórás: 5,56 Nők átlaga 35,38 Szórás: 5,94	Cronbach- alfa 0,82	Teljes minta átlaga 20,42 Szórás 5,72	Férfiak átlaga 20,16 Szórás: 6,12 Nők átlaga 20,78 Szórás: 6,19
Saját kutatás (N=860)	Teljes minta átlaga 36,95 Szórás 7,29	Férfiak átlaga 36,35 Szórás: 7,13 Nők átlaga 37,27 Szórás: 7,65	Cronbach- alfa 0,85	Teljes minta átlaga 22,98 Szórás 7,94	Férfiak átlaga 21,95 Szórás: 7,31 Nők átlaga 23,37 Szórás: 8,13	Cronbach- alfa 0,87

A saját kutatásban résztvevők magasabb átlag pontszámokkal rendelkeznek mind a „Pozitív”-, mind a „Negatív Affektivitás Skálákon” a normatív mintához képest. A saját vizsgálat esetében csak a negatív érzelmek esetén van szignifikáns eltérés ($p=0,037$) a nemek között, a pozitív affektivitás skála esetében nincs ($p=0,109$) (7. sz. táblázat).

A PANAS skálát egy másik módon is felhasználtuk: a pozitív és negatív érzelmi értékeiből összpontszámot képeztünk, majd ezek egymáshoz viszonyított arányát vizsgáltuk a klaszterelemzés során. Ezt követően ANOVA vizsgálatot végeztünk, mely alapján látható, hogy a legmeghatározóbb változó a „negatív érzelmek” volt a klaszterek kialakításában ($p<0,001$).

A saját mintában legnagyobb arányban a 4. klaszterben szereplő fiatalok vannak, az ő 1:2,57-es negatív-pozitív érzelmi arányuk közelít leginkább az optimális 1:3-as arányhoz, ami a pozitív mentális egészség előrejelzője. Fredrickson (2004) alapmunkájában annyit jegyez meg, hogy a populációban kevesen vannak az optimális, 3:1 pozitív-negatív érzelmi arányú személyek, s leginkább a 2:1 pozitív-negatív arányúak a reprezentáltak.

Diehl és mtsai (2011) 19-89 év közötti felnőttek érzelmi arányát vizsgálták. Az optimális, virágzást bejósoló arányt a minta 25,52%-a mutatta, míg az 2:1-es, stagnáló értéket 47,28%. Magyar adatot erre vonatkozóan nem találtunk. A saját kutatásban az optimális, 3:1 pozitív-negatív érzelmi arányhoz közelítők vannak legtöbben, 36,12%-nyian, míg a 2:1-es arányt 29,41% mutatja (8. sz. táblázat).

8. sz. táblázat: Negatív-pozitív érzelmi arányok megoszlása a saját mintában (N=850)

1. klaszter „szélsőséges érzelmi skála”: átlag feletti magas negatív és magas pozitív érzelmek, arányuk: 1:1,35	178 fő 20,94%
2. klaszter „negatív érzelmi skála”: átlag feletti magas negatív érzelmek, átlag alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:0,76	115 fő 13,53%
3. klaszter „érzelmi semlegesség”: átlag alatti negatív érzelmek, átlaga alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:1,57	250 fő 29,41%
4. klaszter „pozitív érzelmi skála”: átlag alatti negatív érzelmek, átlag feletti pozitív érzelmek, arányuk: 1:2,57	307 fő 36,12%

Önegyüttérzés Skála- SCS-H (Sági és mtsai, 2013)

9. sz. táblázat: Önegyüttérzés Skála (N=860)

	Sági és mtsai (2013) N=544 átlag életkor= 24,45 év (szórás=4,67) 214 férfi, 330 nő		Saját kutatás N=860	
	Átlag (szórás)	Cronbach-alfa	Átlag (szórás) (26 tétel)	Cronbach-alfa
Globális önegyüttérzés	66,71 (13,8) (21 tétel)	0,86	78,79 (10,88) (26 tétel)	0,7
Globális önegyüttérzés (nemek)	Férfiak 66,39 (11,6) Nők 70,31 (12,11)		Férfiak 76,10 (11,47) Nők 79,74 (10,51)	
Önmagunkhoz való kedvesség	8,6 (2,52) (3 tétel)	0,69	8,16 (2,71) (3 tétel)	0,73
Önbírálat	12,9 (3,17) (4 tétel)	0,69	12,69 (3,82) (4 tétel)	0,75
Közös emberi természet	9,2 (2,41) (3 tétel)	0,54	8,88 (2,46) (3 tétel)	0,55
Izoláció	14,1 (3,46) (4 tétel)	0,71	11,87 (4,11) (4 tétel)	0,79
Jelentudatosság	13,5 (2,94) (4 tétel)	0,62	12,65 (3,17) (4 tétel)	0,66
Túlzott azonosulás	10,3 (2,63) (3 tétel)	0,66	9,19 (3,18) (3 tétel)	0,74

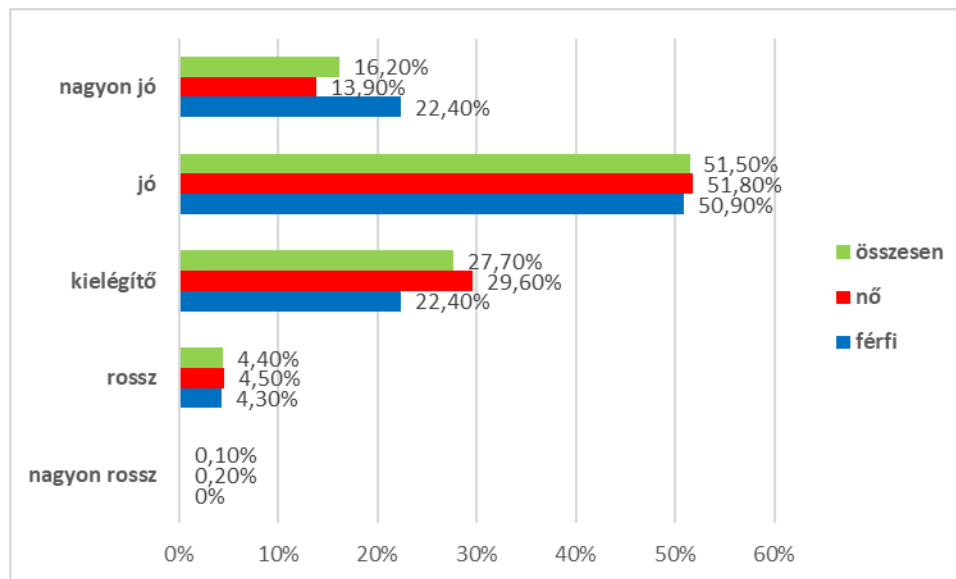
A saját felmérés „Globális Önegyüttérzés” eredményei lényegesen magasabbak a normatív kutatáshoz képest, valamint szignifikáns eltérés ($p < 0,001$) mutatkozik a nemek átlagában.

5.3. Az egészségtudatos magatartás kérdőívcsomag vizsgálata

Egészségi állapot önértékelése

A minta 67,7%-a „jónak” vagy „nagyon jónak” ítéli az egészségi állapotát. Elenyésző azok száma, akik „rossznak” vagy „nagyon rossznak” tartják az egészségüket. A nemek egészség megítélése között szignifikáns különbség mutatható ki ($p=0,026$) (10. sz. ábra).

10. sz. ábra: Egészségi állapot szubjektív megítélése (N=860)



Szűrővizsgálatokon való részvétel, önvizsgálat

10. sz. táblázat: Szűrővizsgálatokon való részvétel (N=781)

	ÖSSZ.	FÉRFI	NŐ	KÜL.
Egyáltalán nem vett részt	16,3% (127 fő)	33,6% (79 fő)	8,8% (48 fő)	$p<0,001$
Fogászati	54,2% (423 fő)	42,6% (100 fő)	59,2% (323 fő)	$p=0,015$
Bőrgyógyászati	17,5% (137 fő)	12,8% (30 fő)	19,6% (107 fő)	$p=0,081$
Nemi betegségek	5,4% (42 fő)	3,8% (9 fő)	6,1% (33 fő)	$p=0,256$
HIV	4,4% (34 fő)	3,4% (8 fő)	4,8% (26 fő)	$p=0,633$
Egyéb	2,2% (18 fő)	3,8% (9 fő)	1,4% (9 fő)	$p=0,031$
Összesen	781 fő	235 fő	546 fő	

Az eredmények alapján elmondható (10. sz. táblázat), hogy a fiatalok csupán kis része (16,3%) nem volt semmilyen szűrővizsgálaton sem az utóbbi 1 évben, de a fiatal férfiak csoportjának ez az egyharmada, a nőknek csak 7,7 %-a. Legmagasabb arányban fogászati kontrollt (54,2%) vettek igénybe.

Méhnyakrák szűrésén a nők 34,8%-a még sohasem vett részt, 3,4%-a pedig több, mint 3 éve. 13,9% jelent meg 2-3 éve ezen a szűrésen, 1 éven belül pedig 47,9%. Az adatok alapján elmondható, hogy csak a minta fele tesz eleget az ajánlásoknak a méhnyakrákszűrés gyakoriságát illetően, a másik fele veszélyezteti az egészségét az elkerülő magatartással.

Önvizsgálat végzése

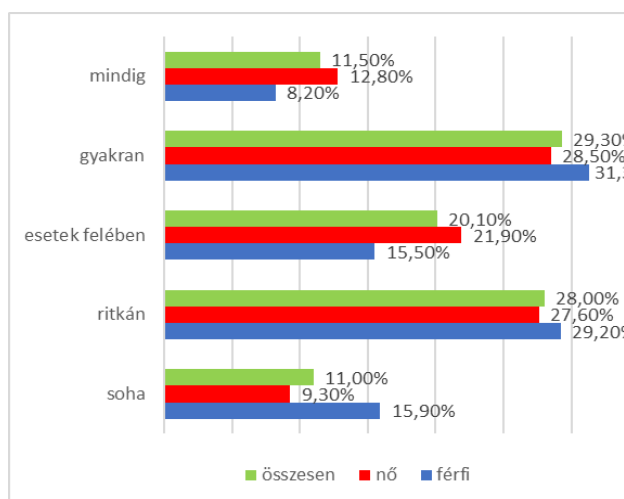
Az önvizsgálatok végzése nem jellemző a korosztályban. Emlő- vagy here önellenőrzést havi rendszerességgel mindössze a fiatalok 18,6%-a végez (férfiak 15,7%-a, nők 19,7%-a), míg 38,8% (férfiak 57%-a, nők 32,1%-a) soha nem foglalkozik ezzel. Hasonlóképpen csupán a minta 15,6%-a (férfiak 8,6%-a, nők 18,2%-a) végez havi rendszerességgel anyajegy önvizsgálatot. A minta közel fele, 47,3%-a (férfiak 64,7%-a, nők 40,8%-a) sohasem szokott odafigyelni az anyajegyek változására.

A legtöbb esetben a nők szignifikánsan ($p < 0,001$) magasabb számban jelentek meg a különböző szűréseken, illetve végeztek önvizsgálatot magukon.

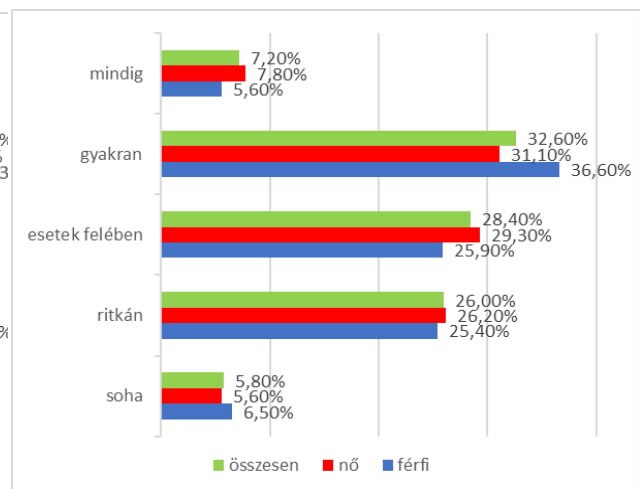
Táplálkozás

A minta közepesen egészségesnek ítélte a táplálkozását, ötfokozatú skálán 3,29 (SD=0,87) átlagpontoszámra értékelte (férfiak 3,3; nők 3,28; $p=0,841$).

11. sz. ábra: Napi négyszeri, ötszöri étkezés (N=860)



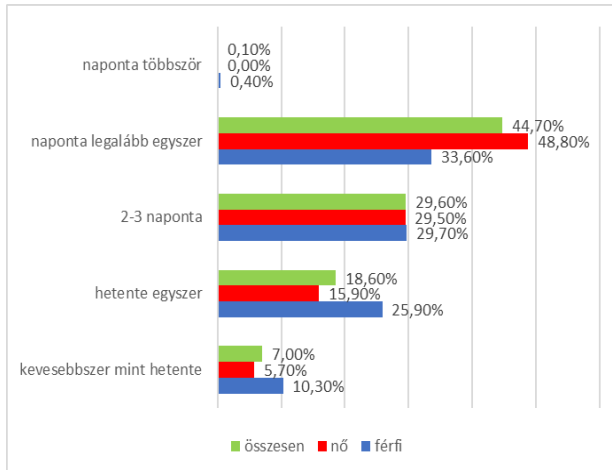
12. sz. ábra: Étkezés azonos időpontban (N=851)



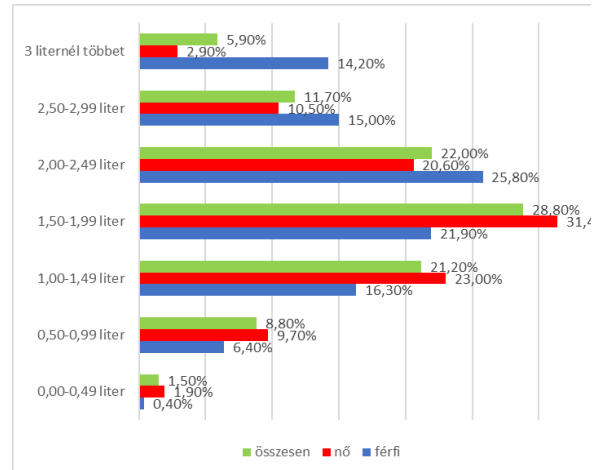
Az étkezés gyakoriságára és idejére adott válaszok hasonló képet adnak a fiatalok táplálkozásáról. A minta 40,8%-a eszik szinte mindig napi 4-5 alkalommal, és 39,8% közel azonos időben. 39%, aki nem tudja tartani az ajánlott gyakoriságot, és 31,8%, aki pedig az azonos időbeliséget (11-12. sz. ábra).

Zöldséget és gyümölcsöt napi szinten a fiatalok 44,7%-a fogyaszt, míg a minta negyede, 25,6% heti vagy annál ritkább gyakorisággal teszi ezt (13. sz. ábra).

13. sz. ábra: Zöldség-, gyümölcsfogyasztás (N=860)



14.sz. ábra: Folyadékfogyasztás (N=856)

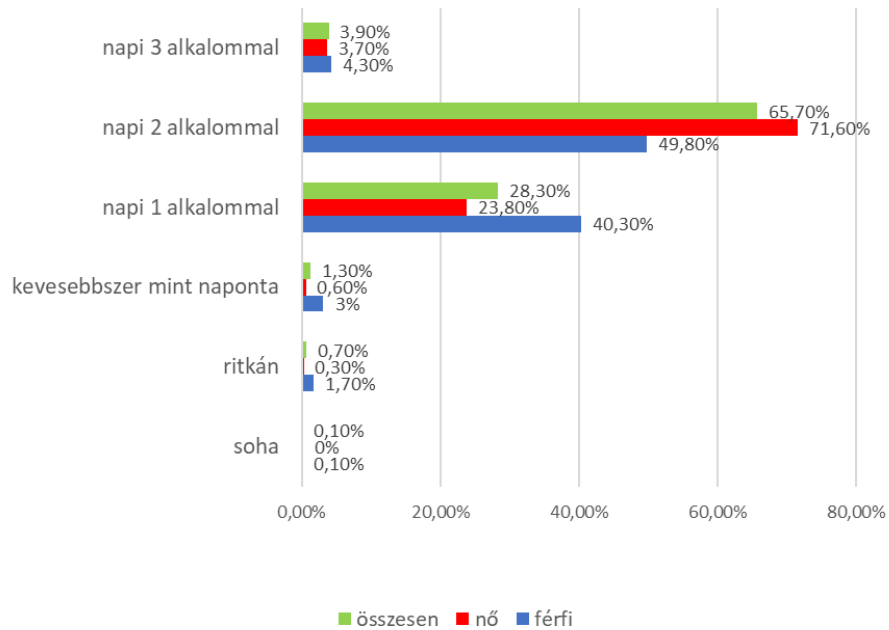


A fiatalok mindössze harmada (33,7%) vesz magához 2-3 liter közötti *folyadékot* naponta (14. sz. ábra). Rákérdeztünk ennek az összetételére is: átlag 1,65 liter *egészséges folyadékból* (pl. víz, tej, cukrozatlan tea) (férfiak 1,78 liter; nők 1,60; $p=0,003$) és 0,45 liter (férfiak 0,62 liter; nők 0,39 liter; $p<0,001$) *egészségtelenből* (p. cukros, szénsavas üdítő) tevődik össze. Az *energiatalfogyasztás* nem jellemző a mintára. A megkérdezettek 49,4%-a (férfiak 33%-a; nők 55,5%-a; $p<0,001$) vagy egyáltalán nem élt energiattal az utóbbi 3 hónapban, vagy 1-2 alkalommal fogyasztott mindössze (összesen 25,2%; férfiak 27,9%; nők 24,2%; $p<0,001$). Hetente több alkalommal a minta 9,9%-a fogyaszt energiattal (férfiak 14,5%-a; nők 8,5%-a; $p<0,001$).

Szájhigiéne

A mintát leginkább a *napi kétszeri fogmosás* jellemzi (összesen 65,7%; férfiak 49,88%-a; nők 71,6%-a). Nagyobb számban vannak még azok, akik napi egyszer mossák meg a fogukat (összesen 28,3%, férfiak 40,3%-a, nők 23,8%-a). A nemek fogmosási gyakorisága között szignifikáns eltérés tapasztalható ($p<0,001$) (15. sz. ábra).

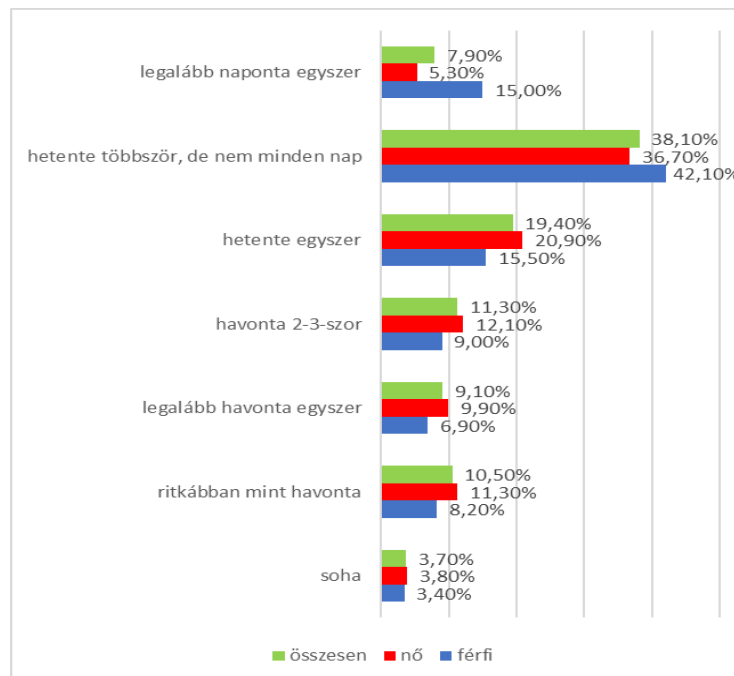
15. sz. ábra: Fogmosás gyakorisága (N=860)



Testmozgás

A minta majdnem fele, 46%-a (férfiak 57,1%; nők 42%; $p < 0,001$) teljesíti az egészségre előnyös, rendszeres testmozgást. Kevesen, 14,7%-nyian (férfiak 11,6%; nők 15,1%; $p < 0,001$) vannak az inaktív életmódot élők (akik egyáltalán nem mozognak, vagy ritkábban, mint havonta) (16. sz. ábra).

16. sz. ábra: Testmozgás gyakorisága (N=860)



Biztonságos szórakozás

A minta 16,9%-a nem szokott szórakozni járni egyáltalán.

Rákérdeztünk a kitöltőknél arra, hogy szórakozás közben milyen gyakorisággal fordult elő velük (az utóbbi 3 hónap során), hogy *idegentől fogadtak el italt vagy felügyelet nélkül hagyták az italukat*. A fiatalok többsége, 74,2% (72,6%-nyi férfi, 74,8%-nyi nő) sohasem tett ilyet. 5,5%-kal (7,6%-nyi férfi, 4,4%-nyi nő) fordult elő 1 alkalommal, hogy italt fogadott el ismeretlentől vagy hagyta őrizetlenül a poharát. Havi szinten pedig a minta 3,1%-ára volt jellemző a rizikóviselkedés.

Ehhez a témához kapcsolódóan kíváncsiak voltunk arra, hányan kerültek olyan helyzetbe, hogy randidrogot csempésszenek az italukba. 11 fő (1,2%) válaszolt úgy, hogy volt ilyen tapasztalata az elmúlt 3 hónap során.

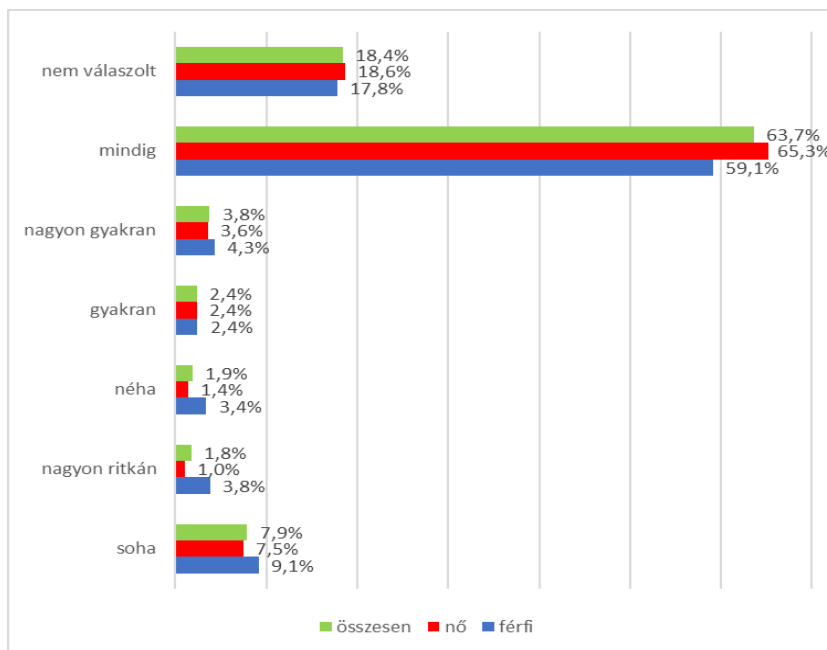
A biztonságos szórakozás kapcsán arra is rákérdeztünk, hogy milyen gyakran esett meg a kitöltőkkel (az utóbbi 3 hónap során), hogy a *buliból ismeretlen személlyel távoztak*. 75,5%-a (férfiak 74,4%-a, nők 75,9%-a) a fiataloknak sohasem tett ilyet. 3,8%-kal (férfiak 5,8%-a, nők 3,1%-a) egyszer fordult elő az utóbbi 3 hónap során. Havi gyakorisággal pedig 3,1% (férfiak 8%-a, nők 1,3%-a) szokott ismeretlennel távozni a szórakozásból.

Biztonságos szexualitás

A minta fiataljainak az életük során eddig átlagosan 4 szexuális partnere volt (férfiak 5,56 fő SD=7,6; nők 3,8 fő SD=5,9). 13,8% (118 fő; melyből 31 fő férfi és 87 fő nő) még nem kezdte el a

szexuális életet. A minta fele aktív szexuális életet él: 31,1% hetente 1-2 alkalommal (férfiak 23,9%-a, nők 33,7%-a); 20,8% pedig heti 3 alkalomnál többször van együtt a partnerével (férfiak 17%-a, nők 22,2%-a).

17. sz. ábra: Védekezés gyakorisága a nem kívánt terhesség ellen (N=860)



A szexuális életet élők többsége *védekezik a nem kívánt terhesség* ellen: 63,7% mindig (férfiak 59,1%-a, nők 65,3%-a); 3,8% pedig nagyon gyakran (férfiak 4,3%-a, nők 3,6%-a). Azt is fontos azonban megjegyeznünk, hogy a fiatalok 12%-a nem vagy csak nagyon ritkán védekezik. (17. sz. ábra).

Rákérdeztünk a *védekezés elkerülésének okaira* is: gyermekvállalás céljából 3,9% (31 fő); vallási-hitbéli meggyőződésből 0,62% (5 fő); anyagi okok miatt 0,3% (2 fő); egészségügyi okból kifolyólag 0,62% (5 fő); nem tartotta fontosnak 3% (24 fő); nem fél a következményektől 4,8% (38 fő); spontán együttlét miatt 3,8% (31 fő); ittas állapot okán 1% (8 fő).

A *védekezés formáját* tekintve pettinggel 6,9% (férfiak 2,9%-a, nők 4%-a); természetes módszerrel 19,8% (férfiak 4,5%-a, nők 15,3%-a); hormonális módszerrel 41,9% (férfiak 8,2%-a, nők 33,7%-a); óvszerrel 52,7% (férfiak 16,4%-a, nők 36,3%-a); spermicid készítményekkel 9 fő él (1,4%); pesszáriumot a mintában 1 nő használ. Esemény utáni tablettával 14 fő (2,2%), terhességmegszakítással pedig 3 fő (0,5%) élt.

Biztonságos közlekedés

Sofőrként a minta többsége mindig (59,3% összesen; férfiak 60,9%-a; nők 58,6%-a) *bekapcsolja a biztonsági övet*, nagyon gyakran pedig 2,4% (férfiak 4,3%-a; nők 1,8%-a). Sohasem kapcsolja be az övet a gépjárművet vezetőik 0,5 %-a, kisebb gyakorisággal 2,7% él. Egyáltalán nem szokott vezetni a minta 35,6%-a.

Utasként a minta 70,4%-a (férfiak 64,8%-a, nők 72,5%-a) használja minden utazás során a *biztonsági övet*, nagyon gyakran pedig 16,9% (férfiak 19,7%-a, nők 15,8%-a). Sohasem kapcsolja be az övet az utasok 0,5 %-a, kisebb gyakorisággal 11,9% él. Egyáltalán nem szokott autóval utazni 3 fő (0,3%).

Az *alkoholos befolyásoltság alatti vezetés* (az utóbbi 3 hónapot tekintve) következőképp jellemzi a minta sofőrjeit: sohasem fordult elő a fiatalok 39,6%-ával, míg 53,8%-kal (1 esetben az elmúlt 3 hónap során). Heti rendszerességgel 1%-nyi (9 fő, ebből 4 férfi és 5 nő) fiatal vezetett alkoholos állapotban, havi szinten pedig 5%-nyian (14,2%-nyi férfi és 1,6%-nyi nő).

Utasként alkoholos befolyásoltságú sofőr mellett 76,4%-nyian (74,7%-nyi férfi, 77%-nyi nő) utaztak együtt 1 alkalommal az utóbbi 3 hónap során. Havi szinten a fiatalok 11,5%-a (15%-nyi férfi, 10,2%-nyi nő) vállal rizikós utazást. Elenyésző mennyiség, 5 fő (0,6%) az, aki hetente több alkalommal beül alkoholt fogyasztó sofőr mellé. Biztonságos utazásra, azaz alkoholt egyáltalán nem fogyasztó sofőr mellé a megkérdezettek 10,7%-a (8,2%-nyi férfi, 11,7%-nyi nő) törekszik.

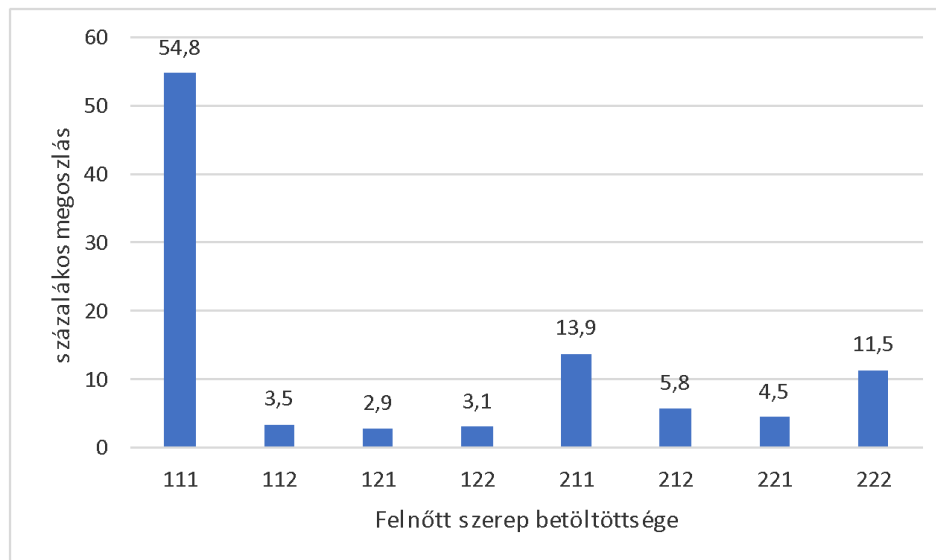
5.4. A felnőtt szerep betöltöttségének vizsgálata különféle tényezők mentén

Ebben a részben a felnőtt szerep betöltöttsége közötti összefüggéseket vizsgáljuk a különféle jóllét típusokkal, a pozitív-negatív érzelmekkel, az önegyüttérzéssel és az egészségtudatossággal kapcsolatban.

5.4.1. A felnőtt szerep betöltöttsége és a pozitív mentális egészség közötti kapcsolatok feltárása

A felnőtt szerep (Hajduska, 2010) jelen kérdőívvel megragadható mutatói: *fő tevékenységi státusz, családi állapot, és az életvitelszerű lakáshelyzet* (az új változóban mindig ebben a sorrendben szerepelnek a felnőtt szerep paraméterei). A 3 változó segítségével új mutatót hoztunk létre (*összesített felnőtt szerep mutató*). Az 1-es számérték jelenti a „felnőtt szerep be nem töltöttségét”, míg a 2-es a „betöltött felnőtt szerepet”. Így pl.: az új változó 212 értéke olyan kitöltőt jelent, aki *dolgozik, egyedülálló, és önállóan oldja meg lakhatását*.

18. sz. ábra: Felnőtt szerep betöltöttségének megoszlása (N = 849)



Ahogy a 18. sz. ábrán látható, nem egyenletes a minta eloszlása. A 111 kategóriában (tanuló, komoly párkapcsolat hiánya, önálló lakás hiánya) van a minta mintegy fele. Ők azok, akik leginkább távol állnak a felnőtt szerep betöltöttségétől.

Ezzel a mutatóval mint független változóval végzünk a továbbiakban ANOVA vizsgálatokat.

Felnőtt szerep betöltöttsége és a WHO Jólét Kérdőív, valamint az Élettel való Elégedettség Skála értékei közötti kapcsolat

A felnőtt szerepbetöltés értékei mentén ANOVA vizsgálatot végeztünk. Az ANOVA jelzése ellenére (WBI esetében $F=2,173$, $p=0,035$, SWLS esetében $F=7,462$, $p<0,001$) a Tukey B teszt nem minden esetben jelez különböző csoportokat, ezért a Tukey próbánál érzékenyebb utóteszt alkalmazását, az LSD vizsgálatot alkalmaztuk.

11. sz. táblázat: Felnőtt szerep betöltöttsége és a WHO Jólét Kérdőív (WBI) közötti kapcsolat (N = 849)

Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			WBI átlag (csoportok közötti különbség)	szign.
fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet	fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet		
2	2	2	1	1	1	1,04737	0,001
2	2	2	2	1	1	1,15116	0,003
2	2	2	2	1	2	1,12245	0,022

(Jelmagyarázat: a “felnőtt szerep betöltöttsége csoportok” oszlopban szereplő számkódok a felnőtt szerep betöltöttségi fokát mutatják. 1= nem töltötte be az adott dimenzióban a szerepet, 2= betöltötte.)

A 11. sz. táblázat azokat a különbségeket mutatja a jólét szintjében, ahol szignifikáns eltérés volt kimutatható az egyes felnőtt szerep betöltöttségi kategóriák között. Leolvasható, hogy a 222-es kódú csoport (dolgozók, érettebb párkapcsolat, saját lakhatás) szignifikánsan magasabb jólét átlaggal, azaz pozitívabb életminőséggel rendelkezik a 111, 211, 212 csoportokhoz képest, akik valamely dimenzió mentén még nem érték el a felnőtt szerepet.

12. sz. táblázat: Felnőtt szerep betöltöttsége és az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS) közötti kapcsolat (N = 849)

Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			SWLS átlag (csoportok közötti különbség)	szign.
fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet	fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet		
1	1	1	2	1	1	2,46422	0,000
1	1	2	2	1	1	3,67175	0,003
1	2	2	2	1	1	3,57432	0,006
2	2	2	1	1	1	1,15116	0,003
2	2	2	1	2	1	1,12245	0,022
2	2	2	2	1	1	5,63162	0,000
2	2	2	2	1	2	3,44898	0,001
2	2	2	2	2	1	4,32653	0,000

(Jelmagyarázat: a “felnőtt szerep betöltöttsége csoportok” oszlopban szereplő számkódok a felnőtt szerep betöltöttségi fokát mutatják. 1= nem töltötte be az adott dimenzióban a szerepet, 2= betöltötte.)

A 12. sz. táblázat azokat a különbségeket mutatja az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS) értékeiben, ahol szignifikáns eltérés volt kimutatható az egyes felnőtt szerep betöltöttségi kategóriák között. A korábbiakhoz hasonló eredményt láthatunk itt is, azaz a felnőtt szerepet teljesen betöltő 222-es kódú csoport szignifikánsan magasabb élettel való elégedettség átlaggal rendelkezik a 111, 121, 211, 212, 221 csoportokhoz képest.

A táblázatból az is kiolvasható, hogy azoknál, akik részben töltötték be a felnőtt szerepet (111, 112, 122), magasabb az élettel való elégedettség foka, ha rendelkeznek saját otthonnal vagy komoly párkapcsolattal, mint azoknál (211), akiknek csak munkájuk van. Ennek háttérében az állhat, hogy a fiatalok számára az önálló lakhatás a stabilitás, presztízs, biztonság érzését nyújtja; míg a stabil párkapcsolatban egy mélyebb pozitív érzelmi élmény élhető meg. A foglalkoztatottság kevésbé fontos tényezője az elégedettségnek, feltételezhetően, mivel elég nagy a mobilitás benne.

Felnőtt szerep betöltöttsége és a Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB)

A felnőtt szerepbetöltés értékei mentén szintén ANOVA vizsgálatot futtattunk. Az ANOVA szignifikáns különbséget jelez mindegyik Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB) alszála és a globális PWB esetében is (a szignifikancia szint mindegyik esetben 0,05 alatti).

Az utótesztek azonban csak az autonómia, életcél, önellfogadás, és teljes PWB esetében tudnak szignifikáns különbséget kimutatni. Ezért alkalmaztuk itt is a Tukey' b próbánál érzékenyebb utótesztet, az LSD vizsgálatot, mely mindegyik kategóriában jelzett lényegesen eltérő csoportokat.

A 13. sz. táblázat itt is azokat a különbségeket mutatja, ahol van szignifikáns eltérés valamelyik Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB) alszála és az egyes felnőtt szerep betöltöttségi kategóriák között

Az *autonómia* alszála esetében a 111-es csoport magasabb átlaggal rendelkezik a 221-eshez képest. Ennek háttérében feltételezésünk szerint az állhat, hogy a 111-es fiatal szabadnak érzi magát; bármit tehet, nem függ semmitől; bízik a maga erejében, lehetőségében. Ezek a tulajdonságok általában jellemzőek a kezdődő felnőtt korosztályra, különösen a korszak elején.

Megállapítható, hogy a 111-es és 222-es csoport autonómia átlaga között nincs kimutatható szignifikáns különbség. A 222-es fiatalok már a korszak vége felé járnak, amikor már megteremtették a maguk biztonságos, jól működő világát. Úgy érezhetik, hogy kezükben tartják az életüket, viszonylagos függetlenségben (akár anyagilag is), biztonságban vannak, és maguk is biztonságot nyújtanak a családjuknak.

Az *autonómia* alszála tekintetében a 221-es csoport (dolgozók, érettebb párkapcsolat, nincs önálló lakhatás) alacsonyabb átlaggal rendelkezik a 111, 122, 211 és 212 csoportokhoz képest. Bár a 221-hez képest a 122 és 212 csoportok esetében is csak egy dimenzióban hiányzik a felnőtt szerep betöltése (vagy a munka vagy a komoly párkapcsolat megléte), mégis az önálló lakhatás hiánya

okozhatja az alacsonyabb autonómia szintet, ugyanis a saját otthon biztonságot és szabadságot nyújt a fiatalnak. Ehhez képest a munka kisebb stabilitást jelent, hiszen könnyebben változtatható. A többféle munka kipróbálása szintén jellemző a korosztályra. A párkapcsolat nem növeli az autonómia érzését, inkább a függőséget, felelősséget, kötöttséget képviseli.

A *környezet uralása* esetében tapasztalható, hogy minél jobban betöltötte valaki a felnőtt szerepet (212 és 222 csoport) annál inkább magasabb átlaggal rendelkezik a 111 és a 211 csoportokhoz képest. A felnőtt szerepet minél jobban betöltő fiatalok győztesnek érezhetik magukat, megalkották a maguk világát. Szubjektíven megélhetik azt, hogy kontroll alatt tartják az életüket, hogy tőlük függ annak az alakulása. Ennek az eléréséhez idő kell, így természetes, hogy ez a helyzet inkább a korszak végére jellemző.

A *személyes fejlődés* alskála esetén is a 122, a 212 és a 222 csoportok jobb eredménnyel teljesítettek azoknál, akik elmaradnak tőlük valamelyik felnőtt szerep betöltöttség dimenzióban. A felnőtt szerepet betöltők megszerezték maguknak a munkát, a tartós párkapcsolatot, a biztos otthont, tehát mindent elértek. Ez azért volt lehetséges, mivel támaszkodnak a tapasztalataikra, realizálják a potenciáljukat, rendelkeznek önismerettel, képesek önreflexióra, nyitottak a változásra.

Ez a jelenség a *másokkal való jó kapcsolat*, *életcél* és *önelfogadás* esetén is elmondható.

A *másokkal való jó kapcsolat* erőssége azzal magyarázható a teljesen betöltött felnőtt szerep esetében, hogy a fiatalnak van biztonsága, eredményei, saját hatékonyságába vetett hite, az élete rendben van. Így van ideje, ereje, figyelme mások számára. Ugyanakkor nincs mit takargatnia, nincs miért szégyenkeznie a többi ember előtt. Képes arra, hogy fogadja mások közeledését, meg tudja élni az intimitást.

Az *életcél* magas átlagpontszámú a teljes felnőtt szerep betöltöttségi kategóriában, valamint, ha a fiatal stabil párkapcsolattal és otthonnal rendelkezik. Itt arról van szó, hogy megvan a biztos fundamentuma a dolgok tovább építésének. Feltételezhető, hogy az életcélnak része az utódok felnevelése, elindítása az életbe. A munka szerepe háttérbe szorul.

A magasabb szintű *önelfogadás* azokra jellemző, akiknek biztos alapjaik vannak (vagy teljesen betöltötték a felnőtt szerepet, vagy stabil párkapcsolattal és saját otthonnal rendelkeznek). Ezek megléte elégedettséggel tölti el az embert. Ez olyan vívmány, amely hosszú távon fenntartja az önelfogadást és a pozitív énképet.

A *Globális Pszichológiai Jóléte* is azoknak magasabb, akik jobban betöltötték már a felnőtt szerepet (122, 212, 222). Itt is megállapíthatjuk, hogy a munkahely léte vagy nem léte kevésbé meghatározó tényező a globális jólét alakulásában, mint a komoly párkapcsolat és az önálló otthon. Ez azt is jelenti, hogy ez az összetevő a legváltozékonyabb, a legváltoztathatóbb, itt több lehetőség van a továbblépésre, a fejlődésre, és ez nem rombolja le a biztos alapokat.

13. sz. táblázat: Felnőtt szerep betöltöttsége és Pszichológiai Jólét Kérdőív (PWB) értékei közötti kapcsolat (N = 849)

Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			PWB átlag (csoportok közötti különbség)	szign.
fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet	fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet		
Autonómia alskála							
1	1	1	2	2	1	1,29648	0,004
1	2	2	2	2	1	2,02287	0,003
2	1	1	2	2	1	1,71713	0,001
2	1	2	2	2	2	1,76227	0,002
Környezet uralása alskála							
2	1	2	1	1	1	0,81973	0,020
2	1	2	2	1	1	0,85645	0,032
2	2	2	1	1	1	0,89116	0,001
2	2	2	2	1	1	0,92788	0,004
Személyes fejlődés alskála							
1	2	2	1	1	1	1,37659	0,008
1	2	2	2	2	1	1,47505	0,025
2	1	2	1	1	1	0,90485	0,019
2	2	2	1	1	1	0,95587	0,001
2	2	2	2	2	1	1,05433	0,033
Másokkal való jó kapcsolat alskála							
1	1	2	1	1	1	1,21786	0,020
2	2	2	1	1	1	1,14507	0,000
2	2	2	2	1	1	0,96506	0,011
2	2	2	2	1	2	1,04082	0,032
Életcél alskála							
1	2	2	1	1	1	0,75134	0,001
1	2	2	2	1	1	1,33833	0,019
1	2	2	2	2	1	1,73389	0,010
1	2	2	2	1	2	1,51491	0,018
2	2	2	1	1	1	1,13438	0,000
2	2	2	2	1	1	0,72138	0,045
2	2	2	2	2	1	1,11693	0,028
Önelfogadás alskála							
1	2	2	1	1	1	1,17424	0,036
1	2	2	2	1	1	1,27575	0,034
1	2	2	2	2	1	1,60603	0,024
2	1	2	2	2	1	1,22063	0,044
2	2	2	1	1	1	1,67659	0,000
2	2	2	1	1	2	1,20748	0,037
2	2	2	1	2	1	1,70082	0,006
2	2	2	2	1	1	1,77810	0,000
2	2	2	2	2	1	2,10838	0,000
Globális Pszichológiai Jólét							
1	2	2	1	1	1	5,770670	0,007
1	2	2	2	2	1	6,94906	0,001
2	1	2	1	1	1	3,25184	0,042
2	2	2	1	1	1	6,01714	0,000
2	2	2	1	2	1	5,26486	0,033
2	2	2	2	1	1	4,70149	0,001
2	2	2	2	2	1	7,19553	0,000

(Jelmagyarázat: a “felnőtt szerep betöltöttsége csoportok” oszlopban szereplő számok a felnőtt szerep betöltöttségi fokát mutatják. 1= nem töltötte be az adott dimenzióban a szerepet, 2= betöltötte.)

Felnőtt szerep betöltöttsége és a Boldogság Orientáció Skála (OTH)

A Boldogság Orientáció Skála azt méri, hogy az egyén milyen módon törekszik a boldogság megélésére: élvezetkereséssel, értelemkereséssel vagy áramlatkereséssel. Az optimális, teljes élet megélése mindhárom orientáció magas szintű funkcionálásával valósítható meg.

Vizsgáltuk, hogy a felnőtt szerep betöltöttségi foka milyen kapcsolatban áll az egyes boldogság orientációkkal. Azonban az ANOVA egyik OTH skála esetében sem mutatott szignifikáns különbséget az egyes csoportok átlagpontszámai között.

Összehasonlítást végeztünk Wilcoxon-féle előjel próbával is, mivel a boldogság orientációk nem normál eloszlású változók. A próba során a két változó rangszám átlagát vetettük össze egymással.

Az *élvezetkeresés* változó rangszám átlaga (394,56) szignifikánsan magasabb ($Z=-2,783$, $p=0,005$; $N=844$), mint az *értelemkereső* (362,04). Az *élvezetkereső magatartás* (403,20) előnyt élvez az áramlatkereséssel (344,57) szemben is ($Z=-7.948$; $p<0,001$; $N=844$)

Az eredmények alapján elmondható, hogy a fiatalok leginkább az élvezetkereső tevékenységeket részesítik előnyben.

5.4.2. A felnőtt szerep betöltöttsége és az érzelemszabályozás közötti összefüggések

A felnőtt szerep betöltöttségének kapcsolatát vizsgáltuk az érzelemszabályozással, azaz a megélt pozitív-negatív érzelmi arány szintjével.

A felnőtt szerepbetöltés értékei mentén szintén ANOVA vizsgálatot futtattunk, ahol a csoportok közötti különbség szignifikáns ($p<0,001$). Majd itt is a Tukey'b próbánál érzékenyebb utótesztet, azaz LSD vizsgálatot végeztünk.

A 14. sz. táblázat azokat a különbségeket mutatja a pozitív-negatív érzelmi arány (PANAS) szintjében, ahol szignifikáns eltérés volt kimutatható az egyes felnőtt szerep betöltöttségi kategóriák között.

Magasabb pozitív-negatív érzelmi aránnyal rendelkeznek a felnőtt szerepet teljesen betöltők (222-es csoport) a valamely dimenzióban elmaradókhoz képest. Ez egyrészt magyarázható azzal, hogy a felnőtt szerepet teljesen betöltők a korszak vége felé járnak, náluk már fejlettebb az érzelemszabályozás. Másrészt, akik már rendelkeznek a felnőtt lét legfontosabb tényezőivel, vagyis munkával, tartós párkapcsolattal és saját otthonnal, gyakrabban megélhetik az öröm, elégedettség

érzését. Mivel mindezzel rendelkeznek, sikeresnek érezhetik magukat, kevésbé kell aggódniuk a jövő alakulása miatt. Emberi kapcsolataikban is nagyobb valószínűséggel megkapják az elismerést és az elfogadást.

14. sz. táblázat: Felnőtt szerep betöltöttsége és a pozitív-negatív érzelmi arány (PANAS) közötti kapcsolat (N = 849)

Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			Felnőtt szerep betöltöttsége csoportok			PANAS átlag (csoportok közötti különbség)	szign.
fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet	fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet		
2	2	2	1	1	1	0,42002	0,000
2	2	2	1	1	2	0,45638	0,008
2	2	2	1	2	1	0,49908	0,006
2	2	2	2	1	1	0,38292	0,001
2	2	2	2	1	2	0,31303	0,027
2	2	2	2	2	1	0,43118	0,006

(Jelmagyarázat: a “felnőtt szerep betöltöttsége csoportok” oszlopban szereplő számkódok a felnőtt szerep betöltöttségi fokát mutatják. 1= nem töltötte be az adott dimenzióban a szerepet, 2= betöltötte.)

5.4.3. A felnőtt szerep betöltöttsége és az önegyüttérzés közötti összefüggések

Hasonlóan az előző pszichológiai tesztekhez, az önegyüttérzés esetében is a felnőtt szerepbetöltés értékei mentén ANOVA vizsgálatot futtattunk. Az ANOVA nem jelez szignifikáns különbséget mindegyik SCS alskála esetében, csak az önbírálatnál ($p=0,006$) és az izolációnál ($p<0,001$). Ezekre végeztük el az LSD utóteszteket.

Az eredmények szerint, akik teljesen betöltötték a felnőtt szerepet (222-es csoport), alacsonyabb önbírálat és izoláció átlaggal rendelkeznek azokhoz képest, akik valamely dimenzióban elmaradnak hozzájuk képest. Akik még a felnőtté válás útján járnak, jobban fókuszálhatnak a számukra hiányzó tényezőkre (pl. párkapcsolat, otthonteremtés kérdése). Érzelmileg nehezebben élhetik meg ezt a hiányt, főleg, ha a környezetükben a barátaik többsége valamely területen már révbe ért. Ezt felerősítheti a környezettől, főleg a szülőktől jövő elégedetlenség, szemrehányás is. Emiatt fokozódhat az önbírálat és az izoláció érzése, tehát önmagukat eredménytelennek, sikertelennek tartják (15. sz. táblázat).

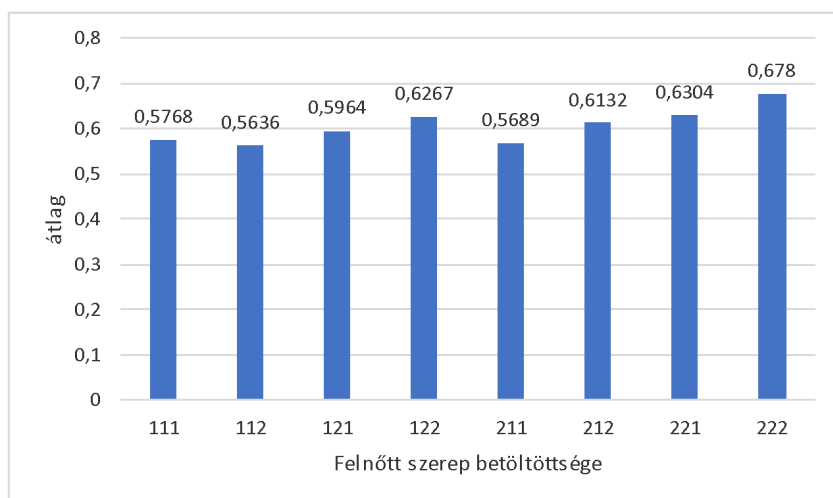
15. sz. táblázat: Felnőtt szerep betöltöttsége és az Önbírálat és Izoláció mint Önegyüttérzés (SCS) alskála közötti kapcsolat (N = 849)

Csoportok a felnőtt szerep betöltöttsége szerint			Csoportok a felnőtt szerep betöltöttsége szerint			SCS átlag (csoportok közötti különbség)	szign.
fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet	fő tevékenységi státusz	családi állapot	életvitelszerű lakáshelyzet		
önbírálat alskála							
1	1	1	2	2	2	1,94652	0,000
1	1	2	2	2	2	2,17755	0,022
1	2	1	2	2	2	3,63755	0,000
2	1	1	2	2	2	1,90297	0,002
2	1	2	2	2	2	1,75510	0,028
2	2	1	2	2	2	1,74242	0,048
izoláció alskála							
1	1	1	2	2	2	2,07248	0,000
2	1	1	2	2	2	1,99066	0,000
2	2	1	2	2	2	1,82598	0,023

(Jelmagyarázat: a “felnőtt szerep betöltöttsége csoportok” oszlopban szereplő számkódok a felnőtt szerep betöltöttségi fokát mutatják. 1= nem töltötte be az adott dimenzióban a szerepet, 2= betöltötte.)

5.4.4. A felnőtt szerep betöltöttsége és az egészségtudatosság közötti összefüggések

Ebben az esetben is ANOVA vizsgálatot végeztünk. Szignifikáns eltérést találunk a csoportok között ($F=7,209$; $p<0,001$). Majd a homogenitás teszt szerint használható Tukey’b post hoc tesztet is alkalmaztuk. A 19. sz. ábra mutatja a szignifikánsan eltérő csoportokat.



19. sz. ábra: Felnőtt szerep betöltöttsége és az egészségtudatos viselkedés (összesített egészségtudatos magatartás mutató) közötti kapcsolat (N = 849)

(Jelmagyarázat: a “felnőtt szerep betöltöttsége csoportok” oszlopban szereplő számkódok a felnőtt szerep betöltöttségi fokát mutatják: 1= nem töltötte be az adott dimenzióban a szerepet, 2= betöltötte.)

A preventív egészségmagatartás tekintetében a 222-es kódú csoportba tartozók (dolgozók, érettebb párkapcsolat, saját lakhatás) szignifikánsan magasabb „összesített egészségtudatos magatartás” átlaggal rendelkeznek a többi csoporthoz képest. Például a 112, 211, 111 kategóriáknál feltételezhető, hogy általában tanulókat tartalmaznak, akik legtöbbször nem rendelkeznek munkahellyel (a százasok helyén lévő 1 ezt mutatja). Az ide tartozók nem rendelkeznek komoly párkapcsolattal (a tízesek helyén lévő 1-esek tanúsága szerint). Az ezen kategóriákba tartozók a hipotetikus felnőtt szerep betöltésének még az elején tartanak. A 222-es csoport viszont a felnőtt szerepben leginkább előrébb tartókat tömöríti. Ezek az emberek már vigyáznak magukra, védik az egészségüket, aktívan tesznek is érte valamit, mert a jóllétüket, eredményeiket szeretnék sokáig megtartani és élvezni. Ehhez kapcsolódhat az utódok miatt érzett felelősség is (19. sz. ábra).

A 222-es csoporthoz hasonlóan magas azoknak is az „összesített egészségtudatos magatartás” átlaga, akik csak egy dimenzióban maradnak el a felnőtt szerep betöltésében (122, 221, 212) (19. sz. ábra).

5.5. Az egészségtudatosság vizsgálata különféle tényezők mentén

Ebben a részben az egészségtudatosság kapcsolatát vizsgáljuk az egyes jóllét típusokkal, a megélt pozitív-negatív érzelmekkel és az önegyüttérzéssel kapcsolatban.

5.5.1. Az egészségtudatosság és az egyes jóllétek közötti összefüggések

A preventív magatartás esetében létrehoztunk egy kategorizált változót „cut point” módszerrel (a független változó átlagával két részre bontottuk a mintát, az *átlag alatti értékűeket 1-es*, az *átlag felettieket 2-es számmal* jelöltük), amivel Mann-Whitney próbát végeztünk normál eloszlás hiányában. A teszt futtatása után látható, hogy ***a preventív magatartás tekintetében magasabb kategóriában lévő egyének szignifikánsan magasabb értékkel rendelkeznek a WHO Jóllét Skálán*** (1= 360,57; 2= 496,43 a WBI átlaga; U=62520, p<0,001).

Az **SWLS skálán** is kimutatható az egészségtudatos magatartással való erőteljes kapcsolat: ***a magasabb kategóriában lévő egyének szignifikánsan magasabb értékkel rendelkeznek az Élettel való Elégedettség Skálán*** (1= 364,97; 2= 496,03 az SWLS átlaga; U=64273, p<0,001).

A **Pszichológiai Jóllét Kérdőív és alszkálái** tekintetében minden esetben szignifikánsan ***magasabb értékekkel rendelkeznek azok a személyek, aki a preventív magatartás alapján a magasabb értékű csoportban vannak*** (16. sz. táblázat).

16. sz. táblázat: Egészségtudatosság és Pszichológiai Jólét (PWB) közötti kapcsolat (N = 859)

egtud. magatartás kategóriái	PWB skála átlaga	
1 - átlag alatti	410,86	autonómia
2- átlag feletti	449,19	
1 - átlag alatti	366,37	környezet uralása
2- átlag feletti	490,34	
1 - átlag alatti	375,43	személyes fejlődés
2- átlag feletti	485,57	
1 - átlag alatti	387,16	másokkal való jó kapcsolat
2- átlag feletti	469,84	
1 - átlag alatti	381,02	életcél
2- átlag feletti	474,87	
1 - átlag alatti	368,46	önelfogadás
2- átlag feletti	491,40	
1 - átlag alatti	350,01	PWB összesített
2- átlag feletti	496,65	

Ahhoz, hogy az egészségtudatosságot tudjuk vizsgálni a boldogság orientáció (OTH) aspektusában, klaszterelemzést végeztünk. Majd pedig kiegészítő vizsgálatként az egyes klaszterképző változókra, a kialakult klaszterek szerinti egyutas ANOVA vizsgálatot alkalmaztunk. Ennek eredményeként látjuk, hogy a legmeghatározóbb az értelemkeresés változó volt a klaszterek kialakításában (Cluster Mean Square értéke: az élvezetkeresésnél 2712,75; az áramlatélmény keresésnél 1407,92; az értelemkeresésnél 3227,19).

A mintában kialakult klasztereket a 17. sz. táblázat mutatja.

A létrejött klaszterek mentén az „összesített egészségtudatos magatartás” mutatóval ANOVA vizsgálatot végeztünk ($F=9,62$, $p<0,001$). Majd pedig a Tukey’b post hoc teszt eredményei alapján látható, hogy *az 1. klaszterben lévő személyek (üres élet) szignifikánsan a legalacsonyabb egészségtudatos magatartás értékkel rendelkeznek, míg a 2. klaszter (teljes élet) egyénei a legmagasabbal. A teljes életet élők után az átlagos orientációjú fiataloknak a legerősebb a preventív egészségmagatartás mutatója.*

17. sz. táblázat: Egészségtudatosság és OTH mentén létrejött klaszterek közötti kapcsolat (N = 840)

Klaszterek	Elemszám	Egtud. magatart. átlaga	Szórás
1. klaszter: azok az egyének, akik mindhárom orientáció mentén átlag alatti értékkel rendelkeznek (üres élet)	170	0,54	0,14
2. klaszter: a mindhárom orientáció mentén átlag feletti értékkel rendelkezők találhatók (teljes élet)	166	0,63	0,14
3. klaszter: az élvezetkereső és bevonódó egyének csoportja	157	0,58	0,16
4. klaszter: az átlagos orientációval rendelkező egyének	224	0,62	0,14
5. klaszter: a határozottan értelemkereső egyének csoportja	123	0,59	0,15

5.5.2. Az egészségtudatosság és az érzelmszabályozás közötti összefüggések

Ahhoz, hogy az egészségtudatosságot tudjuk vizsgálni a megélt pozitív-negatív érzelmek (PANAS) aspektusában, klaszterelemzést végeztünk. Ehhez előkészítő munkaként kiszámoltuk a *pozitív érzelmek összpontszámát* (N=850; min=10, max=50; átlag=36,91; szórás= 7,17), valamint a *negatív érzelmek összpontszámát* (N=850; min=10; max=50; átlag=23,00; szórás= 7,95).

A 4 klaszteres modell esetében volt leginkább kimutatható az 1:3-as arány a negatív-pozitív érzelmek átlagában. A 18. sz. táblázat a klasztereket meghatározó pozitív-negatív érzelmi átlagokat mutatja.

18. sz. táblázat: Pozitív-negatív érzelmek összpontszámának átlaga a 4 klaszteres struktúra esetében (N=850)

	Klaszterek			
	1.	2.	3.	4.
Pozitív érzelmek összpontszáma	41,09	25,66	32,84	41,97
Negatív érzelmek összpontszáma	30,42	33,74	20,99	16,31

A kialakult klaszterek (a 18. sz. táblázat alapján):

- 1. klaszter, “szélsőséges érzelmi skála”: átlag feletti magas negatív és magas pozitív érzelmek, arányuk: 1:1,35
- 2. klaszter, “negatív érzelmi skála”: átlag feletti magas negatív érzelmek, átlag alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:0,76
- 3. klaszter, “érzelmi semlegesség”: átlag alatti negatív érzelmek, átlaga alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:1,57
- 4. klaszter, “pozitív érzelmi skála”: átlag alatti negatív érzelmek, átlag feletti pozitív érzelmek, arányuk: 1:2,57

Ezt követően kiegészítő vizsgálatként az egyes klaszterképző változókra, a kialakult klaszterek szerinti egyutas ANOVA vizsgálatot alkalmaztunk. Ennek eredményeként látjuk, hogy a legmeghatározóbb a negatív érzelmek változó volt a klaszterek kialakításában (Cluster Mean Square értéke: a negatív érzelmek összpontszáma esetében 12605,61; a pozitív érzelmek összpontszáma esetében 9885,89).

A létrejött klaszterek mentén az „összesített egészségtudatos magatartás” mutatóval ANOVA vizsgálatot végeztünk ($F=35,29$; $p<0,001$). Majd pedig a Tukey’b post hoc teszt eredményei alapján látható, hogy **a 4. klaszterben lévő személyek (az optimálishoz közeli, 1:2,57 negatív-pozitív érzelmi arányúak) szignifikánsan a legmagasabb egészségtudatos magatartás értékkel rendelkeznek, míg a 2. klaszter (átlag feletti magas negatív érzelmek, átlag alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:0,76) egyénei a legalacsonyabbal. Az optimális érzelmi arányú fiatalok után az „átlag feletti magas negatív és magas pozitív” érzelmi arányúaknak (1:1,35 – 1. klaszter) a legerősebb a preventív egészségmagatartás mutatója** (19. sz. táblázat).

19. sz. táblázat: Egészségtudatosság és a PANAS mentén létrejött klaszterek közötti kapcsolat (N = 850)

Klaszterek	Elem- szám	Egtud. magatart. átlaga	Szórás
1. klaszter, „szélsőséges érzelmi skála”: átlag feletti magas negatív és magas pozitív érzelmek, arányuk: 1:1,35	178	0,60	0,14
2. klaszter, „negatív érzelmi skála”: átlag feletti magas negatív érzelmek, átlag alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:0,76	115	0,50	0,15
3. klaszter, „érzelmi semlegesség”: átlag alatti negatív érzelmek, átlag alatti pozitív érzelmek, arányuk: 1:1,57	250	0,56	0,14
4. klaszter, „pozitív érzelmi skála”: átlag alatti negatív érzelmek, átlag feletti pozitív érzelmek, arányuk: 1:2,57	307	0,65	0,14

Ahogy a jóllétek vizsgálatánál, így a megélt pozitív-negatív érzelmek esetén is dolgozunk az egészségtudatos magatartás kategorizált változójával (az átlag alatti értékűeket 1-es, az átlag felettieket 2-es számmal jelöltük), valamint a „pozitív-negatív érzelmek aránya” mutatóval, amit úgy kaptunk, hogy elosztottuk a „pozitív érzelmek összpontszámát” a „negatív érzelmek összpontszámával”. Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, mivel a PANAS skálák sem teljesítik a normál eloszlás feltételeit.

A pozitív-negatív érzelmek arányában szignifikánsan magasabb értékkel rendelkeznek azok, akik a magasabb preventív egészségmagatartás kategóriába tartoznak. (az 1-es egészségtudatos

magatartás kategória pozitív-negatív érzelmi mutatójának az átlaga 361,49; a 2-es kategória átlaga 489,75; $U=63236,00$ $Z=-7,611$, $p<0,001$).

Spearman rangkorrelációval is megvizsgáltuk a kérdéskört. *A pozitív-negatív érzelmek aránya pozitív irányú, gyenge, de szignifikáns kapcsolatban van a preventív magatartással* (összesített egészségtudatos magatartás mutatóval). ($r=0,308$; $p<0,001$).

5.5.3. Az egészségtudatosság és az önegyüttérzés közötti összefüggések

Ahogy a jólléteknél, itt is Mann-Whitney próbát alkalmazunk, hogy lássuk, az Önegyüttérzés Skála (SCS) alskáláinak értékei milyen kapcsolatban állnak az egészségtudatos magatartás kategorizált változóival (*az átlag alatti értékeket 1-es, az átlag felettiakat 2-es számmal jelöltük*).

20. sz. táblázat: Egészségtudatosság és Önegyüttérzés (SCS) közötti kapcsolat (N=860)

egtud. magatartás kategóriái	Szignifikancia szint	SCS skála átlaga	
		1 - átlag alatti	2 - átlag feletti
1 - átlag alatti	$p<0,001$ $U=76767,00$ $Z=-4,32$	394,03	Önmagunk iránt érzett kedvesség
2 - átlag feletti		466,97	
1 - átlag alatti	$p=0,05$ $U=85176,00$ $Z=-1,95$	446,42	Önbírálat
2 - átlag feletti		413,55	
1 - átlag alatti	$p=0,01$ $U=82171,00$ $Z=-2,83$	406,60	Közös emberi természet
2 - átlag feletti		454,40	
1 - átlag alatti	$p<0,001$ $U=75150,00$ $Z=-4,71$	469,73	Izoláció
2 - átlag feletti		390,17	
1 - átlag alatti	$p<0,001$ $U=79039,50$ $Z=-3,70$	399,31	Jelentudatosság
2 - átlag feletti		461,69	
1 - átlag alatti	$p<0,001$ $U=76767,00$ $Z=-4,04$	464,65	Túlzott azonosulás
2 - átlag feletti		396,35	
1 - átlag alatti	$p=0,65$ $U=90386,00$ $Z=-0,45$	433,30	SCS összesített
2 - átlag feletti		425,68	

A 20. sz. táblázat alapján látható, hogy az *Önegyüttérzés Skála alskáláiban* (az önbírálat kivételével) *szignifikánsan magasabb átlagpontoszámot érnek el a magasabb preventív egészségmagatartású fiatalok*. Viszont a globális Önegyüttérzés és az egészségmagatartás között nem találtunk kimutatható kapcsolatot.

Azt is meg szeretnénk vizsgálni, hogy az önegyüttérzés képes-e úgy kompenzálni az alacsonyabb jóllétet, hogy ezzel elősegítse az egészségtudatos magatartást. Ehhez kétdimenziós klasztereket hoztunk létre a WHO Jóllét Kérdőív és az Önegyüttérzés Skála alszállait felhasználva. Mivel most két olyan tulajdonság mentén vetjük össze az embereket, melyek eltérő terjedelműek (a WHO Jóllét Kérdőív 0-15, míg az SCS 26-130), a vizsgálatok előtt standardizáltuk mindkét változót. A két változó értékei eloszlását megőrzi, így a lényeges statisztikai információk megmaradnak a változóban. Az elővizsgálatok alapján 5 klasztert képeztünk. Majd egyutas ANOVA vizsgálatot alkalmazunk ($F=15,06$; $p<0,001$), ahol függő változóként az összesített preventív magatartás index, független változóként a fenti klaszterváltozó szerepelt. A Tukey's post hoc teszt eredménye alapján (21. sz. táblázatban), épp az 1., és 3. csoportok között nincs szignifikáns különbség a preventív magatartás tekintetében. **Itt tehát nem sikerült kimutatni az önegyüttérzés kompenzáló szerepét.**

21. sz. táblázat: WHO Jóllét Kérdőív (WBI) és Önegyüttérzés Skála (SCS) klaszterei, valamint az egészségtudatosság közötti kapcsolat (N=833)

	Klaszterek				
	1	2	3	4	5
Elemzés	238	105	175	184	131
SCS stand. összpontsz. átlag	-0,339	-1,623	1,224	0,128	0,098
WBI stand. összpontsz. átlag	-0,159	0,496	-0,136	1,162	-1,582
Egészségtud. index	0,584	0,609	0,599	0,656	0,507

Ahogy a WHO Jóllét Kérdőív – Önegyüttérzés Skála klaszterképzésénél, úgy a Pszichológiai Jóllét Kérdőív esetében is azonos módon hoztuk létre a klasztereket, majd végeztünk ANOVA vizsgálatot ($F=19,02$; $p<0,001$) az egészségtudatossággal.

A 22. sz. táblázat alapján látható, hogy a szignifikánsan leggyengébb preventív magatartás mutatóval rendelkeznek a 6. csoport tagjai. Ez a csoport a klaszterelemzés szerint nagyon gyenge pszichológiai jólléttel és átlagos önegyüttérzéssel rendelkezik. Náluk szignifikánsan jobb a preventív magatartás mutatója a 3-as csoportnak, melynek tagjaira általában az jellemző, hogy gyenge pszichológiai jólléttel, de erős önegyüttérzéssel rendelkeznek. Itt tehát kimutatható az önegyüttérzés kompenzáló hatása. A 2-es csoport szignifikánsan jobb preventív mutatóval rendelkezik, mint az 1., 3., 4., és 6 csoportok. A 2-es csoportban azok vannak, akiknek a PWB értéke magas, az SCS értéke pedig átlagos (a kis negatív érték nem lényegesen tér el a 0-tól, hiszen az adatok szórása 1, a 0 körül van). **A pszichológiai jóllét esetében kimutatható az önegyüttérzés kompenzáló funkciója az egészségtudatosságban.**

22. sz. táblázat: Pszichológiai Jólét Kérdőív (PWB) és Önegyüttérzés Skála (SCS) klaszterei, valamint az egészségtudatosság közötti kapcsolat (N=825)

	Klaszterek					
	1	2	3	4	5	6
Elemszám	111	175	114	212	130	83
SCS stand. összpontsz. átlag	-1,637	-0,299	1,261	-0,148	0,981	-0,082
PWB stand. összpontsz. átlag	0,397	1,041	-0,823	-0,269	0,648	-1,826
Egészségtud. index	0,599	0,653	0,556	0,577	0,638	0,499

Az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS) és az Önegyüttérzés Skála esetében is klasztereket képeztünk, ebben az esetben 7 klasztert alakítottunk ki. Ezt követően ANOVA-t végeztünk, mely szignifikáns különbséget ($F=11,75$; $p<0,001$) jelzett a preventív magatartásban az egyes csoportok között. A Tukey'b post hoc teszt eredményei a 23. sz. táblázatban láthatók. Az. 5. klaszterben az SWLS alacsony, az SCS magas; illetve a 7. klaszternél az SWLS alacsony, és az SCS is alacsony. Ezeknél az eseteknél tudjuk megnézni, hogy az alacsonyabb SWLS mellett a magasabb SCS kompenzál-e az egészségmagatartás tekintetében. Mivel ezek a klaszterek egy oszlopban vannak a Tukey B próbában, így nem találunk szignifikáns különbséget az egészségtudatos magatartás szintjében, így az élettel való elégedettség esetében nem sikerült igazolni az önegyüttérzés kompenzáló szerepét az egészségtudatosságban.

23. sz. táblázat: Élettel való Elégedettség Skála (SWLS) és Önegyüttérzés Skála (SCS) klaszterei, valamint az egészségtudatosság közötti kapcsolat (N=837)

	Klaszterek						
	1	2	3	4	5	6	7
Elemszám	99	117	168	167	135	51	100
SCS stand. összpontsz. átlag	1,479	-0,741	-0,479	0,282	0,841	-2,089	-0,329
SWLS stand. összpontsz. átlag	0,462	1,205	-0,221	0,728	-0,843	0,152	-1,631
Egészségtud. index	0,611	0,665	0,589	0,621	0,549	0,564	0,535

A Boldogság Orientáció Skála (OTH) esetében nem tudunk olyan klaszter-struktúrát kialakítani, ahol az SCS értéke magas, míg az OTH alacsony lett volna, így itt nem volt lehetőségünk vizsgálni ebben az esetben az önegyüttérzés egészségtudatosságot kompenzáló szerepét.

6. MEGBESZÉLÉS

A fiatalok egészségi állapota, egészségmagatartása kevésbé vizsgált terület, a kutatások leginkább a rizikómagatartásra irányulnak, mivel a fiatalos életmóddal leginkább ezek a viselkedésformák járnak együtt (Susánszky, 2011). Jelen munka épp ezért a kevésbé kutatott területtel, a preventív egészségmagatartással foglalkozik. A dolgozat fókuszában azok a pszichés tényezők, erőforrások állnak, melyek képesek segíteni a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok egészségtudatos magatartását.

6.1. A hazai és saját kutatások egészségtudatos magatartás mutatóinak összehasonlítása

A 2019-es Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF²) során a magyar, 18-34 éves férfiak 65,5%-a ítélte jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát, míg a nők 58,0%-a. *A saját kutatás arányai magasabbak: a férfiak 73,3%-a, a nők 65,7%-a ítélte jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát. Ennek háttérében valószínűleg az állhat, hogy a saját kutatásban csak felsőfokú oktatásban résztvevők alkották a mintát, míg az ELEF 2019 mintája vegyes iskolázottságú csoportot foglal magában.*

A 2019-es ELEF³ felmérés szerint a 18-34 éves korosztály fele volt 1 éven belül méhnyakrák szűrésen, negyede pedig 3 éven belül. *A saját kutatás eredményei közel hasonlóak: 1 éven belül a nők 47,9%-a volt szűrésen; 2-3 évente 13,9% szokott járni; 3,4% több, mint 3 éve volt szűrésen; 34,8% pedig még sohasem vett részt rajta.*

A magyar lakosság (14-50 év között) 31%-a több mint egy éve járt fogorvosnál, és 42%-a csak panasz esetén keresi fel a fogorvost (Gera és Györfi, 2016). *A saját minta fogorvoshoz járási gyakorisága magasabb: a férfiak 42,9%-a, a nők 51,5%-a vett részt fogászati kontrollon az utóbbi 1 évben.*

Magyar reprezentatív felmérés alapján a 14-50 éves korosztály (az egyes korosztályok válaszai között nem volt szignifikáns különbség) 57%-a mos naponta kétszer fogat, míg 28% napi egyszer (Gera és Györfi, 2016). *A saját minta fogmosási gyakorisága szintén pozitívabb: a napi kétszeri fogmosás a leggyakoribb a fiatalok körében (összesen 65,7%; férfiak 49,8%-a; nők 71,6%-a). Nagyobb számban vannak még azok, akik napi egyszer mossák meg a fogukat (összesen 28,3%, férfiak 40,3%-a, nők 23,8%-a).*

A 2019-es Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF¹) szerint a 18-34 év közötti magyar férfiak 40,6%-a fogyaszt naponta zöldséget-gyümölcsöt, a nőknél is ez az arány: 40,0%. *A saját mintában a zöldség és gyümölcsfogyasztási gyakoriság a férfiaknál alacsonyabb 33,6%, a nőknél pedig magasabb, 48,8%.*

A 2019-es ELEF¹ alapján a 18-34 év közötti magyar férfiak 70,4%-a, nők 59,3%-a végez a WHO ajánlása szerinti testmozgást. *A saját minta fiataljai kevésbé aktívak: majdnem felük, 46% (férfiak 57,1%; nők 42%) teljesíti az egészségre előnyös, rendszeres testmozgást.*

Egy Ausztrál vizsgálatban a 19-24 éves fiatalok 11,5%-a nem használt biztonsági övet vezetés alatt. 17,95%-uk már vezetett alkoholos befolyásoltság alatt (Vassallo és mtsai, 2014). Magyar adatok alapján a gépkocsiban utazók 83%-a használ biztonsági övet nappal, 62%-a pedig éjszaka (Jankó, 2018).

A saját kutatás fiataljaira kevésbé jellemző a biztonságos közlekedés, mint a bemutatott vizsgálatoké: a saját kutatásban a minta 70,4%-a (férfiak 64,8%-a, nők 72,5%-a) használja minden utazás során a biztonsági övet, nagyon gyakran pedig 16,9% (férfiak 19,7%-a, nők 15,8%-a). Sohasem kapcsolja be az övet a minta 0,5 %-a.

Az alkoholos befolyásoltság alatti vezetés (az utóbbi 3 hónapot tekintve) következőképp jellemzi a mintát: sohasem fordult elő a fiatalok 39,6%-ával, míg 53,8%-kal (1 esetben az elmúlt 3 hónap során). Heti rendszerességgel 1%-nyi (9 fő, ebből 4 férfi és 5 nő) fiatal vezetett alkoholos állapotban, havi szinten pedig 5%-nyian (14,2%-nyi férfi és 1,6%-nyi nő).

A biztonságos szexualitást illetően az óvszerhasználat a legjellemzőbb a 18-25 év közöttiek védekezési formái között (fiúk 56%-a, lányok 41%-a). Ezután következik a tabletta (fiúk 38%, lányok, 32%). A nem védekezők is viszonylag magas arányban vannak (fiúk 18%, lányok 19%). A 26-34 évesek körében nincs nagy eltérés a kondomot (fiúk 29%, lányok 25%-a) és gyógyszer használók körében (fiúk-lányok 22-22%). Nyíregyházi felmérés szerint a 19-29 éves korosztály 52,8%-a (férfiak 46,3%; nők 54,6%) védekezik rendszeresen a nem kívánt terhesség ellen. Az egyáltalán nem védekezők aránya 8% (férfiak 10,5%; 3,1%) (Hüse, 2016).

A saját felmérésben a védekezés formáját tekintve pettinggel 6,9% (férfiak 2,9%-a, nők 4%-a); természetes módszerrel 19,8% (férfiak 4,5%-a, nők 15,3%-a); hormonális módszerrel 41,9% (férfiak 8,2%-a, nők 33,7%-a); óvszerrel 52,7% (férfiak 16,4%-a, nők 36,3%-a); spermicid készítményekkel 9 fő él (1,4%); pesszáriumot a mintában 1 fő nő használ. Esemény utáni tablettával 14 fő (2,2%), terhességmegszakítással pedig 3 fő (0,5%) élt.

A szexuális életet élők többsége védekezik a nem kívánt terhesség ellen: 63,7% mindig (férfiak 59,1%-a, nők 65,3%-a); 3,8% pedig nagyon gyakran (férfiak 4,3%-a, nők 3,6%-a).

Összességében a saját kutatás fiataljai nagyobb arányban figyelnek a biztonságos szexualitásra (eszközhasználat és gyakoriság tekintetében).

6.2. A hazai és saját kutatások pszichometriai mutatóinak összehasonlítása

A saját kutatás résztvevői magasabb átlag pontszámot értek el a WHO Jólét Kérdőív (WBI-5); a Pszichológiai Jólét Kérdőív (PWB); a Boldogság Orientáció Skála (OTH-H); a Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (PANAS-H) és az Önegyüttérés Skála (SCS-H) mérőeszközök esetében a normatív kutatásokhoz képest (6.2. sz. fejezet).

6.3. A hipotézisek összevetése az eredményekkel

Az első, komplex hipotézisünk a fiatalok pozitív mentális egészségének és a felnőtt szerepük betöltöttségének a kapcsolatára vonatkozik:

„Azok a fiatalok képesek a pozitív mentális egészség „virágzás” állapotát megélni, akik magasabb fokon betöltötték a felnőtt szerepet.”

H1.1. „A fiatal felnőttek közül magasabb jóllét szinttel rendelkeznek azok, akik jobban betöltötték már a felnőtt szerepet, pl. tartós kapcsolatban élnek, otthonnal, munkával rendelkeznek.” hipotézist nem sikerült igazolni.

A felnőtt szerepet jobban betöltők magasabb jólléttel rendelkeznek a WHO Jólét Kérdőív és az Élettel való Elégedettség Skála mérőeszközök szerint. Ezen adatokhoz hasonlóan a Pszichológiai Jólét Kérdőív 5 skálájában is a hipotézisünk igazolódott. Egyedüli kivételt az autonómia skála képezett. Itt azt látjuk, hogy vagy a két szélsőség esetében (teljesen betöltött felnőtt szerep - egyáltalán be nem töltött felnőtt szerep) egyaránt magas a függetlenség foka, vagy abban az esetben, ha csak munkahellyel rendelkezik, mivel ennek a megléte kevesebb kötöttséggel jár, mint a stabil párkapcsolat és otthon megléte.

A Boldogság Orientáció Skála vonatkozásában adataink azt mutatják, hogy nem fedezhető fel összefüggés az értelem- és áramlatkereső boldogság skála szintjei és a felnőtt szerep betöltöttségi foka között. Ami az élvezetkereső tevékenységet illeti, azt a fiatalok előnyben részesítik a többihez képest. Ez inkább az életkor jellemzője, és nincs kapcsolatban a felnőtt szerep betöltöttségével. Ez megegyezik Szondy és Martos (2014) kutatási eredményével, miszerint az életkor egyedül az élvezetkereső boldogsággal mutatott összefüggést.

H1.2. „A felnőtt szerep betöltöttsége pozitív kapcsolatban áll az érzelemszabályozással, azaz a megélt pozitív-negatív érzelmi arány szintjével.” hipotézis teljesült.

Az érzelemszabályozást tekintve a felnőtt szerep teljes betöltöttsége (dolgozók, érettebb párkapcsolattal és önálló lakhatással rendelkezők) magasabb pozitív-negatív érzelmi aránnyal jár

együtt a valamely dimenzióban elmaradókhoz képest. Ez egybevág Sirois (2015) megállapításával, miszerint a kezdődő felnőttek esetében még éretlen az ön- és érzelemszabályozás, ami csak későbbi életkorokban tud jobban megszilárdulni.

H1.3. „A felnőtt szerep betöltöttsége pozitív kapcsolatban áll az önegyüttérzés szintjével.” *hipotézis nem igazolódott.*

Az önegyüttérzés esetén csak az önbírálatot és izoláció megélését volt képes kimutathatóan csökkenteni a felnőtt szerep teljes betöltöttsége. Neff és Vonk (2009), valamint Sági (2013) eredményei szerint sem egyértelmű a kapcsolat az életkor és az önegyüttérzés foka között. Kutatásaikban csak gyenge összefüggést tudtak kimutatni. Ez a magyarázat a mi eredményeink értelmezésénél is elfogadható.

Ugyanakkor a kutatási eredményeink szerint a Pszichológiai Jólét Kérdőív Önellfogadás alszállájánál kimutatható volt a pozitív kapcsolat a felnőtt szerep betöltöttségi fokával. Emlékezzünk rá, hogy az önegyüttérzés az önellfogadás egy formája.

H2. „A fiatal felnőttek közül azokra jellemzőbb a preventív egészségmagatartás, akik jobban betöltötték a felnőtt szerepet, pl. tartós kapcsolatban élnek, otthonnal, munkával rendelkeznek.” *hipotézis igazolódott.* Ez azt jelenti, hogy a felnőtt szerep minél jobban betöltése preventívebb egészségmagatartással (azaz magasabb „összesített egészségtudatos magatartás” átlaggal) jár együtt azokhoz képest, akik elmaradnak valamely felnőtt szerep dimenzióban. Itt is beigazolódott, hogy a preventív egészségmagatartás szintjében is kulcsfontosságú a felnőtt szerep teljes betöltöttsége. Hasonló eredményre jutott Neinstein (2013), valamint Hargreaves és mtsai (2015), amikor a kezdődő felnőttkorúak egészségmagatartását vizsgálta.

H3. „A jólét magasabb szintje preventíven hat az egészségmagatartásra. A három jólét forma közül a „teljes élet” megélése a leghatékonyabb intrapszichés tényező a preventív egészségmagatartás alakulásában.” *hipotézis teljesült.* Ugyanis a preventív egészségmagatartású fiataloknál magasabb jólét szint figyelhető meg az összes jólétet mérő teszt esetében. A Boldogság Orientáció Skála eredményei szerint a „teljes életet” élő fiatalok rendelkeznek a legmagasabb preventív egészségmagatartás értékkel. A teljes élet fogalma alatt azt értjük, hogy az élvezet-, értelem-, és áramlatélmény keresése egyaránt magas szinten érvényesül. Zadworna-Cieślak (2018) szerint is a boldogabb, magasabb jólétet megélő fiatalok választják nagyobb valószínűséggel az egészségvédő viselkedést, mert a pozitív, örömteli élet erőforrásának, tehát értéknek tekintik.

H4. „A pozitív-negatív érzelmek megfelelő arányú (3:1) megléte erőforrásként segíti az egészségtudatos magatartást.” hipotézis teljesült.

Egyik vizsgálatunk azt mutatta ki, hogy az optimálishoz közeli, 1:2,57 negatív-pozitív érzelmi arányú fiatalok szignifikánsan a legmagasabb egészségtudatos magatartás értékkel rendelkeznek. Ellenben, az átlag feletti magas negatív érzelmű, átlag alatti pozitív érzelmű (arányuk: 1:0,76) egyének a legkevésbé egészségtudatos magatartásúak a mintában.

Másik elemzés szerint a pozitív-negatív érzelmek aránya egyenes arányosságot mutat a preventív magatartással. Ez a kapcsolat habár gyenge, de kétségtelenül szignifikáns.

A negatív érzelmek túlsúlya a rizikómagatartásnak képes teret nyitni. Ezzel szemben a pozitív érzelmek a preventív, egészségtudatos viselkedést erősítik (Ferrer és Mendes, 2017).

H5. „Az önegyüttérzés magasabb szintje pozitív kapcsolatban áll a fiatal felnőttek egészségtudatos magatartásával.” hipotézist nem tudtuk igazolni.

Az Önegyüttérzés Skála pozitív alszálláiban (önmagunk iránt érzett kedvesség, közös emberi természet, jelentudatosság) szignifikánsan magasabb átlagpontoszámot érnek el a magasabb preventív egészségmagatartású fiatalok, viszont a negatív alszállákban (izoláció, túlzott azonosulás) alacsonyabb az átlaguk. Az önbírálat alszállá, a globális önegyüttérzés és az egészségmagatartás között nem találtunk kimutatható kapcsolatot.

Ahogy az elméleti áttekintésben írtam, a korábbi szakirodalom egyértelmű kapcsolatot mutatott ki az önegyüttérzés és az egészségmagatartás között. Áttekintve a téma legutóbbi szakirodalmát arra jutottunk, hogy a vizsgálati eredmények erősen függenek attól, hogy az egészségmagatartást milyen aspektusból vizsgálják. Különböző kutatóknál más-más kérdések kerülnek be a globálisan vizsgált egészségmagatartás témájába (Phillips és Hine, 2019).

Például Gedik (2019) török egyetemisták körében végzett kutatásából az derül ki számunkra, hogy az egészségtudatosság pozitívan korrelál az önegyüttérzés pozitív alszálláival (az önmagunk iránt érzett kedvességgel, a közös emberi természettel és a jelentudatoszággal), de az ellentétpárjaikkal már nem (önbírálat, túlazonosulás és izoláció). A hierarchikus regresszióelemzés a jelentudatosság, az önmagunk iránt érzett kedvesség és az önbírálat tényezőket emelte ki az egészségtudatosság prediktoraiként.

Meg kell jegyeznünk, hogy a különböző kultúrákban végzett vizsgálatok hozhatnak más-más eredményt ugyanabban a témában.

K1. Kutatási kérdésként fel szeretnénk tárni, van-e az önegyüttérzésnek kompenzáló szerepe az alacsonyabb szintű jóllét vonatkozásában, ami elősegítené a preventív egészségmagatartást.

Az önegyüttérzést érdemes a funkciója szempontjából vizsgálni. Ha ezt tesszük, érthetővé válik, hogy akkor van rá szükség, hogy teljes mértékben betöltsse a hivatását, amikor nehéz helyzetben van az ember, veszteség éri, pl. munkanélküliség, párkapcsolat felbomlása, szeretett személy elvesztése, anyagi biztonság elvesztése, stb.. Az ilyen esetekben az önegyüttérzés segít a veszteség miatti gyász munka elvégzésében, az erőgyűjtésben, a pozitívabb szemléletre való hangolódásban, a továbblépésben, egy vonzó jövőkép kialakításában. Akármilyen nehézségről van szó, az önegyüttérzés előrevivő hatásainak a megvalósulásához egy bizonyos időre van szükség. Az itt végbemenő folyamatok egy időre lekötik az egyébként más területre irányítható pszichés energiákat. Így az egészségtudatosság valamelyest a háttérbe szorulhat. A krízis feldolgozása után az egészségtudatosság visszakaphatja a méltó helyét.

6.4. Új eredmények

A kutatásunk a következő területeken szolgál újdonsággal:

- A kezdődő felnőttkor mint új életkori kategória kevésbé vizsgált terület, főleg a fiatalok egészségmagatartásának feltárásával kapcsolatban. A jelen munka kutatja a kezdődő felnőttkorúak felnőtt szerep betöltöttségi fokát, pozitív mentális egészségi állapotát, egészségtudatos magatartását, s az ezek közötti összefüggéseket.
- A hazai ifjúság-kutatások leginkább a rizikómagatartásra fókuszálnak, a preventív egészségmagatartás elemeiben jelenik csak meg (pl. egészséges táplálkozás, testmozgás). A dolgozat komplex módon vizsgálja az egészségtudatosságot, azon dimenziókat felhasználva, melyekben leginkább érintett lehet a kezdődő felnőtt korosztály. Több változóra nem találtunk hazai eredményeket, pl. önvizsgálattal, biztonságos közlekedéssel és biztonságos szórakozással kapcsolatos szokások esetében.
- Létrehoztuk az „*egyesített egészségtudatos magatartás mutatót*”, hogy statisztikailag is vizsgálni lehessen a preventív egészségmagatartást más változókkal. A feltárt szakirodalmakban nem találtunk egységes módszertant ezzel kapcsolatban.

- A dolgozat komplex módon foglalkozik a pozitív mentális egészség egyik indikátorával, a jólléttel, azaz egyben vizsgálja az általános-, hedonikus-, eudaimonikus jólléteket, azok integrált változatával együtt.
- Magyar kutatást nem találtunk, külföldből is csak keveset, a pozitív mentális egészség indikátoraként használt, 3:1 pozitív-negatív érzelmi arány populációs megoszlására. A dolgozat képet ad erről a saját mintáján keresztül. Ezen túlmenően vizsgálja a preventív egészségmagatartásban betöltött szerepét is.
- Az önegyüttérzés mint az önelfogadás egy formája, és mint adaptív érzelemszabályozási stratégia is kevésbé vizsgált konstrukció hazánkban, főleg mint az egészségmagatartás protektív faktora. A dolgozat nem várt eredményekkel szolgált: nem tudtuk egyértelműen alátámasztani a nemzetközi kutatások konklúzióját, miszerint a magasabb szintű önegyüttérzés pozitívan képes befolyásolni az egészségtudatosságot.

6.5. A kutatás korlátai

A kutatás megvalósítása a korlátozott erőforrások okán nem valószínűségi mintavétellel, azon belül hozzáférés alapú módon és hólabda módszerrel történt. Érdekes lenne a jövőben reprezentatív módon, nagyobb elemszámmal megismételni a vizsgálatot a kezdődő felnőttkorúak körében.

A mintában két szocio-demográfiai tényező a kedvezőbb, az egészségtudatosabb válaszokat vetíti előre, mivel jelentősen magasabb a női és a felsőoktatásban résztvevők és a felsőfokú végzettségűek aránya.

A korlátok között szerepelnek még a kitöltők szubjektív válaszadásai. Az esetleges torzítások hátterében az állhat, hogy akaratlanul is pozitívabb képet szeretnének mutatni magukról a kitöltők.

Nehézséget okozott az „összesített egészségtudatos magatartás” mutató objektív kialakítása. Nincs egységes szakirodalmi ajánlás azzal kapcsolatban, hogy az egyes viselkedési formák (pl. táplálkozás, testmozgás, szűrővizsgálaton való részvétel, stb.) ugyanolyan dominanciával határozzák-e meg az egészségtudatosságot.

7. JAVASLATOK

Ebben a fejezetben arra teszünk javaslatot, hogy a szakirodalom és kutatás által feltárt hiányos területeket hogyan lehetne fejleszteni.

7.1. A felnőtt szerep betöltése

A dolgozatban a felnőtt szerep betöltését 3 dimenzió mentén vizsgáltuk: rendelkeznek-e a fiatalok munkával (önálló jövedelemmel), érettebb párkapcsolattal és önálló lakhatással?

A munkába állást és az otthonteremtést különféle szociálpolitikai intézkedések is tudják támogatni. Jelenleg elérhető és a foglalkoztatást segíti elő az „Ifjúsági Garancia Program”, amit a lakhely szerint illetékes Járási Hivatal Foglalkoztatási Osztályán keresztül lehet igénybe venni akkor, ha a fiatal 25 év alatti nyilvántartott álláskereső. *Érdemes lenne ezen lehetőségről szélesebb körben tájékoztatni az érintett korosztályt, hogy minél többen igénybe vehessék a támogatást. Valamint érdemes lenne az életkori határt felemelni 29 évre, hiszen az adatokból látható, hogy életkorban kitolódott a felnőtt szerep megszilárdulása.*

Anyagi támogatást azok a fiatalok tudnak igényelni, akik friss házások: Első házások kedvezménye. Otthonteremtési támogatásra is azok jogosultak, akik a családalapítás útján elindultak: Babaváró Támogatás, CSOK és kamattámogatott hitel (*Családvédelmi Akcióterv*). *Érdemes lenne olyan programot is hirdetni, ami az egyedülálló fiatalokat támogatja az otthonteremtésben.*

„Ifjúság hete” rendezvénysorozat a „Házasság hete” mintájára. A „Házasság hete” minden évben megrendezésre kerül Valentin-nap környékén abból a célból, hogy segítséget, inspirációt nyújtson a pároknak a tartós és jól működő kapcsolat kialakításában, fenntartásában.

Így az „Ifjúság hete” programsorozat is megvalósulhatna országos szinten, melyben a felnőtt szerep betöltését segítő témák jelenhetnének meg: önismeret- és személyiség fejlesztése, identitás megszilárdítása, nemi szerepekkel való munka, párkapcsolati érettség kialakítása, veszteségfeldolgozás (korábbi párkapcsolatokat illetően), párkapcsolat fejlődésének szakaszai. Az „Ifjúság hete” ezeken felül kínálhatna a fiatalok számára különféle rekreációs programokat, lehetőséget teremtve az ismerkedésre. Foglalkozhatna a biztonságos szórakozás és közlekedés témájával is.

7.2. Az egészségtudatos magatartás, mentális egészség

Mogyorósy-Révész Zsuzsanna (2021) összefoglaló munkájában az önszabályozás fejlődését egészen a magzati kortól tárgyalja. Ennek alapján látható, hogy már a legkorábbi időszakban is jelentősége van annak, milyen hatások érik a gyermekeket, melyek azok, amelyek formálják az ön- és érzelemszabályozásuk alakulását. A gyermekek esetében ezért érdemes tárgyalni a *koreguláció* jelenségét. Az őket gondozók (pl. a szülők, pedagógusok) a kicsikkel való interakcióikon keresztül egyfajta modellként szolgálnak az önszabályozás korai alakulásában (Murray és mtsai, 2015). A koregulációban, valamint az egészségesen működő szülő-gyermek kapcsolat alakításában a *“kapcsolódó nevelés”* tud hatékony segítséget nyújtani (Wipfler és Schore, 2021). Magyarországon 2016-ban alakult meg a Kapcsolódó Nevelés Egyesület, mely a szülőknek tart alap- és haladó tanfolyamokat, amelyeken elsajátíthatják és gyakorolhatják ezen irányzat alapelveit.

A szakemberek a koreguláció fontos szerepét a fiatal felnőttkorig tárgyalják. Ugyanis az életszakasz-átkelések érzelmileg megterhelőek a fiatalok számára, ezért nekik is fontos, hogy megkapják a szükséges érzelmi támaszt (Murray és mtsai, 2015).

A legfiatalabb korosztály mentális egészségét főleg a szülők formálják. Miután a gyermekek bekerülnek az iskolarendszerbe fontos szerepet kap az intézmény hatása.

A 7-18 évesek számára aktuálisan működő program a *„Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés”*, mely a tanulók egészségtudatosságát hivatott fejleszteni. Hasonló kezdeményezés indult el a felsőoktatásban *„Egészségfejlesztő Egyetem”* címen, mely mind a hallgatók, mind az oktatók egészségének, életminőségének fejlesztését tűzte ki célul (Czippán és mtsai, 2015).

Az oktatási intézményekből hiányzik a stresszel való megküzdési képesség, a relaxáció, valamint az önálló, független, probléma- és konfliktuskezelő viszonyulás és gondolkodás kialakításának módszere (Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2016 – 2020). Ezt pótolva több projekt is megvalósult a felsőoktatásban a Széchenyi 2020 program keretében, mely a hallgatók egészségét, életminőségét próbálta javítani.

A Szegedi Tudományegyetemen a következő, hallgatók egészségét, életminőségét segítő pályázatokban vettem részt:

„Mentorképzés a hallgatói lemorzsolódás csökkentésére” (EFOP-3.4.3-16-2016-00014) főbb témakörei: fiatal felnőttkor jellemzői és krízisei, tanulásmódszertan, pályatervezés-pályakorrekció, speciális képzési igényű hallgatók támogatása, életvezetési tanácsadás. A képzés fő feladata, hogy segítse a mentorokon, ill. a különféle szolgáltatásokon keresztül a fiatalokat a hallgatói- és felnőtt szerepük megszilárdulásában, illetve olyan kompetenciák elsajátításában, melyek szükségesek a sikeres tanulmányi teljesítéshez. Az Életvezetési Tanácsadó szakemberei pedig a hozzájuk forduló hallgatók lelki egészségének javításában tudnak közreműködni.

„AP5 Egészségnevelés” (EFOP-3.4.3-16-2016-00014) főbb témakörei: válogatott sport és egészségnevelő programok, rekreációs rendezvények. A program keretén belül „Stresszkezelő tréning” szabadon választható kurzust tartottam Biró Edit pszichológus kolléganővel 3 cikluson keresztül az Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar hallgatói számára. A tréning főbb témakörei a stressz és megküzdés, időmenedzsment, relaxációs technikák, jelentudatosság, önszabályozás, érzelemszabályozás, öngondoskodás voltak. A kurzus során a hallgatók megküzdését, pozitív mentális egészségét fejlesztettük, a visszajelzések alapján sikeres módon. Hallgatói igényként merült fel ezen szabadon választható kurzus kötelezővé tétele minden első- és másodéves számára, hogy megkönnyítse a helytállást a felsőoktatásban.

Az önegyüttérzés képessége jól fejleszthető a külföldi szakirodalmak (Gilbert és Procter, 2006; Neff és Vonk, 2009) szerint. Ezek alapján kidolgoztam és vezettem az „Önegyüttérzést fejlesztő tréning” c. szabadon választható kurzust az ETSZK hallgatóinak. Az önegyüttérzés minden összetevőjével külön-külön dolgoztunk az egyes alkalmakon. A hallgatók végig nagy érdeklődéssel és nyitottsággal fogadták a feladatokat, eredményes önismereti és személyiségfejlesztő munkát végeztek magukon. A kurzus végére nemcsak a személyes beszámolók, hanem a tréning elején és végén felvett kérdőív adatai is kimutatták az önegyüttérzés képességének erősödését. Szignifikánsan ($p < 0,005$) magasabb lett a globális önegyüttérzés és annak a 3 pozitív alszkálája. A negatív alszkálák erőssége pedig szignifikánsan csökkent ($p < 0,005$). Ezen felül a WHO Jólét Kérdőívvel mért értékben is növekedés volt tapasztalható ($p = 0,003$) és az egészségtudatosság is erősödött ($p = 0,011$).

Oktatói tapasztalatom, hogy a hallgatók többségének van igénye arra, hogy választhassanak olyan kurzusokat, szolgáltatásokat az egyetemen, amelyek segíteni tudják őket mind tanulmányi téren, mind a személyes fejlődésben, életvezetésben. Ezen felül olyan rekreációs lehetőségeket is érdemes lenne kínálni, amelyek pozitív élményekkel, érzelmekkel gazdagítják a fiatalokat, s egyben ismerkedési lehetőséget is biztosíthatnak.

A példákából látható, hogy a felsőoktatás kiváló színtér lehet a fiatalok egészségtudatosságának, mentális egészségének további fejlesztésére. Azoknak a fiatal felnőtteknek, akik nem tanulnak tovább, a *munkahelyi egészségfejlesztés* szolgálhatna lehetőségként az egészségjavításra. Juhász (2007) összefoglalásában olvashatjuk, hogy bár a munkahelyi egészségfejlesztésre elindultak a törekvések hazánkban, azonban közel sem ideális a helyzet a megvalósulása terén. Sok potenciál van ebben a színtérben, így érdemes lenne ezt is állami módon támogatni. *A munkahelyi egészségfejlesztés kiváló lehetőség lehetne pl. bizonyos szűrővizsgálatok rendszeres elvégzésére, valamint az önvizsgálatok népszerűsítésére.*

7.3. A mentális egészség, érzelemszabályozás: Művészetterápia

A művészetterápia hatékony módszer az érzelmi blokkok oldására és feldolgozására. Amikor a kliens létrehozza a művészeti alkotást (bármilyen típusú legyen is az), lehetőséget kap az alkotó az érzelmei, félelmei, vágyai át-, és kiélésére és a feszültsége levezetésére (Mogyorósy-Révész, 2019). A művészetterápia hatásmechanizmusai révén az egészséges emberek számára is kiváló módszer örömszerzésre és energetizálásra (Antalfai, 2016). A művészeti munka lehetőséget ad az érzelmek megjelenítésére, majd azok verbalizációjára, ami segíti a klienst a tudatosodásban és a megértésben (Mogyorósy-Révész, 2019).

A művészetterápia megvalósulhat egyéni formában, de a csoport élmény- és támogató közösségként erőforrást tud nyújtani a tagok számára. A művészetterápiás eszköztárak alkalmazása csoportban segíti a résztvevőket önmaguk és egymás megértésében azáltal, hogy egyszerre alkotói és befogadói a művészi folyamatnak (Illés, 2009).

2018-ban művészetterápiás elemeket felhasználó foglalkozássorozatot vezettem krónikus fájdalommal élő nyugdíjasok számára két zenész kollégával, Dr. Uhereczky Eszterrel és Benedekfi Istvánnal. A 13 alkalmas tréning végére szignifikáns növekedés volt kimutatható a csoport élvezet-, és áramlatkereső boldogságában, valamint a pozitív érzelmeinek a megélésében (Budai és mtsai, 2021). Ezen saját munkatapasztalat is azt erősíti, hogy érdemes és hatékony művészetterápiás elemeket használni az önismereti- és személyiségfejlesztő csoportokban, bármilyen korosztályról legyen is szó (Budai és Lobanov, 2020). A fiatalokkal való oktatói munkám során is az a benyomás alakult ki bennem, hogy a többség szívesen részt vesz a kreatív, művészi folyamatokban, nyitott önmagával így dolgozni.

Ezek alapján érdemes lenne a fiatalok számára elérhetővé tenni olyan művészetterápiás elemeket felhasználó csoportokban való részvételt, mely segítené őket akár a felnőtt szerep betöltésében, a párkapcsolati érettség kialakításában, az érzelemszabályozásban, vagy az egészségtudatosság fokozásában.

8. ÖSSZEGZÉS

A dolgozat elméleti keretét a pozitív pszichológia és a szalutogenezis adja, azaz a fókuszban azok a pszichés tényezők, erőforrások állnak, melyek képesek segíteni a kezdődő felnőttkorban levő fiatalok egészségtudatos magatartását. Ezen fiatal korosztály egészségmagatartása kevésbé vizsgált terület (Susánszky, 2011), figyelmen kívül hagyott életszakasz a magatartásváltoztatás szempontjából (Sirois, 2015).

Ezekre a fiatalokra jellemző, hogy náluk még érőben van az önszabályozás, az érzelmek sokszor átvehetik az irányítást a racionális viselkedés felett, ami miatt hajlamosabbak lehetnek a rizikómagatartásra (Sirois, 2015).

A hatékony egészségfejlesztési programoknak mindenképp fel kell használniuk a pozitív egészségpszichológia szemléletét, azaz a sikeres magatartásváltoztatáshoz, a magasabb fokú egészségtudatosság eléréséhez fejlesztenünk kell a pozitív pszichikai erőforrásokat (Pikó, 2004).

A dolgozat célja, hogy vizsgálja a kezdődő felnőtt korosztály (18-29 év) felnőtt szerep betöltöttségét, pozitív mentális egészségét, egészségtudatos magatartását és ezek egymással való kapcsolatát. A pozitív mentális egészség kapcsán a jóllétet; a megélt pozitív és negatív érzelmeket; valamint az önegyüttérzést helyeztük a kutatás fókuszába.

A 860 fős mintát 233 fő férfi (27,1%) és 627 fő nő (72,9%) alkotja, az átlagéletkor 22,56 év (SD=2,99). Legtöbben a felsőfokú tanulmányaikat folytatják (491 fő), valamint jelentős hányadban vannak jelen a diplomával rendelkező munkavállalók (194 fő). A fiataloknak közel a fele él a fővárosban és nagyvárosban; a harmada városban, kisebb városban; míg a kis lélekszámú községekben körülbelül a fiatalok egyhatoda. A minta negyede, 23% elégedett az anyagi helyzetével, míg 46,7% elégedett az élete alakulásával.

A minta fiataljainak többsége távol áll a felnőtt szerep betöltöttségétől: teljes mértékben csupán 11,5% valósítja meg a felnőtt szerepet, azaz mindhárom vizsgált dimenzióban stabilan teljesít (önálló lakhatás, stabil párkapcsolat, önálló jövedelem). Részlegesen, a 3 dimenzióból 2-öt 13,4% töltött be, míg 1-et 20,3%. A mintában egyetlen felnőtt szerepet sem tölt be a fiataloknak több, mint fele.

A minta kezdődő felnőttkorú fiataljainak mentális egészségével kapcsolatban a következő eredmények születtek:

A saját kutatás résztvevői némileg *magasabb átlag pontszámot értek el* összehasonlítva a WHO Jóllét Kérdőív (WBI-5); a Pszichológiai Jóllét Kérdőív (PWB); a Boldogság Orientáció Skála (OTH-H); a Pozitív és Negatív Affektivitás Skála (PANAS-H) és az Önegyüttértés Skála (SCS-H) mérőeszközök normatív kutatási eredményeivel és *közel azonos szinten vannak* a magyar adatokkal az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS-H) eredményei esetében.

A *teljes életet* (élvezet-, áramlat-, értelemkeresés mindhárom orientációja magas) a fiatalok 18,45%-a éli meg; *két magas orientációval* pedig 29,29% rendelkezik. Ez szintén némileg magasabb arány a hazai adatokhoz képest.

Az optimális, mentális egészség „virágzását” bejósoló, 3:1-es pozitív-negatív érzelmi arányt a saját minta 36,12%-a mutatja, míg a 2:1-es, „stagnáló” arányt 29,41%. Ezen értékek pozitívabbak a külföldi adatokhoz képest.

A *vizsgálatban résztvevő fiatalok szubjektíven megélt egészség szintje magasabb* a normatív adatokhoz képest: a férfiak 73,3%-a, a nőknek pedig 65,7%-a ítélte jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát.

Az egészségtudatos magatartást illetően *a saját kutatás eredményei csupán néhány területen pozitívabbak a hazai adatokhoz képest*: a férfiak 42,9%-a, a nők 51,5%-a vett részt *fogászati kontrollon* az utóbbi 1 évben. A *napi kétszeri fogmosást* a fiatalok 65,7%-a gyakorolja (férfiak 49,8%-a; nők 71,6%-a). A szexuális életet élők többsége *mindig védekezik a nem kívánt terhesség ellen*: 63,7% (férfiak 59,1%-a, nők 65,3%-a), *óvszerrel* a fiatalok 52,7%-a (férfiak 16,4%-a, nők 36,3%-a).

A fiatalok többségére jellemző a biztonságos szórakozás: a többségük, 74,2% (72,6%-nyi férfi, 74,8%-nyi nő) *sohasem fogadott el italt idegentől vagy hagyta felügyelet nélkül az italát*. Szintén nem jellemző rájuk, hogy a *buliból ismeretlen személlyel távoztak volna* (75,5%; férfiak 74,4%-a, nők 75,9%-a).

A következő dimenziókban azonban elmaradás figyelhető meg a mintában a magyarországi adatokhoz képest. A férfiak 33,6%-a *fogyaszt naponta zöldséget-gyümölcsöt*, a nőknél ez az arány 48,8%. A *testmozgás gyakorisága* is alacsonyabb a mintában, férfiak 57,1%; nők 42%-a teljesíti az egészségre előnyös, rendszeres testmozgást. A fiatalok kb. háromnegyede, 70,4%-a (férfiak 64,8%-a, nők 72,5%-a) használja minden autós utazás során a *biztonsági övet*.

Ha összegezzük az *első hipotézis eredményeit*, akkor megállapíthatjuk, hogy a *felnőtt szerepet teljesen betöltő fiatalok* többségükben képesek a törekvéseik és személyes fejlődésük megvalósítására. Intenzívebben és teljesebben élik meg az életükkel való elégedettségüket, a pozitív érzelmeket, az önelfogadást. Több jól működő emberi kapcsolatuk van, kézben tartják az életüket és van motiváló életcéljuk. Önbírálatuk egészséges keretek között marad, kevésbé fenyegeti őket az érzelmi izoláció veszélye. Rendelkeznek előrevivő életcéllal.

A *második hipotézis* kiegészíti az első hipotézisben írtakat. Ugyanis a fentebb bemutatott fiatalokra jellemző az egészségtudatos magatartás is. Felelősséget éreznek önmaguk egészsége iránt, hiszen ez a záloga annak, hogy az életben továbbra is helytálljanak, megtartsák az eddig elért eredményeiket, felneveljék gyermekeiket. Az ilyen magatartás mindig tudatos döntés eredménye, amire leginkább a felnőtt szerepet teljesen betöltő ember képes.

A *harmadik és negyedik hipotézis* tanúsága szerint azok, akik megélik a pozitív mentális egészséget, a virágzás állapotát (azaz a magas szintű jóllét, boldogság, elégedettség, pozitív érzelmek nagyobb arányú átélését) képesek a magasabb fokú egészségtudatosság realizálására. Ezek a tényezők erőforrásként lehetővé teszik más pszichés funkciók magas szintű, pozitív működését. Ezt például a jól működő egészségtudatosságban érhetjük tetten. Az egészségvédő tevékenységek nagyobb pszichés energiabefektetést igényelnek, amit a boldogság, és az ezzel együtt járó nagyobb energiakapacitás képes biztosítani.

Az *ötödik hipotézis* az önegyüttérzéssel foglalkozik. Azok, akik kedvességgel fordulnak maguk felé; tudják, hogy másnak is lehetnek hasonló érzéseik, problémáik, életeseményeik. Tudják, hogy ezek általános emberi dolgok, nincsenek egyedül a gondjaikkal. Ők a jelenben élnek, feleslegesen nem rágódnak a múlton, és nem festenek maguk elé riasztó jövőképet. Ez mind az önegyüttérés pozitív megélése. Akik ezt meg tudják élni, képesebbek az egészségtudatos magatartásra.

A *hipotézisek mellett egy kutatási kérdést is megfogalmaztunk: Van-e az önegyüttérésnek kompenzáló szerepe az alacsonyabb szintű jóllét vonatkozásában, ami elősegítené a preventív egészségmagatartást?* - kerestük az önegyüttérés jóllétet kompenzáló szerepét. Miszerint, ha valakinek alacsony a jóllét szintje, azaz kevésbé elégedett az életével, több negatív érzelme van, annak az önegyüttérés segít ezen felülkerekedni, ami által lesz pszichés energiája, kapacitása a preventív egészségmagatartásra. Viszont kiderült, hogy az önegyüttérés funkciója nem a

kompenzálás, hanem például a stressz, vagy a krízis feldolgozásának a támogatása. Ez egy hosszabb idő alatt megvalósuló folyamat.

Összességében megállapítható, mind a szakirodalom, mind a saját kutatás alapján, hogy hazánkban a felnőtté válás kitolódik a húszas évek végére. A minta fiataljainak többsége csak részben töltötte még be a felnőtt szerepet és az egészségtudatosságuk is mérsékelt fokú. Mindezekből arra következtetünk, hogy az ön- és érzelemszabályozásuk még éretlen. A kapott eredmények alátámasztják azt a feltevést, hogy a pozitív mentális egészség, virágzás megélése (azaz a magas szintű jóllét, boldogság és pozitív érzelmek megtapasztalása, valamint a múlttal való elégedettség) erőforrásként lehetővé teszik más pszichés funkciók magasabb szintű, pozitív működését, amit például a jól működő egészségtudatosságban érhetünk tetten.

A kutatás alapján a szakmai javaslatokban olyan intézkedésekre, szolgáltatásokra tértünk ki, melyek segítenék a fiatalokat a felnőtt szerepük megszilárdításában. Olyan rekreációs, mentálhigiénés programokat is bemutatunk, amelyek lehetőséget adnának minél több pozitív élmény, érzelm megélésére. A művészetterápiás kezdeményezések pedig komplex módon segíthetnék a fiatalok személyiségfejlesztését, pozitív mentális egészségét, egészségtudatosságát.

A kutatómunka során elmélyülve ezekben a kérdésekben találtam további lehetőségeket a téma továbbgondolására. Ilyen terület például a pszichológiai életminőség fejlesztése művészetterápiás eszközökkel. Hiszem, hogy a művészetterápia módszerei alkalmasak az egészségtudatosság fejlesztésére is.

9. HIVATKOZÁSJEGYZÉK

1. Antalfai, M. (2016): *Alkotás és kibontakoztatás*. A Katarzisz Komplex Művészetterápia elmélete és gyakorlata. Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány
2. Ajzen, I. (1991): *The theory of planned behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes, Vol. 50, 2, 179-211.
3. Aldao, A.; Nolen-Hoeksema, S. (2010): *Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination*. Behaviour Research and Therapy 48, 974-983.
4. Aldao, A. Nolen-Hoeksema, S. (2012): *The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies*. Behaviour Research and Therapy 50, 493-501.
5. Aldao, A.; Nolen-Hoeksema, S.; Schweizer, S. (2010): *Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 30, 217–237.
6. Aldao, A.; Jazaieri, H.; Goldin, P., R.; Gross, J. J. (2014): *Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder*. Journal of Anxiety Disorders, Volume 28, Issue 4, 382–389.
7. Antonovsky, A. (1979): *Health, stress, and coping*. San Francisco, Jossey-Bass
8. Antonovsky A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, London
9. Arnett, J. (1991): *Still crazy after all these years: reckless behaviour among young adults aged 23-27*. Person. individ. Difl Vol. 12, No. 12, pp. 1305-1313
10. Arnett, J. (2000): *Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties*. American Psychologist Vol. 55. No. 5, 469-480
11. Arnett, J. (2004): *The Winding Road from the Late Teens through the Twenties*. Oxford University Press, New York
http://books.google.hu/books?id=CrGq7n4830kC&printsec=frontcover&hl=hu&vq=%22Quarterlife+Crisis%22&source=gbs_citations_module_r&cad=4#v=onepage&q=%22Quarterlife%20Crisis%22&f=false 2015. 04. 02.
12. Bandura, A. (1989a): *Social cognitive theory*. In R.Vasta (Ed.): Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
13. Bandura, A. (1989b): *Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection*, in V.M. Mays, G.W. Albee, S.S. Schneider (Eds.): Primary prevention of AIDS: Psychological Approaches, Newbury Park, CA, Sage, 128-141.
14. Bandura, A. (1991): *Social Cognitive Theory of Self-Regulation*. Organizational Behavior and Human Decision Processes 50, 248-287.
15. Bandura, A. (2005): *'The primacy of self-regulation in health promotion'*. Applied Psychology: an international review, vol. 54, 245-254.
16. Baumeister, R.F., Heatherton, T.F. (1996): *Self-regulation failure: An overview*. Psychological Inquiry, 7, 1-15.

17. Baumeister, R. F.: *Self-concept, self-esteem, and identity*. In: Derlega, V. J.; Winstead, B. A.; Jones, W. H. (Eds., 1999): Nelson-Hall series in psychology. Personality: Contemporary theory and research, Nelson-Hall Publishers, 339–375.
18. Baumeister, R. F.; Vohs, K. D. (Eds., 2004): *Handbook of self-regulation: Research theory, and applications*. New York: Guilford.
19. Baumeister, R. F.; Gailliot, M., DeWall, C. N., Oaten, M. (2006): *Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior.* Journal of Personality, vol. 74, no. 6, 1773-1801.
20. Baumeister, R. F.; Vohs, K. D. (2007): *Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation*. Social and Personality Psychology Compass 1/1, 115–128.
21. Baumeister, R. F.; Vohs, K. D.; Tice, D. M. (2007): *The Strength Model of Self-Control*. Current Directions In Psychological Science, Vol. 16, 6, 351-355.
22. Baumeister, R. F., Heatherton, T. F.; Tice, D. M. (1994): *Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation*. San Diego, Academic Press
23. Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven, M., Tice, D.M. (1998): *Ego depletion: Is the active self a limited resource?* Journal of Personality and Social Psychology, 74, 1252–1265.
24. Bauer, G., Davies, K. D., Pelikan, J., The EUPHID Theory Working Group (2006): *The EUPHID health development model for the classification of public health indicators*. Health Promotion International, 21, 153-159.
25. Barth, A. (2015): *A pszichológiai jóllét és az azt meghatározó tényezők összefüggéseinek nemzetközi vizsgálata felsőoktatásban tanuló fiatalok körében*. Acta Medicina et Sociologica, Vol 6., 5-20.
26. Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): *The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes*. Psychotherapy and Psychosomatics, 65: 183–190.
27. Berde, É., Kovács, E. (2016): *A svéd és a magyar termékenységi arányszám összehasonlítása*. Közgazdasági Szemle, LXIII . évf., 1348–1374. o.
28. Bishop, S. R.; Lau, M.; Shapiro, S.; Carlson, L.; Anderson, N. D.; Carmody, J.; Devins, G. (2004): *Mindfulness: A proposed operational definition*. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 230–241.
29. Bocsi, V.: *„Hawaii, dizsi, lámpafény”. A buli jelenségköre a campusok világában. Campus-lét a Debreceni Egyetemen*. In: Fényes, H.; Szabó, I. (2014, szerk.): Ifjúságpszichológiai tanulmányok. Debreceni Egyetemi Kiadó, 215-230.
30. Boncz, I.; Sebestyén, A.; Döbrössy, L.; Kovács, A.; Budai, A.; Székely, T. (2007): *A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon*. Orvosi Hetilap; 148 (46):2177–82.
31. Budai, É.; Lobanov, A. (2020): *Practical application of complex arts therapy methods to improve the psychological quality of life (of retired participants with chronic rheumatoid arthritis)*. International Scientific and Practical Journal on Art Therapy: 1 (2) pp 38-50.
32. Budai, É.; Uherezky, E.; Benedekfi, I.; Domján, A.; Lobanov, A. (2021): *A krónikus fájdalommal élők életminőségének javítása zeneterápiás eszközökkel*. NŐVÉR: 34 (1) pp 14-21 (2021)

33. Bray, S.R., Martin G., Hicks, A.L., Woodgate, J. (2008): *Effects of self-regulatory strength depletion on muscular performance and EMG activation*. *Psychophysiology*, 45, 337–343.
34. Brown, J. M.: *Self-regulation and the addictive behaviors*. In: Miller, W. R.; Heather, N. (Eds., 1998): *Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors*, 61–73.
35. Cameron, L. D.; Leventhal, H. (2003): *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*. Psychology Press, Routledge Press, London
36. Campos, D.; Cebolla, A.; Quero, S.; Botella, C.; Soler, J.; Demarzo, M.; Baños, R. M. (2015): *Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation–happiness relationship*. *Personality and Individual Differences*, 1-6.
37. Cantor, N. (1990): *From thought to behavior: “Having” and “doing” in the study of personality and cognition*. *American Psychologist*, 45, 735–750.
38. Carver, C.S.; Scheier, M. E. (1990): *Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view*. *Psychological Review*, 97, 19-35.
39. Chopik, W. J., O'Brien, E. (2017). *Happy you, healthy me? Having a happy partner is independently associated with better health in oneself*. *Health Psychology*, 36(1), 21–30
40. Czippán K., Drahos P., Gilly Gy., Koós T., Székely M. (2015): *Egészségfejlesztő Egyetem, alapelvek, célok, koncepciók*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
41. Cohn, A.; Villanti, A.; Richardson, A.; Rath, J. M.; Williams, V.; Stanton, C.; Mermelstein, R. (2015): *The association between alcohol, marijuana use, and new and emerging tobacco products in a young adult population*. *Addictive Behaviors* 48, 79–88.
42. Deinzer, R., Ebel, S., Blättermann, H.; Weik U.; Margraf-Stiksrud J. (2018): *Toothbrushing: to the best of one’s abilities is possibly not good enough*. *BMC Oral Health* 18, 167.
43. DeJoy, D. M.(1996): *Theoretical Models of Health Behaviour and Workplace Self-Protective Behaviour*. *Journal of Safety Research*, Vol. 27, No. 2, 61-72.
44. Demetrovics, Zs.; Rácz, J. (2008): *PARTIK, DROGOK, ÁRTALOMCSÖKKENTÉS Kvalitatív kutatások a parti-szcénában*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest
45. de Ridder, D.T.D.; de Wit, J.B.F. (2006, eds): *Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues in: Self-Regulation in Health Behavior*. England; John Wiley & Sons
46. Diedrich, A.; Grant, M.; Hofmann, S. G.; Hiller, W.; Berking, M. (2014): *Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 58, 43–51.
47. Diehl, M. E.; Hay, E. L.; Berg, K. M. (2011): *The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood*. *Aging and Mental Health*, 15 (7), 882–893.
48. Diener, E. (1984): *Subjective Well-being*. *Psychological Bulletin*, Vol.95, No.3, pp. 542-575.
49. Diener, E., Emmons, E.R., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985): *The Satisfaction With Life Scale*. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
50. Döbrössy L., Simon T. (2014): *Az emlők önvizsgálata vagy emlő-tudatosság? Az egészségnevelők új feladata*. *Egészségfejlesztés*, LV. évfolyam, 4. szám, 2-6.

51. Durayappah, A. (2011): *The 3P Model: A General Theory of Subjective Well-Being*. Journal Happiness Stud, 12, 681–716.
52. Erber, R.; Erber, M. W. (2000): *The self-regulation of moods: Second thoughts on the importance of happiness in everyday life*. Psychological Inquiry, 11(3), 142–148.
53. Erikson, E. H. (1950): *The growth and crises of the healthy personality*. In Senn, M. J. E. (Ed.), Symposium on the Healthy Personality, Supplement II; Problems of Infancy and Childhood, Transactions of Fourth Conference. New York, NY: Josiah Macy Jr. Foundation.
54. ELEF¹ https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#szrsekenvalrszvtel 2020. 05. 20.
55. ELEF²https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#egszsgvdelemegszsgtu_dattossz 2020. 04. 05.
56. ELEF³https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#egszsgvdelemegszsgtu_dattossz 2020. 04. 05.
57. Faragó I., Márton S., Túry F., Bagi I., Madléna M. (2009): *Táplálkozási, szájhygiénés, valamint fogorvoshoz járási szokások és a családi háttér bizonyos jellemzői rendészeti szakközépiskolások körében*. Fogorvosi szemle, 102/1, 13-20.
58. Ferrer, R.A.; Mendes, W. B. (2017): *Emotion, health decision making, and health behaviour*. Journal Psychology & Health, Volume 33, Issue 1: Special issue on emotion and health, 1-16.
59. Frech, A. M. (2009): *Healthy Behavior Trajectories between Adolescence and Emerging Adulthood. Dissertation*. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in the Graduate School of The Ohio State University https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=osu1241733569&disposition=inline 2015. 07. 30.
60. Fredrickson, B. L. (2001): *The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions*. American Psychologist, 56(3), 218–226.
61. Fredrickson, B. L. (2003): *The value of positive emotions*. American Scientist, 91. 330–335.
62. Fredrickson, B. L. (2004): *The broaden-and-build theory of positive emotions*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 29; 359 (1449): 1367–1378.
63. Fromm, E. (1981): *Primary and secondary process in waking and in altered states of consciousness*. Academic Psychological Bulletin, 3, 29–45.
64. Gailliot, M. T.; Baumeister, R.F. (2007): *The Physiology of Willpower: Linking Blood Glucose to Self-Control*. Personality and Social Psychology Review, 11(4):303-327.
65. Géczi L., Horváth Zs., Beczássy E., Kisbenedek L., Bak M., Bodrogi I. (2000): *A heredaganatok korai diagnózisa*. Magyar Onkológia 44. évfolyam 4. szám, 275-283.
66. Gedik, Z. (2019): *Self-compassion and health-promoting lifestyle behaviors in college students*. PSYCHOLOGY, HEALTH & MEDICINE. VOL. 24, NO. 1, 108–114.
67. Gera I., Györfi A. (2016): *A magyar lakosság orális egészségügyi ismeretei és szájhygiénás szokásai egy kérdőíves reprezentatív felmérés alapján*. Magyar Fogorvos 2016/2, 92-98.

68. Gilbert, P.; Procter, S. (2006): *Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
69. Glanz, K., Rimer, B., Lewis, F. M. (2002): *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (3rd ed.)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
70. Graham, L. J. (2015): *Integration of the Interaction Model of Client Health Behavior and Transactional Model of Stress and Coping as a Tool for Understanding Retention in HIV Care Across the Lifespan*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, Vol. 26, No. 2, 100-109.
71. Grant N, Wardle J, Steptoe A. (2009): *The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3):259-68.
72. Gross, J. J. (2002): *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
73. Gross, J. J. (1998a): *Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
74. Gross, J. J. (1998b): *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review*. *Review of General Psychology*, 1998, Vol 2, 3, 271-299.
75. Gross, J. J.; Barrett, L. F. (2011): *Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View*. *Emot Rev.* 3(1): 8–16.
76. Gould, R., M.D. (1978): *Transformation: Growth And Change In Adult Life*. Simon & Schuster, New York. In: *Adult life and career stages* http://peoplelearn.homestead.com/7192_chap02.pdf 2015. 03. 20.
77. Gyollai Á., Simor P., Köteles F., Demetrovics Zs. (2011): *A pozitív és negatív affektivitás skála (PANAS) eredeti és rövidített változatának pszichometriai jellemzői*. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13, 2, 73-79.
78. Hagger, M. S.; Wood, C.; Stiff, C.; Chatzisarantis, N. L. D. (2009): *The strength model of self-regulation failure and health-related behaviour*. *Health Psychology Review*, Vol. 3, 2, 208-238.
79. Hagger, M. S. (2010): *Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice*. *Health Psychology Review*, 4, (2), 57–65.
80. Hajduska M. (2010): *Krizislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
81. Hirt, E. R.; McCrea, S. M. (2000): *Beyond Hedonism: Broadening the Scope of Affect Regulation*. *Psychological inquiry* 11, 180-183.
82. Huron Perth Addiction and Mental Health Alliance (2012): *Substance Use Continuum and Harm Reduction collaborative service model*. Alexandra Marine and General Hospital, Canadian Mental Health Association Huron Perth, Canadian Mental Health Association Middlesex, Choices for Change, Huron Perth Healthcare Alliance, Phoenix Survivors Perth County <https://choicesforchange.ca/about-us/how-we-work/3944-2/> 2015. 03. 10.

83. Huszár, Á. *A társadalmi rétegződésről szóló kiegészítő felvétel.* in: Németh, Zs. (2016, szerk.): Mikrocenzus 2016. KSH, Budapest
84. Huta, V.; Ryan, R. M. (2010): *Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives.* Journal of Happiness Studies, 11(6), 735–762.
85. Hüse L. (2016): *A fiatalok rizikómagatartása Nyíregyházán.* Acta Medicina et Sociologica, Vol 7., 131-153.
86. Illés A. (2009): *Művészetterápia a közoktatásban: elméleti lehetőségek és etikai megfontolások.* Új Pedagógiai Szemle, 5-6. sz., 233-240.
87. Jankó D. (2018): *Személygépkocsikban halálosan megsérültek biztonsági öv használata, mint közlekedésbiztonsági teljesítménymutató.* Közlekedéstudományi Szemle, LXVIII. évf. 1. sz, 64-75.
88. Járomi, É.; Szilágyi, K.; Vitrai, J. (2015): *Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei köznevelési intézményekben.* Egészségfejlesztés, 5-6., 2-13. oldal.
89. Járomi, É.; Szűcs, E.; Vitrai, J. (2016): *Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése.* Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2. szám, 34-50.
90. Juhász, Á. (2007): *Az egyéni, és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés.* Doktori Disszertáció. ELTE Pedagógia és Pszichológia Kar, Budapest
91. Kahneman, D.; Diener, E.; Schwarz, N. (1999): *Well-being: The foundations of hedonic psychology.* New York: Russel Sage Foundation
92. Kasl, S.V.; Cobb S. (1966): *Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior.* Archives of Environmental Health, 12, 246-266.
93. Kelly, A. C.; Zuroff, D. C.; Foa, C. L.; Gilbert, P. (2010): *Who Benefits From Training In Self-Compassionate Self-Regulation? A Study Of Smoking Reduction.* Journal Of Social And Clinical Psychology, Vol. 29, No. 7, 727-755.
94. Keyes, C. L. M. (2002): *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life.* Journal of Health and Social Behavior 43(2):207-22.
95. Keyes, C. L. M. (2005): *Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 539-548.
96. KSH¹ https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/szuletesek_termekenyseg/index.html 2021. 04. 10
97. KSH² https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/ijfusag_munkaero_piac.pdf 2021. 04. 10.
98. KSH (2015): 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés. Statisztikai Tükör, 29, 1-9. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> 2015. 03. 16.
99. KSH (2018): *A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei.* Összefoglaló adatok. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf 2018.05.10.
100. Koole, S. L.: *The Self-Regulation of Emotion* In: Vohs, K. D., Baumeister, R. F. (Eds., 2009a): Handbook of Self-Regulation, Volume 2. New York: Guilford Press https://www.academia.edu/843467/The_Self-Regulation_of_Emotion 2015.08.20.

101. Koole, S. L.: *Does emotion regulation help or hurt self-regulation?* In: Forgas, J. P.; Baumeister, R. F.; Tice, D. M. (Eds., 2009b): *The Sydney symposium of social psychology: Vol. 11. Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes*, Psychology Press, 217–231.
102. Koole, S. L.; Kuhl, J.: *Dealing with Unwanted Feelings. The role of affect regulation in volitional action control.* 295- 307. In: Shah, J. Y., Gardner, W. L. (eds., 2008): *Handbook of Motivation Science*. Guilford Press
103. Konkoly-Thege, B.: *A szalutogenikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben.* In: Kopp (2008, szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Semmelweis Kiadó, pp.59-65
104. Kovács K.: *Egyetemisták és káros szenvedélyek. Rizikó- és védőfaktorok a debreceni egyetemisták egészségmagatartásában* in: Dusa Á., Kovács K., Márkus Zs., (szerk., 2012): *Egyetemi élethelyzetek. Ifjúságszociológiai tanulmányok II.* Debreceni Egyetemi Kiadó, 145-178.
105. Kovács, K. (2018): *Magyarországi és határon túli hallgatók egészségrizikó-magatartását befolyásoló tényezők.* MAGYAR PEDAGÓGIA, 118 (1).
106. Kopp M.; Martos T. (2011): *A társadalmi összjólét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban I. Életminőség, gazdasági fejlődés és a nemzeti összjóléti index.* *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 12, 3, 241-259.
107. Kopp, M.; Skrabski, Á. (2009): *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után.* *Távlatok*, 19(4), 32-53.
108. Kuhl, J. (2000): *A functional-design approach to motivation and self-regulation: The dynamics of personality systems interactions.* In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds), *Handbook of Self-regulation* (pp. 111–169). San Diego, CA: Academic Press.
109. Kuhl, J.; Koole, S. L.: *Workings of the Will: A Functional Approach.* In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. Pyszczynski (Eds. 2004): *Handbook of Experimental Existential Psychology*, Guilford Press, 411–430.
110. Langeland, E., Vinje, H. F.: *The significance of salutogenesis and well-being in mental health promotion: From theory to practice.* In: C. Keyes (Ed. 2013): *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health*, 299–329.
111. Lau, J. S.; Adams, S. H.; Irwin, C. E.; Ozer, E. M. (2013): *Receipt of Preventive Health Services in Young Adults.* *Journal of Adolescent Health* 52, 42–49.
112. Lisznyai, S.: *Készülődő felnőtség. Kutatás a fiatalok mentálhigiéné állapotára témakörében* 9-24.o. In: Puskás-Vajda Zsuzsa, Lisznyai Sándor (2010, szerk.): *Életszakaszok határán. Közösségi és egyéni tanulási feladatok.* FETA Könyvek 5. Budapest
113. Maczali, K. (2018): *A mentális egészség újradefiniálásának irányába – cikkismertetés.* *Egészségfejlesztés*, LIX. évfolyam, 1. szám, 61-62. *Toward a new definition of mental health - paper review.* Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, et al *World Psychiatry*. 2015 Jun; 14(2): 231–233.
114. Martos, T.; Sallay, V.; Désfalvi, J.; Szabó, T.; Ittész, A. (2014): *Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői.* *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 15, 3, 289-303.

115. Máder, M. P. (2009): *A szülőktől való elszakadási dimenziók mentén létrejött alcsoportok*. Új Ifjúsági Szemle, 109-114.
116. McMahan, E. A., Renken, M. D. (2011): *Eudaimonic Conceptions of Well-being, Meaning in Life, and Self-Reported Well-Being: Initial Test of a Mediational Model*. Personality and Individual Differences, 51 (5), 589-594.
117. McDonagh, L.K., Saunders, J.M., Cassell, J. (2018): *Application of the COM-B model to barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice for young people and primary care practitioners: a systematic review*. Implementation Sci 13, 130 <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0821-y>
118. Michie, S., van Stralen, M.M., West, R. (2011): *The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions*. Implementation Sci 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
119. Mogyorósy-Révész, Zs. (2019): *Érzelmi regulációs változások krízisben és traumában – a helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadás során alkalmazható módszerek és gyakorlatok*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 20, 3, 267–298.
120. Mogyorósy-Révész, Zs. (2021): *Érzelemszabályozás a gyakorlatban*. Kulcslyuk Kiadó
121. Móczár, Cs.; Ambrózay, É.; Lehoczky, Ny. (2017): *Mit tehet a háziorvos a mammográfiás szűréseken való részvétel javításáért? A prevenció nővér szerepe*. Orvosi Hetilap, 158(8), 311–315.
122. Murray, D. W.; Rosanbalm, K.; Christopoulos, C.; Hamoudi, A. (2015): *Self-Regulation and Toxic Stress Report 1: Foundations for Understanding Self-Regulation from an Applied Perspective*. Center for Child and Family Policy, Duke University https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/report_1_foundations_paper_final_012715_submitted_508_0.pdf 2021. 06. 02.
123. Muraven, M., Baumeister, R.F. (2000): *Self Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble a Muscle?* Psychological Bulletin, 126, 2, 247–259.
124. Neff, K. D. (2003a): *Development and validation of a scale to measure self-compassion*. Self and Identity, 2, 223-250.
125. Neff, K. D. (2003b): *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. Self and Identity, 2, 85-102.
126. Neff, K. D. (2004). *Self-compassion and psychological well-being*. Constructivism in the Human Sciences, 9, 27-37.
127. Neff, K. D. (2009): *The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself*. Human Development, 52, 211-214.
128. Neff, K. D.; Costigan, A. P. (2014): *Self-Compassion, Wellbeing, and Happiness*. Psychologie in Österreich 2/3, 114-119.
129. Neff, K. D., Hseih, Y., Dejithirat, K. (2005): *Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure*. Self and Identity, 4, 263-287.

130. Neff, K. D.; McGeehee, P. (2010): *Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults*. *Self and Identity*, 9, 225-240.
131. Neff, K. D., Rude, S. S., Kirkpatrick, K. (2007a): *An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits*. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
132. Neff, K. D., Rude, S. S., Kirkpatrick, K. (2007b): *Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning*. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
133. Neff, K. D.; Vonk, R. (2009): *Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself*. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
134. Neinstein, L. S. (2013): *The new adolescents: an analysis of health conditions, behaviours, risks, and access to services among emerging young adults*. Los Angeles: University of Southern California; 2013.
135. Neinstein, L., S.; Irwin, C. E. (2013): *Young Adults Remain Worse Off Than Adolescents*. *Journal of Adolescent Health* 53. 559-561
136. NIHCM foundation (2006): *Young people's health care: a national imperative*. Issue Paper, Washington <https://www.nihcm.org/pdf/YoungPeoplesHCFINAL.pdf> 2015. 05. 02.
137. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky, S. (2008): *Rethinking rumination*. *Perspectives on Psychological Science*, 3,400-424.
138. Nordfjærn, T.; Bretteville-Jensen, A.L.; Edland-Gryt, M.; Gripenberg J. (2016): *Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions?* *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 44 issue: 7, 638-645.
139. University of Utah Department of Health (2006): *Risk Continuum*. Genetic Learning Science Center <http://teach.genetics.utah.edu/content/familyhistory/RiskActivity.pdf> 2015. 03. 10.
140. Urbán, R. (2001): *Útban a magatartásszemponú egészségpszichológia felé: Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése*. *Magyar Pszichológiai Szemle*, LVI. 4. 593-622.
141. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Magyarország: *Egészségügyi országprofil 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf 2020. 04. 05.
142. Oláh, A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Trefort Kiadó
143. Park, N.; Peterson, C.; Seligman, M. (2004): *Strengths of Character and Well-Being*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 23, No. 5, 603-619.
144. Peil, K. T. (2014): *Emotion: the Self-regulatory Sense*. *Global Advances in Health and Medicine*. Vol. 3, 2, 80-108.
145. Peterson, C., Park, N., Seligman, M. E. P. (2005): *Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life*. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.
146. Petosa, R. L.; Holtz, B. (2013): *Flow for Exercise Adherence: Testing an Intrinsic Model of Health Behavior*. *American Journal of Health Education*, 44, 273–277.

147. Petrovszki I., Csányi I., Szűcs M., Ócsai H., Houshmand N., Kemény L., Oláh J., Baltás E. (2016): *A melanoma malignum korai felismerését befolyásoló tényezők*. Orv. Hetilap, 157(51), 2028–2033.
148. Phillips, W. J., Hine, D. W. (2019): *Self-Compassion, Physical Health, and Health Behaviour: A Meta-Analysis*. Health Psychology Review 15(4):1-109.
149. Pikó, B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest
150. Pikó, B. (2004): *A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban?* Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 5: 289-299.
151. Pikó, B. (szerk., 2007): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
152. Redding, C. A.; Rossi, J. S.; Rossi, S. R.; Velicer, W. F.; Prochaska, J. O.(2000): *Health Behavior Models*. The International Electronic Journal of Health Education; 3 (Special Issue): 180-193.
153. Rizqi, T. R.; Thearmontree A. (2020): *Relationship between health literacy and toothbrushing practice among young adults*. Journal of International Oral Health, Volume 12, Issue 7, 41-46.
154. Russel, J.A.; Mehrabian, A. (1977): *Evidence for a Three-Factor Theory of Emotions*. Journal of Research in Personality 11(3):273-294.
155. Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2001): *On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being*. Annu. Rev. Psychol. 52, 141–166.
156. Ryff C. D. (1989): *"Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being"*. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.
157. Ryff, C. D. (2014): *Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia*. Psychotherapy and Psychosomatics, 83:10–28.
158. Ryff, C. D. (2017): *Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions*. Int Rev Econ, 64:159–178
159. Ryff, C. D.; Keyes, C., Lee M.(1995): *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 69., No. 4, 719-727.
160. Salovey, P., Mayer, J. D. (1990): *Emotional intelligence*. Imagination, Cognition and Personality, 9(3), 185–211.
161. Sági, A.; Köteles, F.; V. Komlósi, A. (2013): *Az Önmagunk iránt érzett együttérzés (önegyüttérzés) skála magyarváltozatának pszichometriai jellemzői*. Pszichológia, 33, 4, 293-312.
162. Seligman, M. E. P.; Csikszentmihalyi, M. (2000): *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55: 5-14.
163. Sirois, F. M. (2015): *A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults*. Preventive Medicine Reports Vol. 2, 218-222.
164. Smeets, E.; Neff, K.; Alberts, H.; Peters, M. (2014): *Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students*. Journal of Clinical Psychology, 70(9), 794-807.

165. Susánszky, É.: *Ifjúság és egészség = Egészséges ifjúság?* in: Bauer B, Szabó A, (szerk., 2011): ARCTALAN? NEMZEDÉK. Ifjúság 2000–2010. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 143-158.
166. 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. 3. sz. 247–255.
167. Stanton R.; Reaburn P. (2014): *Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables.* Journal of Science and Medicine in Sport, Vol. 17, 2, 177-182.
168. Schwarzer R. (1992): *Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model.* in Schwarzer R., Self-efficacy: thought control of action, Washington, DC, Hemisphere Publishing Corporation, 217-243.
169. Szabó, L. (2015): *Terjed a gyermektelenség Magyarországon. A fővárosi nők egyötöde gyermek nélkül éli le életét.* Korfa – KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 1. szám <http://www.demografia.hu/kiadvanyokononline/index.php/korfa/issue/view/341> 2016. 05. 03.
170. Szakály, Z. (2016): *Egészségmagatartás, viselkedésváltozás és személyre szabott táplálkozás: az élethosszig tartó egészség koncepciója* in: Fehér András, Kiss Virág Ágnes, Dr. Soós Mihály, Dr. Szakály Zoltán (szerk.): Egyesület a marketing oktatásért és kutatásért (EMOK) XXII. országos konferencia. Hitelesség és értékorientáció a marketingben. Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, 5-25.
171. Szakály, Z.; Szente, V.; Szigeti, O. (2013): *Élelmiszer, táplálkozás és egészség.* Országos reprezentatív kérdőíves megkérdezés, Kaposvári Egyetem
172. Székely, L. (2013, szerk.): *Magyar Ifjúság 2012 Tanulmánykötet.* Kutatópont
173. Székely, A.; Susánszky, É.; Ádám, Sz.: *Fiatalok kockázati magatartása.* in: Székely Levente (szerk, 2013.): Magyar Ifjúság 2012. Budapest, Kutatópont.
174. Székely, L.; Szabó, A. (2016, szerk.): *Magyar Ifjúság Kutatás 2016.* Új Nemzedék Központ
175. Szigeti, F. (2016): *Az életminőség mérési rendszerei.* Educatio 2016/1., 130–139.
176. Szilárd, Zs. (2020): *Innovatív példa a hallgatók egészségformálására a Semmelweis Egyetem Pető András Karon.* Egészségfejlesztés, LXI. Évfolyam, 2. szám, 54-62.
177. Szondy, M; Martos, T. (2014): *A boldogság három arca: a Boldogság Orientáció Skála magyar változatának validálása.* Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 15, 3, 229-243.
178. Terry, M. L.; Leary, M. R.: *Self-compassion, self-regulation, and health.* Self and Identity, 2011, 10 (3), 352–362.
179. Testa M. A, Simonson D. C. (1996): *Assessment of quality-of-life outcomes.* N Engl J Med, 334:835-840.
180. Tice, D. M., Bratslavsky, E., Baumeister, R. F. (2001): *Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!* Journal of Personality and Social Psychology, 80 (1), 53–67.
181. Thompson, E.R. (2007): *Development and validation of an internationally reliable short-form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS).* Journal of Cross-Cultural Psychology, 38: 227-242.

182. Tózsér, A. (2019): *A magyar társadalom mentális egészségi állapotának bemutatása*. Polgári Szemle, 15. évf. 4–6. szám, 370–382., DOI: 10.24307/psz.2019.1224
183. Travis, J.; Ryan, R. (2004): *Wellness Workbook: How to Achieve Enduring Health and Vitality*. Celestial Arts, Berkeley
184. Vajda, R. (2018): *A védőnői méhnyakszűrési pilot program értékelése és a méhnyakrákból eredő betegségteher vizsgálata* Doktori (Ph.D.) értekezés. PTE Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs
185. Varsányi, P.; Vitrai, J. (szerk, 2017): *Egészségjelentés 2016*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest
186. Vaskovics, L. (2000): *A posztadoleszcencia szociológia elmélete*. Szociológiai Szemle, 4. <http://www.szociologia.hu/dynamic/0004vaskovics.htm> 2015. 07. 23
187. Van Cappellen, P., Rice, E. L., Catalino, L. I., Fredrickson, B. L. (2017): *Positive affective processes underlie positive health behaviour change*. Psychology & Health, 33, 1–21.
188. Vida, K.: A kezdődő felnőttkor és a kapunyitási pánik. in: Puskás-Vajda Zs. és Lisznyai S. (2011, szerk.): *Iffúságkutatás és tanácsadás*. A pszichológiai tanácsadás tudományos alapjai. FETA Könyvek 6. Budapest, 9-28.
189. Waterman, A.S. (1993): *Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment*. Journal of Personality and Social Psychology, 64, 678-691.
190. Waterman, A. S. (2005): *When effort is enjoyed: Two studies of intrinsic motivation for personally salient activities*. Motivation and Emotion, 29, 165-188.
191. Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988): *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales*. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1063-1070.
192. Werle, C. (2011): *The Determinants of Preventive Health Behavior: Literature Review and Research Perspectives*. Working paper serie RMT (WPS 11-15) 14 p. <http://hal.grenoble-em.com/hal-00638266/document> 2015. 05. 29.
193. West, R., Michie, S. (2020): *A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation*. Qeios. doi:10.32388/WW04E6.2.
194. Westerhof, G. J.; Keyes, C.L.M. (2010): *Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan*. Journal Adult Dev.,17(2): 110–119.
195. World Health Organization (2004): *Promoting Mental Health* https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf 2015. 06. 12.
196. Wickrama, T.; Wickrama, K.A.S.; Baltimore, D. L. (2010): *Adolescent precocious development and young adult health outcomes*. Advances in Life Course Research, Volume 15, Issue 4, 121–131.
197. Wipfler, P.; Schore, T. (2021). *Hallgasd meg! Öt egyszerű eszköz a gyereknevelés mindennapos kihívásaihoz*. HVG Könyvek, Budapest
198. Zadworna-Cieślak, M. (2018): *Health as a source of happiness and health-related behaviour of young people*. Health Problems of Civilization, 12(3): 188-195.

Internetes források:

1. Családvédelmi Akcióterv:
<https://csalad.hu/tamogatasok/indul-a-kozos-elet-milyen-allami-segitseget-kaphat-egy-fiatal-hazaspar>
2021. 01. 03.
2. Házasság Hete <https://hazassaghete.hu/> 2021. 01. 03.
3. Ifjúsági Garancia Program: <http://ifjusagigarancia.gov.hu/ifjusagi-garancia-program> 2021. 01. 03.
4. Kapcsolódó Nevelés Egyesület <https://kapcsolodoneveles.hu/tanfolyamok/> 2021. 06. 02.
5. Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2016 – 2020
<https://docplayer.hu/867723-Nemzeti-lelki-egeszseg-strategia.html> 2021. 01. 04.
6. Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés
<http://www.egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban/a-teljeskoru-intezmenyi-iskolai-egeszsegfejlesztes-tie-rovid-osszefoglalasa.html> 2021. 01. 03.

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott

név: **Lobanov-Budai Éva**

születési név: Budai Éva

anyja neve: Kiss Margit Terézia

születési hely, idő: Szeged, 1986. 03. 27.

A KEZDŐDŐ FELNŐTTKORÚ FIATALOK EGÉSZSÉGTUDATOS MAGATARTÁSÁNAK VIZSGÁLATA POZITÍV PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSBEN

**A jóllét, a pozitív-negatív érzelmek megfelelő aránya és az
önegyüttérzés mint az egészségvédő magatartás erőforrásai**

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom
a Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola
Egészségtudomány határterületei Programjához.

Témavezető: Dr. habil. Lampek Kinga

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be,
az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis
vagy hamisított adatokat nem használtam.

Pécs, 2022. 02. 28.


Dr. Lampek Kinga


.....

doktorjelölt aláírása

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönöm a témavezetőmnek, Dr. habil. Lampek Kingának, hogy mindig pozitívan és támogatóan állt mellettem, miközben a dolgozat formálódott. Az általa teremtett pozitív érzelmi légkör biztosította számomra, hogy a lehető legproduktívabb munkát végezhessem.

Hálás köszönetem Nagy Lajosnak a professzionális statisztikai munkájáért.

Szeretném kifejezni köszönetemet V. Komlósi Annamária Professzor Asszonynak és Oláh Attila Professzor Úrnak, hogy készségesen adtak iránymutatást az elméleti és módszertani kérdésekben.

Köszönet illeti az SZTE ETSZK dékánjait, valamint az Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport vezetőit, Bársonyné Kis Klárát és Tóth Renátát a támogatásukért.

Jó érzés volt, hogy munkám során mindig számíthattam a kollégáimra. Külön kiemelném Dr. Németh Anikót, akihez bármikor bármilyen kérdéssel fordulhattam.

Hálával tartozom a családomnak, mert rájuk erőforrásként végig támaszkodhattam a dolgozat írása alatt. Különösen sokat jelentett számomra, hogy a férjem, Lobanov Artyom mindenben támogatott.

MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. sz. melléklet: Kérdőív

Kedves Válaszadó!

Amennyiben Ön 18 és 29 év közötti fiatal, az alábbi kérdőív kitöltésével a segítségét szeretném kérni a doktori kutatásom elkészítéséhez.

A kutatásom célja felmérni, hogy bizonyos pszichés tényezők, mint például az élethez és a saját magunkhoz való viszony hogyan befolyásolják az egészség, az egészségmagatartás alakulását a fiatal felnőttek körében.

Nincs helytelen válasz, ezért kérem, hogy a kérdésekre őszintén feleljen!

A kérdőív kitöltésének várható ideje kb. 20-25 perc.

A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim, a kapott válaszokat bizalmasan fogom kezelni. A kitöltéssel egyúttal hozzájárulását adja az adatok feldolgozásához.

Kérdés esetén az alábbi e-mail címen kereshet: budai@etszk.u-szeged.hu

Nagyon köszönöm, hogy a kérdőív kitöltésével segíti a munkámat!

Lobanov-Budai Éva tanársegéd

SZTE ETSZK Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Kitöltési útmutató:

Minden olyan kérdésnél, ahol nincs más utasítás, az adott kérdéshez tartozó válaszát a válaszhoz tartozó szám bekarikázásával jelölje!

I. Az első kérdéskör az általános, szociodemográfiai tényezőkre irányul.

1. **Neme:** 1- férfi 2- nő
2. **Életkora:** év
3. **Legmagasabb iskolai végzettsége:**
1- alapfok 2- középfok érettségi nélkül 3- középfok érettséggel 4- felsőfok
4. **Mi az Ön jelenlegi FŐ tevékenysége illetve státusza? (1 válasz lehetséges!)**
1- tanuló/hallgató 2- munkavállaló 3- vállalkozó 4- munkanélküli
5- TGYÁS-on/GYES-en/GYED-en lévő 6- segélyezett/járadékból élő
5. **Jellemző a családi Mi állapotára?**
1- egyedülálló 2- együttjárás 3- élettársi kapcsolat
4- házastársi kapcsolat 5- elvált 6- egyéb, mégpedig:
6. **Melyik megyében található az a település, ahol az év legnagyobb részében életvitelszerűen él?**
1- Baranya 2- Bács-Kiskun 3- Békés 4- Borsod-Abaúj-Zemplén 5- Csongrád
6- Fejér 7- Győr-Moson-Sopron 8- Hajdú-Bihar 9- Heves 10- Jász-Nagykun-Szolnok
11- Komárom-Esztergom 12- Nógrád 13- Pest 14- Somogy 15- Szabolcs-Szatmár-Bereg
16- Tolna 17- Vas 18- Veszprém 19- Zala 20- KÜLFÖLD
7. **Milyen településformába tartozik az a hely, ahol az év legnagyobb részében életvitelszerűen él?**
1- főváros 2- nagyváros (*min. 100.000 lakos*) 3- város (*50.000-100.000 lakos*)
4- kisváros (*10.000-50.000 lakos*) 5- nagyközség (*2000-10.000 lakos*)
6- község (*500-2000 lakos*) 7- kisközség (*500 lakosnál kevesebb*)
8. **Az év legnagyobb részében, életvitelszerűen kinél, hol lakik Ön?**
1- szülőknél 2- házastárs/élettárs szüleinél 3- saját/élettárs lakásában, házában
4- teljes lakást bérelek 5- albérletben többiekkel 6- kollégiumban 7- rokonoknál
8- egyéb:
9. **Mennyi átlagosan az Ön egy főre jutó havi nettó (kézhez kapott) jövedelme (pl. ösztöndíj, munkabér, szociális támogatás, szülőktől kapott pénz, stb.) ?**
..... Ft
10. **Hogyan változott az anyagi helyzete az elmúlt két évben?**
1- jelentősen romlott 2- enyhén romlott 3- nem változott 4- enyhén javult
5- jelentősen javult
11. **Összességében, jelenleg mennyire elégedett vagy elégedetlen anyagi helyzetével?**
1- nagyon elégedetlen 2- kissé elégedetlen 3- elégedett is, meg nem is
4- meglehetősen elégedett 5- nagyon elégedett
12. **Mindent egybevetve, jelenleg mennyire elégedett vagy elégedetlen élete alakulásával?**
1- nagyon elégedetlen 2- kissé elégedetlen 3- elégedett is, meg nem is
4- meglehetősen elégedett 5- nagyon elégedett

II. A következő kérdéskör az élethez és saját magához való viszonyára kérdez rá.

(WHO Jól-lét kérdőív – WBI-5)

- 1. Kérem, karikázza be azt a válaszlehetőséget, mely legjobban leírja, hogyan érezte magát az elmúlt két hét során.**

<i>Az elmúlt két hét során érezte-e magát ...</i>		egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1.	...vidámnak és jókedvűnek?	0	1	2	3
2.	...nyugodtnak és ellazultnak?	0	1	2	3
3.	... aktívnak és élénknek?	0	1	2	3
4.	...ébredéskor frissnek és élénknek?	0	1	2	3
5.	A napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal?	0	1	2	3

- 2. Az alábbiakban öt állítást talál, melyekkel kapcsolatban a véleményét kérdezem. Arra kérem, minden állítás esetében jelölje bekarikázással, hogy milyen mértékben ért vele egyet.**

(Élettel való Elégedettség – SWLS-H)

egyáltalán nem értek egyet

teljes mértékben egyetértek

1 2 3 4 5 6 7

1.	Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Az életkörülményeim kitűnőek.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Elégedett vagyok az életemmel.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Eddig minden fontosat megkaptam az életben, amit csak akartam.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék.	1	2	3	4	5	6	7

3. Kérem, jelölje be, hogy milyen mértékben ért vagy nem ért egyet az alábbi állítások vonatkozásában!

(Pszichológiai Jólét Kérdőív - PWB)

		egyáltalán nem értek egyet	többnyire nem értek egyet	inkább nem értek egyet	kicsit egyetértek	nagyjából egyetértek	erősen egyetértek
1.	Személyiségem legtöbb oldalát szeretem.	1	2	3	4	5	6
2.	Amikor megvizsgálom életem történetét, elégedett vagyok azzal, ahogy a dolgok eddig alakultak.	1	2	3	4	5	6
3.	Néhány ember céltalanul vándorol egész életében, de én nem tartozom közéjük.	1	2	3	4	5	6
4.	Gyakran lehangolnak az élet mindennapi követelményei.	1	2	3	4	5	6
5.	Bizonyos tekintetben kiábrándultnak érzem magam az életben nyújtott teljesítményem miatt.	1	2	3	4	5	6
6.	Nehézséget és többnyire csalódással teli élményeket hoz számomra a szoros kapcsolatok fenntartása.	1	2	3	4	5	6
7.	Napról napra élem az életem és nem igazán gondolok a jövőre.	1	2	3	4	5	6
8.	Általában úgy érzem, hogy felelős vagyok azért a helyzetért, amelyben élek.	1	2	3	4	5	6
9.	Jól tudom kezelni a mindennapokban rám háruló kötelezettségeket.	1	2	3	4	5	6
10.	Néha úgy érzem, mintha már megtettem volna mindent, ami az életben megtehető.	1	2	3	4	5	6
11.	Az élet számomra a tanulás, a változás és a fejlődés szakadatlan folyamata.	1	2	3	4	5	6
12.	Úgy gondolom, hogy fontos olyan új élményeket és tapasztalatokat szerezni, amelyek kihívásokat jelentenek önmagunk és a világunk újragondolására.	1	2	3	4	5	6
13.	Az emberek valószínűleg úgy jellemeznének engem, mint egy adakozó személyt, aki hajlandó időt szentelni másokra.	1	2	3	4	5	6
14.	Régen feladtam a próbálkozást arra, hogy valami nagy javulást, vagy változást hozzak létre az életemben.	1	2	3	4	5	6
15.	Hajlamos vagyok arra, hogy elfogadjam a határozott véleményt képviselő emberek álláspontját.	1	2	3	4	5	6
16.	Nem valami sok melegséget és bizalmat tapasztalok a másokkal való kapcsolataimban.	1	2	3	4	5	6
17.	Bízom a saját véleményemben még akkor is, ha az gyökeresen eltér mások álláspontjától.	1	2	3	4	5	6
18.	Azon értékek alapján ítélem meg magam, amelyeket én fontosnak tartok, és nem pedig azok alapján, amiket mások tartanak fontosnak.	1	2	3	4	5	6

4. Kérem, hogy az alábbiakban olvasható állításokról adja meg, hogy azok mennyire illenek az Ön jelenlegi életére!

(Boldogság Orientáció Skála – OTH-H)

		egyáltalán nem illik rám	egy kicsit illik rám	valamennyire illik rám	nagyrészt illik rám	teljesen illik rám
1.	Az idő gyorsan telik, függetlenül attól, hogy mit csinállok éppen.	1	2	3	4	5
2.	Az életem egy magasabb célt szolgál.	1	2	3	4	5
3.	Az élet túl rövid ahhoz, hogy halogassuk azokat az örömöket, amiket kínál számunkra.	1	2	3	4	5
4.	Keresem az olyan kihívásokat, ahol próbára tehetem a képességeimet.	1	2	3	4	5
5.	Amikor eldöntöm, hogy mit tegyek, mindig figyelembe veszem mások érdekeit.	1	2	3	4	5
6.	Függetlenül attól, hogy dolgozom vagy játszom, általában elmerülök a dologban és teljesen elfeledkezem önmagamról.	1	2	3	4	5
7.	Mindig teljesen magával ragad az, amit épp csinállok.	1	2	3	4	5
8.	Mindent megteszek azért, hogy feldobott legyek.	1	2	3	4	5
9.	Amikor eldöntöm, hogy mit tegyek, mindig figyelembe veszem, hogy bele tudok-e feledkezni a tevékenységbe.	1	2	3	4	5
10.	Ritkán terelik el a figyelmemet a körülöttem folyó dolgok.	1	2	3	4	5
11.	Felelősséget érzek a világ jobbá tételéért.	1	2	3	4	5
12.	Az életemnek maradandó értelme van.	1	2	3	4	5
13.	Amikor eldöntöm, hogy mit tegyek, mindig figyelembe veszem, hogy az kellemes lesz-e számomra.	1	2	3	4	5
14.	A társadalom szempontjából fontos, hogy mit teszek.	1	2	3	4	5
15.	Egyetértek azzal az állítással, hogy: „Az élet rövid — kezdjük a desszerttel!”	1	2	3	4	5
16.	Szeretek olyan tevékenységeket végezni, amelyek izgatják az érzéseimet.	1	2	3	4	5
17.	Sokat gondolkodom azon, hogy mi az életem jelentése és hogyan illek bele a „nagy egészbe”.	1	2	3	4	5
18.	Számomra az élvezetekkel teli élet a „jó élet”.	1	2	3	4	5

5. Az alábbiakban felsorolt szavak érzéseket, állapotokat írnak le. Kérem, karikázza be azt a számot, ami leginkább kifejezi, hogy az elmúlt 3 hónapban hogyan érezte magát!

(Pozitív és Negatív Affektivitás Skála - PANAS-H)

		egyáltalán nem, vagy alig	kicsit	mérsékelten	eléggé	nagyon
1.	érdeklődő	1	2	3	4	5
2.	kiborult, magamon kívül voltam	1	2	3	4	5
3.	izgatott, feldobott	1	2	3	4	5
4.	zaklatott, feldúlt	1	2	3	4	5
5.	erős	1	2	3	4	5
6.	bűntudatom volt	1	2	3	4	5
7.	rémült	1	2	3	4	5
8.	ellenséges	1	2	3	4	5
9.	lelkes	1	2	3	4	5
10.	büszke	1	2	3	4	5
11.	ingerlékeny	1	2	3	4	5
12.	éber	1	2	3	4	5
13.	megszégyenült	1	2	3	4	5
14.	elhivatott	1	2	3	4	5
15.	ideges	1	2	3	4	5
16.	elszánt, határozott	1	2	3	4	5
17.	figyelmes	1	2	3	4	5
18.	feszült	1	2	3	4	5
19.	aktív, élénk	1	2	3	4	5
20.	félénk	1	2	3	4	5

6. Kérem, gondosan olvassa el az egyes állításokat, mielőtt válaszolna! Jelölje be az alábbi skála szerint, hogy milyen gyakran viselkedik úgy egy adott helyzetben:

(Önegyüttértés - SCS-H)

szinte soha

majdnem mindig

1 2 3 4 5

1.	Rosszallom és elítélem a hiányosságaimat és tökéletlenségeimet.	1	2	3	4	5
2.	Amikor le vagyok törve, minden rossz dolog kényszeresen fogva tart.	1	2	3	4	5
3.	Amikor a dolgom rosszul alakulnak, a nehézségeket az élet velejáróinak tekintem, amelyeken mindenki keresztülmegy.	1	2	3	4	5
4.	Amikor a hibáimra gondolok, úgy érzem, még inkább el vagyok vágva a világtól.	1	2	3	4	5
5.	Amikor lelki fájdalmat élek át, igyekszem szeretetteljes lenni magamhoz.	1	2	3	4	5
6.	Amikor nem sikerül valami számomra fontos dolog, felemésztenek a tökéletlenségemmel kapcsolatos érzések.	1	2	3	4	5
7.	Amikor „padlón vagyok”, arra gondolok, hogy sok olyan ember van a világon, aki hasonlóan érzi magát.	1	2	3	4	5
8.	Az igazán nehéz időkben kemény, szigorú szoktam lenni magamhoz.	1	2	3	4	5
9.	Amikor valami felbosszant, igyekszem megőrizni az érzelmi egyensúlyomat.	1	2	3	4	5
10.	Amikor valamilyen vonatkozásban alkalmatlannak érzem magam, igyekszem emlékeztetni magam arra, hogy a tökéletlenség érzése a legtöbb embernek ismerős.	1	2	3	4	5
11.	Intoleráns és türelmetlen vagyok azokkal a tulajdonságaimmal szemben, amelyeket nem kedvelek.	1	2	3	4	5
12.	Amikor nagyon nehéz időszakot élek át, megadom magamnak azt a kényeztetést és figyelmet, amire szükségem van.	1	2	3	4	5
13.	Amikor lehangolt vagyok, hajlamos vagyok arra gondolni, hogy az emberek többsége valószínűleg boldogabb, mint én.	1	2	3	4	5
14.	Amikor valami fájdalmas történik, igyekszem több oldalról megítélni a helyzetet.	1	2	3	4	5
15.	Igyekszem úgy tekinteni a gyarlóságaimat, mint amelyek az emberi természet velejárói.	1	2	3	4	5
16.	Amikor személyiségem nem kedvelt vonásait látom, bírálom magam.	1	2	3	4	5
17.	Amikor valami számomra fontos dologban kudarcot vallok, megpróbálok a dologgal kapcsolatban tárgyilagos maradni.	1	2	3	4	5
18.	Amikor keményen kell küzdenem, hajlamos vagyok azt hinni, hogy másoknak ugyanez bizonyára könnyebben megy.	1	2	3	4	5
19.	Kedves vagyok magamhoz, ha szenvedek valami miatt.	1	2	3	4	5
20.	Amikor valami felbosszant, elragadnak az érzéseim.	1	2	3	4	5
21.	Egy kicsit keményszívű tudok lenni magammal, amikor szenvedek.	1	2	3	4	5
22.	Amikor le vagyok törve, igyekszem kíváncsian és nyitottan fürkészni az érzéseimet.	1	2	3	4	5
23.	Toleráns vagyok a hiányosságaimmal és tökéletlenségeimmel szemben.	1	2	3	4	5
24.	Amikor valami fájdalmas történik, hajlamos vagyok azt eltúlozni.	1	2	3	4	5
25.	Amikor kudarcot vallok valamiben, ami fontos nekem, hajlamos vagyok arra, hogy kudarcomban egyedül érezzem magam.	1	2	3	4	5
26.	Próbálok megértő és türelmes lenni azokkal a tulajdonságaimmal szemben, amelyeket nem kedvelek önmagamban.	1	2	3	4	5

III. A következő kérdéskör az egészségére, egészségmagatartására kérdez rá.

1. Milyennek ítéli az egészségét általában?

1- nagyon rossz 2- rossz 3- kielégítő 4- jó 5- nagyon jó

2. Milyen szűrővizsgálatokon vett részt az elmúlt 12 hónapban? (Több válasz is lehetséges.)

1- nem vettem részt egyen sem 2- fogászati 3- belgyógyászati 4- nőgyógyászati
5- bőrgyógyászati 6- szemészeti 7- tüdőszűrés 8- nemi betegségek szűrése
9- ortopédiai 10- HIV (AIDS) szűrés 11- egyéb, mégpedig:

3. Amennyiben Ön hölgy, mikor volt utoljára méhnyakrák szűrésen ?

1- még soha nem voltam ilyen szűrésen 2- több, mint 3 éve voltam
3- 2-3 éve voltam 4- 1 éven belül voltam ilyen szűrésen

4. Milyen gyakran szokott emlő- vagy here-önvizsgálatot végezni?

1- soha 2- félévente 3- 2-3 havonta 4- havonta

5. Milyen gyakran szokott anyajegy önvizsgálatot tartani?

1- soha 2- félévente 3- 2-3 havonta 4- havonta

6. Mennyire tartja egészségesnek a táplálkozását?

1	2	3	4	5
egyáltalán nem tartom egészségesnek				nagyon egészségesnek tartom

7. Milyen gyakorisággal étkezett napi szinten négyzseri-ötszöri alkalommal az elmúlt 3 hónapban?

1- soha 2- ritkán 3- az esetek felében 4- gyakran 5- mindig

8. Milyen rendszerességgel étkezett minden nap közel azonos időpontban az elmúlt 3 hónapban?

1- soha 2- ritkán 3- az esetek felében 4- gyakran 5- mindig

9. Milyen gyakran fogyasztott zöldséget, gyümölcsöt az elmúlt 3 hónapban?

1- soha 2- kevesebb, mint hetente 3- hetente egyszer
4- 2-3 naponta 5- naponta legalább egyszer

10. Mennyi folyadékot fogyaszt átlagosan naponta?

1- 0,00-0,49 liter között 2- 0,50-0,99 liter között 3- 1,00-1,49 liter között
4- 1,50-1,99 liter között 5- 2,00-2,49 liter között 6- 2,50 – 2,99 liter között
7- 3 liternél többet

11. Hány litert fogyaszt az alábbi folyadéktípusokból az átlagos naponta bevitt folyadékmennyiségből?

Egészséges folyadék (pl. víz, cukrozatlan tea vagy gyümölcslé, tej): liter
Egésztelen folyadék (pl. szénsavas üdítő, cukrozott gyümölcslé/tea, szörp): liter

12. Milyen napi rendszerességgel mosott fogat az utóbbi 3 hónapban?

- 1- soha 2- ritkán 3- kevesebbszer mint naponta 4- naponta egy alkalommal
4- naponta két alkalommal 5- naponta három alkalommal
6- naponta három alkalomnál többször

13. Milyen gyakran végzett legalább fél óráig tartó fizikai aktivitást (pl. sport, testmozgás), ami észrevehetően megizzasztotta vagy felgyorsította a szívverését az elmúlt 3 hónapban?

- 1- soha 2- ritkábban mint havonta 3- legalább havonta egyszer
4- havonta kétszer-háromszor 5- hetente egyszer
6- hetente többször, de nem minden nap 7- legalább naponta egyszer

14. Volt-e bulizni az elmúlt 3 hónapban (pl. házibuliban, szórakozóhelyen, „kocsmában”, bárban, stb.)?

- 1- nem 2- igen, alkalommal

15. Amennyiben volt bulizni, milyen gyakran fordult elő az utóbbi 3 hónapban egy-egy szórakozás alkalmával, hogy ... ?

	soha	egyszer	havonta vagy ritkábban	havonta 1-2 alkalommal	hetente 1-2 alkalommal	3 vagy több alkalommal egy héten
1. idegentől fogadott el italt vagy felügyelet nélkül hagyta az italát	1	2	3	4	5	6
2. ismeretlenekből álló házibuliba ment vagy buliból ismeretlen személlyel távozott	1	2	3	4	5	6
3. randidrogot (GINA-t) csempészték az italába	1	2	3	4	5	6

16. Volt-e szexuális kapcsolata az elmúlt 3 hónapban?

- 1- még soha nem volt szexuális kapcsolat 2- nem volt az elmúlt 3 hónapban
3- egyszer 4- havonta vagy ritkábban 5- havonta 1-2 alkalommal
6- hetente 1-2 alkalommal 7- 3 vagy több alkalommal egy héten

17. Amennyiben volt szexuális kapcsolata az utóbbi 3 hónapban, milyen gyakorisággal védekezett a szexuális együttlétek alatt a nem kívánt terhesség ellen?

- 1- soha 2- nagyon ritkán 3- néha 4- gyakran 5- nagyon gyakran 6- mindig

18. Milyen védekezési formát, formákat használt a partnerével leggyakrabban az utóbbi 3 hónapban? (Több válasz is lehetséges.)

- még soha nem volt szexuális kapcsolat
- semmilyen nem használtam
- petting
- természetes módszer (pl. megszakított közösülés, naptár, hőmérő)
- hormonális módszer (pl. tabletták, tapasz, hüvelygyűrű, injekció)
- óvszer, női óvszer
- pesszárium (méhszájsapka)
- helyileg alkalmazandó spermicid készítmények (pl. kúp, hab, krém)
- esemény utáni (max. 72 órás) tabletták
- terhességmegszakítás
- egyéb:

19. Amennyiben nem védekezett a szexuális együttlétei alatt az elmúlt 3 hónap során, milyen okból tette? (Több válasz is lehetséges.)

- 1- gyermekvállalás
- 2- vallási/ hitbéli meggyőződés
- 3- anyagi okok miatt
- 4- egészségügyi okok miatt
- 5- nem tartottam fontosnak
- 6- nem féltem/félek a következményektől
- 7- azt hittem, a partnerem védekezik
- 8- spontán együttlét miatt nem készültem fel a védekezésre
- 9- ittas állapotban voltam
- 10- egyéb:

20. Milyen gyakran szokta a biztonsági övet becsatolni *vezetőként*, amikor autóban utazik?

- 1- nem szoktam vezetni 2- soha 3- nagyon ritkán 4- néha 5- gyakran
6- nagyon gyakran 7- mindig

21. Milyen gyakran szokta a biztonsági övet becsatolni *utasként*, amikor autóban utazik?

- 1- nem szoktam autóval utazni 2- soha 3- nagyon ritkán 4- néha 5- gyakran
6- nagyon gyakran 7- mindig

22. Milyen gyakran fordult elő az utóbbi 3 hónapban, hogy alkoholos befolyásoltság alatt *vezetett járművet*? Jármű lehet pl. gépkocsi, motor, bicikli.

- 1- nem vezettem semmit az elmúlt 3 hónapban 2- soha 3 - egyszer
4- havonta vagy ritkábban 5- havonta 1-2 alkalommal
6- hetente 1-2 alkalommal 7- hetente 3 vagy több alkalommal

23. Milyen gyakran fordult elő az utóbbi 3 hónapban, hogy *beült alkoholt fogyasztó sofőr mellé az autóba utasként*?

- 1- nem utaztam autóval az elmúlt 3 hónapban 2- soha 3- egyszer
4- havonta vagy ritkábban 5- havonta 1-2 alkalommal
6- hetente 1-2 alkalommal 7- hetente 3 vagy több alkalommal

24. Van-e esetleg, amit el szeretne mondani az egészségével, egészségmagatartásával kapcsolatban, de eddig nem esett róla szó?

Köszönöm, hogy valamennyi kérdésre válaszolt!

2. sz. melléklet: Az egészségmagatartás átkódolása az „összesített egészségmagatartás mutató” kialakításához

Az egészségtudatos magatartás számos összetevőből áll. Ezen összetevők általában ordinális mérési szintű skálákak a kérdőívekben, és van közöttük nem zárt értékű is (pl.: *Hányszor bulizott az elmúlt 3 hónapban, stb.*).

Érdemes így létrehozni egy *összesített egészségmagatartás mutatót*. Azonban azzal (a mérési) problémával találjuk szemben magunkat, hogy nem ismert az ideális egészségtudatos magatartás, hiszen sok összetevőből áll, és ezek jelentős része is feltételezés szerint van jó hatással az egészségre. Pl.: a folyadékfogyasztás ordinális skáláján a 3 liter feletti vízfogyasztás a legjobb eredmény, de ez egyéb tényezők mellett akár káros is lehet (vannak betegségek, ahol a túl sok vízivás a betegség tünete). Ha van is ideális egészségmagatartás, azt végképp nem tudjuk megállapítani, hogy azt milyen súllyal befolyásolja pl.: a vízivás, a napi 5 alkalommal történő étkezési gyakoriság, stb. Ezek alapján önkényesen hozható létre egy egészségmagatartást mutató jelzőszám.

A preventív egészségmagatartás mutatót a következőképp hoztuk létre. Összegeztük az egészségmagatartást jellemző mutatók mindegyikét. Ehhez a változókat előkészítettük az alábbiak szerint:

- Az átkódolás elméleti alapját a szalutogenezis egészségtengelye adja, azaz a szakirodalmi ajánlás alapján az adott viselkedés mennyire fogható fel az egészségre kedvezőnek. Az átkódolt változók 3 értékűek:

0 = egyáltalán nem kedvező

0.5 = részben, mérsékelten kedvező

1 = teljes mértékben kedvező

- Ezt követően létrehoztuk az (átlagképzéses módszerével) az átkódolt változók segítségével *az egyesített egészségmagatartás változót*.

Az alábbiakban az „összesített egészségmagatartás mutató”-ban szereplő kérdések átkódolása látható.

Milyen szűrővizsgálatokon vett részt az elmúlt 12 hónapban? (Több válasz is lehetséges.)

1- nem vettem részt egyen sem 2- fogászati 3- belgyógyászati 4- nőgyógyászati
5- bőrgyógyászati 6- szemészeti 7- tüdőszűrés 8- nemi betegségek szűrése
9- ortopédiai 10- HIV (AIDS) szűrés 11- egyéb, mégpedig:

Átkódolás:

1= részt vett (az elmúlt 12 hónapban) 0= nem vett részt

A „fogászati”, a „bőrgyógyászati” és a „nemi betegségek szűrése” kategóriákból egy „összesített szűrővizsgálat” változót is létrehoztunk. Azért ez a 3 szempont került bele, mivel a kezdődő felnőttkorúak egészségmagatartása esetében ezek a leginkább aktuálisan ajánlottak.

Fogászati szűrés: ajánlott évente 1-szer

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/fogorvosi_ellatas 2017.05.20

Somogy Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve

http://kmmk.hu/wp-content/uploads/2016/04/31_Lakossagi-tajekoztato-fogaszati-szurovizsgalatokrol.pdf 2017.05.20.

Nőgyógyászati szűrés: évente 1-szer

Dاناتok.hu – Országos Onkológiai Intézet támogatásával

<http://daganatok.hu/rakszures/szurovizsgalatok> 2017.05.20.

Bőrgyógyászati szűrés: évente

Dاناتok.hu – Országos Onkológiai Intézet támogatásával

<http://daganatok.hu/rakszures/szurovizsgalatok> 2017.05.20.

Tüdőszűrés: 40 év felett évente

WEBBeteg - Dr. Brugós László, tüdőgyógyász szakorvos

http://www.webbeteg.hu/cikkek/legzoszervi_betegseg/4850/a-tudoszures-szabalyozasa 2017.05.22.

Nemi betegségek szűrése: rendszeres nemi élet esetén fél- 1 évente

Dr. Tamási Béla, a SOTE Bőrgyógyászati Klinkájának bőr- és nemibeteggyógyász orvosa

<http://www.nlcafe.hu/egeszseg/20160119/nemi-betegsegek-magyarorszag-szifilisz-tripper/> 2017.05.22.

Ortopédia: évente – 2 évente

Dr. Börzsei-Knoll Veronika lábsebész, ortopéd-traumatológus

<http://emineo.hu/service/mozgasszervi-szurovizsgalat/> 2017.05.22.

Amennyiben Ön hölgy, mikor volt utoljára méhnyakrák szűrésen ?

1- még soha nem voltam ilyen szűrésen: **(kód 0)** 2- több, mint 3 éve voltam: **(kód 0)**
3- 2-3 éve voltam: **(kód 0,5)** 4- 1 éven belül voltam ilyen szűrésen: **(kód 1)**

Ajánlás: évente méhnyakrák szűrésen részt venni

Dاناتok.hu – Országos Onkológiai Intézet támogatásával

<http://daganatok.hu/rakszures/szurovizsgalatok> 2017.05.20.

Milyen gyakran szokott emlő- vagy here-önvizsgálatot végezni?

- 1- soha : **(kód 0)** 2- félévente **(kód 0,5)** 3- 2-3 havonta **(kód 0,5)**
4- havonta **(kód 1)**

Ajánlás: havonta kell ezen önvizsgálatokat végezni

Danatok.hu – Országos Onkológiai Intézet támogatásával
<http://daganatok.hu/rakszures/szurovizsgalatok> 2017.05.20.

Milyen gyakran szokott-anyajegy önvizsgálatot tartani?

- 1- soha : **(kód 0)** 2- félévente **(kód 0,5)** 3- 2-3 havonta **(kód 0,5)**
4- havonta **(kód 1)**

Ajánlás: havonta kell ezen önvizsgálatot végezni

Danatok.hu – Országos Onkológiai Intézet támogatásával
<http://daganatok.hu/rakszures/szurovizsgalatok> 2017.05.20.

Mennyire tartja egészségesnek a táplálkozását?

1 (kód 0)	2 (kód 0)	3 (kód 0,5)	4 (kód 1)	5 (kód 1)
egyáltalán nem tartom egészségesnek				nagyon egészségesnek tartom

Milyen gyakorisággal étkezett napi szinten *négyszeri-ötszöri alkalommal* az elmúlt 3 hónapban?

- 2- soha **(kód 0)** 2- ritkán **(kód 0)** 3- az esetek felében **(kód 0,5)**
4- gyakran **(kód 1)** 5- mindig **(kód 1)**

Ajánlás: napi 4-5 alkalommal

Dr. Barna Mária, a Magyar Táplálkozástudományi Társaság elnöke
<http://www.egeszsegtukor.hu/ferfitukor/vane-jelentosege-az-etkezes-gyakorisaganak.html>
2017.05.22.

http://www.hazipatika.com/taplalkozas/fogyokura/cikkek/ketszer_haromszor_negyszer/20020410160840 2017.05.22.

Pilling Róbert

http://www.hazipatika.com/taplalkozas/egeszseg_es_gasztronomia/cikkek/az_egeszseges_taplalkozas_12_pontja/20020827162201 2017.05.22.

Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézet

http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2014/12/1415_FOKgy13_taplalkozas.pdf
2017.05.23.

Milyen rendszerességgel étkezett minden nap közel azonos időpontban az elmúlt 3 hónapban?

- 1- soha **(kód 0)** 2- ritkán **(kód 0)** 3- az esetek felében **(kód 0,5)**
4- gyakran **(kód 1)** 5- mindig **(kód 1)**

Ajánlás: közel azonos időpontban étkezni

Pilling Róbert, dietetikus

http://www.hazipatika.com/taplalkozas/egeszseg_es_gasztronomia/cikkek/az_egeszseges_taplalkozas_12_pontja/20020827162201 2017.05.22.

Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézet

http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2014/12/1415_FOKgy13_taplalkozas.pdf
2017.05.23.

Milyen gyakran fogyasztott zöldséget, gyümölcsöt az elmúlt 3 hónapban?

- 1- soha **(kód 0)** 2- kevesebbszer mint hetente **(kód 0)**
3- hetente egyszer **(kód 0,5)** 4- 2-3 naponta **(kód 0,5)**
5- naponta legalább egyszer **(kód 1)**

Ajánlás: napi több alkalommal

Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézet

http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2014/12/1415_FOKgy13_taplalkozas.pdf
2017.05.23

Hány litert fogyaszt az alábbi folyadéktípusokból az átlagos naponta bevitt folyadékmennyiségből?

Egészséges folyadék (pl. víz, cukrozatlan tea vagy gyümölcslé, tej): liter

0-0,9 liter **(kód 0)** 1 – 1,9 liter: **(kód 0,5)** 2 – 2,9 liter: **(kód 1)**

3 liter felett: **(kód 0,5)**

Ajánlás:

70 kg-os embernek 2,8 l folyadék/nap

Mihály Kinga, dietetikus Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet

http://www.vesebetegseg.hu/terapiak/dializis_fajtai/folyadekpotlas_mennyi_mi_mennyi.html
2017.05.23.

2-2,5 l/ nap

Dietetikai kisokos 6. Hidratáció: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, 2013

http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/diet_kisokos_6_final.pdf 2017.05.23.

2-3 liter folyadék (1,5-2 l folyadékfogyasztás + a többi a táplálkozással)

TÁPLÁLKOZÁSI AKADÉMIA, IV. évfolyam 4. szám, 2011. április, Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/03/taplalkozasi_akademia_2011_04_viz.pdf
2017.05.23.

Egészségtelen folyadék (pl. szénsavas üdítő, cukrozott gyümölcslé/tea, szörp): liter

- 1- max. 0,1 liter **(kód 1)** 0,2 – 0,4 liter: **(kód 0,5)** 0,5 liter felett – **(kód 0)**

Milyen napi rendszerességgel mosott fogat az utóbbi 3 hónapban?

- 1- soha **(kód 0)** 2- ritkán **(kód 0)** 3- kevesebbszer mint naponta **(kód 0)**
4- naponta egy alkalommal **(kód 0,5)** 5- naponta két alkalommal **(kód 1)**
5- naponta három alkalommal **(kód 1)** 7- naponta három alkalomnál többször **(kód 1)**

Ajánlás: napi 2 alapos fogmosás elég (ennél több nem ad nagyobb védelmet)

Vályi Péter-Tihanyi Dóra-Párkányi László: Az egyéni szájhygiéné módszerei in: Vályi Péter: Dentálhygiénikusok kézikönyve, SZTE

http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0032_magyar/ch04.html

2017.05.23.

Az elmúlt egy év során hány fogkefét használt el?

- 0-1 darab: **(kód 0)** 2-3 darab: **(kód 0,5)** 4-től: **(kód 1)**

Ajánlás: 3 havonta csere

Első Magyarországi Online Fogászati Egyesület (EMOFE)

<http://www.fogaszat.org/cikkek/mikor-es-miert-kell-fogkefenket-kicserelni.html> 2017.05.23.

Milyen gyakran végzett legalább fél óráig tartó fizikai aktivitást (pl. sport, testmozgás), ami észrevehetően megizzasztotta vagy felgyorsította a szívverését az elmúlt 3 hónapban?

- 1- soha **(kód 0)** 2- ritkábban mint havonta **(kód 0)** 3- legalább havonta egyszer **(kód 0)**
4- havonta kétszer-háromszor **(kód 0)** 5- hetente egyszer **(kód 0,5)**
6- hetente többször, de nem minden nap **(kód 1)** 7- legalább naponta egyszer **(kód 1)**

Ajánlás:

Napi fél óra (WHO, 2002)

Mérsékelt intenzitású mozgás, napi 30 perc / heti 5 alkalommal

Intenzív testmozgás, napi 20 perc / heti 3 alkalommal

Az EU testmozgásra vonatkozó iránymutatásai, EU "Sport és Egészség" munkacsoportja 2008, Brüsszel

http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_hu.pdf 2017.05.23.

Amennyiben volt bulizni, milyen gyakran fordult elő az utóbbi 3 hónapban egy-egy szórakozás alkalmával, hogy ... ?

	soha	egyszer	havonta vagy ritkábban	havonta 1-2 alkalommal	hetente 1-2 alkalommal	3 vagy több alkalommal egy héten
1. idegentől fogadott el italt vagy felügyelet nélkül hagyta az italát	1 (kód 1)	2 (kód 1)	3 (kód 0,5)	4 (kód 0)	5 (kód 0)	6 (kód 0)
2. ismeretlenekből álló házibuliba ment vagy buliból ismeretlen személlyel távozott	1 (kód 1)	2 (kód 1)	3 (kód 0,5)	4 (kód 0)	5 (kód 0)	6 (kód 0)

Ezt a 2 kérdést összevontuk egy bulizás összpontszámává.

Amennyiben volt szexuális kapcsolata az utóbbi 3 hónapban, milyen gyakorisággal védekezett a szexuális együttlétek alatt a nem kívánt terhesség ellen?

(Kivettük ennél a kérdésnél a mintából a gyermekvállalás, vallási, egészségügyi okok miatt nem védekezőket.)

- 1- soha **(kód 0)** 2- nagyon ritkán **(kód 0)** 3- néha **(kód 0)**
4- gyakran **(kód 0,5)** 5- nagyon gyakran **(kód 0,5)** 6- mindig **(kód 1)**

Milyen védekezési formát, formákat használt a partnerével leggyakrabban az utóbbi 3 hónapban? (Több válasz is lehetséges.)

- még soha nem volt szexuális kapcsolatom
- semmilyen nem használtam **(kód 0)**
- petting **(kód 1)**
- természetes módszer (pl. megszakított közösülés, naptár, hőmérő) **(kód 0,5)**
- hormonális módszer (pl. tableta, tapasz, hüvelygyűrű, injekció) **(kód 1)**
- óvszer, női óvszer **(kód 1)**
- pesszárium (méhszájsapka) **(kód 1)**
- helyileg alkalmazandó spermicides készítmények (pl. kúp, hab, krém) **(kód 0,5)**
- esemény utáni (max. 72 órás) tableta **(kód 0,5)**
- terhességmegszakítás **(kód 0)**
- egyéb:

Forrás:

Cserháti-Herold Janka

<https://hormonmentes.hu/2016/05/05/a-fogamzasgatlo-modszerek-hatekonysaga/> 2017.05.24.

Az egyes kategóriákra adott válaszokat összevontuk egy védekezés összpontszámává.

Milyen gyakran szokta a biztonsági övet becsatolni vezetőként, amikor autóban utazik?

- 2- soha **(kód 0)** 3- nagyon ritkán **(kód 0)** 4- néha **(kód 0)**
5- gyakran **(kód 0,5)** 6- nagyon gyakran **(kód 0,5)** 7- mindig **(kód 1)**

Milyen gyakran szokta a biztonsági övet becsatolni utasként, amikor autóban utazik?

- 2- soha **(kód 0)** 3- nagyon ritkán **(kód 0)** 4- néha **(kód 0)**
5- gyakran **(kód 0,5)** 6- nagyon gyakran **(kód 0,5)** 7- mindig **(kód 1)**

Milyen gyakran fordult elő az utóbbi 3 hónapban, hogy alkoholos befolyásoltság alatt vezetett járművet? Jármű lehet pl. gépkocsi, motor, bicikli.

- 2- soha **(kód 1)** 3 - egyszer **(kód 0)** 4 - havonta vagy ritkábban **(kód 0)**
5- havonta 1-2 alkalommal **(kód 0)** 6- hetente 1-2 alkalommal **(kód 0)**
7- hetente 3 vagy több alkalommal **(kód 0)**

Milyen gyakran fordult elő az utóbbi 3 hónapban, hogy beült alkoholt fogyasztó sofőr mellé az autóba utasként?

- 2- soha **(kód 1)** 3 - egyszer **(kód 0)** 4- havonta vagy ritkábban **(kód 0)**
5- havonta 1-2 alkalommal **(kód 0)** 6- hetente 1-2 alkalommal **(kód 0)**
7- hetente 3 vagy több alkalommal **(kód 0)**

3. sz. melléklet: Az „összesített felnőtt szerep mutató” kialakítása

A felnőtt szerep jelen kérdőívvel megragadható jelzői:

- tevékenységének státusza
- családi állapot, munka
- életvitelszerű lakáshelyzet

Ezeket a kérdőívben az alábbi kérdések jelölik. Az ezekre adott válaszokat a felnőtt szerepek szempontjából átkódoltuk azon elv mentén, hogy az egyes tulajdonságnál mi az, ami inkább felnőttes, mi az, ami még inkább gyerekszerephez illő.

Kód 1= gyermek szerep betöltése

Kód 2 = felnőtt szerep betöltése

4. Mi az Ön jelenlegi FŐ tevékenysége illetve státusza? (1 válasz lehetséges!)

- 1- tanuló/hallgató (kód 1) 2- munkavállaló (kód 2) 3- vállalkozó (kód 2)
4- munkanélküli (kód 2) 5- TGYÁS-on/GYES-en/GYED-en lévő (kód 2)
6- segélyezett/járadékból élő (kód 2)

5. Mi jellemző a családi állapotára?

- 1- egyedülálló (kód 1) 2- együttjárás (kód 1) 3- élettársi kapcsolat (kód 2)
4- házastársi kapcsolat (kód 2) 5- elvált (kód 2)

8. Az év legnagyobb részében, életvitelszerűen kinél, hol lakik Ön?

- 1- szülőknél (kód 1) 2- házastárs/élettárs szüleinél (kód 1)
3- saját/élettárs lakásában, házában (kód 2)
4- teljes lakást bérelek 5- albérletben többiekkel (kód 2)
6- kollégiumban (kód 1) 7- rokonoknál (kód 1)

A 3 változó segítségével új mutatót hozunk létre „felnőtt szerep mutató” néven. Az új változó képlete: $100 * \text{recod_tevekeny} + 10 * \text{recod_csalad} + \text{recod_lakas}$.

```
COMPUTE                                felnőtt_szerep=100                                *  
recod_tevekeny+10*recod_csaladi_allapot+recod_lakas.
```

Így pl.: az új változó 212 értéke olyan embert jelent, aki dolgozik, egyedülálló, és önállóan oldja meg lakáshelyzetét.

4. sz. melléklet: Saját közlemények jegyzéke

I. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT ELSŐ SZERZŐS KÖZLEMÉNY(EK):

1. Budai Éva, Uherezky Eszter, Benedekfi István, Németh Anikó Domján Andrea, Lobanov Artyom: *A krónikus fájdalommal élők életminőségének javítása zeneterápiás eszközökkel.* NŐVÉR, 2021, (1) pp 14-21
2. Éva Budai, Artyom Lobanov: *Practical application of complex arts therapy methods to improve the psychological quality of life (of retired participants with chronic rheumatoid arthritis).* International Scientific and Practical Journal on Art Therapy, 2020, (2), 8. p.
3. Lobanov-Budai Éva, Lampek Kinga: *A pozitív érzelmek szerepe a jól-lét és az egészségmagatartás alakulásában a kezdődő felnőttkorban.* In: Dávid Beáta, Feith Helga Judit, Lukács J Ágnes, Susánszky Éva, Szabó Ágnes (szerk.) Ártó-védő társadalom konferencia 2.0. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2018.06.08 Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 2018. p. 21. 1 p. ISBN:978-615-5855-01-6
4. Lobanov-Budai Éva, Lampek Kinga: *Possibilities in emerging adult's health promotion: the roles of well-being and self-compassion in health behavior.* 4rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM, 2017; 3. 3., Science and Society, Sociology and Healthcare, pp. 485-491.
5. Lobanov-Budai Éva, Domján Andrea, Pukánszky Judit: *Az életminőség pszichológiai aspektusának változása az életkor előrehaladtával.* 2017. évi Magyar Tudomány Ünnepe konferenciakötet. Emberközpontú egészségtudomány: szemelvények az ember és az egészség kapcsolatából a sejtektől a társadalomig
6. Eva Lobanov-Budai: *Well-Being, Self-Compassion And Health* c. előadás. Manchester Metropolitan University Cheshire International Academic Week 2016, United Kingdom
7. Lobanov-Budai Éva, Lampek Kinga: *A boldogság orientációk kapcsolata a jólléttel és az egyes rizikó magatartásokkal a kezdődő felnőttkorban.* In: Balogh Zoltán, Papp Katalin, Hirdi Henriett, Tunyi Tünde, Mátésné Horváth Mónika (szerk.) A Pszichiátriai Ápolók VI. Nemzetközi Konferenciája a Visegrádi 4-ek országainak részvételével: Programfüzet és absztraktyűjtemény. 15 p. Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2016.10.13 Budapest: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, 2016. p. 10. ISBN:9786158032339

8. Eva Lobanov-Budai: *The connection between the intrapersonal effects and the adolescents' health behaviour* c. előadás. Manchester Metropolitan University Chesire International Academic Week 2014, United Kingdom
9. Lobanov-Budai Éva: *A serdülők egészségmagatartását befolyásoló intrapszichés tényezők*. Science Café, Szent-Györgyi Albert Agóra Informatorium, Nagy Labor, Szeged, 2014. március 13.
10. Lobanov-Budai Éva: „*Akinek van, annak adatik...*”: *A serdülő egészségmagatartását befolyásoló intrapszichés és interperszonális hatásokról*. Magyar Tudományos Akadémia Szeged Területi Bizottsága Gyermekintézmények Mentálhigiénés Munkabizottsága szervezésében Ép családban egészséges test és lélek? című konferencia, Szeged, 2013. május 21.
11. Ева Лобанов-Будай: *Интрапсихические и межличностные факторы, формирующие поведение подростка по отношению к его здоровью*. АРТ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ — ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ, III. International Conference of Arts Therapy, EEATA (East European Arts Therapy Association), Bulgaria, Obzor, 2013. augusztus 20.
12. Лобанов-Будай Ева: «*Ибо кто имеет, тому дано будет ...*»: *Интрапсихические и межличностные факторы, которые формируют поведение подростков, действующее на их здоровье*. VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ «ТЕЛО–СОЗНАНИЕ–ТВОРЧЕСТВО» / Krimi Humanitárius Egyetem szervezésében "Test-tudat-alkotás" nemzetközi szimpózium, Ukrajna, Jalta, 2013. július 1-4.
13. Лобанов-Будай Эва: *Взаимосвязь внутриспсихических и межличностных факторов у подростков в зеркале их поведения, влияющих на здоровье*. In: АА Крылова (szerk.) Актуальные проблемы психологической теории и практики: Материалы междунар. научн.-практ. конф.. Konferencia helye, ideje: Doneck, Ukrajna, 2013 Doneck: Shidniy Vidavnichiy Dim, 2013. pp. 162-167. ISBN:978-966-317-179-1
14. Будай Эва: *Процессы образования зависимости и изменения поведения*. In: Никитин В Н, Бояджиева Н, Лебедева Л Д, Вачков И В (szerk.) *Терапия Искусством: Учебное пособие по арт-терапии*. Sofia: Université Saint-Clément d'Ohrid de Sofia, 2012. pp. 257-270. ISBN:978-954-07-3389-0
15. Будай Эва: *Привязанность и самооценка*. In: О V Gluzman, М А Ignatenko, V S Zasluzhenok (szerk.) *Проблемы современной педагогики*. Konferencia helye, ideje: Yalta, Ukrajna, 2011 RVV KGU, pp. 3-10.

II. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT, NEM ELSŐ SZERZŐS KÖZLEMÉNY(EK):

1. Nyemcsok Emese, Budai Éva: *A jelentudatos táplálkozás szerepe a serdülők tápláltsági állapotában és táplálkozási szokásaiban*. Védőnő 27:(5) pp. 27-31. (2017)
2. Németh Anikó, Bársonyné Kis Klára, Lobánov-Budai Éva: *Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásának vizsgálata*. Egészségfejlesztés 55:(1-2) pp. 28-35. (2014)
3. Németh Anikó, Bársonyné Kis Klára, Lobánov-Budai Éva: *Ápoló hallgatók Egészségfelfogásának vizsgálata*. In: Balogh Zoltán (Szerk.) Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók XI. Országos Találkozója: Programfüzet és Absztraktgyűjtemény. 48 p. Konferencia Helye, Ideje: Budapest, Magyarország, 2014.10.03-2014.10.04. Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, 2014. P. 25. ISBN:978-963-89435-6-9
4. Németh Anikó, Bársonyné Kis Klára, Lobánov-Budai Éva: *Ápoló Hallgatók (Bsc) Egészségfelfogásának Vizsgálata*. Nővér 27:(5) pp. 20-26. (2014)

III. EGYÉB – NEM AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT KÖZLEMÉNYEK

1. Budai Éva: *Az elmúlás témája pedagógiai megközelítésben*. In: Németh Anikó (szerk.) Hospice szakápolástan. 248 p. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 2015. pp. 77-86.
2. Budai Éva: *A szülői nevelési stílus és az önértékelés kapcsolata a serdülők egészségmagatartásának tükrében*. ACTA SANA: MENS SANA IN CORPORE SANO 7:(2) pp. 42-43. (2012)
3. Budai Éva: *Egy lehetséges megközelítés a serdülők önértékelésének és egészségmagatartásának összefüggéséhez*. In: Barabás Katalin, Kapocsi Erzsébet, Pikó Bettina, Hamvai Csaba, Látos Melinda, Bóta Margit, Vári-Kószó Melinda (szerk.) XII. Magatartástudományi Napok: Programfüzet és absztraktok kivonata. 103 p. Konferencia helye, ideje: Szeged, Magyarország, 2012.06.14-2012.06.15. Szeged: JATEPress Kiadó, 2012. p. 96. ISBN:978-963-306-148-0 Könyvrészlet/Absztrakt / Kivonat/Tudományos
4. Eva Lobanov-Budai: *“Cycle of change” model in art therapy process with addictions c.* előadás II. International Conference of Arts Therapy. EEATA (East European Arts Therapy Association), 20-25th August, 2012, Bulgaria, Obzor (2012)
5. Budai Éva: *Egészségmagatartás és önértékelés a serdülőkor kezdetén c.* előadás XIII. Szent-Györgyi Napok,, Szeged, 2011.11.16 (2011)

6. Budai Éva: *Néhány gondolat a serdülők egészségmagatartásáról* In: Összhang: Tudomány a gazdaságban és a társadalomban. Konferencia helye, ideje: Szeged, Magyarország, 2011.11.30 Szeged: Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, p. 9.
7. Eva Budai: *Information or experience?* c. előadás I. International Conference of Arts Therapy. EEATA (East European Arts Therapy Association), 20-25th August, 2011, Bulgaria, Obzor (2011)
8. Будаи Ева: *Ранняя детская привязанность и поведение, влияющее на состояние здоровья* c. előadás VII. МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ «ТЕЛО–СОЗНАНИЕ–ТВОРЧЕСТВО» / Krimi Humanitárius Egyetem szervezésében "Test-tudat-alkotás" nemzetközi szimpózium, Ukrajna, Jalta, 2011. július 1-4. (2011)
9. Budai Éva: *Önértékelés és tanulmányi teljesítmény a serdülőkor kezdetén* In: Balogh László, Koncz István, Mező Ferenc (szerk.) *Pszichológiai Metszetek*. Debrecen: Professzorok az Európai Magyarországiért Egyesület, 2010. pp. 25-31. ISBN:978-963-88433-2-6
10. Budai Éva: *Önértékelés, tehetség és tanulmányi teljesítmény a serdülőkor kezdetén*. In: Mező Ferenc (szerk.) *Tehetségkutatás határon innen és túl....* Debrecen: Kocka Kör Tehetséggondozó Kulturális Egyesület, 2010. pp. 86-93. ISBN:978-963-87488-8-1
11. Budai Éva: *Egészségmagatartás és önértékelés a serdülőkor kezdetén* In: *Határok nélküli tudomány: Kihívások és lehetőségek a tudományterületek határán*. Konferencia helye, ideje: Szeged, Magyarország, 2010.11.17 Szeged: Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, p. 7.
12. Budai Éva, Kaszás Ildikó, Palotás József: *Motiváció a felnőttképzésben*. FELNŐTTKÉPZÉS: A NEMZETI FELNŐTTKÉPZÉSI INTÉZET FOLYÓIRATA 4: pp. 42-45. (2009)