

Optimista sportoló, pesszimista dohányzó?

Középiskolások egészségmagatartásának vizsgálata az optimizmus/pesszimizmus tükrében

Tanulmányunkban azt vizsgáljuk, hogy vajon az egészséges szokásokkal (fizikai aktivitás, egészséges étrend követése) élő serdülők optimistábbak-e, mint azok, akik ilyeneket nem végeznek, és hogy a káros, egészségtelen szokásokkal (dohányzás, alkoholfogyasztás) élők pesszimistábbak-e, mint azok, akik nem így élnek. Az eredmények azt jelzik, hogy a fizikai aktivitást végző, az egészséges étrendet követő személyek optimistábbak a többiekhez képest. Azok a lányok, akik nem isznak alkoholt, szintén optimistábbak azokhoz képest, akik alkoholt fogyasztanak. A pesszimizmus esetében csupán egy szignifikáns hatást találtunk: a dohányzóknak magasabb a pesszimizmusuk, mint a nem dohányzóknak.

Tanulmányunk fókuszában egy viszonylag ritkán vizsgált kutatási terület állt: az optimizmus, illetve a pesszimizmus és az egészséget befolyásoló magatartásformák viszonya. A diszpozicionális optimizmus a klasszikus meghatározás szerint a jövőre vonatkozó pozitív elvárások összessége, míg a vonás jellegű pesszimizmus a jövőre irányuló negatív elvárások együttese (Scheier és Carver, 1985). Mivel ezek a vonások egyfajta hajlamot, elfogultságot jelentenek vagy az események pozitív, vagy azoknak negatív kimenetele irányába, fontos viselkedéses önszabályozó funkciót töltenek be, és így lényeges szerepük lehet az egészségvédő, illetve az egészségre kockázatos viselkedések szabályozásában is.

Számos kutatásban vizsgálták elsősorban az optimizmus hatását az egészség különböző fiziológiai és mentális mutatóira vonatkozóan. Általánosságban igaz, hogy az optimizmus stresszhelyzetben kedvező hatással van az immunválaszokra, de csak akkor, ha ez a szituáció rövid és kontrollálható, elhúzódó kontrollálhatatlan helyzeteknél a túlzott optimista beállítódás visszacsaphat (Taylor és mtsai, 2000; Szondy, 2004; Segerstrom, 2005). Egy vizsgálatban például a diszpozicionális optimistáknak jobb immunstátuszuk volt, mint a pesszimistáknak az egy hétnél tovább nem tartó stresszorok esetében, azonban az egy hétnél tovább elhúzódó stresszorok esetében pontosan ellenkező tendencia volt kimutatható (Cohen és mtsai, 1989).

Az optimizmus és a pesszimizmus a mentális egészséget is jelentősen befolyásolja. Egy vizsgálatban például az optimista személyeknél nagyobb étellel való megelégedettséget, míg a pesszimista résztvevőknél több depresszív tünetet mértek (Chang és mtsai, 2003). Más, gimnazistákkal folytatott vizsgálatban az optimizmus és az iskolai stressz között mutattak ki negatív viszonyt (Huan és mtsai, 2006). Egy serdülőkkel végzett vizsgálatban az optimizmus és az étellel való megelégedettség, valamint a pesszimizmus és az észlelt stressz között mértek korrelációt (Extremera és mtsai, 2007).

Az optimizmus, illetve a pesszimizmus eltérő lelki alkalmazkodó képességgel, megküzdési mechanizmusokkal is járhat. Nes és Segerstrom (2006) összefoglaló írásából például kiderült, hogy a diszpozicionális optimizmus a megközelítő típusú megküzdéshez pozitívan, az elkerülő típusú megküzdéshez pedig negatívan kapcsolódik. Hart és Hittner (1995) pedig azt mutatta ki, hogy az optimizmus pozitívan korrelált a konfrontatív és a felelősségvállaló megküzdéssel és negatívan a menekülő-elkerülő megküzdési formával. A pesszimizmus viszont a menekülő-elkerülő megküzdéssel korrelált pozitívan és a konfrontatív, valamint a tervszerű problémamegoldó megküzdéssel negatívan.

Témánk szempontjából kiemelendő, hogy az optimizmus és a pesszimizmus eltérően kapcsolódik nem csak a különböző megküzdési formákhoz, de a különböző egészséget befolyásoló magatartásmintákhoz is (megjegyzendő, hogy a legtöbb megküzdéses teória az egészségmagatartásokat is speciális megküzdési formának tekinti, lásd például: *Lazarus* és *Folkman*, 1984). Ezen a téren még nem sok vizsgálat született, de általánosságban az a megállapítás körvonalazódik, hogy az optimista beállítódás főként az egészségvédő, míg a pesszimista elsősorban az egészségkockázati magatartással van kapcsolatban. Idősebb férfiakból álló mintában az optimistább személyek gyakrabban végeztek valamilyen fizikai aktivitást, több egészséges ételt ettek (például gyümölcsöt és zöldséget), valamint közülük többen voltak nem dohányzók (*Giltay* és *mtsai*, 2007). Más adatok alapján a több fizikai aktivitást végzők optimistábbak, mint a testi egészségre kevésbé figyelő egyének (*Kavussanu* és *McAuley*, 1995). Egy fiatal felnőtt finn mintán végzett vizsgálatból pedig kiderült, hogy az optimisták nagyobb arányban fogyasztottak egészséges (rostban gazdag és zsírban szegény) ételeket a pesszimistákhoz képest. Más kutatásban a dohányzók és a nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya volt nagyobb a pesszimisták között, míg a nem dohányzók aránya az optimisták között (*Kelloniemi* és *Laitinen*, 2005). Tehát úgy tűnik, hogy az optimizmus, az egészségvédő magatartásformák és a kedvező egészségi mutatók egymást erősítő pozitív kapcsolatban vannak egymással.

Ugyanakkor Szondy (2005) felhívja a figyelmet, hogy bár úgy tűnik, a pesszimizmus egyértelműen gátolja, az optimizmus pedig segíti az egészségtudatos magatartásformákat, az összefüggés nem mutat ennyire egységes mintázatot. Némely tanulmány – főként az optimizmus esetében – ellenkező irányú kapcsolatot mutatott ki. Például Kubzansky és munkatársai (2004) egyetemistákkal végzett kutatásában egyedül a dohányzás kapcsolódott erősen az optimizmushoz, de ez pozitív irányú kapcsolat volt. Ennek hátterében az úgynevezett nem reális optimizmus fogalma állhat. A nem reális optimizmus azt jelenti, hogy az emberek hajlamosak azt feltételezni, hogy az átlagnál jóval nagyobb valószínűséggel történik meg velük egy adott, pozitív kimenetelű esemény, vagy éppen ellenkezőleg, kisebb valószínűséggel egy negatív kimenetelű esemény. Egy telefonos felmérésből például kiderült, hogy a dohányzók a nem dohányzókhoz képest alábecsülik a tüdőrák kialakulásának kockázatát, vagyis egyfajta nem reális optimizmussal észlelik a lehetséges kockázatokat (*Weinstein* és *mtsai*, 2005). Serdülők körében igazolt, hogy az optimizmus összefüggést mutat az egészség önértékelésével: az optimista fiatalok jobbnak értékelik saját egészségi állapotukat (*Pikó* és *Hamvai*, 2009). Ugyanakkor a fiatalok egészségmagatartásával való összefüggések kevésbé adják az elvárt mintázatot. Szondy (2008) egyetemista populáción végzett elemzése azt mutatják, hogy bizonyos egészségmagatartások az optimizmussal, mások a pesszizmussal állnak összefüggésben, míg olyanok is vannak, amelyek egyikkel sem. A testedzés függ össze leginkább az optimizmussal, míg a tudatos étkezés azokra jellemző, akik mind az optimizmus, mind pedig a pesszimizmus skálán nagyobb pontszámot értek el. A dohányzás az optimizmussal nem, csak a pesszizmussal függ össze (pozitívan), viszont a szélsőségesen optimisták körében nagyobb az alkoholfogyasztás gyakorisága.

Jelen tanulmány célja, hogy további adatokkal szolgáljon arra vonatkozóan, hogy milyen szerepet tölt be az optimizmus és a pesszimizmus az egészségvédő, illetve az

egészségkárosító magatartások létrejöttében a serdülők életében. Azt feltételezzük, hogy az optimizmus mértéke az egészségvédő magatartások gyakorisága, a pesszimizmus az egészségkockázati magatartások mentén különbözik szignifikánsan. Vagyis aki óvja az egészségét, az szignifikánsan optimistább, aki viszont az egészségére nézve kockázatosan viselkedik, pesszimistább. Hipotéziseink egészen pontosan a következők voltak:

Azok, akik fizikai aktivitást végeztek, illetve azok, akik egészséges étrendet követtek szignifikánsan optimistábbak, mint azok, akik nem végeznek fizikai aktivitást, vagy akik nem táplálkoznak egészségesen a megkérdezett időintervallumban.

Azok, akik dohányoztak, illetve azok, akik alkoholt fogyasztottak, szignifikánsan pesszimistábbak, mint azok, akik nem dohányoznak, illetve nem fogyasztanak alkoholt a megkérdezett időintervallumban.

Minden elemzésbe második szempontként bevontuk a nemet is. Általánosságban elmondható, hogy az adott szituáció kiértékelésekor a serdülő fiúk általában optimistábbak, míg a lányok pesszimistábbak (*Frydenberg, 1997; Hamvai és Pikó, 2008*). Az esetleges nemi különbségek nem álltak ugyan vizsgálatunk fókuszában, de a fentiek alapján feltételeztük, hogy a fiúk optimistábbak, mint a lányok, a lányok viszont pesszimistábbak, mint a fiúk. Ennek alapján az egészségmagatartás feltételezhetően eltérő összefüggést mutathat az optimizmussal, illetve pesszimizmussal nemek szerint.

Minta és módszer

Vizsgálatunkban véletlenszerűen kiválasztott középiskolák, véletlenszerűen szelektált osztályok 14–20 éves tanulói vettek részt. A minta átlagéletkora 16,6 év, szórása 1,3 év volt. A résztvevők 44,6 százaléka lány volt. A 900 kiküldött kérdőívből végül 881-et töltöttek ki, így a válaszadás aránya 97,9 százalék. A vizsgálat során anonim, önkéntes önkitöltéses kérdőíves módszert alkalmaztunk. A kérdőívek kitöltésére osztályfőnöki órákon került sor a 2008-as tanév I. félévében. Azokat az eseteket, amelyekben a válaszok hiányosak voltak, kiszelektáltuk.

A függő változó mérésére a Scheier és Carver (1985) által kidolgozott Life Orientation Test (LOT) nevű skála magyar verzióját alkalmaztuk. A diszpozicionális optimizmus mértékét tesztelő mérőeszköz nyolc állításból épül fel (például: „Bizonytalan időkben a legjobbat várom.”), és ötponos válaszadási skálán lehet megjelölni az egyetértés mértékét. A módszer megbízhatósági mutatója=0,70. Számos eredményből (például *Kubzansky és mtsai, 2004; Chang és McBride, 1996*) kiderült, hogy a LOT két faktorra bontható. A pozitív tartalmú állítások az optimizmus faktorhoz, a negatív tartalommal bírók pedig a pesszimizmus faktorhoz sorolhatóak. Éppen ezért Szondy (2008) nyomán minden egyes személynél a 4 pozitív, illetve a 4 negatív állításra adott pontok összegéből kiszámoltuk az adott egyén optimizmus, illetve pesszimizmus pontszámának értékét.

Az egészségvédő magatartásoknál a fizikai aktivitás (sport, munka) és az egészséges táplálkozás gyakoriságát mértük fel a legutolsó három hónapban (*Luszczynska és mtsai, 2004*). A fizikai aktivitás esetében a következő kérdés szerepelt: „Az ELMÚLT HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?” Az étkezésre vonatkozóan az alábbi kérdést tettük fel: „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?”

Az egészségkockázati magatartások esetében a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakoriságát vizsgáltuk szintén a vizsgálatot megelőző három hónapban (*Kann, 2001*). A dohányzás kapcsán ez a kérdés szerepelt: „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?” Az alkoholfogyasztást felmérő skála kérdése pedig a következő volt: „Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?” A vizsgálati személyek válaszukat egy 6 fokú gyakorisági skálán adhatták meg, ahol 1 = „Egyszer sem” (dohányzásnál „Egyálta-

lán nem”), a 6 = dohányzásnál „20-nál többet naponta”, az alkoholfogyasztásnál „Több, mint 40-szer”, a fizikai aktivitásnál „Heti három vagy több alkalommal” és az étkezésnél „Mindig” volt. Mivel ezek a gyakorisági adatok voltak a független, csoportosító változók, úgy egyszerűsítettük az elemzést, hogy mind a négy változót dichotomizáltuk (egészségmagatartási státusz; *Pikó*, 2000). Azaz minden esetet egy „igen” vagy egy „nem” csoportba soroltunk. További csoportosító változónak a nemet vettük.

Főbb hipotéziseinket kétszempontos ANOVA statisztikai eljárással vizsgáltuk. Ezt az optimizmusra és pesszimizmusra mint függő változókra végeztük el a következő elrendezésekkel: fizikai aktivitás x nem, étrend x nem, dohányzás x nem, alkoholfogyasztás x nem. A leíró statisztikánál χ^2 -próbát, illetve t-próbát alkalmaztunk. A statisztikai elemzéshez SPSS 15,0 for Windows Release programcsomagot használtunk.

Eredmények

A két nem közötti különbségek leíró statisztikáját az 1. táblázat tartalmazza. Az optimizmus és a pesszimizmus esetében kétmintás t-próbát alkalmaztunk, ahol a csoportosító változó (faktor) a nem volt. Nem volt szignifikáns különbség a két nem optimizmus és pesszimizmus értékei között. A két nem fizikai aktivitása, egészséges étrendre törekvése, dohányzása és alkoholhasználata közötti különbségek leíró statisztikáit χ^2 -próba alkalmazásával teszteltük. A két egészségkockázati magatartás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében nem találtunk különbséget. A fizikai aktivitás esetében mind a fiúk, mind a lányok mintáján belül szignifikánsan nagyobb százalékban fordulnak elő a fizikai aktivitást végzők a fizikai aktivitást nem végzőkhöz képest. Összességében a fiúk fizikai aktivitása bizonyult gyakoribbnak ($p < 0,001$). Az étrend esetében is szignifikáns különbséget találtunk: mind a fiúk, mind a lányok esetében szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordultak elő az egészséges étrendet követő fiatalok. Átlagban a lányok jobban odafigyelnek étkezésükre ($p < 0,001$).

1. táblázat. A függő és független változók nemi különbségei a szegedi serdülők mintájában ($N=881$)

	Fiúk ($n=488$)	Lányok ($n=393$)	Szignifikancia
Optimizmus*			
Átlag (Szórás)	14,77 (3,32)	14,53 (3,49)	$p > 0,05$
Pesszimizmus*			
Átlag (Szórás)	10,74 (3,6)	10,31 (3,44)	$p > 0,05$
Fizikai aktivitás (%)**			
Nem	2,3	7,4	
Igen	97,7	92,6	$p < 0,001$
Étrend (%)**			
Nem	26,7	14,9	
Igen	73,3	85,1	$p < 0,001$
Dohányzás (%)**			
Nem	47,4	43,2	
Igen	52,6	56,8	$p > 0,05$
Alkohol (%)**			
Nem	12,9	13,3	
Igen	87,1	86,7	$p > 0,05$

*t-próba, ** χ^2

A kétszempontos ANOVA eredményeit a 2. táblázat, a függő változó átlagait és szórásait a különböző esetekben a 3. táblázat foglalja össze.

Szignifikáns Fizikai aktivitás x Nem interakciót ($F(1, 842)=5,0$, $p < 0,05$) találtunk. Egészen pontosan a fizikai aktivitást végző fiúk szignifikánsan nagyobb optimizmus pontszámot adtak, mint a fizikai aktivitást nem végzők. Ezen kívül szignifikáns külön-

séget mértünk a fizikai aktivitást végzők/nem végzők között az optimizmus esetében ($F(1, 842)=9,3; p<0,05$, 1. ábra).

2. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus függő változókra alkalmazott kétszemponos ANOVA eljárások F értékei és szignifikancia-szintjei

Faktor	Optimizmus (szabadságfok)	Pesszimizmus (szabadságfok)
Fizikai aktivitás x Nem	5,0* (1, 842)	0,7 (1, 833)
Fizikai aktivitás	9,3**	0,3
Nem	3,3	0,3
Étrend x Nem	2,9 (1, 840)	0,3 (1, 831)
Étrend	13,4***	0,3
Nem	4,8**	1,0
Dohányzás x Nem	0,9 (1, 837)	0,1 (1, 828)
Dohányzás	0,7	7,9**
Nem	0,9	3,5
Alkoholfogyasztás x Nem	4,5** (1, 840)	2,3 (1, 831)
Alkoholfogyasztás	0,6	1,5
Nem	0,8	0,02

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

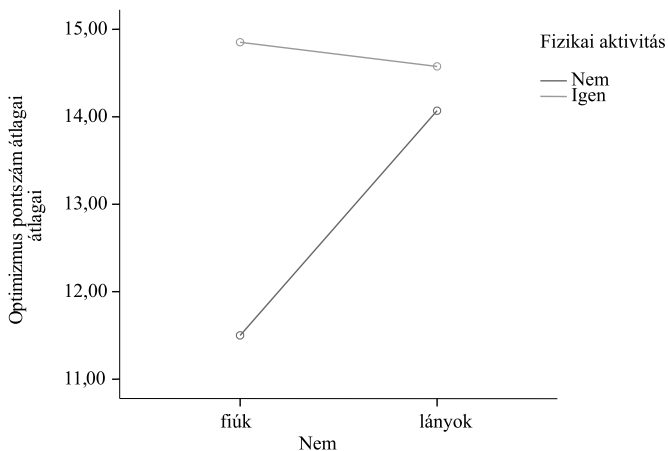
3. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus függő változókra alkalmazott kétszemponos ANOVA eljárások átlag és szórás értékei

	Fizikai aktivitást		Egészséges étrendet		Cigaretttára		Alkoholt	
	végzett	nem végzett	követett	nem követett	rágyújtott	nem gyújtott	fogyasztott	nem fogyasztott
Optimizmus pontértékek átlaga és szórása								
	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)
Fiúk	14,85 (3,26) n=451	11,50 (4,62) n=10	14,93 (3,09) n=339	14,33 (3,93) n=120	14,79 (3,48) n=243	14,77 (3,19) n=215	14,83 (3,29) n=400	14,37 (3,58) n=60
Lányok	14,57 (3,49) n=353	14,06 (3,66) n=29	14,78 (3,38) n=325	13,16 (3,87) n=57	14,34 (3,64) n=217	14,77 (3,30) n=163	15,41 (3,48) n=330	14,40 (3,49) n=51
Pesszimizmus pontértékek átlaga és szórása								
	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)
Fiúk	10,72 (3,60) n=447	11,67 (3,90) n=9	10,75 (3,60) n=32	10,76 (3,99) n=122	11,11 (3,53) n=242	10,34 (3,65) n=211	10,88 (3,57) n=396	9,8983 (3,78) n=59
Lányok	10,28 (3,44) n=349	10,75 (3,51) n=29	10,26 (3,44) n=349	10,76 (3,33) n=57	10,86 (3,47) n=376	10,17 (3,59) n=371	10,29 (3,41) n=326	10,39 (3,69) n=51

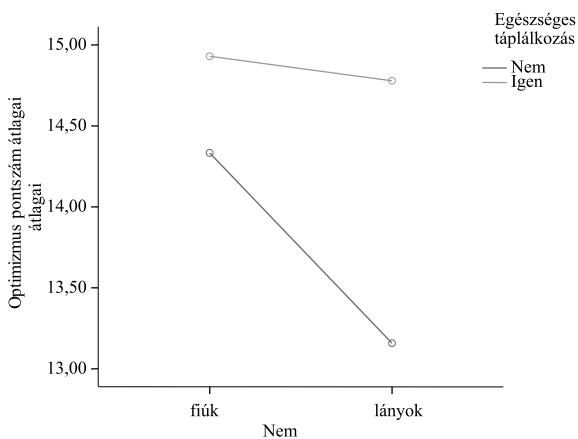
Szignifikáns különbséget találtunk az egészséges étrendet követők/nem követők ($F(1, 840)=13,438, p<0,001$, 2. ábra), illetve a két nem ($F(1, 840)=4,8, p<0,01$, 2. ábra) optimizmus pontértéke között. Ezek alapján megállapítható, hogy az egészséges étrendet követők, illetve a fiúk szignifikánsan magasabb optimizmus pontszámot adtak.

Végül szignifikáns Alkoholfogyasztás x Nem interakciót mértünk az optimizmusra ($F(1, 840)=4,5, p<0,01$, 3. ábra). Az alkoholt nem fogyasztó lányok szignifikánsan magasabb optimizmus pontszámot adtak, mint az alkoholfogyasztó lányok.

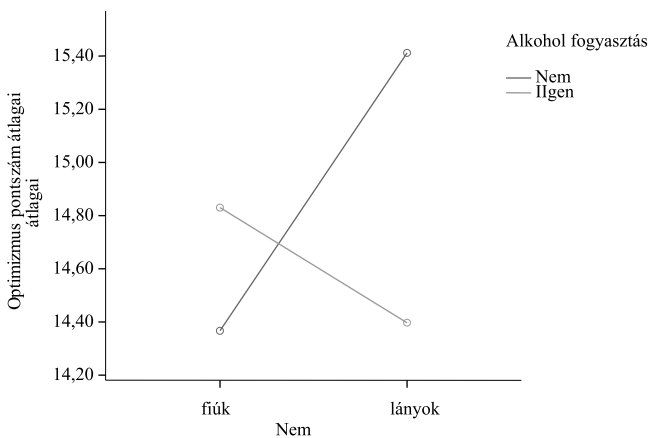
A pesszimizmus esetében nem találtunk szignifikáns interakciókat, és csupán egy esetben adódott szignifikáns főhatás. A dohányzók szignifikánsan magasabb pontszámot adtak a pesszimizmusra, mint a nem dohányzók ($F(1, 828)=7,9, p<0,01$, 4. ábra).



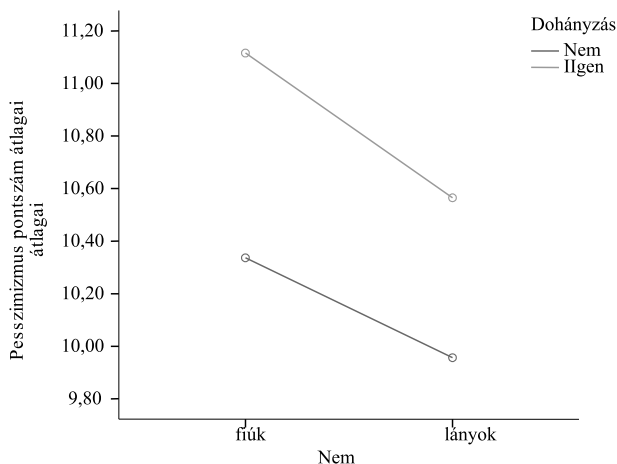
1. ábra. Fizikai aktivitás, nem és az optimizmus közötti összefüggés



2. ábra. Egészséges táplálkozás, nem és az optimizmus összefüggése



3. ábra. Alkoholfogyasztás, nem és az optimizmus összefüggése



4. ábra. Dohányzás, nem és a pesszimizmus összefüggése

Megbeszélés

Vizsgálatunk szignifikáns eredményei az előzetes hipotéziseinket támasztják alá: azok, akik valamilyen egészségvédő magatartást tanúsítanak, nagyobb optimizmussal rendelkeznek. Szignifikáns főhatás jelezte, hogy a fizikai mozgást végzők szignifikánsan optimistábbak, mint azok, akik nem mozognak. A nemmel való interakció alapján azt is elmondható, hogy a fizikai aktivitást végző fiúk szignifikánsan optimistábbak, mint a sportot nem végzők. Hasonló eredményekről számolt be Kavussanu és McAuley (1995) is, amelyek szerint a fizikailag aktívabb egyének optimistábbak és kevésbé pesszimisták voltak az inaktív vagy kevésbé aktív egyénekhez képest.

Az egészséges étrendet követők szintén optimistábbak, mint az étkezésükre kevésbé figyelők. Ez szintén egybevág más irodalmi adatokkal. Mint ahogy a bevezetőben bemutattuk, Giltay és munkatársai (2007) arról számoltak be, hogy felnőtt férfiak esetében a magasabb diszpozicionális optimizmus egészségesebb táplálkozással (zöldség és gyümölcs gyakoribb bevitelével) járt együtt. Ez az adat összecseng Kelloniemi és Laitinen (2005) eredményeivel is, amelyek szintén azt mutatják, hogy az optimisták gyakrabban fogyasztanak egészséges ételeket.

A szerfogyasztással összefüggésben viszont csak a dohányzás esetében sikerült igazolni azt a hipotézist, hogy a káros szenvedélyt űzők pesszimistábbak. Hasonlóan más kutatásban találtakhoz (lásd például: Kelloniemi és Laitinen, 2005), a dohányzók pesszimistábbak a nem dohányzókhoz képest. Az alkoholfogyasztás esetében azt az eredményt kaptuk, hogy az alkoholt nem fogyasztó lányok optimistábbak, mint alkoholt fogyasztó kortársaik. Ez az eredmény is azt támasztja alá, hogy az optimizmusnak fontos egészségvédő hatása lehet, ami egybecseng Kelloniemi és Laitinen (2005) adataival is, miszerint a pesszimistább személyek között több súlyos alkoholista volt található, mint az optimisták között; igaz, ilyen irányú összefüggést ők csupán a férfi mintában találtak.

Eredményeink, valamint a szakirodalmi adatok alapján körvonalazódik, hogy a megfelelő mértékű optimizmusnak egészségvédő hatása lehet, míg a pesszimizmus az egészségkockázati magatartásokkal lehet kapcsolatban, bár ez utóbbi összefüggés kevésbé igazolt. Saját eredményeink és korábbi kutatási adatok is ezt erősítik (Szondy, 2008). Az optimizmus kölcsönös, egymást megerősítő összefüggésben van az adaptív megküzdési formákkal és ezen belül az egészség szempontjából előnyös magatartással, valamint a kedvező egészségi mutatókkal (lásd például: Giltay és mtsai, 2007). Ebbe a keretbe lehet

elhelyezni azokat a pozitív pszichológiai kezdeményezéseket, amelyek az optimizmus fejlesztését, növelését tűzik ki céljuknak (lásd például: *Seligman és mtsai*, 2005). Különösen fontos lehet az optimizmus fejlesztése és ezzel egészséges életmód megtanítása a középiskolás korban. Szakirodalmi adatok arra mutatnak rá, hogy a serdülőkori és középső szakaszában (körülbelül a 10–14. életév között) jelennek meg nagy számban a maladaptív megküzdési stratégiák, köztük a különböző káros szenvedélyek is (*Hampel és Petermann*, 2005; *Hampel*, 2007; *Seiffge-Krenke*, 2000). Ennek oka, hogy a serdülőkorból váratlanul igen sok új stresszor és kihívás adódik, és a fiatal nagyon gyakran ezeket a problémákat csak maladaptív megküzdéssel látja megoldhatónak. Megfelelő iskolai intervenció programokkal a pozitív, optimista gondolkodás, a megfelelő megküzdési repertoár elsajátítható, és az egészség szempontjából kockázatos megküzdési formák is megismerhetőek és könnyebben megelőzhetőek.

Irodalom

- Chang, E. C., Sanna, L. J. és Yang, K.-M. (2003): Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in US and Korea: a test of meditation model. *Personality and Individual Differences*, **34**, 1195–1208.
- Chang, L. és McBride, C. (1996): The factor structure of the Life Orientation Test. *Educational and Psychological Measurement*, **56**, 325–329.
- Cohen, F., Kearney, K. A., Zegans, L. S., Kemeny, M. E., Neuhaus, J. M. és Stites, D. P. (1989): Acute stress, chronic stress, and immunity, and the role of optimism as a moderator. *Psychosomatic Medicine*, **51**, 255.
- Extremera, N., Durán, A. és Rey, L. (2007): Perceived emotional intelligence and dispositional optimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, **42**, 1069–1079.
- Frydenberg, E. (1997): *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Routledge, London – New York.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijse, B. és Kromhout, D. (2007): Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, **63**, 483–490.
- Hampel, P. (2007): Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence*, **30**, 885–890.
- Hampel, P. és Petermann, F. (2005): Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, **34**, 73–83.
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2008): Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: a pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia*, **108**, 71–92.
- Hart, K. E. és Hittner, J. B. (1995): Optimism and pessimism: Associations to coping and anger-reactivity. *Personality and Individual Differences*, **19**, 827–839.
- Huan, V. S., Yeo, L. S., Ang, R. P. és Chong, W. H. (2006): The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, **41**, 533–547.
- Kann, L. (2001): The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, **25**, 272–277.
- Kavussanu, M. és McAuley, E. (1995): Exercise and optimism: are highly active individuals more optimistic? *Journal of Sport & Exercise Psychology*, **17**, 246–258.
- Kelloniemi, H., Ek, E. és Laitinen, J. (2005): Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, **45**, 169–176.
- Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E. és Maselko, J. (2004): Optimism and Pessimism in the Context of Health: Bipolar Opposites or Separate Constructs? *Personality and Social Psychology Bulletin*, **30**, 943–956.
- Lazarus, R. S. és Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- Luszczynska, A., Gibbons, F. X., Piko, B. F. és Tekozel, M. (2004): Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, **19**, 577–593.
- Nes, L. S. és Segerstrom, S. C. (2006): Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, **10**, 235–251.
- Pikó Bettina és Hamvai Csaba (2009): Az egészségi állapot önrétekelését befolyásoló szülői és egyéni pszichológiai védőfaktorok vizsgálata serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **10**, 3. sz. 239–248.
- Pikó Bettina (2000): Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of

adolescent substance use? *Substance Use and Misuse*, **35**. 617–630.

Scheier, M. F. és Carver, C. S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, **4**. 219–247.

Seegerstrom, S. C. (2005): Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity*, **19**. 195–200.

Seiffge-Krenke, I. (2000): Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, **23**. 675–691.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. és Peterson, C. (2005): Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, **60**. 410–421.

Szondy Máté (2008): *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás*. PhD disszertáció. ELTE, Budapest.

Szondy Máté (2005): Optimizmus és egészségmagatartás: A pozitív elvárások segítik vagy gátolják az egészségmagatartást? *Pszichológia*, **25**. 4. sz. 367–379.

Szondy Máté (2004): Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **5**. 301–319.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. és Gruenewald, T. L. (2000): Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, **55**. 99–109.

Weinstein, N. D., Marcus, S. E. és Moser, R. P. (2005): Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, **14**. 55–59.



A Gondolat Kiadó könyveiből