



# SERDÜLŐK RIZIKÓMAGATARTÁSA A PSZICHOLÓGIAI JÓLLÉT, VALAMINT A KÉPESSÉGEK ÉS NEHÉZSÉGEK TÜKRÉBEN

Dudok Réka<sup>1</sup>, Pikó Bettina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet

## Elméleti háttér

Magyarországon a szerhasználat (dohányzás és alkoholfogyasztás) az egyik leggyakoribb egészségügyi kockázati magatartás a nemzetközi HBSC (*Health Behaviour of School-aged Children*) (Inchley et al., 2020; Németh, 2024; Németh et al., 2019) és az európai ESPAD (*The European Survey Project on Alcohol and other Drugs*) kutatások (Elekes et al., 2020; ESPAD Group, 2020) eredményei alapján. Amellett, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás még mindig jelentős gyakorisággal fordul elő az országban, az értékek mérsékelt csökkenő tendenciát mutatnak. Az eredmények arra is rávilágítanak, hogy a serdülők kockázati magatartása szorosan összefügg a pszichológiai jóllétükkel. A szerfogyasztás továbbra is jelentős közegészségügyi kihívást jelent a vele összefüggő betegségek okozta morbiditás és a még jelenleg is magas prevalencia miatt. Speciálisan testre szabott, bizonyítékokon alapuló, célzott intézkedésekre van szükség, különösen a szerhasználat fiatalabb generációk körében történő megkezdésének megelőzése érdekében, mivel ez lehet a kulcsa a szerhasználat okozta közegészségügyi teher csökkentésének. Kutatásunk a mentális egészségen alapuló vizsgálatokra, valamint a védőfaktorok vizsgálatára irányul annak érdekében, hogy támogassuk a szerfogyasztás csökkenő tendenciáit, valamint feltérképezzük a használatot befolyásoló egyéni pszichés tényezőket, melyek segítségünkre lehetnek a korosztály egészségmagatartása mögött meghúzódó mechanizmusok módosításában.

A dohányzás és az alkoholfogyasztás olyan egészségkárosító cselekedetek, amelyek megelőzése a serdülő korosztályban elsődleges célkitűzés (WHO, 2019). Az epidemiológiai adatok szerint mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás fő kockázati tényezője az idő előtti elhalálásnak (WHO, 2019). A serdülők korosztálya a 10-20 éves korig tartó időszakban a legérzékenyebb és legfogékonyabb arra, hogy mindenféle szerrel kísérletezzen. Ezt a korosztályt a pszichoszociális jellemzőik mellett a biológiai változások is sebezhetővé teszik a rizikómagatartásokkal szemben, hiszen ebben az időszakban a frontális kéreg, ami az összetett döntéshozatalért felelős, még fejlődésben van. Az agy jutalmazásokat feldolgozó részei azonban már érettebbek, így a kíváncsiság és a szociális vagy társas nyomás hatására a serdülők fokozottan ki vannak téve a rögtönzött döntéshozatal veszélyeinek. Korábbi kutatások azt találták, hogy a felnőttkori szerhasználók jelentős része már fiatal korában, még az iskolai időszak alatt elkezd kísérletezni egészségkárosító szerekkel (Frobel et al., 2022; Steinberg, 2007).

A kutatók számos olyan tényezőt azonosítottak, amelyek a serdülő- és felnőttkori szerhasználattal kapcsolatosak, de jellemzően azokra a tényezőkre összpontosítottak, amelyek a nagyobb mértékű használatot tudják előre jelezni (Ruberu et al., 2022; Walsh et al., 2020). Egy másik megközelítésben, amely jelenleg erősödő tendencia a kutatásokban, az olyan tényezők azonosítása a prioritás, amelyek csökkentik a későbbi szerhasználat valószínűségét (Brumback et al., 2021; Efrati, 2023). Ilyen tényezőknek minősülnek például a szerhasználat pszichoszociális aspektusai, melyek között fontos szerepet játszanak a környezeti tényezők, mint a családi háttér, az iskolai környezet és a kortárs csoport befolyása. Kutatások igazolták, hogy a családi működés és a szülő-gyermek kommunikáció minősége szignifikánsan összefügg a serdülők szerhasználati szokásaival. A szülői felügyelet hiánya, a konfliktusos családi kapcsolatok, valamint a szülők dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai mind előrejelzik a serdülők szerhasználatának magasabb kockázatát (Walsh et al., 2020). A kortársnyomás, különösen serdülőkorban, az egyik legerősebb előrejelzője a kockázatos magatartásoknak. A serdülők gyakran azért kezdik meg a szerhasználatot, mert alkalmazkodni kívánnak társaikhoz, illetve meg akarnak felelni egy adott társas normának. A szociális identitás kialakulásának időszakában a kortárs csoporthoz való tartozás iránti vágy meghatározó szerepet játszik a viselkedésben, ami gyakran a szerhasználat fokozódásával jár együtt (Romer, 2010). Emellett a pszichológiai jóllét is kulcsszerepet játszik a kockázati magatartások kialakulásában. Számos kutatás bizonyította, hogy a depresszió, a szorongás és a mentális distressz magasabb szintjei növelik a szerhasználat valószínűségét serdülőknél, ugyanakkor a magas fokú pszichológiai jóllét, az érzelmi rugalmasság, valamint a pozitív családi és társas támogatás védőfaktoroként működik és csökkenti a szerhasználat esélyét (Das et al., 2023; Masten, 2014). Az elmúlt években különösen nagy figyelmet kaptak a preventív beavatkozások és a célzott programok, amelyek célja a kockázati magatartások visszaszorítása a serdülők körében. Ezek a programok gyakran a pszichoszociális védőfaktorokra összpontosítanak, mint például az érzelmi szabályozás, a stresszkezelés, a társas készségek fejlesztése és a társas támogatás növelése (WHO, 2024). Ez a megközelítés hozzájárulhat a szerhasználatot befolyásoló folyamatok mélyebb megértéséhez, valamint szélesítheti a prevenciók stratégiák palettáját. Kutatásunk is ezt a tendenciát követi.

### Serdülőkor és rizikómagatartás

A serdülőkori pszichológiai jóllét előmozdítása a legnépszerűbb megelőzési módszer a magas egészségkockázatú viselkedésformák esetében. Ezek közé a viselkedések közé tartozik a fizikai bántalmazás, az erőszak és a szerekkel való visszaélés is (Aucott et al., 2014; Chau et al., 2016; Lowthian et al., 2021). A serdülő korosztály esetében nagy a kockázat ezeknek a viselkedésformáknak a megtapasztalására, mivel ebben az életkorban olyan személyiségfejlődési jellemzőkkel szembesülnek, mint az identitásválság, a serdülőkori büszkeség, a függetlenségre való hajlam, valamint az elveszettség érzése.

Erikson (1968) használta először a serdülőkorral kapcsolatban az identitáskrisis kifejezést, amely egy olyan fordulópontot jelent az emberi fejlődésben, ahol a korábbi tapasztalatok és élmények előrevetítik a jövőbeli elvárások által kijelölt életutat, az egyéni és társadalmi elvárások tükrében új identitás formálódik az egyén számára. A serdülőkori büszkeség alatt leginkább a serdülők autonómia iránti igényét és az önállóság megszerzésének vágyát értjük, amelyet többnyire a serdülők felnőtt szerepekkel való kísérletezése és a kortársaktól való elismerés iránti vágya jellemez. A büszkeség a serdülőkori önérvényesítés része, ami az autonómia és a függetlenség igényéből fakad (Allen et al., 2021; Blakemore & Mills, 2014; Erikson, 1968). Az elveszettség érzését az identitáskrisis és a társas elidegenedés fogalmain keresztül lehet

leginkább megérteni, hiszen serdülőkorban a gyakori identitáskrizisek, valamint az önértékelési problémák vezethetnek ilyen érzésekhez, különösen a kortárs kapcsolatokban megtapasztalt konfliktusok és az életcélok tisztázatlansága miatt (Cheng & Furnham, 2019). Az ilyen típusú pszichológiai jelenségek szoros kapcsolatban állnak a serdülőkorban tapasztalt szorongással és depresszióval, amelyek jelentős hatással lehetnek a rizikómagatartások megjelenésére (Raemen et al., 2022; Schwartz et al., 2013).

A serdülőkori magas egészségkockázatú viselkedések azon legfontosabb társadalmi és egészségügyi problémák közé tartoznak, amelyek hatással lehetnek az egész társadalom működésére és a családi élet minőségére is. Fontos kiemelni azt is, hogy a serdülők szerfogyasztásának hátterében más motivációs faktorok állnak, mint a felnőttkori rizikómagatartás esetében. Egyes tizenévesek az egészségkárosító viselkedésükkel, így a dohányzással és az alkoholfogyasztással mutatják ki, hogy már nem gyermekek, hanem olyanok akarnak lenni, mint a felnőttek (Allen et al., 2021). Néhány tinédzser stresszel járó élményekkel találkozik, és nem tud megbirkózni az ebből fakadó problémákkal (Cheng & Furnham, 2019). Az identitásválság feszültséghez és mentális problémákhoz vezethet a serdülőknél (Erikson, 1968; Graber & Brooks-Gunn, 1996; Raemen et al., 2022; Schwartz et al., 2013; Steinberg, 2007; Steinberg & Morris, 2001). Az említett tényezők mindegyike tanult viselkedés, amiben benne rejlik az is, hogy megelőzhető lenne. A jobb mentális egészséggel és fizikai állapottal rendelkező serdülő képes pozitívan hatni saját döntéseire, megelőzve a rizikómagatartások kialakulását. A depresszív tünetek és a különböző szerfogyasztások szorosan összefüggnek a belső feszültséggel és szorongással, amit a magas egészségkockázatú viselkedés és a pszichológiai jóllét erős negatív kapcsolata jelez a kutatásokban. A stresszel teli életesemények szoros összefüggésben állnak a pszichológiai jólléttel és hozzájárulnak a mentális egészség zavaraihoz (Aliyev et al., 2024; Vallata et al., 2021).

Míg a mentális egészséget érintő problémák kiemelt szerepet töltenek be a serdülőket érintő rizikómagatartások előfordulásában, a pszichológiai jóllét jelentős hatása lehet ezek megelőzésében.

## **Rizikómagatartás, mentális egészség és pszichológiai jóllét**

A pszichológiai jóllét, amely az általános értelemben vett egészséges mentális működésre utal, alapvető érték, amely a jó körézet és a környezetünkben való hatékony működés kombinációja. A pszichológiai jóllét elérése és fenntartása nagyon fontos az élet bármely szakaszában, különösen a serdülők számára, akik az identitás, az érzelmi szabályozás és társas kapcsolatok tekintetében kritikus fejlődési időszakban vannak (Blakemore & Mills, 2014; Casey et al., 2008; Diener & Chan, 2011; Heizomi et al., 2015).

A pszichológiai jóllét egy többdimenziós konstruktum, amely olyan elemeket foglal magába, mint az egyén általános boldogságérzése, valamint a tágabb értelemben vett mentális és érzelmi egészséget. Emellett olyan kulcsfontosságú összetevőket tartalmaz, mint a pozitív érzelmek magas és a negatív érzelmek alacsony szintje, az autonómia megélése, a pozitív kapcsolatok építéséhez szükséges készségek elsajátítása, az életcélok és tervek megléte, az étellel való elégedettség és a személyes növekedés (Diener & Chan, 2011; Friedman & Kern, 2014; Heizomi et al., 2015). A pszichológiai jóllétnek sokféle definíciója létezik. Az Egészségügyi Világszervezet szerint olyan lelkiállapot, amelyben az egyén képes kibontakoztatni a benne rejlő lehetőségeket, produktívan dolgozni és megbirkózni az élet szokásos stresszhelyzeteivel (WHO, 2013). A pszichológiai jóllétet az átfogó egészség és boldogság szempontjából kulcsfontosságúnak tartják, és összefüggésbe hozzák a jobb mentális egészséggel, a jobb fizikai egészséggel és a hosszabb várható élettartammal (Diener & Chan, 2011). A pszichológiai jóllét

olyan jelenségekkel is összefügg, mint a szerepvállalások, a fejlődés-orientált elemek, mint a remény, az önkezdeményezés, az egyéni, környezeti és a rendszeralapú források. A pozitív működés szubjektíven érzékelt dimenziói az autonómia, a környezet elsajátítása, valamint az önellfogadás (Jackman & Sisson, 2022; Orth et al., 2022; Ryff, 2014; Scalas et al., 2023; Seligman et al., 2005).

A fiatalok mentális egészsége, amelynek része a pszichológiai jóllét, kiemelkedő fontosságú, mivel megalapozza későbbi életük jóllétét. A mentális egészség magába foglalja a pszichológiai, az érzelmi és a szociális jóllétet, valamint a pszichopatológiai tünetektől (pl. depresszió, szorongás) való mentességet, ami biztosítja a helyes magatartási döntéseket. (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Ezért a fiatal egyének mentális egészségének megőrzése érdekében elengedhetetlen a mentális egészség és a pszichológiai distressz előzményeinek és előrejelzőinek megértése. A bizonyítékokon alapuló stratégiai intézkedések és intervenciók kidolgozásához szükséges a jóllét előmozdítását szolgáló egyedi kihívásoknak és lehetőségeknek a megértése.

Ahogy az egészséget és a betegséget általában véve több, egymással kölcsönhatásban álló társadalmi, pszichológiai és biológiai tényező határozza meg, ugyanúgy a mentális egészséget és a mentális betegségeket is. A mentális, szociális és viselkedési problémák gyakran kölcsönhatásban állnak egymással, és befolyásolják az egyén viselkedését és pszichológiai jóllétét (Aucott et al., 2014). Az alacsony pszichológiai jóllét összefügg a rizikómagatartásokkal, különösen a serdülők túlzott alkoholfogyasztásával, a dohányzással, valamint a szerekkel való visszaéléssel és a serdülők kockázatos szexuális viselkedésével (Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2011). E magatartások közül azonban sok esetben az ok-okozati összefüggés iránya bizonytalan. A dohányzás és az alkoholfogyasztás, valamint a depresszió gyakran összefüggésbe hozható egymással az általános népességben. Különösen a dohányzás mutat pozitív kapcsolatot a pszichológiai jólléttel, a rossz általános egészségi állapottal, a depresszióval és a szorongással (Fitzgerald et al., 2016; Varga & Pikó, 2015). Ugyanakkor a pszichológiai jóllét előmozdítása a serdülőknél segítheti a pozitív eredmények elérését, miközben pufferként is funkcionálhat a pszichés zavarokkal szemben. Ennek eredményeképpen a jóllét nemcsak a pozitív fejlődés kulcsfontosságú mutatójaként szolgál, hanem az optimális mentális egészség biztosítására is alkalmas, elősegítve a serdülők és környezetük közötti előnyös alkalmazkodási utak megvalósulását. Mindez nagyobb valószínűséggel eredményez pozitív változásokat az érzékeny átmenet során (Lerner et al., 2003; Park & Peterson, 2003).

A nemek szempontjából is fontos megközelíteni mind a jóllét, mind pedig a rizikómagatartás témáját. Ugyanis a nemi hovatartozás az egészség fontos társadalmi meghatározója. Egyes egészségügyi mutatók a nők és a férfiak között különbségeket tártak fel. Világszerte a nők várható élettartama nagyobb, mint a férfiaké (Yan et al., 2024). Hasonlóképpen a mentális egészség is tartós különbséget mutat a nők és a férfiak között. A kutatások általában arra világítanak rá, hogy a nőknél gyakrabban fordulnak elő internalizáló zavarok, mint például a depresszió és a pszichológiai distressz (Salk et al., 2017). Míg a férfiak esetében gyakrabban fordulnak elő externalizáló zavarok, magasabb az antiszociális- és a szerhasználati zavarok előfordulása. Emellett a férfiak öngyilkossági aránya világszerte magasabb, mint a nőké (Matud et al., 2019).

A lányok és fiúk közötti jóllétebeli különbségekkel kapcsolatos tanulmányok azonban nem hoztak konzisztens eredményeket (Ferguson & Gunnell, 2016). Az eredmények kevés nemi különbséget mutattak ki a pszichológiai jóllét terén, bár az eredmények szerint a lányok alacsonyabb pszichológiai jóllétről számoltak be, valamint nagyobb gyakorisággal és intenzitással éltek át pozitív és negatív érzelmeket, mint a fiúk. Bár a szakirodalom kimutatta a lányok és fiúk közötti különbségeket néhány pszichológiai jóllét dimenzióban, ezek a különbségek

általában más tényezőktől, például az életkortól, a kultúrától vagy a betöltött szerepektől függetlenül változnak (Campbell et al., 2021). A jóllétebeli különbségeket a szakirodalom általában a lányok negatívabb kognitív stílusára vezeti vissza, valamint arra, hogy a fiúk és a lányok eltérő érzelmszabályozási és megküzdési mechanizmussal rendelkeznek. Tehát fiúk hajlamosabbak a külső megküzdési stratégiák alkalmazására, míg a lányok inkább a belső érzelmi világukra összpontosítanak, ami nagyobb hajlamot eredményezhet a belső konfliktusokkal, például a szorongással vagy depresszióval való megküzdésre (Li et al., 2015; Gómez et al., 2018; Visani et al., 2011).

### **Rizikómagatartás, érzelmi és viselkedési problémák**

A meglévő szakirodalom a kannabisz-, alkohol- és cigarettahasználatot számos viselkedési és pszichológiai rendellenességgel hozza összefüggésbe serdülőkorban és fiatal felnőttkorban. Kutatók összefüggéseket azonosítottak a nikotinhasználat és a depresszió, a szomatizáció, az animozitás, a paranoia és más viselkedési problémák között (Dimitriadis et al., 2016). Egy másik tanulmány azt mutatja, hogy a gyermek- és serdülőkori dohányzás a későbbiekben is erős dohányzáshoz és elvonási tünetekhez vezethet (Morrell et al., 2008). Az alkoholfogyasztásról kiderült, hogy szoros kapcsolatban áll a magatartási problémákkal, különösen depresszióban szenvedő egyéneknél (Fidalgo et al., 2016). A figyelemhiányos hiperaktivitászavarról is beszámoltak, amely gyermek- és serdülőkorban az alkohol- és cigarettafogyasztás fokozott valószínűségével jár együtt (Frobel et al., 2022; Vallata et al., 2021). Fontos, hogy korábbi kutatások szerint azok a gyermekek, akik korán kezdenek el kémiai addikciókat okozó szereket használni, nagyobb valószínűséggel mutatnak viselkedési problémákat, mint azok, akik később kezdik (Frobel et al., 2022). Ezek az eredmények azt erősítik, hogy a szerhasználat és a viselkedési problémák összefügghetnek egymással, különösen a fiatalabb gyermekeknél (Aucott et al., 2014; Chen et al., 2008; Walsh et al., 2020).

Korábbi vizsgálatok megállapításai alapján a szerhasználat számos viselkedési nehézséggel jár, különösen a korai serdülők esetében. A szerhasználó gyermekek és serdülők életminőségének csökkenése figyelhető meg, különösen a fizikai jóllét, a pszichológiai jóllét, a szülői kapcsolatok és az iskolai környezet területén (Sweeting & Hunt, 2015). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a szerhasználat elsősorban a fizikai egészséget, a pszichológiai egészséget és a felnőttekkel (tanárokkal és szülőkkel) való kapcsolatokat érintheti, valószínűleg a szerhasználattal összefüggő fizikai és pszichológiai tünetek vagy családi és iskolai konfliktusok miatt (Borca et al., 2017; Chau et al., 2016). Összefüggés igazolható a szerhasználat és az externalizáló viselkedési nehézségek (hiperaktivitás/figyelemzavar, magatartási problémák), valamint az alacsony proszociális viselkedés között (Inagaki et al., 2022). Ezzel szemben nem találtak szignifikáns összefüggést a szerhasználat és az internalizáló (pl. szorongó) viselkedési nehézségek között (Fidalgo et al., 2016; Frobel et al., 2022; Hassan et al., 2020; Lee et al., 2021; Pearson et al., 2006)

A serdülőkorúak körében a szerhasználat összefüggésbe hozható a mentális egészségbeli zavarokkal vagy tünetekkel. A szerhasználattal, visszaéléssel vagy függőséggel küzdő fiatalok 60%-ának volt komorbid diagnózis: a magatartászavar és az oppozíciós zavar társult leggyakrabban szerhasználattal, visszaéléssel vagy függőséggel, majd ezeket követte a depresszió. Más tanulmányok (Fidalgo et al., 2016) megerősítették a magatartás-problémák korai megjelenése és/vagy a depressziós tünetek és a serdülőkori alkohol- és illegális drogfogyasztás közötti összefüggést, különösen a fiúk körében, akik a jelek szerint érzékenyebbek a kortársak nyomására, és kevésbé képesek érzelmeik önkontrolljára, mint a lányok.

Ami a dohányzást és a kapcsolódó pszichés zavarokat illeti, az ADHD-tüneteket összefüggésbe hozták mind az élethosszig tartó és jelenlegi dohányzással, valamint a dohányzás korai megkezdésének nagyobb arányával. Az ADHD-tünettel rendelkező egyének nagyobb valószínűséggel próbálták ki a cigarettát, és 4-5-ször nagyobb valószínűséggel fordult elő, hogy a dohányzás kipróbálása gyakori cigarettahasználatba torkollott, mint a kontrollcsoport tagjainál (Chau et al., 2016; Frobel et al., 2022; Osland et al., 2017). Úgy tűnik, hogy a figyelmetlenség és az impulzivitás az ADHD azon jellegzetességei, amelyek a komorbid kapcsolat kialakulásához hozzájárulnak. A magatartászavar közvetítő tényezőnek tűnik a serdülőkori dohányzás kialakulásában az ADHD-tünetekkel rendelkezők körében.

### **Rizikómagatartás és proszocialitás**

Korábbi kutatások rámutattak a magatartási problémák és magatartászavarok összefüggése mellett arra is, hogy a proszociális viselkedés jelentősen mérsékli a magatartászavarok tüneteinek negatív hatásait. A proszociális viselkedés olyan cselekedetből áll, amelyet az egyén mások javára tesz. Ilyen például az egyéni javak és erőforrások megosztása, más megvigasztalása vagy segítése (Goodman, 1997). A proszociális viselkedés megjelenése, tanúsítása akkor mehet végbe, hogyha az egyén képes felismerni egy negatív eseményt vagy tapasztalatot a másik személy esetében, és ezt követően képes a megfelelő válaszreakció mellett dönteni, azaz a felismerésen túl a helyzethez igazodó cselekedetre is szükség van. A proszociális viselkedés általában pozitív egészségkimenetekkel jár együtt, amelyek a szerhasználattal negatívan függhetnek össze. Ezért serdülőkorban, az életmódválasztás szempontjából döntő fontosságú szakaszban tanúsított magas szintű proszociális viselkedés olyan pályára állíthatja a fiatalokat, amely csökkenheti a felnőttkori szerhasználat valószínűségét (Brassai & Pikó, 2011; Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020).

Korábbi tanulmányok, amelyek a serdülő proszociális viselkedését vizsgálták, azt találták, hogy azok, akik alacsonyabb szintű proszocialitást mutatnak, nagyobb valószínűséggel fognak szerfogyasztókká válni, illetve szereket kipróbálni, mint azok, akik magasabb szintű proszociális viselkedést mutatnak (Hassan et al., 2020). Az eredmények azt is igazolták, hogy a proszociális viselkedésnek pozitív egészség vonzatai is lehetnek, és olyan viselkedésbeli utakhoz vezetnek, illetve olyan cselekedetekre sarkallják az egyént, amelyek csökkentik a rizikómagatartásokat (Carlo et al., 2011). Tehát a proszociális viselkedés protektív faktornak bizonyulhat az egészségmagatartások tekintetében, így a prevenció és intervenció programok szerves részét képezhetik (Brassai & Pikó, 2011).

Annak ellenére, hogy a proszociális viselkedés hatással van az egészségre és a mentális jóllétre, a szerhasználattal való kapcsolatát ritkán elemzik. A kapcsolat alapja feltehetően az, hogy a proszociális serdülők hajlamosak elfogadni a társadalmi erkölcsöket és normákat, hajlamosabbak lehetnek arra, hogy elkerüljék az olyan antiszociális viselkedést, amely nem áll összhangban proszociális meggyőződéseikkel és értékeikkel. Erre bizonyíték, hogy a proszociális tendenciákat mutató fiatalok hajlamosak pozitív társadalmi tevékenységekben részt venni, míg ezzel szemben az alacsony szintű proszociális viselkedést tanúsító fiatalok hajlamosabbak deviáns viselkedésre, cselekedetekre (Brassai & Pikó, 2011). A proszociális viselkedés előmozdítására irányuló erőfeszítések tehát érdemesnek tűnnek a serdülőkorúak szerhasználatának megelőzésére és a későbbi szerhasználati zavarok káros hatásainak megfékezésére (Carlo et al., 2011; Hassan et al., 2020).

## A kutatás célja

Kutatásunk fókuszában a rizikómagatartások és a mentális egészség szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztály, a serdülőkorosztály vizsgálata áll. Kutatási kérdéseink a serdülők pszichológiai jóllétével, valamint mentális nehézségeik, problémáik összefüggésében a képességeikkel és nehézségeikkel kapcsolatosak. Kutatási célunk az általunk vizsgált serdülőkből álló populáció szerfogyasztási (dohányzás és alkoholfogyasztás) prevalenciájának feltárása, valamint a szerfogyasztási magatartás hátterében álló protektív, illetve rizikótényezők azonosítása. Hipotéziseinket a korábbi szakirodalmi eredményekre alapozzuk, mely szerint a serdülők rizikómagatartása kapcsolatba hozható a pszichológiai jóllét alacsonyabb szintjével. A serdülők veszélyeztetettsége a rizikómagatartásokra nézve az életkori sajátosságaik okán jelentős, azonban az optimális pszichés működések védőfaktoraként szerepelhetnek.

## Módszerek

### Minta

Keresztmetszeti vizsgálatunkban 276 fő iskoláskorú gyermek vett részt. A mintába az általános iskola 5. évfolyamától a 12. évfolyamáig kerülhettek be a diákok, kényelmi mintavétel alapján. Ez alapján a diákok életkora 11 éves kortól a 18 éves korig terjedt (átlagéletkor: 13,57 év, szórás:1,81 év). Az adatgyűjtés a dél-pesti régióban valósult meg nagyobb városokban (31,90%) és az azokat körülvevő falvakban (68,10%). A nemi eloszlást tekintve a minta a következőképpen alakult: a fiúk a minta 54,70%-át (151 fő), míg a lányok a minta 45,30%-át (126 fő) tették ki.

Kutatásunkban papír-ceruza alapú kérdőíves eljárást alkalmaztunk. Az adatgyűjtés 2021–2022-ben történt. A kutatás rendelkezik etikai jóváhagyással, melyet az SZTE Nevelésügyi Doktori Iskola Etikai Bizottsága adott ki (eng. sz.: 5/2021). A kutatásban való részvétel előtt a gyermekek szüleinek tájékoztatása és beleegyezése minden esetben megtörtént. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim jellegű volt.

### Mérőeszközök

A kutatás során használt kérdőív három részből állt. Az első részben a szociodemográfiai háttér feltárására irányultak a kérdések, amelyek kitértek a nemre, életkorra, tanulmányi eredményekre, lakhelyre, a szülők iskolai végzettségére, a szülők foglalkoztatottságára és a család anyagi helyzetének megítélésére.

A második részben a rizikómagatartások feltárását célozták a kérdések, mind az életprevalencia, mind pedig háromhavi prevalencia tekintetében. Jelen kutatás a rizikómagatartások közül a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra fókuszál. A kérdéseket a következőképpen tettük fel: „Dohányoztál-e valaha?/ Fogyasztottál-e már valaha alkoholt?”; „Az elmúlt három hónapban hányszor ittál alkoholt/mennyit dohányoztál?”. A rizikómagatartásokra érkezett válaszokat a későbbi elemzések megfelelő értelmezése céljából dichotóm formában dolgoztuk fel (mennyiségtől függetlenül: Nem = 0; Igen = 1).

A kérdőív harmadik részében az egyéni pszichológiai tényezőket vizsgáló kérdőíveket alkalmaztunk. A pszichológiai jóllét mérésére az EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét Kérdőívet alkalmaztuk (Kern et al., 2016). A kérdőív magyar adaptálását Láng végezte 2019-

ben. A kérdőív a serdülőkori pszichológiai jóllét multidimenzionális mérőeszköze, mely a Kern és munkatársai (2016) alapján felállított fiatalkori pozitív fejlődésmodell (*Engagement, Perseverance, Optimism, Connectedness, Happiness*; EPOCH) alkotóelemeit méri. A kérdőív 20 állítást tartalmaz, amelyek a jóllét öt aspektusát vizsgálják meg: (1) elmélyülés (pl. „Teljesen elmerülök abban, amit csinálok.”), (2) kitartás (pl. „Addig dolgozom az iskolai feladataimon, amíg el nem készülök azokkal.”), (3) optimizmus (pl. „Optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban.”), (4) kapcsolódás (pl. „Ha valami jó dolog történik velem, vannak olyan emberek, akikkel szívesen megosztom a jó hírt.”), (5) boldogság (pl. „Szeretem az életet.”). A kitöltők ötfokozatú Likert-skálán értékelték az állításokat aszerint, hogy mennyire tekintik azokat jellemzőnek önmagukra. A kérdőív belső konzisztencia mutatója kiválóan bizonyult ( $\alpha = 0,90$ ).

A résztvevők egyéni pszichés és viselkedési nehézségeinek, problémáinak feltárására az SDQ Képességek és Nehézségek Kérdőívet alkalmaztuk (*Strength and Difficulties Questionnaire*; Goodman, 1997). A magyar adaptációt Birkás és munkatársai (2008), valamint Rózsa és Kő (2015) végezték. Jelen kutatásban a kérdőív önjellemző változatát alkalmaztuk. A kérdőív 25 itemet tartalmaz és öt skálára bontható: (1) érzelmi tünetek (pl. „Gyakran boldogtalan, lehangolt vagyok vagy sírok.”), (2) viselkedési problémák (pl. „Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak.”), (3) hiperaktivitás (pl. „Állandóan izgek-mozgok, fészkelődöm.”), (4) kortás kapcsolati problémák (pl. „Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.”) és (5) proszociális jellemzők (pl. Segítek, ha valakit bántottak, feldúlt vagy beteg.”). A kérdőív nem csak klinikai populáción való alkalmazhatóságát több hazai vizsgálat is alátámasztja (Kasik & Gál, 2014; Rózsa & Kő, 2015). A kérdőív állításainak értékelése 3 fokozatú, melyek: nem igaz (0), valamennyire igaz (1) vagy biztosan igaz (2). Az alskálák értékelése a skálákhoz tartozó itemek értékének összeadásán alapszik. Minden alskála öt tételből áll, így 0 és 10 közötti pontszámmal jellemezhetők az egyének. A kérdőív belső konzisztencia mutatója megfelelően bizonyult ( $\alpha = 0,70$ ).

## Eljárások

Az elemzéseket az IBM Statistics 25 szoftvercsomag segítségével végeztük el. Az adatok feldolgozásához először leíró statisztikákat (átlag, szórás) használtunk, majd kétmintás t-próbát (t) alkalmaztunk a csoportkülönbségek kimutatására. Ezután bináris logisztikus regressziós elemzéseket hajtottunk végre 95%-os valószínűségi szinten, hogy meghatározzuk az egyes változók hatását az esélyek növelésére vagy csökkentésére. Ha az esélyhányados (EH)  $> 1,00$ , az azt jelzi, hogy pozitív kapcsolat van a vizsgált tényezők és a kiindulási esély között, míg az  $< 1,00$  érték ennek ellenkezőjét jelenti.

## Eredmények

### Leíró statisztikai eredmények

Az 1. táblázat az egészségrizikó-magatartások gyakorisági eloszlását mutatja be mind az életprevalencia, mind pedig a háromhavi prevalencia esetében. Az adatok alapján azt láthatjuk, hogy a mintában részt vevő tinédzserek 22,30%-a dohányzott már életében, és a mintában szereplő diákok 15,60%-a ezt az adatfelvételt megelőző három hónapban is megtette. Továbbá látható, hogy a kutatásban részt vevő diákok több mint a fele (56,40%) fogyasztott már alkoholt életében, valamint a résztvevők fele (50,70%) az adatfelvételt megelőző három hónapban



is fogyasztott alkoholt. A nemek szerinti gyakoriságokban nem volt jelentős eltérés. Az elemzést korcsoportra bontásban is elvégeztük. Az első korcsoportba a 11–13 évesek kerültek ( $n = 154$ ), a második korcsoportba pedig a 14–18 évesek ( $n = 122$ ). Az így elvégzett összehasonlítások alapján a dohányzás esetében az figyelhető meg, hogy a két csoportnál, mind a háromhavi ( $\chi^2 = 28,57$   $p < 0,001$ ), mind pedig az életprevalencia ( $\chi^2 = 30,76$   $p < 0,05$ ) alapján megfigyelhető a növekedés. Az alkoholfogyasztás esetében a második korcsoportban a tendencia megfordul, és mind a háromhavi prevalencia ( $\chi^2 = 60,62$   $p < 0,001$ ), mind pedig az életprevalencia ( $\chi^2 = 57,06$   $p < 0,001$ ) esetében a fogyasztás előfordulása magasabb.

1. táblázat. Az egészségmagatartás leíró statisztikai eredménye a teljes mintán ( $n = 276$ )

Változók	Gyakoriság N (%)	Fiúk n (%)	Lányok n (%)	1. korcsoport	2. korcsoport
<b>Dohányzás valaha</b>					
Nem	212 (77,70)	115 (77,20)	97 (78,20)	137 (90,10)	75 (62,00)*
Igen	61 (22,30)	34 (22,80)	27 (21,80)	15 (9,90)	46 (38,00)
<b>Dohányzás az elmúlt három hónapban</b>					
Nem	233 (84,40)	130 (86,10)	103 (82,40)	146 (94,80)	98 (71,30)*
Igen	43 (15,60)	21 (13,90)	22 (17,60)	8 (5,20)	35 (28,70)
<b>Alkoholfogyasztás valaha</b>					
Nem	119 (43,60)	65 (43,60)	54 (43,50)	97 (63,80)	22 (18,20)*
Igen	154 (56,40)	84 (56,40)	70 (56,50)	55 (36,20)	99 (81,80)
<b>Alkoholfogyasztás az elmúlt három hónapban</b>					
Nem	136 (49,30)	77 (51,00)	59 (47,20)	108(70,10)	28 (23,00)*
Igen	140 (50,70)	74 (49,00)	66 (52,80)	46 (29,90)	94 (77,00)

Megjegyzés: KHI-négyzet próbával egyik esetben sem volt szignifikáns a nemek szerinti eltérés ( $p > 0,05$ ). KHI négyzet próbával szignifikáns eltérés volt a korcsoportok alapján (\*  $p < 0,001$ ).

A 2. táblázat a pszichés tényezők leíró statisztikai adatait mutatja be. A táblázatban látható, hogy a mintában hogyan alakult a pszichológiai jóllét, valamint öt összetevőjének átlaga, továbbá bemutatásra kerülnek a nemi eltérések is. Azt láthatjuk, hogy a fiúk és a lányok között a boldogság alszállán mutatkozik szignifikáns különbség [ $t(274) = 1,97$ ;  $p = 0,049$ ], amely alapján elmondható, hogy a mintában részt vevő fiúk szignifikánsan boldogabbnak érzik magukat, mint a lányok.

Látható továbbá, hogy a Képességek és Nehézségek Kérdőív alapján hogyan alakultak a résztvevők pszichés és viselkedési problémái saját bevallásuk alapján, majd nemi összehasonlítást is végeztünk a válaszok alapján. Az adatokból kitűnik, hogy a nemek között az érzelmi tünetek [ $t(260) = -5,18$ ;  $p < 0,001$ ] és a proszocialitás területén [ $t(265) = -2,31$ ;  $p = 0,022$ ] van szignifikáns különbség. Ennek alapján elmondható, hogy a lányok több érzelmi problémával küzdenek, mint a fiúk. Emellett a mintában részt vevő lányokra magasabb szintű proszociális viselkedés jellemző, mint a mintában részt vevő fiúkra.

2. táblázat. A pszichológiai jóllétet és a pszichés és viselkedési problémákat mérő kérdőívek leíró statisztikai eredménye a nemek tekintetében

Változók	Átlag (SD)	Terjedelem	Fiúk		Lányok		t-érték
			Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	
EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét	3,84 (0,63)	[1,9-5]	3,90 (0,58)	3,77 (0,67)	1,78	p = 0,076	
– Elmélyülés	3,68 (0,79)	[1-5]	3,73 (0,76)	3,62 (0,82)	1,20	p = 0,232	
– Kitartás	3,61 (0,81)	[1-5]	3,67 (0,75)	3,53 (0,86)	1,44	p = 0,150	
– Optimizmus	3,68 (0,85)	[1-5]	3,77 (0,80)	3,58 (0,90)	1,76	p = 0,079	
– Kapcsolódás	4,30 (0,73)	[1,5-5]	4,29 (0,71)	4,30 (0,75)	-0,12	p = 0,908	
– Boldogság	3,94 (0,97)	[1-5]	4,04 (0,91)	3,81 (1,02)	1,97	p = 0,049	
SDQ Képességek és Nehézségek Kérdőív	12,28 (6,05)	[3-31]	14,8 (6,45)	15,8 (5,53)	-1,40	p = 0,169	
– Érzelmi tünetek	3,89 (2,59)	[0-10]	3,17 (2,32)	4,75 (2,64)	-5,18	p < 0,001	
– Viselkedési problémák	2,94 (1,86)	[0-9]	3,03 (1,94)	2,82 (1,76)	0,90	p = 0,370	
– Hiperaktivitás	4,19 (2,21)	[0-10]	4,21 (2,14)	4,17 (2,31)	0,17	p = 0,867	
– Kortárskapcsolati problémák	2,84 (2,10)	[1-10]	2,96 (2,09)	2,71 (2,12)	0,96	p = 0,336	
– Proszocialitás	7,44 (2,04)	[1-10]	7,18 (2,11)	7,76 (1,92)	-2,31	p = 0,022	

Megjegyzés: Kétmintás t-próba. Fiúk almintája 151 főből, a lányok almintája 125 főből áll.

### Rizikómagatartás szerinti csoport-összehasonlítás eredményei

Az adatok elemzésének következő lépéseként a vizsgált pszichés tényezők mentén összehasonlítottuk azokat, akik az adatfelvételt megelőző három hónapban valamilyen típusú szerhasználathoz folyamodtak (lásd 3. táblázat). Először a dohányzásra vonatkozó eredményeket mutatjuk be. A kétmintás t-próba eredményei alapján elmondható, hogy a dohányzó és a nem dohányzó fiatalok között a pszichológiai jóllét területén több esetben is kimutatható szignifikáns különbség. Tehát a pszichológiai jóllét kitartás skáláján [ $t(273) = 2,45$ ;  $p = 0,015$ ], az optimizmus skáláján [ $t(274) = 2,35$ ;  $p = 0,020$ ], a kapcsolódás skálán [ $t(274) = 2,36$ ;  $p = 0,022$ ] és a boldogság [ $t(274) = 5,40$ ;  $p < 0,001$ ] skáláján az eltérések szignifikánsak. Az átlageredmények azt jelzik, hogy minden esetben azok mutatnak magasabb szintet a jóllét dimenzióiban, akik az adatfelvételt megelőző három hónapban nem dohányoztak (l. 3. táblázat).

A Képességek és Nehézségek feltérképezése alapján az érzelmi és viselkedési problémák eltérően alakulnak a dohányzó és nem dohányzó fiatalok körében. A következő területeken mutathatók ki szignifikáns eltérések: érzelmi tünetek [ $t(260) = -3,66$ ;  $p < 0,001$ ], viselkedési

problémák [ $t(265) = -4,67$ ;  $p < 0,001$ ] és a hiperaktivitás [ $t(276) = -3,54$ ;  $p < 0,001$ ]. Az átlageredmények alapján minden esetben azok, akik dohányoztak, szignifikánsan több problémáról, tünetről számoltak be, mint azok, akik az adatfelvételt megelőző három hónapban nem dohányoztak (l. 3. táblázat). Az adatfelvételt megelőző három hónapban alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó fiatalokat szintén összehasonlítottuk kétmintás t-próba segítségével a vizsgált pszichés változók mentén. Azt tapasztaltuk, hogy a pszichológiai jóllét összetevői közül az elmélyülés [ $t(273) = 1,97$ ;  $p = 0,049$ ], a kitartás [ $t(273) = 3,26$ ;  $p = 0,001$ ], az optimizmus [ $t(274) = 2,32$ ;  $p = 0,021$ ] és a boldogság [ $t(274) = 4,27$ ;  $p < 0,001$ ] dimenzióiban mutatható ki szignifikáns különbség. Az átlageredmények alapján minden esetben az tapasztalható, hogy azok, akik az adatfelvételt megelőző három hónapban nem fogyasztottak alkoholt, szignifikánsan magasabb jólléti szintről számoltak be, mint azok, akik fogyasztottak alkoholt (3. táblázat).

3. táblázat. A pszichológiai jóllét, valamint a pszichés- és viselkedési problémák területén mutatott különbségek az adatfelvételt megelőző háromhavi szerhasználat tekintetében

Változók	Nem dohányzott	Dohányzott	t-érték	Nem fogyasztott alkoholt	Fogyasztott alkoholt	t-érték
	Átlag (SD)	Átlag (SD)		Átlag (SD)	Átlag (SD)	
EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét	3,90 (0,61)	3,51 (0,64)	3,79 <b>p &lt; 0,001</b>	3,97 (0,58)	3,71 (0,64)	3,54 <b>p &lt; 0,001</b>
– Elmélyülés	3,70 (0,78)	3,57 (0,83)	0,20 $p = 0,320$	3,78 (0,76)	3,59 (0,80)	1,97 <b>p = 0,049</b>
– Kitartás	3,66 (0,79)	3,33 (0,81)	2,45 <b>p = 0,015</b>	3,77 (0,78)	3,46 (0,80)	3,26 <b>p = 0,001</b>
– Optimizmus	3,73 (0,83)	3,40 (0,94)	2,35 <b>p = 0,020</b>	3,81 (0,77)	3,56 (0,92)	2,32 <b>p = 0,021</b>
– Kapcsolódás	4,34 (0,68)	4,00 (0,92)	2,36 <b>p = 0,022</b>	4,35 (0,71)	4,23 (0,75)	1,35 $p = 0,177$
– Boldogság	4,07 (0,88)	3,24 (1,11)	5,40 <b>p &lt; 0,001</b>	4,19 (0,82)	3,70 (1,00)	4,27 <b>p &lt; 0,001</b>
SDQ Képességek és Nehézségek Kérdőív	14,55 (5,89)	19,72 (5,13)	-4,96 <b>p &lt; 0,001</b>	14,7 (6,01)	15,83 (6,06)	-1,50 $p = 0,135$
– Érzelmi tünetek	3,66 (2,51)	5,28 (2,66)	-3,66 <b>p &lt; 0,001</b>	3,82 (2,50)	3,97 (2,68)	-0,46 $p = 0,648$
– Viselkedési problémák	2,72 (1,80)	4,17 (1,73)	-4,67 <b>p &lt; 0,001</b>	2,71 (1,86)	3,15 (1,83)	-1,93 $p = 0,055$
– Hiperaktivitás	4,00 (2,18)	5,33 (2,06)	-3,54 <b>p &lt; 0,001</b>	3,78 (2,24)	4,60 (2,11)	-3,09 <b>p = 0,002</b>
– Kortárskapcsolati problémák	2,57 (2,06)	3,40 (2,26)	-1,80 $p = 0,073$	2,86 (2,12)	2,83 (2,09)	0,09 $p = 0,928$
– Proszocialitás	7,46 (2,02)	7,34 (2,18)	0,35 $p = 0,728$	7,77 (2,00)	7,13 (2,04)	2,55 <b>p = 0,011</b>

Megjegyzés: Kétmintás t-próba.

Továbbá a Képességek és Nehézségek skála alapján, több területen igazolhatók számottevő különbségek a szerfogyasztó és nem fogyasztó csoportok között. Az adatok alapján a hiperaktivitás [ $t(267) = -3,09$ ;  $p = 0,002$ ] és a proszocialitás skálán [ $t(265) = 2,55$ ;  $p = 0,011$ ] tapasztalhatók szignifikáns eltérések. Az átlageredmények azt mutatják, hogy azok, akik az adatfelvételt megelőző három hónapban fogyasztottak alkoholt, szignifikánsan több tünetet jeleztek a hiperaktivitás skálán, és kevésbé jellemző rájuk a proszociális viselkedés, mint azokra, akik nem fogyasztottak alkoholt (3. táblázat).

### Bináris logisztikus regressziós elemzések eredményei

A bináris logisztikus regressziós eljárás segítségével teszteltük a jelenlegi dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatot, és ennek segítségével tártuk fel, mely tényezőknek van esélynövelő (kockázati), illetve esélycsökkentő (protektív) hatása a szerfogyasztásra. Az elemzés során az értékelésnél az 1-nél nagyobb esélyhányados (EH = Odds Ratio) esélynövelő, az 1-nél kisebb pedig esélycsökkentő hatást jelez. A szignifikancia igazolásához a  $p$  érték mellett 95%-os konfidenciaintervallumot (95% CI) is számítottunk. Az eredményeket a 4. táblázat mutatja be.

A dohányzás estében az találtuk, hogy a pszichológiai jóllét összességben (EH = 0,40; 95% CI = 0,24–0,66;  $p < 0,001$ ), valamint a dimenziói közül a kitartás (EH = 0,61; 95% CI = 0,41–0,91;  $p < 0,05$ ), az optimizmus (EH = 0,65; 95% CI = 0,45–0,94;  $p < 0,05$ ), a kapcsolódás (EH = 0,57; 95% CI = 0,38–0,84;  $p < 0,01$ ) és a boldogság (EH = 0,44; 95% CI = 0,31–0,61;  $p < 0,001$ ) jelentősen csökkentik a dohányzás esélyét. Ezzel szemben az eredmények alapján az életkor (EH = 1,64; 95% CI = 1,37–1,97;  $p < 0,001$ ), valamint a mentális és a viselkedési problémák, úgymint az érzelmi tünetek (EH = 1,27; 95% CI = 1,11–1,46;  $p < 0,01$ ), a viselkedési tünetek (EH = 1,50; 95% CI = 1,24–1,80;  $p < 0,001$ ) és a hiperaktivitás (EH = 1,32; 95% CI = 1,12–1,60;  $p < 0,01$ ) szignifikáns esélynövelő hatással vannak a dohányzás valószínűségére. Az életkor szerinti csoportok terén szintén igazolható az esélynövelő hatás a 15-18 éves korosztályban: EH = 7,34; 95% CI = 3,26–16,55;  $p < 0,001$  (4. táblázat).

Az alkoholfogyasztás esetében szintén megfigyelhető, hogy a pszichológiai jóllét összességében (EH = 0,50; 95% CI = 0,33–0,74;  $p < 0,01$ ), valamint a dimenziói közül a kitartás (EH = 0,61; 95% CI = 0,44–0,82;  $p < 0,01$ ), az optimizmus (EH = 0,72; 95% CI = 0,54–0,95;  $p < 0,05$ ) és a boldogság (EH = 0,58; 95% CI = 0,44–0,75;  $p < 0,001$ ) szignifikánsan jelentős esélycsökkentő hatású. Továbbá szintén szignifikáns esélycsökkentés figyelhető meg a proszocialitás esetében (EH = 0,86; 95% CI = 0,76–0,96;  $p < 0,05$ ). Azonban az életkor (EH = 2,17; 95% CI = 1,74–2,70;  $p < 0,01$ ). Ezzel szemben a hiperaktivitás tünetei (EH = 1,19; 95% CI = 1,06–1,33;  $p < 0,05$ ) szignifikáns esélynövelő hatással bírnak az alkoholfogyasztásra. Az életkor szerepét az esélyhányados korcsoportonkénti adatai is megerősítik: EH = 7,88; 95% CI = 4,57–13,59;  $p < 0,001$  (4. táblázat).

## Megvitatás

Kutatásunk fókuszában a serdülő korosztály állt, mely korosztály a leginkább veszélyeztetett a rizikómagatartások és a felnőttkori mentális egészségbeli problémák megjelenése szempontjából. Célunk volt, hogy a nemzetközi kutatások alapján még mindig súlyos közegészségügyi problémát jelentő szerfogyasztások, jelen esetben a dohányzás és az alkoholfogyasztás prevalenciáját feltárjuk a vizsgált populációban. További célunk volt, hogy a korosztály egészség-

rizikó-magatartása mögött meghúzódó egyéni pszichés mechanizmusokat és protektív faktorokat megvizsgáljuk, így azok segítségünkre lehetnek a későbbiekben a korosztályt célzó intervenciók és prevenciók stratégiák kialakításában. A rizikómagatartásokkal szembeni protektív tényezők feltárását a mentális egészség és a pszichológiai jóllét szemszögéből közelítettük meg, hiszen a pszichológiai jóllét elősegítése a serdülőkorban közegészségügyi prioritás (Walsh et al., 2020; WHO, 2019). A mentális problémák és a pszichológiai jóllét mérésére két, már hazánkban is validált kérdőívet alkalmaztunk. A pszichológiai jóllét mérésére az EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét Kérdőívet használtuk fel, mely öt területen méri a serdülők jóllétmutatóit. A serdülők mentális nehézségeinek mérésére pedig a Képességek és Nehézségek (SDQ) kérdőívet alkalmaztuk, mely kérdőív alkalmas az internalizáló és az externalizáló tünetek mellett a proszociális viselkedés feltárására is. Mindkét kérdőív belső konzisztencia mutatója a megfelelő tartományba esett, így alkalmas volt a konstrukciók mérésére.

4. táblázat. Az aktuális szerhasználat alapján végzett bináris logisztikus elemzés (EH, esélyhányados)

Prediktor változók	Dohányzás az elmúlt 3 hónapban	Alkoholfogyasztás az elmúlt 3 hónapban
	EH <sup>b</sup> (95% CI) <sup>c</sup>	EH <sup>b</sup> (95% CI) <sup>c</sup>
<i>Szociodemográfiai változók</i>		
Kor (év)	1,64 (1,37–1,97)***	2,17 (1,74–2,70)***
Nem		
Fiú <sup>a</sup>	1,00	1,00
Lány	0,76 (0,39–1,45)	0,86 (0,53–1,38)
Korcsoport		
11-13 év <sup>a</sup>	1,00	1,00
14-18 év	7,34 (3,26–16,55)***	7,88 (4,57–13,59)***
<i>EPOCH-H Serdülőkori Pszichológiai Jóllét</i>		
Elmélyülés	0,40 (0,24–0,66)***	0,50 (0,33–0,74)**
Kitartás	0,81 (0,54–1,22)	0,73 (0,64–1,00)
Optimizmus	0,61 (0,41–0,91)*	0,61 (0,44–0,82)**
Optimizmus	0,65 (0,45–0,94)*	0,72 (0,54–0,95)*
Kapcsolódás	0,57 (0,38–0,84)**	0,80 (0,57–1,11)
Boldogság	0,44 (0,31–0,61)***	0,58 (0,44–0,75)***
<i>SDQ Képességek és Nehézségek</i>		
Érzelmi tünetek	1,16 (1,09–1,24)***	1,03 (0,99–1,07)
Érzelmi tünetek	1,27 (1,11–1,46)**	1,02 (0,93–1,12)
Viselkedési tünetek	1,50 (1,24–1,80)***	1,13 (0,99–1,29)
Hiperaktivitás	1,32 (1,12–1,60)**	1,19 (1,06–1,33)**
Kortárskapcsolódási problémák	1,15 (0,98–1,33)	0,99 (0,88–1,11)
Proszocialitás	0,97 (0,82–1,14)	0,86 (0,76–0,96)*

Megjegyzés: Az egyes független változók és a függő változó kapcsolatát jellemző esélyhányadosok a külön-külön elvégzett logisztikus regresszióelemzésekben származnak.

<sup>a</sup> Referencia kategória    <sup>b</sup> EH (Esélyhányados)    <sup>c</sup> CI95% (95%-os Konfidenciaintervallum)

\*p < 0,05    \*\*p < 0,01    \*\*\*p < 0,001

Kutatásunk első lépéseként a részt vevő serdülők szerhasználati gyakoriságait állapítottuk meg. Eredményeink egybevágának a nemzetközi HBSC- és az európai ESPAD-kutatások hazai eredményeivel, amelyek szerint hazánkban a serdülők körében még mindig magas a szerek kipróbálási, valamint használati előfordulása. Ugyancsak megerősítettük azokat a kutatási eredményeket, melyek szerint mind az élet-, mind pedig a háromhavi prevalenciát nézve a nemek közötti eltérések eltűnőben vannak (Elekes et al., 2020; Németh et al., 2019). A magas szerhasználati arány a jelenben és a későbbiekben is súlyos társadalmi és egészségügyi problémát jelent, hiszen a fiatalon kialakult függőségek előre jelzik a felnőttkori használatot, valamint mutatói lehetnek a felnőttkori egészségi állapotbeli problémáknak (Frobel et al., 2022).

A kutatásunk második lépéseként a kiválasztott pszichés tényezőket vizsgáltuk meg. Összehasonlítottuk a pszichológiai jóllét és az SDQ területeit is a nemek tekintetében. Azt találtuk, hogy a pszichológiai jóllét esetében egyedül a boldogság alszállán van számottevő különbség a nemek között: a lányok szignifikánsan alacsonyabb boldogságról számoltak be, mint a fiúk. Ez az eredmény megerősíti azokat a korábbi kutatási eredményeket, amelyek szerint a lányok serdülőkori világképe, világlátása eltérhet a fiúkétól. A serdülő lányok érzékenyebbek lehetnek, számos szempontból másképp érzékelhetik a világot, mint a serdülő fiúk, ezek az észlelések pedig összetettebbek és sok esetben negatívabbak lehetnek. Ez a lányok fokozott érzékenységet jelenti ebben az életkorban, de a viselkedési és érzelmi problémák nagyobb kockázatát is eredményezheti (Liu et al., 2022; Ronen et al., 2016).

A Képességek és a Nehézségek területein a nemek tekintetében elmondható, hogy a lányok szignifikánsan több érzelmi problémáról számoltak be, azonban szignifikánsan jellemzőbb rájuk a proszociális viselkedés, mint a fiúkra. Ez az eredmény szintén a serdülő lányok sajátos érzelmi fejlődésére utalhat, amivel az érzelmi skálák összetettebb kifejezésére képesek, így azonban érzékenyebbé válhatnak az érzelmi-hangulati problémákra (Liu et al., 2022; Ronen et al., 2016). A proszocialitás magas szintjét szintén a lányok szenzitivitásával lehet kapcsolatba hozni. Korábbi kutatások is rávilágítottak, hogy az olyan proszociális viselkedések, mint a másokkal való együttérzés és a segítség, inkább jellemző a lányokra, mint a fiúkra (Brassai & Pikó, 2011).

Kutatásunk következő lépésében összehasonlítottuk a pszichológiai jóllét és az SDQ területeit a háromhavi szerhasználat tekintetében. Eredményeink alapján látható, hogy az, aki dohányzott az adatfelvételt megelőző három hónapban, a pszichológiai jóllét elmélyülés, kitartás, optimizmus, kapcsolódás és boldogság alszálláján is szignifikánsan alacsonyabb eredményt mutatott. Az alkoholfogyasztás esetében szintén hasonló mintázat figyelhető meg. Tovább az, aki az adatfelvételt megelőző három hónapban alkoholt fogyasztott, szignifikánsan alacsonyabb értékekről számolt be az elmélyülés, a kitartás, az optimizmus és a boldogság területén. Ezek az eredmények alátámasztják, hogy a mentális jóllét összefüggésbe hozható a szerhasználattal, az alacsony mentális jóllét hajlamosíthat a rizikómagatartásra, különösen a serdülők alkoholfogyasztására és dohányzására (Aucott et al., 2014; Dudok & Pikó 2023a, b; Schwartz et al., 2011).

Az SDQ területeit illetően megfigyelhető, hogy a szerhasználók és nem használók között elsősorban a dohányzás mutat eltérést a mentális élet nehézségeiben a két csoport között. Tehát a dohányzás esetében azt találtuk, hogy azok, akik dohányoztak az elmúlt három hónapban, több érzelmi tünetet, több viselkedési problémát, valamint nagyobb mértékű hiperaktivitási tüneteket mutattak, míg az alkoholfogyasztás esetében csak a hiperaktivitási tünetek esetében volt kimutatható számottevő különbség a két csoport között. Továbbá az alkoholfogyasztást illetően azok, akik nem fogyasztottak alkoholt az adatfelvételt megelőző három hónapban, szignifikánsan magasabb szintű proszociális viselkedésről számoltak be. Ezek az eredmények

összhangban vannak azon korábbi kutatási eredményekkel, amelyek az externalizáló problémaviselkedés és a szerhasználat közötti kapcsolatot tárták fel (Fidalgo et al., 2016, Lee et al., 2021; Pearson et al., 2006). Eredményeink alapján a dohányzók magasabb érzelmi tünetei a serdülőkori dohányzás mögött meghúzódó motivációs okoknak tudhatók be, s így az internalizáló viselkedési nehézségek és a dohányzás közötti kapcsolatra utalhatnak. A serdülők ugyanis gyakran olyankor fordulnak a dohányzás lehetősége felé, amikor stresszel járó élményekkel találkoznak, és nem tudnak megbirkózni az ebből fakadó problémákkal, vagy pedig az identitásválság feszültsége túl nagy mértékű teher a számukra (Cheng & Furham, 2019).

Kutatásunk következő lépéseként bináris logisztikus regressziós elemzés segítségével vizsgáltuk meg, hogy a pszichológiai jóllét és területei, valamint az SDQ területei védő-, illetve rizikóhatással vannak-e a szerfogyasztásra. Ezt mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás esetében megtettük. Eredményeink azt mutatják, hogy a pszichológiai jóllét és a mentális élet nehézségei is összefüggésbe hozhatók a rizikómagatartás megjelenésével. A dohányzás esetében a pszichológiai jóllét területei közül a kitartás, az optimizmus, a kapcsolódás és a boldogság minden esetben esélycsökkentő hatással bírtak a dohányzás megjelenésére, tehát protektív faktornak bizonyulnak. Ezzel szemben az SDQ bizonyos területei – az érzelmi és viselkedési tünetek, illetve a hiperaktivitás – minden esetben esélynövelő hatással voltak a dohányzásra, tehát rizikófaktornak tekinthetők a dohányzást illetően. Az alkoholfogyasztás esetében hasonló tendencia mutatkozik meg. Az adatok szerint a pszichológiai jóllét területei közül a kitartás, az optimizmus, valamint a boldogság területei minden esetben esélycsökkentő hatással voltak az alkoholfogyasztásra, így protektív tényezőként gondolhatunk rájuk, míg az SDQ alapján a hiperaktivitás tünetei növelték az alkoholfogyasztás megjelenését, tehát rizikótényezőnek minősülnek. Továbbá azt találtuk, hogy az alkoholfogyasztás esetében a proszociális viselkedés esélycsökkentő hatással bír, azaz protektív faktorként tekinthetünk rá. Ezek az eredmények összhangban állnak a korábbi vizsgálatok eredményeivel, miszerint a mentális jóllét elősegítheti a szerhasználat csökkentését, azaz protektív tényezőnek bizonyul mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás esetében (Dudok & Pikó, 2023a, b; Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2011). Továbbá eredményeink bizonyítékként szolgálnak arra is, hogy mind az externalizáló-, mind pedig az internalizáló problémák potenciális rizikót jelentek a serdülőkori dohányzással kapcsolatosan. A proszociális viselkedés eredményei szintén összefüggésben vannak a korábbi kutatások adataival, miszerint az olyan proszociális viselkedésformák, mint a szociális aktivitás vagy a konstruktív magatartásformák megléte, illetve a másokkal való együttműködés együtt jár a dohányzás és az alkoholfogyasztás elkerülésével (Brassai & Pikó, 2011; Hassan et al., 2020).

Elemzésünk során lehetőségünk volt két különálló korcsoportot kialakítani: az elsőbe a 11-13 évesek kerültek, míg a második csoportba a 14-18 évesek. Ez a csoportosítás a serdülőkori két jelentős szakaszt jelképezi, amelyek között pszichológiai, biológiai és szociális szempontból is fontos különbségek mutatkoznak. Az első csoportban (11-13 évesek) a serdülők még jellemzően a korai pubertás fázisában vannak, amikor az érzelmi és viselkedésbeli szabályozás kezd formálódni. Ebben az időszakban nagyobb szerepe lehet a szülői kontrollnak és a családi háttérnek a viselkedés formálásában, valamint a kockázati magatartások megjelenésében (Shulman et al., 2015). Ezzel szemben a 14-18 évesek már a kései serdülőkorbba lépnek, ahol a kortárskapcsolatok befolyása jelentősebbé válik, és az önállóság, valamint a kockázatvállalási hajlam fokozódik (Steinberg, 2007). Eredményeink alapján a fiatalabb korcsoporthoz való tartozás protektív tényezőként jelenhet meg a szerfogyasztással kapcsolatosan. Ezáltal a prevencióban érdemesebb a fiatalabb korosztályra fókuszálni.

Végeredményben a kutatás eredményei arra világítanak rá, hogy mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás összefüggést mutat a pszichológiai jólléttel és a viselkedési problémákkal. Az eredmények több szempontból is rávilágítanak a serdülőkorúak kockázati magatartásának és mentális egészségének összefüggéseire. Kutatásunk szerint a serdülők jelentős része kapcsolatba kerül a dohányzással és/vagy az alkoholfogyasztással, azaz a dohányzás és az alkoholfogyasztás továbbra is kiemelt figyelmet igénylő közegészségügyi probléma. Az adatok azt sugallják, hogy a serdülők pszichológiai jóllétének erősítése hatékony megközelítés lehet a kockázati magatartások csökkentésére. A jóllét dimenziói közül különösen a kapcsolódás és az optimizmus mutatott erősebb negatív összefüggést a dohányzás és alkoholfogyasztás prevalenciájával. Ellenben a viselkedési problémák, különösen az érzelmi tünetek és a hiperaktivitás, szignifikánsan magasabb gyakoriságot mutattak a dohányzó és alkoholt fogyasztó serdülők körében. A mentális egészség problémái, valamint a kockázati magatartások között tehát szoros kapcsolat van, ami alátámasztja a komplex intervenciók szükségességét, amelyek egyaránt foglalkoznak a mentális egészség és a problémaviselkedés kihívásaival. Kutatásunk továbbá kimutatta, hogy vannak nemek szerinti különbségek a pszichológiai jóllét és a viselkedési problémák terén. A lányok körében magasabbak voltak az érzelmi tünetek és a proszocialitás pontszámai, míg a fiúk boldogságérzete nagyobb mértékű. Ezek az eltérések fontos szempontot jelenthetnek a preventív programok kialakításánál, amelynek során ajánlott nagyobb hangsúlyt fektetni a mentális jóllét komponensei mellett a viselkedési problémák korai felismerésére és kezelésére. Különösen a hiperaktív és impulzív viselkedési minták felismerése lehet kulcsfontosságú a szerhasználat megelőzésében.

A kutatás korlátai között meg kell említenünk a minta nem reprezentatív voltát, valamint a keresztmetszeti adatgyűjtésből adódó korlátozottságot az ok-okozati kapcsolatok tisztázására. Továbbá a kutatás nem terjedt ki a serdülők társas és szocioökonómiai háttérének vizsgálatára, beleértve a szülői és kortársi minták szerepét a kockázati magatartások kialakulásában, valamint a család struktúráját és az iskolai végzettségek hatását. Ezek a tényezők jelentős befolyással lehetnek a vizsgált jelenségekre, ezért javasolt lenne a jövőbeni kutatásokban ezeket is figyelembe venni, hogy átfogóbb képet kapjunk a szerfogyasztás háttérében álló mechanizmusokról. Javasolt további longitudinális kutatások elvégzése a kockázati magatartások és a mentális jóllét változásainak hosszú távú követésére. A jövőbeni kutatásoknak érdemes lenne kiterjeszteniük a mintát és longitudinális vizsgálatot alkalmazni a serdülőkorú kockázati magatartások dinamikájának mélyebb megértése érdekében. További lehetséges kiterjesztése a kutatásnak a korosztályi különbségek részletesebb vizsgálata, akár további alcsoportokat kialakítva, hogy még precízebb képet kapjunk a serdülőkor különböző szakaszaiban megjelenő kockázati tényezőkről és védőfaktorokról. Emellett érdemes lenne a kutatásba a szakirodalomban említett iskolai közeget is bevonni, ezáltal a kortársak, az iskolai teljesítmény, valamint a kudarcok szerepét mint közvetítő tényezőt elemezni.

Végül a gyakorlati implikációkat tekintve kutatásunk eredményei további adalékokkal szolgálhatnak a preventív programokhoz és beavatkozásokhoz a serdülők körében, különös tekintettel a mentális jóllét előmozdítására. A preventív programok célja, hogy csökkentsék a serdülők rizikómagatartásait, például a dohányzást, alkoholfogyasztást és más egészségkárosító viselkedéseket. Az olyan beavatkozások, amelyek a mentális egészség és a pszichológiai jóllét fejlesztésére összpontosítanak, jelentős hatással lehetnek a szerhasználat megelőzésére (Barrett et al., 2024). Eredményeink támogatják, hogy a pozitív érzelmek és a mentális rugalmasság fejlesztése, valamint a proszociális viselkedés előmozdítása kulcsfontosságú eszközei lehetnek a rizikómagatartások csökkentésének (Diener & Chan, 2011; Friedman & Kern, 2014; Heizomi et al., 2015; Inagaki et al., 2022). A magas szintű pszichológiai jóllét így vé-



dőfaktorként funkcionálhat, és jelentősen csökkentheti a serdülők körében a kockázati viselkedések előfordulását (Ronen et al., 2016; Schwartz et al., 2011). A preventív programoknak olyan elemeket is tartalmazniuk kell, amelyek a depressziós tünetek csökkentésére, a stresszkezelési technikák fejlesztésére és az érzelmi rugalmasság növelésére irányulnak, valamint a proszociális készségek fejlesztését is hangsúlyozzák, és lehetőséget biztosítanak a serdülők számára, hogy aktívan részt vegyenek ilyen tevékenységekben.

## Irodalom

- Aliyev, B., Rustamov, E., Satıcı, S. A., & Zalova Nuriyeva, U. (2024). Azerbaijani adaptation of the WHO-5 wellbeing index: Investigating its relationship with psychological distress, resilience, and life satisfaction. *BMC Psychology*, *12*(1), 100. doi: [10.1186/s40359-024-01593-0](https://doi.org/10.1186/s40359-024-01593-0)
- Allen, J. P., Loeb, E. L., Narr, E. K., & Costello, M. A. (2021). Different factors predict adolescent substance use versus adult substance abuse: Lessons from a social-developmental approach. *Development and Psychopathology*, *33*(3), 792–802. doi: [10.1017/S095457942000005X](https://doi.org/10.1017/S095457942000005X)
- Aucott, L., Poobalan, A., McCallum, M., & Smith, W. C. S. (2014). Mental well-being related to lifestyle and risky behaviours in 18-25 year olds: Evidence from North-East Scotland. *International Journal of Public Health Research*, *4*(1), 431–440.
- Barrett, S., Muir, C., Burns, S., Adjei, N., Forman, J., Hackett, S., Hirve, R., Kaner, E., Lynch, R., Taylor-Robinson, D., Wolfe, I., & McGovern, R. (2024). Interventions to reduce parental substance use, domestic violence and mental health problems, and their impacts upon children's well-being: A systematic review of reviews and evidence mapping. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 393–412. doi: [10.1177/15248380231153867](https://doi.org/10.1177/15248380231153867)
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., & Gervai, J. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, *23*(5), 358–365.
- Blakemore, S. J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, *65*, 187–207. doi: [10.1146/annurev-psych-010213-115202](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202)
- Borca, G., Rabaglietti, E., Roggero, A., Keller, P., Haak, E., & Begotti, T. (2017). Personal values as a mediator of relations between perceived parental support and control and youth substance use. *Substance Use & Misuse*, *52*(12), 1589–1601. doi: [10.1080/10826084.2017.1293103](https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293103)
- Brassai L., & Pikó, B. (2011). Searching for meaning in life and prosocial behavior as protective factors against adolescent substance use. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *12*(1), 17–34. doi: [10.1556/Mental.12.2011.1.2](https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.1.2)
- Brumback, T., Thompson, W., Cummins, K., Brown, S., & Tapert, S. (2021). Psychosocial predictors of substance use in adolescents and young adults: Longitudinal risk and protective factors. *Addictive Behaviors*, *121*, 106985. doi: [10.1016/j.addbeh.2021.106985](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106985)
- Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM – Population Health*, *13*, 100742. doi: [10.1016/j.ssmph.2021.100742](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742)
- Carlo, G., Crockett, L. J., Wilkinson, J. L., & Beal, S. J. (2011). The longitudinal relationships between rural adolescents' prosocial behaviors and young adult substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*(9), 1192–1202. doi: [10.1007/s10964-010-9588-4](https://doi.org/10.1007/s10964-010-9588-4)
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1124*, 111–126. doi: [10.1196/annals.1440.010](https://doi.org/10.1196/annals.1440.010)
- Centers for Disease Control and Prevention (2024, January). *Mental health*. National Center for Injury Prevention and Control. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>

- Chau, K., Kabuth, B., Causin-Brice, O., Delacour, Y., Richoux-Picard, C., Verdin, M., Armand, I., & Chau, N. (2016). Associations between school difficulties and health-related problems and risky behaviours in early adolescence: A cross-sectional study in middle-school adolescents in France. *Psychiatry Research*, *244*, 1–9. doi: [10.1016/j.psychres.2016.07.008](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.008)
- Chen, C.-Y., Storr, C. L., Tang, G.-M., Huang, S.-L., Hsiao, C. K., & Chen, W. J. (2008). Early alcohol experiences and adolescent mental health: A population-based study in Taiwan. *Drug and Alcohol Dependence*, *95*(3), 209–218. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2008.01.018](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.018)
- Cheng, H., & Furnham, A. (2019). Teenage locus of control, psychological distress, educational qualifications and occupational prestige as well as gender as independent predictors of adult binge drinking. *Alcohol*, *76*, 103–109. doi: [10.1016/j.alcohol.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.08.008)
- Das, P., Das, T., & Roy, T. B. (2023). Social jeopardy of substance use among adolescents: A review to recognize the common risk and protective factors at the global level. *Psychoactives*, *2*(2), 113–132. doi: [10.3390/psychoactives2020008](https://doi.org/10.3390/psychoactives2020008)
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, *3*(1), 1–43. doi: [10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x)
- Dimitriadis, D. G., Mamplekou, E., Dimitriadis, P. G., Dimitriadis, G. D., & Papageorgiou, C. (2016). The association between smoking and psychopathology adjusted for body mass index and gender. *Australian Psychiatry*, *24*(5), 441–444. doi: [10.1177/1039856216646228](https://doi.org/10.1177/1039856216646228)
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023a). A kockázati magagtartás és a mentális jóllét összefüggéseinek vizsgálata felső tagozatos iskolások körében. *Egészségfejlesztés*, *64*(1), 14–29. doi: [10.24365/ef.8341](https://doi.org/10.24365/ef.8341)
- Dudok, R., & Pikó, B. (2023b). Multi-level protective factors of adolescent smoking and drinking. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *13*(6), 932–947. doi: [10.3390/ejihpe13060071](https://doi.org/10.3390/ejihpe13060071)
- Efrati, Y. (2023). Risk and protective factor profiles predict addictive behavior among adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *123*, 152387. doi: [10.1016/j.comppsy.2023.152387](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152387)
- Elekes, Zs., Arnold, P., & Bencsik, N. (2020). *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Corvinus Egyetem.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W.W. Norton.
- ESPAD Group (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union. doi: [10.2810/877033](https://doi.org/10.2810/877033)
- Ferguson, L. J., & Gunnell, K. E. (2016). Eudaimonic well-being: A gendered perspective (pp. 427–436). In J. Vittersø (Ed), *Handbook of eudaimonic well-being*. Springer. doi: [10.1007/978-3-319-42445-3\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_28)
- Fidalgo, T. M., Sanchez, Z. M., Caetano, S. C., Maia, L. O., Carlini, E. A., & Martins, S. S. (2016). The association of psychiatric symptomatology with patterns of alcohol, tobacco, and marijuana use among Brazilian high school students: Psychiatric symptoms, alcohol, tobacco, and marijuana use. *The American Journal on Addictions*, *25*(5), 416–425. doi: [10.1111/ajad.12407](https://doi.org/10.1111/ajad.12407)
- Fitzgerald, A., Maguire, J., & Dooley, B. (2016). Substance misuse and behavioral adjustment problems in Irish adolescence: Examining contextual risk and social proximal factors. *Substance Use & Misuse*, *51*(13), 1790–1809. doi: [10.1080/10826084.2016.1197938](https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1197938)
- Friedman, H. S., & Kern, M. L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology*, *65*, 719–742. doi: [10.1146/annurev-psych-010213-115123](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115123)
- Frobel, W., Grafe, N., Meigen, C., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Poulain, T. (2022). Substance use in childhood and adolescence and its associations with quality of life and behavioral strengths and difficulties. *BMC Public Health*, *22*(1), 275. doi: [10.1186/s12889-022-12586-2](https://doi.org/10.1186/s12889-022-12586-2)
- Gómez-Baya, D., Lucia-Casademunt, A. M., & Salinas-Pérez, J. A. (2018). Gender differences in psychological well-being and health problems among European health professionals: Analysis of psychological basic needs and job satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*, 1474. doi: [10.3390/ijerph15071474](https://doi.org/10.3390/ijerph15071474)
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–586. doi: [10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x)

- Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32(4), 768–776.  
doi: [10.1037/0012-1649.32.4.768](https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.768)
- Hassan, N. M., Aziz, A., Husain, R., Daud, N., & Juhari, S. N. (2020). Association of prosocial behavior with ever smoking and alcohol drinking among school-going adolescents. *Heliyon*, 6(7), e04530. doi: [10.1016/j.heliyon.2020.e04530](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04530)
- Heizomi, H., Allahverdipour, H., Jafarabadi, M. A., & Safaian, A. (2015). Happiness and its relation to psychological well-being of adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 16, 55–60.  
doi: [10.1016/j.ajp.2015.05.037](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.05.037)
- Inagaki, T. K., MacCormack, J. K., & Muscatell, K. A. (2022). Prosocial and positive health behaviors during a period of chronic stress protect socioemotional well-being. *Affective Science*, 3(1), 160–167. doi: [10.1007/s42761-021-00095-1](https://doi.org/10.1007/s42761-021-00095-1)
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jästad, A., & Cosma, A. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Jackman, P. C., & Sisson, K. (2022). Promoting psychological well-being in doctoral students: A qualitative study adopting a positive psychology perspective. *Studies in Graduate and Postdoctoral Education*, 13(1), 19–35. doi: [10.1108/SGPE-11-2020-0073](https://doi.org/10.1108/SGPE-11-2020-0073)
- Kasik, L., & Gál, Z. (2014). Óvodások szociálisprobléma-megoldó gondolkodása szülei és pedagógusai véleménye alapján. *Magyar Pedagógia*, 114(3), 189–213.  
<https://www.magyarpedagogia.hu/index.php/magyarpedagogia/article/view/69>
- Kern, M. L., Benson, L., Steinberg, E. A., & Steinberg, L. (2016). The EPOCH measure of adolescent well-being. *Psychological Assessment*, 28(5), 586–597. doi: [10.1037/pas0000201](https://doi.org/10.1037/pas0000201)
- Láng, A. (2019). A serdülőkori pszichológiai jóllét multidimenzionális mérőeszköze: Az EPOCH kérdőív magyar változatának (EPOCH-H) pszichometria jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(1), 12–34. doi: [10.1556/0406.20.2019.002](https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.002)
- Lee, Y.-T., Huang, Y.-H., Tsai, F.-J., Liu, H.-C., Sun, F.-J., Tsai, Y.-J., & Liu, S.-I. (2021). Prevalence and psychosocial risk factors associated with current cigarette smoking and hazardous alcohol drinking among adolescents in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(1), 265–274. doi: [10.1016/j.jfma.2020.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.05.003)
- Lerner, R. M., Dowling, E. M., & Anderson, P. M. (2003). Positive youth development: Thriving as a basis of personhood and civil society. *Applied Developmental Science*, 7, 172–180.  
doi: [10.1207/S1532480XADS0703\\_8](https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_8)
- Li, R., Kao, C., & Wu, Y. (2015). Gender differences in psychological well-being: Tests of factorial invariance. *Quality of Life Research*, 24, 2577–2581. doi: [10.1007/s11136-015-0999-2](https://doi.org/10.1007/s11136-015-0999-2)
- Liu, B., Tian, L., Yang, S., Wang, X., & Luo, J. (2022). Effects of multidimensional self-esteems on Health Promotion Behaviors in Adolescents. *Frontiers in Public Health*, 10, 847740.  
doi: [10.3389/fpubh.2022.847740](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.847740)
- Lowthian, E., Page, N., Melendez-Torres, G. J., Murphy, S., Hewitt, G., & Moore, G. (2021). Using latent class analysis to explore complex associations between socioeconomic status and adolescent health and well-being. *Journal of Adolescent Health*, 69(5), 774–781.  
doi: [10.1016/j.jadohealth.2021.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.013)
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. doi: [10.1111/cdev.12205](https://doi.org/10.1111/cdev.12205)
- Matud, M. P., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and psychological well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3531.  
doi: [10.3390/ijerph16193531](https://doi.org/10.3390/ijerph16193531)
- Morrell, H. E. R., Cohen, L. M., & al’Absi, M. (2008). Physiological and psychological symptoms and predictors in early nicotine withdrawal. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 89(3), 272–278. doi: [10.1016/j.pbb.2007.12.020](https://doi.org/10.1016/j.pbb.2007.12.020)
- Németh, Á. (2024). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása – 2022.* ELTE PPK, L’Harmattan Kiadó.

- Németh, Á., Horváth, Zs., & Várnai, D. (2019). Egészségmagatartás serdülőkorban – Mi történt az ezredforduló után? *Educatio*, 28(3), 472–494. doi: [10.1556/2063.28.2019.3.3](https://doi.org/10.1556/2063.28.2019.3.3)
- Orth, Z., Moosajee, F., & Van Wyk, B. (2022). Measuring mental wellness of adolescents: A systematic review of instruments. *Frontiers in Psychology*, 13, 835601. doi: [10.3389/fpsyg.2022.835601](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835601)
- Osland, S., Hirsch, L., & Pringsheim, T. (2017). Smoking, alcohol and drug use in youth and adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Open*, 3(3), 141–146. doi: [10.1192/bjpo.bp.116.004317](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004317)
- Park, N., & Peterson, C. (2003). Early intervention from the perspective of positive psychology. *Prevention & Treatment*, 6(1), 35c. doi: [10.1037/1522-3736.6.1.635c](https://doi.org/10.1037/1522-3736.6.1.635c)
- Pearson, M., Sweeting, H., West, P., Young, R., Gordon, J., & Turner, K. (2006). Adolescent substance use in different social and peer contexts: A social network analysis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(6), 519–536. doi: [10.1080/09687630600828912](https://doi.org/10.1080/09687630600828912)
- Raemen, L., Claes, R., Palmeroni, N., Buelens, T., Vankerckhoven, L., & Luyckx, K. (2022). Identity formation and psychopathological symptoms in adolescence: Examining developmental trajectories and co-development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 83, 101473. doi: [10.1016/j.appdev.2022.101473](https://doi.org/10.1016/j.appdev.2022.101473)
- Romer, D. (2010). Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology*, 52(3), 263–276. doi: [10.1002/dev.20442](https://doi.org/10.1002/dev.20442)
- Ronen, T., Hamama, L., Rosenbaum, M., & Mishely-Yarlap, A. (2016). Subjective well-being in adolescence: the Role of self-control, social support, age, gender and familial crisis. *Journal of Happiness Studies*, 17, 81–104. doi: [10.1007/s10902-014-9585-5](https://doi.org/10.1007/s10902-014-9585-5)
- Rózsa, S., & Kő, N. (2015). *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) pedagógiai diagnosztikai eszköz hazai adaptációja és szakemberek felkészítése a teszt használatára* [Kutatási Jelentés]. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Ruberu, T. L. M., Kenyon, E. A., Hudson, K. A., Filbey, F., Ewing, S. W. F., Biswas, S., & Choudhary, P. K. (2022). Joint risk prediction for hazardous use of alcohol, cannabis, and tobacco among adolescents: A preliminary study using statistical and machine learning. *Preventive Medicine Reports*, 25, 101674. doi: [10.1016/j.pmedr.2021.101674](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101674)
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. doi: [10.1159/000353263](https://doi.org/10.1159/000353263)
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. doi: [10.1037/bul0000102](https://doi.org/10.1037/bul0000102)
- Scalas, L. F., Lodi, E., Magnano, P., & Marsh, H. W. (2023). Towards a multidimensional measure of well-being: Cross-cultural support through the Italian validation of the well-being profile. *BMC Psychology*, 11(1), 441. doi: [10.1186/s40359-023-01485-9](https://doi.org/10.1186/s40359-023-01485-9)
- Schwartz, S. J., Donnellan, M. B., Ravert, R. D., Luyckx, K., & Zamboanga, B. L. (2013). Identity development, personality, and well-being in adolescence and emerging adulthood: Theory, research, and recent advances. In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, J. Mistry, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Developmental psychology* (2nd ed., pp. 339–364). John Wiley & Sons, Inc. doi: [10.1002/9781118133880.hop206014](https://doi.org/10.1002/9781118133880.hop206014)
- Schwartz, S. J., Waterman, A. S., Vazsonyi, A. T., Zamboanga, B. L., Whitbourne, A. K., Weiskirch, R. S., Vernon, M., Caraway, S. J., Kim, S. Y., Forthum, L. F., Donnellan, M. B., & Ham, L. S. (2011). The association of well-being with health risk behaviors on college-attending young adults. *Applied Developmental Science*, 15(1), 20–36. doi: [10.1080/10888691.2011.538617](https://doi.org/10.1080/10888691.2011.538617)
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, Ch. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421. doi: [10.1037/0003-066X.60.5.410](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410)
- Shulman, E. P., Harden, K. P., Chein, J. M., & Steinberg L. (2015). Sex differences in the developmental trajectories of impulse control and sensation-seeking from early adolescence to early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 1–17. doi: [10.1007/s10964-014-0116-9](https://doi.org/10.1007/s10964-014-0116-9)
- Steinberg, L. (2007). *Adolescence* (8th ed.). McGraw-Hill.

- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 83–110. doi: [10.1146/annurev.psych.52.1.83](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83)
- Sweeting, H., & Hunt, K. (2015). Adolescent socioeconomic and school-based social status, smoking, and drinking. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 37–45. doi: [10.1016/j.jadohealth.2015.03.020](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.020)
- Vallata, A., O’Loughlin, J., Cengelli, S., & Alla, F. (2021). Predictors of cigarette smoking cessation in adolescents: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 68(4), 649–657. doi: [10.1016/j.jadohealth.2020.09.025](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.025)
- Varga, Sz., & Pikó, B. (2015). Társas és egyéni pszichológiai tényezők szerepe a serdülők rizikómagatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(1), 35–54. doi: [10.1556/Mental.15.2014.003](https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.003)
- Visani, D., Albieri, E., Offidani, E., Ottolini, F., Tomba, E., & Ruini, C. (2011). Gender differences in psychological well-being and distress during adolescence. In I. Brdar (Ed.), *The human pursuit of well-being* (pp. 65–70). Springer. doi: [10.1007/978-94-007-1375-8\\_6](https://doi.org/10.1007/978-94-007-1375-8_6)
- Walsh, S. D., Sela, T., De Looze, M., Craig, W., Cosma, A., Harel-Fisch, Y., Boniel-Nissim, M., Malinowska-Cieślik, M., Vieno, A., Molcho, M., Ng, K., & Pickett, W. (2020). Clusters of contemporary risk and their relationship to mental well-being among 15-year-old adolescents across 37 countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S40–S49. doi: [10.1016/j.jadohealth.2020.02.012](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.012)
- WHO (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. World Health Organization.
- WHO (2019). *Report on the global tobacco epidemic, 2019*. World Health Organization.
- WHO (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization.
- Yan, B. W., Arias, E., Geller, A. C., Miller, D. R., Kochanek, K. D., & Koh, H. K. (2024). Widening gender gap in life expectancy in the US, 2010–2021. *JAMA International Medicine*, 184(1), 108–110. doi: [10.1001/jamainternmed.2023.6041](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6041)

## ABSTRACT

### ADOLESCENTS' HEALTH RISK BEHAVIORS IN LIGHT OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, STRENGTHS AND DIFFICULTIES


Réka Dudok & Bettina Pikó


Keywords: psychological well-being; health risk behaviour; smoking and drinking; protective factors; schoolchildren

Adolescent health risk behaviours, especially smoking and drinking, create a cause for concern worldwide. These forms of behaviour show close relationships with adolescents' mental health and well-being. The aim of the current study has been to explore these associations in a sample of Hungarian adolescents, with a special emphasis on the protective role of mental well-being. The study was based on a cross-sectional survey in which 276 adolescents aged between 11 and 18 years were the participants in the region of South-Pest. The data collection took place between 2021 and 2022 and involved questions on smoking and drinking as well as the EPOCH-H Adolescent Psychological Well-Being Scale and the SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire. During data analysis, descriptive statistics and binary logistic regression analyses were applied. Gender differences were not detected either in frequencies of smoking or drinking, although variations could be justified in terms of the well-being indicators, strengths and difficulties according to gender. Findings highlight that psychological well-being and health risk behaviours are linked. Based on the results, we can conclude that whereas difficulties and problem behaviours can increase, higher levels of well-being may decrease the likelihood of health risk behaviours. These findings can indirectly support the development of preventive interventions.

Magyar Pedagógia, 124(2). 89–110. (2024)

doi: 10.14232/mped.2024.2.89

Dudok Réka:  <https://orcid.org/0009-0008-7238-1224>  
Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola  
H-6722 Szeged, Petőfi Sándor sgt. 32–34.  
dudok.reka@edu.u-szeged.hu

Pikó Bettina:  <https://orcid.org/0000-0002-3072-9615>  
Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet  
H-6724 Szeged, Mars tér 20.  
fuzne.piko.bettina@med.u-szeged.hu