

## A TESTI, LELKI VÁLTOZÓK ÉS A MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK KÖZTI ÖSSZEFÜGGÉSEK

*Kern Boglárka*

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Embertani Tanszék, Budapest  
Témavezető: Prof. Bodzsár Éva DSc

**Kern B.: Relationship between somatic and psychological factors and the coping strategies.** Numerous social, psychological, behavioural, environmental and biological factors together influence our physical and mental health, stress occupying a significant role in this interaction. The lack of proper coping strategies with stress may lead to negative consequences, having an effect on the physical and mental health, ultimately unfavourably influencing the quality of life.

The subjects of the present study were a subsample of the 2nd Hungarian National Growth Study (2003–2006), a cross-sectional study to collect data on the biological and psycho-social status of children between 3 and 18 years. Altogether 1601 males and 1592 females (aged 10–18 years) were studied. The research can be considered domestically original, as the eight coping strategies depending on multiple variables were not examined before on a high number of Hungarian school-aged children.

The main goal of the dissertation is (1) to analyse the changes in the coping strategies, based on age and gender, and to examine the frequency of selected coping methods depending on (2) body shape, (3) sexual status, (4) socio-economic background, (5) psycho-somatic symptoms and (6) subjective health status and life satisfaction.

Our results evidenced that (1) age and gender fundamentally influence the frequency of the selected eight coping strategies; (2) in certain cases overweight and obese children more frequently apply less successful coping methods; (3) those who are more sexually mature in comparison to their peers more frequently utilize active coping strategies (however, it has not been verified that less mature choose less successful strategies); (4) children living in worse socio-economic status more frequently choose maladaptive coping methods and strategies to handle emotions caused by unchangeable situations; (5) psycho-somatic symptoms occur frequently both in the case of successful and less successful strategies; and (6) the use of adaptive strategies was typical of those who considered their health better and were more satisfied with their lives.

**Keywords:** Coping; Nutritional status; Sexual status; Socio-economic background; Psycho-somatic symptoms; Subjective health status; Life satisfaction.

### Bevezetés

Testi és lelki egészségünkre számos társadalmi, pszichológiai, magatartási és biológiai faktor interakciója hatással van. Ebben a hatásrendszerben a stressznek kiemelkedő szerepe van (Urbán 2006). A hétköznapi életben a stressz leggyakrabban negatív értelemben használatos, azonban maga a stressz és hatása nem mindig kedvezőtlen, és a stressz a fizikai és pszichés fejlődéshez elengedhetetlen (Selye 1956, 1976). A stressz viselkedés összetevője lényegében a megküzdés, angolul coping (Bárdos 2003, Urbán 2006).

A megküzdés (coping) leginkább elfogadott definíciója Lazarus nevéhez fűződik. „Megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel

az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemészítik aktuális személyes forrásait” (Lazarus 1966, Oláh 2005). Bár némi információvesztés árán, de a definíció egyszerűsíthető: a coping kognitív és viselkedéses erőfeszítésekből tevődik össze, amelyek segítségével kezelhető (minimalizálni, csökkenteni, felülkerekedni, túrni) a pszichológiai stressz (Lazarus 1993). A megküzdés kognitív folyamat, amely két részből áll. Az elsődleges értékelés során a helyzet észlelése, felmérése zajlik: ez az egyéntől függően lehet irreleváns, pozitív vagy stresszes. A másodlagos értékelés során a rendelkezésre álló lehetséges források felmérése zajlik, vagyis annak megállapítása, hogy melyik stratégia lenne hasznosabb az adott szituációban. Ezután a megküzdés folyamata során erőfeszítéseket teszünk a kiválasztott cselekvés végrehajtására (Lazarus 1984, Karkus és mtsai 2009).

### Vizsgált személyek és alkalmazott módszerek

A disszertáció vizsgálati alanyai a Második Országos Reprezentatív Növekedésvizsgálat (2003–2006, Bodzsár és Zsákai 2007, 2012, Zsákai és Bodzsár 2012a) almintáját képezték. Összesen 3193 gyermeket vizsgáltunk a 10–18 éves korintervallumban. A tanulmány külföldi és hazai viszonylatban originálisnak tekinthető, ugyanis iskoláskorú magyar gyermekek körében, nagy elemszámú mintán még nem vizsgálták a nyolc megküzdési stratégiát komplex szempontrendszer szerint.

(1) A kronológiai alcsoportokat az alábbiak szerint hoztuk létre: Korcsoport 1: 10–12 évesek (prepubertáskorúak), Korcsoport 2: 13–15 évesek (pubertáskorúak), Korcsoport 3: 16–18 évesek (posztpubertáskorúak).

(2) A tápláltsági állapotot (a) a WHO által ajánlott testtömeg-index (BMI) alapján az életkori jellemzőket figyelembe véve a Cole-féle kritikus értékek szerint (Cole és mtsai 2000; 2007); ill. (b) a lapocka alatt felvett bőrredővastagság medián értékei alapján becsültük.

(3) A testösszetételt Drinkwater-Ross-féle (1980) négykomponensű antropometriai módszer alapján becsültük (Bodzsár és Zsákai 2004).

(4) A szexuális érettségi státuszt a menarche, illetve oigarche megléte/hiánya alapján, az érési típusokat a leányoknál az emlők, a fiúknál a külső genitáliák fejlettségi szintje alapján becsültük (Tanner 1962).

(5) A megküzdést a Megküzdési Mód Preferencia Kérdőív alapján vizsgáltuk (Oláh 2005). A kérdőívben szereplő mondatok mindegyikéről meg kellett állapítaniuk a vizsgálatban résztvevő gyermekeknek, hogy milyen mértékben jellemző rájuk az adott állítás. A kérdőívben szereplő 51 kérdést nyolc nagy csoportba osztottuk. A nyolc nagy csoportot a későbbiekben három nagy csoportra is besoroltam. (a) *Problémacentrikus reagálás*, vagy más néven problémafókuszú megküzdési mód esetében a cél a fenyegetettség elhárítása, a helyzet megváltoztatása. (b) *Támaszkeresés*, amelynél a cél ilyenkor is a fenyegetettség elhárítása a veszély megszüntetése, de ehhez közreműködött igényel a személy. Ez a két megküzdés mód tekinthető aktív, és adaptív megküzdési módnak, hiszen magára a probléma megoldására összpontosítanak.

A következő 3 megküzdési módnál az érzelmek szabályozása áll a középpontban. (c) *Feszültségkontroll* esetében az alapvető cél a személyiség stabilitásának megőrzése, a figyelem a fenyegetésről az énre terelődik, de a személy nem adja fel a helyzetmódosítási lehetőséget. (d) *Figyelemelterelés* egy elhárítási manőver, a személy kilép a helyzetből, halogatja a közbeavatkozást. (e) *Emóciófókusz* esetében a személy erőfeszítései

elsősorban arra irányulnak, hogy a fenyegetettség keltette negatív, kellemetlen érzelmi állapot megszűnjön.

A harmadik nagy csoportba a kevésbé sikeres megküzdési módok tartoznak. (f) *Emóciókiürítés* esetében a fenyegetettség okozta feszültséget a személy kontrollálatlan (dühöngés, bosszúállás), nem célirányos reakciókban vezeti le. (g) *Önbüntetés*nél a fenyegetést, a negatív emocionális élményeket úgy értelmezi a személy, mint jogos és törvényszerű válaszokat az ő saját korábbi helytelen, nem kívánatos viselkedésére. (h) *Belenyugvás* esetében a személy úgy érzi, hogy el kell fogadnia azt, ami történt és együtt kell élnie a kialakult problémával.

(6) A szocio-ökonómiai státuszt (SES) a család jómódúsága alapján vizsgáltuk az autó, a számítógép és a nyaralásra vonatkozó kérdések, illetve a szülők foglalkozása és végzettsége alapján, a HBSC-tanulmányban alkalmazott módszerekhez hasonlóan (Németh és Költő 2011).

(7) A pszicho-szomatikus tünetek gyakoriságának felméréséhez Haugland és munkatársai (2001a, b) által kidolgozott standard szimptomalistát használtuk, amelyben arra kérdeztünk rá, hogy az elmúlt hat hónapban milyen gyakran élték meg a felsorolt 12 tünetet. A 12 tünetet három nagyobb csoportba osztva értékeltém: (a) Pszichés panaszok: kedvetlenség, indulatosság (ingerlékenység), félelem, idegesség, (b) Alvási nehézségek: nem tudott aludni, többször felébredt, fáradtság (kimerültség); (c) Szomatikus panaszok: fejfájás, hasfájás, hátfájás, hányinger, szédülés.

(8) Az étellel való elégedettség fokát Cantrill és munkatársai (1965) által kidolgozott tizenegy fokozatú skála alapján becsültük.

(9) A szubjektív egészségtudatot egy négyfokozatú skála alapján vizsgáltuk, aszerint, hogy a gyermek milyennek (kitűnőnek, jónak, megfelelőnek, rossznak) ítélte meg az egészségi állapotát (Currie és mtsai 2004).

Az adatok statisztikai feldolgozását és elemzését az SPSS for Windows programcsomag segítségével végeztem. A gyermekek alcsoportjai különböző szomatikus jellemzőinek és a megküzdési stratégiáinak összehasonlítását varianciaanalízissel vizsgáltam. Az életkori változásokat, illetve a szexuális státusz, a SES-kategóriák és a jómódúság szerinti alcsoportok összehasonlítását Scheffé-féle páronkénti összehasonlítás segítségével, a nem normális eloszlású változók (testzsírszázalék, bőrredő) esetén pedig a mediánok összehasonlítását Mann-Whitney-féle U próbával, 5%-os szignifikanciaszinten elemeztem (Hajtman 1971).

### **Célkitűzések**

Az értekezés fő célja volt elemezni (1) a megküzdési stratégiák életkori és nemi változásait, valamint (2) vizsgálni az egyes megküzdési módok gyakoriságát a tápláltsági állapot, a szexuális státusz, a szocio-ökonómiai háttér, a pszicho-szomatikus tünetek, a szubjektív egészségérzet, valamint az étellel való elégedettség függvényében.

Az értekezésben az alábbi kérdésekre kerestem a választ.

(1) Kimutatható-e életkori és nemi különbség a megküzdési stratégiák gyakoriságát illetően? Léteznek-e csak az egyik nemre jellemző stratégiák, életkori sajátosságok?

(2) Kimutatható-e különbség a stresszel való megküzdési mechanizmusok gyakorisága között az azonos kronológiai korú, de eltérő tápláltsági állapotú gyermekek között?

(3) Van-e különbség a különböző nemi érettségi státuszú gyermekek megküzdési stratégiáinak gyakoriságában?

(4) Hogyan befolyásolja a megküzdési kapacitást a gyermekek szocio-ökonómiai háttere?

(5) Van-e kapcsolat a stresszkezelési stratégiák és a pszicho-szomatikus tünetek gyakorisága, a szubjektív egészségérzet és az étellel való elégedettség mértéke között?

### Vizsgálati eredmények és következtetések

#### *A megküzdési stratégiák életkori és nemi különbségei*

Az adaptív stratégiák közül, amelyek a probléma megoldására irányulnak, a *problémacentrikus reagálás* gyakorisága növekvő tendenciát mutatott mindkét nem esetében az életkor előrehaladtával. Ez azt mutatja, hogy minél idősebb egy gyermek, annál gyakrabban összpontosít a stresszt kiváltó problémára. Ennek oka valószínűleg az, hogy a kognitív fejlődés során a gyermekek problémamegoldó képessége az életkorral egyre differenciáltabb és specializáltabb lesz (Skinner és Zimmer-Gembeck 2007, Frydenberg 2008). A problémafókusz gyakoribb alkalmazása utalhat arra is, hogy a serdülők nagyobb arányban érzékelik úgy a helyzetet, hogy az irányítható, befolyásolható, ezért van értelme a megoldására koncentrálni.

A nemek közti különbségeket vizsgálva elmondható, hogy számos vizsgálattal ellentétben az eredményeim szerint a lányok gyakrabban használják a problémacentrikus reagálás megküzdési módot, mint fiú kortársaik. Ennek hátterében az állhat, hogy eltűnő-félben vannak a nemi szerepekből adódó különbségek. Kutatások bizonyítják azt a tendenciát, miszerint a férfiak és nők között észlelt nemi különbségek csökkenni látszanak, a nemi szerepek és sztereotípiák konvergálnak (Szabó 2008).

A *támaszkérés* szintén aktív megküzdési stratégiának számít. A folyamat során az egyén erőfeszítéseket tesz, hogy közelebb kerüljön a probléma megoldásához, és ennek érdekében szülőktől, rokonoktól, barátoktól kér, és fogad el tanácsot (Piko 2001). A támaszkérés életkori és nemi összefüggéseit vizsgálva megállapítható hogy a lányok minden életkorban gyakrabban választották ezt a stratégiát, mint fiú kortársaik, valamint az életkorral egyre növekvő gyakoriságot tapasztaltam a lányoknál. A nemi különbségeket illetően, a legtöbb vizsgálat összhangban van az eredményeimmel (Aldwin 2007, Gelhaar 2007).

A kevésbé sikeres megküzdési módok közül az *emóciókiürítés* stratégiát vizsgálva megállapítható, hogy prepubertás korban a fiúk szignifikánsan gyakrabban reagálnak kontrollálatlan érzelemkitörésekkel (dühösek, legszívesebben törnének, zúznának). Mivel a coping folyamata kognitív és viselkedésbeli válaszreakció is a stresszre, a gyerekeknek meg kell tanulniuk nemcsak felismerni, hanem kezelni is a stresszes helyzetek által kiváltott érzelmeket. A kogníció önmagában nemcsak próbálkozások halmaza az érzelmek elfojtására, hanem sokkal inkább kísérlet arra, hogy az egyéni képességektől függően szabályozzuk az érzelmeket. Vagyis a dühkitörésben szenvedő gyermekek esetében sikeres beavatkozás lehet, ha megtanítjuk nekik felismerni, hogy mit éreznek, és megértetjük velük azt, hogy érzelmeik eredményei hogyan tükröződnek a viselkedésükben. Erre azért van szükség, hogy a későbbiekben meggátolják, elnyomják a negatív, nem kívánatos viselkedésformát, és végül képesek legyenek más, szociálisan elfogadott viselkedéssel és érzelmi megnyilvánulásokkal helyettesíteni a dühkitörést (Aldwin 2007).

A kevésbé sikeres megküzdési módok közül az önbüntetés esetében is kimutatható volt szignifikáns különbség a nemek között. Jelentős eredménynek számít, hogy a lányok minden életkorban gyakrabban hibáztatják magukat a kialakult probléma miatt, a

pubertásban és posztpubertásban szignifikáns a különbség. Ennek hátterében az állhat, hogy a leányok érzékenyebbek, lelkiileg sérülékenyebbek, és hajlamosabbak magukat hibáztatni a probléma kialakulásáért. Az önbüntetés azonban kismértékben akár ösztönző is lehet, mert rossz lelkiismeretet okozva arra készítheti a serdülőt, hogy mégis szembenézzon a problémával, ezzel megszüntetve a kellemetlen érzéseket. Vizsgálatok igazolták, hogy az önbüntetés gyakori alkalmazása viszont akár depresszió kialakulásához is vezethet (Donaldson 2000).

A témában született vizsgálati eredmények nem egybehangzóak, de néhány kivételtől eltekintve – az én eredményeim által is alátámasztott – közös megállapítás, hogy az életkor és a nem hatással van a választott megküzdési stratégiák gyakoriságára.

#### *A megküzdési mechanizmusok és a tápláltsági állapot*

A szakirodalom szerint az obezitás együtt jár a szegényes pszicho-szociális állapottal, úgymint: depresszióval, szorongással, nagyobb mértékű stresszel, szegényes megküzdési módszerekkel, valamint különböző pszichés problémákkal (Moreau 2004, Zsákai és mtsai 2009). A szegényes megküzdési módokkal kapcsolatos kutatási eredményt igazolják a kapott eredményeim is.

A BMI alapján képzett alcsoportok elemzésénél kapott eredményeim szerint a következő esetekben igazolódott a feltevés: az *emóciókiürítés* stratégiát a túlsúlyos és obez fiúk minden korcsoportban gyakrabban alkalmazzák, leányokra ez kifejezetten csak a pubertás ideje alatt jellemző. Az *önbüntetés* stratégiát vizsgálva a túlsúlyos és obez fiúknál prepubertás korban, a túlsúlyos és obez leányoknál minden vizsgált korcsoportban igaz, hogy a kialakult negatív helyzetben hajlamosabbak önmagukat hibáztatni. *Belenyugvás* esetében a túlsúlyos és obez leányok minden vizsgált korcsoportban gyakrabban nyugszanak bele a szituáció okozta problémás helyzetbe, mint normál tápláltsági állapotú kortársaik.

Összegezve az eredményeket úgy tűnik, hogy a stresszel való megküzdés nehézségeit tekintve rizikócsoporthoz tartoznak a prepubertás korú (10–12 éves korosztály) fiúk és lényegében életkortól függetlenül, azok a leányok, akik a BMI szerint túlsúlyos és obez kategóriába tartoznak.

#### *Nemi érettség és megküzdési stratégiák gyakorisága*

Új vizsgálati szempontnak számít, hogy a nemi érettség (menstruáció megléte/hiánya, illetve pollúció megléte/hiánya) alapján bontott alcsoportokban és életkori bontásban elemeztem a coping-stratégiák gyakoriságát.

A vizsgálat új eredménye, hogy a *problémacentrikus reagálás* többnyire a már polluáló fiúknál és a már menstruáló leányoknál, tehát a kortársaikhoz képest érettebbnek számító serdülőknél gyakoribb. Ez az eredmény azzal magyarázható, hogy az érés és a tapasztalatok szerzésével arányosan nőhet a valószínűsége annak, hogy a serdülők sokkal hatékonyabban választják ki az adott szituációnak leginkább megfelelő coping-stratégiát (Thies és Travers 2006). Egyedüli kivételt leányoknál 11 éves korban láthatunk, amikor a már menstruáló ritkábban választják a *problémacentrikus reagálás* megküzdési módot. Ennek oka valószínűleg az, hogy ebben az életkorban a társaikhoz képest már érettebb leányok kevésbé kiegyensúlyozottak, szégyellik érettségüket, igyekeznek titkolni azt.

Összefoglalva, az aktív megküzdési stratégiákra igaz, hogy inkább a szexuálisan érettebbek használják gyakrabban, viszont ennek az ellentéte már nem igaz, nem jelenthetjük ki egyértelműen, hogy akik éretlenebbek, azok nagyobb gyakorisággal választják a kevésbé sikeres megküzdési stratégiákat.

### *A megküzdési kapacitás és a gyermekek szocio-ökonómiai háttere*

A szocializáció elsődleges színtere a család. A gyermekeket fejlődési, növekedési és érési folyamataik során ebben a közegben érik azok az elsődleges ingerek, példák, amik később hatással lesznek rájuk. Mindez igaz a stressz észlelésére és magára a megküzdési folyamatokra is.

A szülők foglalkozása és végzettsége hatással lehet a család anyagi helyzetére is. Ezért szokás a család szocio-ökonómiai státuszát (SES) a szülők foglalkozásának és végzettségének figyelembevételével jellemezni (Bodzsár 2001).

Dolgozatomban vizsgáltam a megküzdési módokat a család szocio-ökonómiai helyzete alapján meghatározott alkategóriák függvényében. A probléma megoldására irányuló stratégia (probléma fókusz) vonatkozó eredményeimet elemezve, igazolódtott az a feltevés, miszerint minél jobb SES helyzetben él valaki, annál inkább a sikeres stratégiát választja, nemtől függetlenül, posztpubertás korban. Valószínűleg a jobb körülmények között élők minél idősebbek, annál jobban hisznek abban, hogy irányítani tudják az eseményeket, és érdemes küzdeni a megoldásért (Menaghan és Merves 1984, Caplan és Schooler 2007).

A kevésbé sikeres, passzív megküzdési módok eredményeinek elemzésekor igazolódtott az a feltevés, hogy mindegyik vizsgált korcsoportban a hátrányosabb helyzetben élő fiúk hajlamosabbak egy felmerülő nehézség esetén dühkitörésekre. Leányokra mindez csak pubertásban igaz. Az eredményeim összhangban vannak azokkal a kutatásokkal, amelyek szerint a hátrányosabb családi helyzetben lévő gyermekek félreértelmezik, nehezebben kezelik a kihívásokkal teli eseményeket, és agresszíven reagálnak olyan szituációkban is, amik csak mérsékelt stresszesek (Repetti és mtsai 2002).

A család jómódúságára (autóra, számítógépre, nyaralásra) vonatkozó kérdések és a megküzdési stratégiák eredményei egyes helyeken alátámasztják a SES kategóriák összehasonlításánál kapott eredményeket. Például a család jómódúsága alapján képzett alcsoportok és a *problémafókusz* megküzdési mód gyakoriságát vizsgálva, az eredmények összhangban vannak, ugyanis a fiúknál prepubertásban és pubertásban, leányoknál mindhárom korcsoportban minél jobb körülmények között él valaki, annál gyakrabban alkalmazza ezt a megküzdési stratégiát. A SES kategóriákhoz képest a maladaptív stratégiák elemzése során a leányok esetében az eredményekből az derül ki, hogy akik rosszabb anyagi helyzetben vannak, gyakrabban alkalmazzák az önbüntetés módját.

Mindezek háttérben valószínűleg a különböző anyagi és szociális javakhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei állhatnak (Németh és Költő 2011).

### *A stresszkezelési stratégiák és a pszicho-szomatikus tünetek gyakorisága*

*A pszicho-szomatikus tünetek, a stressz és a megküzdés kapcsolatát* illetően, gyermekek körében, magyar mintán ilyen részletes, több paramétert egyszerre vizsgáló elemzés eddig nem készült, ezért az ebben a témában született eredményeim újdonságnak tekinthetők.

Az eredmények alapján általánosságban az a következtetés vonható le, hogy nincs lényegi különbség a pszichoszomatikus panaszok előfordulási gyakoriságát illetően és azok között, akik az adott stratégiát gyakrabban, illetve ritkábban alkalmazzák. Legyen szó akár sikeres megküzdésről (például problémafókuszú megküzdés), vagy kevésbé sikeres megküzdési módról (például a belenyugvás), mindkét esetben a megküzdési módot gyakrabban alkalmazzók körében szinte mindegyik panasz gyakrabban fordul elő, mint ezt a stratégiát ritkábban alkalmazóknál.

Ennek háttérében az állhat, hogy mindegy milyen megküzdési stratégiát választ az egyén, az hatással van mind a testi, mind a pszichés egészségi állapotára, belső feszültséget okoz, amelyek különböző pszicho-szomatikus panaszok formájában jelentkeznek (Simon 2001). Mindenképpen megviseli mind a testet, mind a pszichét a stresszel való megküzdés, legyen az akár aktív, akár passzív módja a megküzdésnek.

A panaszok gyakoriságának háttérében számos tényező állhat, úgymint szorongás, kialvatlanság, túlterheltség és mozgásszegény életmód. A rendszeres testmozgás, a sportolás az egyik legjelentősebb egészséget védő faktor (Kopp 2003). A Második Országos Nővekedésvizsgálat reprezentatív felméréséből kiderült, hogy az inaktív életmódot folytató gyermekek körében (alacsony fizikai aktivitásúak, keveset mozognak, sok időt töltenek számítógépezéssel, tévénézéssel) nagyobb arányban fordulnak elő pszicho-szomatikus panaszok, mint a rendszeres testmozgást végző kortársaiknál (Vitályos és mtsai 2012).

*A stresszkezelési stratégiák és a szubjektív egészségérzet, illetve az étellel való elégedettség mértéke*

A megküzdés és a különböző egészségügyi következmények között egyértelműen kimutatható kapcsolat van (Penley 2002, Zsákai és Bodzsár 2012b). Az egyes stratégiákat a szubjektív jóllét és az egészség megítélésének függvényében vizsgálva az alábbi megállapítások tehetők. A *problémafókusz* stratégiák és a *szubjektív egészség* megítélése alapján képzett alcsoportok vizsgálati eredményei szerint, igazolódni látszik az a feltevés, hogy akik jobbnak ítélik meg egészségi állapotukat társaiknál, azok gyakrabban alkalmazzák ezt a megküzdési stratégiát. A kevésbé adaptív stratégiákat, például az *önbüntetés*, gyakrabban alkalmazzák azok, akik rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat.

Az *étellel való elégedettséget* illetően szintén igazolódott az a feltevés, hogy akik elégedettebbek életükkel, azok nagyobb valószínűséggel választják azokat a stratégiákat, amelyek a probléma megoldására irányulnak. Az is igazolást nyert, néhány kivételtől eltekintve, hogy akik elégedetlenebbek az életükkel, azoknál gyakoribbak a kevésbé sikeres megküzdési módok.

## Összegzés

(1) Eredményeim alapján igazolódott, hogy a nyolc vizsgált megküzdési stratégia gyakoriságát alapvetően befolyásolja az életkor és a nem.

(2) Igazolódott, hogy a túlsúlyos és obese gyermekek gyakrabban alkalmaznak kevésbé sikeres megküzdési módokat.

(3) A szexuális érettség és a megküzdési módok közti összefüggés elemzése azt igazolta, hogy a kortársaikhoz képest érettebbek alkalmazzák nagyobb gyakorisággal az aktív megküzdési stratégiákat. Nem nyert igazolást azonban, hogy az éretlenebbek a kevésbé sikeres stratégiákat választanák. A vizsgálat során az is kiderült, hogy a korán érő leányok bizonyos életkorokban gyakrabban alkalmazzák a kevésbé sikeres megküzdési módokat.

(4) Igazolódott a feltételezéseim, miszerint a rosszabb szocio-ökonómiai helyzetben élő gyermekek gyakrabban választanak maladaptív megküzdési módokat.

(5) A vizsgálati eredményekből kiderült, hogy a pszicho-szomatikus panaszok gyakran fordulnak elő mind a sikeres, mind a kevésbé sikeres stratégiákat választóknál.

(6) Az adaptív stratégiák gyakoribb használata azokra volt jellemző, akik jobbnak ítélték meg egészségi állapotukat, illetve elégedettebbek voltak életükkel.

További elemzéseket igényelne, hogy a vizsgált megküzdési stratégiákat különböző szituációkban milyen gyakorisággal alkalmazzák a gyermekek/serdülők, illetve fontos lenne vizsgálni a cselekvés okait is. Mivel a stressz és a megküzdés komplex problémakör, több tudományterület szakembereinek összefogásával szükség lenne egy átfogó, interdiszciplináris vizsgálatra, amely egészében vizsgálná a megküzdés aspektusait.

Eredményeim többek között rámutattak arra is, hogy a stresszel való megküzdéskor a gyermekek és serdülők körében léteznek bizonyos rizikócsoportok, akikre a szülőknek, pedagógusoknak oda kell figyelni. Általánosságban ilyen rizikócsoporthoz tekinthetők a korán érő leányok, a túlsúlyos gyermekek, illetve a rosszabb szocio-ökonomiai környezetben élők. A serdülők pszichés állapotának, testi fejlettségének és egészségének vizsgálatai nagyban hozzájárulhatnak a hatékony egészségvédelmi, illetve egészségnevelési programok tervezéséhez.

A mindennapi stressz elkerülhetetlen, ezért fontos, hogy a fiatalok elsajátítsák a megfelelő megküzdési stratégiákat, és ne alakuljanak ki az egészségre káros feszültségoldó magatartásformák (dohányzás, alkoholfogyasztás), illetve ezek következményeiből adódó súlyos testi és lelki megbetegedések. Mindezt fontos lenne már gyermekkorban különböző figyelemfelkeltő, preventív és fejlesztő foglalkozások megszervezése, annak érdekében, hogy a gyermekeinkből kiegyensúlyozott felnőtt válhasson (Kopp 2003).

\* \* \*

**Köszönetnyilvánítás:** Hálás köszönettel tartozom dr. Bodzsár Éva egyetemi tanárnak, aki lehetővé tette, hogy bekapcsolódhassak a dolgozatom alapját is képező Második Országos Növekedésvizsgálatba. Szeretném megköszönni a sok segítséget és türelmet, amit a disszertáció elkészítése során kaptam. Köszönöm továbbá dr. Zsákai Annamária adjunktusnak, hogy a gyakorlati és elméleti kérdésekben segítségemre volt. Köszönettel tartozom dr. Szarka Lászlónak, az MTA Titkárság Kutatóintézeti Főosztálya vezetőjének, hogy rendelkezésemre bocsájtotta azt az időt, ami a disszertációra való felkészüléshez és annak kidolgozásához szükséges volt.

### Felhasznált irodalom

- Aldwin, C.M. (2007): *Stress, Coping, and Development*. The Guilford Press, New York.
- Bárdos, Gy. (2003): *Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Scolar Kiadó, Budapest.
- Bodzsár, É.B. (2001): *A pubertás auxológiai jellemzői*. Humanbiologia Budapestinensis, Suppl. 28.
- Bodzsár, É., Zsákai, A. (2004): *Humánbiológia. Gyakorlati kézikönyv*. Egyetemi tankönyv. Eötvös Kiadó, Budapest.
- Bodzsár É.B., Zsákai A. (2007): Present State of Secular Trend in Hungary. In: Bodzsár É.B., Zsákai A. (Eds) *New Perspectives and Problems in Anthropology*. Cambridge Scholars Publishing, Newcastle, UK. 217–225.
- Bodzsár, É., Zsákai, A. (2012): *Magyar gyermekek és serdülők testfejlettségi állapota. Országos Növekedésvizsgálat 2003–2006. Body developmental status of Hungarian children and adolescents. Hungarian National Growth Study 2003–2006*. Plantin Kiadó, Budapest, pp. 240.
- Cantrill, H. (1965): *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Caplan, L.J., Schooler, C. (2007): Socioeconomic status and financial coping strategies: The mediating role of perceived control. *Social Psychology Quarterly*, 70(1): 43–58.



- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000): Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(6): 1–6.
- Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., Jackson, A.A. (2007): Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335(7612): 194.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Barnekow Rasmussen, V. (2004, Eds): *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study*.
- Donaldson, D., Prinstein, M., Danovsky, M., Spirito, A. (2000): Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatrics*, 70: 351–359.
- Drinkwater, D.T., Ross, W.D. (1980): Anthropometric fractionation of body mass. In: Ostyn, M., Beunen, G., Simons, J. (Eds) *Kinanthropometry II*. University Park Press, Baltimore, 178–189.
- Frydenberg, E. (2008): *Adolescent Coping: Advances in Theory, Research and Practice*. USA.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek, P., Steinhausen, H.C., Winkle Metzke, C. (2007): Adolescent coping with everyday stressors: a seven-nation study of youth from central, eastern, southern and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2): 129–156.
- Hajtman, B. (1971): *Bevezetés a matematikai statisztikába, pszichológusok számára*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Haugland, S., Wold, B. (2001a): Subjective health complaints in adolescence—Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24(5): 611–624.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., Woynarowska, B. (2001b): Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11(1): 4–10.
- Karkus, Zs., Zsákai, A., Bodzsár, É. (2009): Physical self-concept in relation of body shape in Hungarian adolescents. *Anthropológiai Közlemények*, 50: 75–80.
- Kopp, M. (2003): Mikor káros a stressz? *Hippocrates*, V(1): 44–48.
- Lazarus, R.S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993): Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234–247.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York.
- Menaghan, E.G., Merves E.S. (1984): Coping with Occupational Problems: The Limits of Individual Efforts. *Journal of Health and Social Behavior*, 25: 406–423.
- Moreau, M., Valente F., Mak R., Pelfrene E, de Smet P., De Backer G., Kornitzer M. (2004): Obesity, body fat distribution and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Belstress study. *International Journal of Obesity*, 28: 574–582.
- Németh, Á., Költő, A. (2011, Szerkk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Oláh, A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Trefort Kiadó, Budapest.
- Penley, J.A., Tomaka, J., Wiebe, J.S. (2002): The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *J. Behavioral Medicine*, 25: 551–603.
- Piko, B. (2001): Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51(2): 223–235.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002): Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128: 330–366.
- Selye, J. (1956): *The stress of life*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Selye, J. (1976): *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Simon, T. (2001): Az egészségvédelem, In: Dési, I. (Szerk.): *Népegészségtan*. Egyetemi Tankönyv, Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Skinner, E.A., Zimmer-Gembeck, M.J. (2007): The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58: 119–44.

- Szabó, M. (2008): *A társadalmi nemekkel kapcsolatos dinamikus nézetrendszerek szociálpszichológiai vizsgálata: Ideológiák és sztereotípiák, nemi tipizáltság és társas identitás.* Doktori Értekezés ELTE, Budapest.
- Tanner, J.M. (1962): *Growth at Adolescence.* J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Thies, K.M., Travers J. (2006, Eds.): *Handbook of Human Development for Health Care Professionals.* UK.
- Urbán, R. (2006): Az érzelmek és a stressz pszichológiája, In: Oláh, A. (Szerk.) *Pszichológiai alapismertetek.* Bölcsész Konzorcium, Budapest. 370–390.
- Vitályos, G.Á., Zsákai, A., Bodzsár, É. (2012): A magyar gyermekek és serdülők testfejlettségi státusa az életmód (fizikai aktivitás és a táplálkozási szokások) tükrében. In: Darvay, S. (Szerk.) *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témakörben.* ELTE, Budapest.
- Zsákai, A., Bodzsár É.B. (2012a): The 2nd Hungarian National Growth Study (2003–2006). *Annals of Human Biology*, 39(6): 516–525.
- Zsákai, A., Bodzsár, É. (2012b): A szubjektív egészségi és a tápláltsági státusz közötti kapcsolat 7–18 éves gyermekeknél. *Anthropologiai Közlemények*, 53: 101–114.
- Zsákai, A., Tausz, K., Ágota, A., Bodzsár, É. (2009): A gyermekek testszerkezetre és szocio-demográfiai státusza közötti kapcsolat hazai jellemzői. *Anthrop. Közlemények*, 50: 61–74.

### **A doktori értekezés témájában a szerző megjelent tanulmányai**

- Bodzsár, É., Zsákai, A., Kern, B. (2005): Relationship between body fatcontent and sexual maturation status. *Anthropologiai Közlemények*, 46: 31–38.
- Kern, B., Zsákai, A., Bodnár, A., Hornyák, G., Vitályos, Á., Bodzsár, É. (2006): Serdülők és ifjak testfejlettsége, egészségi állapota és jólétézete közötti kapcsolat vizsgálata. *Anthropologiai Közlemények*, 47: 75–83.
- Zsákai, A., Tóth, K., Kern, B., Vitályos, Á.G., Balácsi, Sz., Gábor, Zs., Bodzsár, É.B. (2008): The method dependent prevalence of overweight and obesity in children. *Papers on Anthropology*, XVII: 320–339.

### **Az értekezés témaköréhez kapcsolódó előadás-kivonatok**

- Kern, B., Zsákai, A., Bodzsár, É.B. (2009): Relationship between body shape, coping strategies and the psychosomatic status in Hungarian children. V<sup>th</sup> International Anthropological Congress of Ales Hrdlicka (Prague, Csehország).
- Kern, B., Zsákai, A., Bodzsár, É.B. (2008): Effect of body development on emotional development, The 3<sup>rd</sup> National Symposium of Biological Anthropology (Ankara, Törökország).
- Kern, B., Zsákai, A., Bodzsár, É.B. (2008): Relationship between body development and psychological development in Hungarian children, 16<sup>th</sup> Congress of the European Anthropological Association, (Odense, Dánia).
- Kern, B., Zsákai, A., Bodzsár, É.B. (2007): The prevalence of overweight and obesity in Hungarian children. EAA Summer School eBook 1: 181–186 (Charles University, Prague, Csehország).
- Kern, B., Bodnár, A., Zsákai, A., Pápai, J., Németh, Á., Bodzsár, É.B. (2006): Body development, health and well-being in Hungarian children. 15<sup>th</sup> Congress of the European Anthropological Association. Budapest, Programme and Abstracts, 93.

*Levelezési cím:* Kern Boglárka  
*Mailing address:* MTA Titkárság, Kutatóintézeti Főosztály  
 Nádor u. 7.  
 H-1051 Budapest  
 Hungary  
 kern.boglarka@gmail.com