



# Divat a korai dohányzás? – avagy dohányzási szokások vizsgálata a 12–16 évesek körében

Huszka Péter PhD., egyetemi docens

Széchenyi István Egyetem, Kautz Gyula Gazdaságtudományi Kar,  
Marketing és Menedzsment Tanszék

## Bevezetés

Az iparosodás és ennek következtében a technológiai fejlődéssel együtt járó gazdasági növekedés az emberek életmódjának és életkörülményeinek megváltozásában is megnyilvánul (*Albritton, 2009*). A társadalmi változások hatására napjaink serdülő- és ifjúkorú generációja változáson megy keresztül. A fiatalok szocializációjában csökken a család és az iskola szerepe, növekszik a barátoké, ismerősöké, és egyre fokozódik a média – elsősorban az elektronikus hírforrások – és a fogyasztói ipar befolyása. Az idő- és teljesítménykényszer, a korai önállósodás, a kihívások, a fokozódó verseny növelik a fiatalok veszélyeztetettségét, mindezek hatására sokan szívesen nyúlnak doppingszerekhez. Ezzel párhuzamosan egyre markánsabban jelentkeznek védekezési mechanizmusként a különböző feszültségoldó technikák, a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás is. Mindez különösen igaz hazánkra.

A népesség egészségi állapota rosszabb annál is, mint az az ország gazdasági fejlettségi szintjéből következne. Kétségtelenül igaz, hogy az új politikai és gazdasági légkör szabadabbá és nyitottabbá tette a társadalmat, de ezzel egyidejűleg – pontosan ezen hatások következtében – megjelentek olyan nemkívánatos jelenségek is, amelyek gyakran sokkolták a lakosságot, és ezzel párhuzamosan a tanulóifjúságot is. A magyar társadalom nem volt felkészülve a hirtelen jött liberalizmusra. A gazdaságos termelés, a profit hajszolása következtében végbeménő társadalmi átalakulás, a munkanélküliség növekedése, a szexuális szabadság hirtelen és sok esetben nagy nyilvánosságot kapott előretörése, a dohányzás, a kábítószer- és

alkoholfogyasztás jelentős mértékű emelkedése, az öngyilkosságok számának növekedése, illetve ezek hatására a családi élet felbomlása számos esetben megnyilvánul a tanulók iskolai életbe való beilleszkedése során.

Mindezekre tekintettel tudományos érdeklődésünk a serdülő- és ifjúkorúak egészségtudatosságának, alkoholfogyasztásának és dohányzási szokásainak, egészségi állapotának, egészségmagatartásának vizsgálata felé fordult. Az egészségmagatartás *Baum, Krantz és Gatchel (1997)* szerint az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége, amelyek az egészséges életmód elemeként az egészségi szükségletek és az egészség-indítékok következtében létrejövő viselkedésben nyilvánulnak meg. A kutatás fontosságát már csak azért is érdemes hangsúlyoznunk, mert a serdülőkor fontos szakasza az emberi életnek, hiszen ekkor bontakoznak ki azon szokások, amelyek később az egész élet során hatással lesznek az egészségi állapotra (*Aszmann, 2003*).

A vizgálatosorozat kísérletet tesz az egészségi állapot és egészségmagatartás magyar társadalmi-területi különbségeinek bemutatására, valamint a különbségek hátterében álló okok magyarázatára. Jelen első vizsgálat egy adott régióban (Nyugat-Dunántúl) élő fiatalok egészségmagatartásának, ezen belül dohányzási szokásainak és egészségtudatosságának vizsgálatára tesz kísérletet.

## Irodalmi áttekintés

Kiindulásként először tekintsük át, milyen tényezőkből tevődik is össze az egészség, az egyén egészségmagatartása, és melyek ennek elemei. A jó egészségi állapot



ugyanis nem csak az egyén érdeke, hanem a társadalomé is, hiszen az egyén, mint munkaerő, a termelési folyamat fontos eleme, így egészségének megőrzése a társadalom alapvető feladata.

### 2.1. Az egészségmagatartás, egészség tudatosság és elemei

Azt, hogy mi is az egészség, sokan sokféleképpen megfogalmazták, hasonlóan ahhoz, hogy mely tényezők hatnak leginkább egészségünkre. Baum, Krantz és Gatchel (1997) szerint egészségmagatartás, egészség tudatosság minden olyan viselkedés, amely hatással lehet egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk. Általánosságban igaz az is, hogy *egészségi állapotunkat és egészségmagatartásunkat számtalan tényező befolyásolja*, amelyek sokszor egymásra is hatással vannak. Saját kutatásaim és a szakirodalom szerint ezek közül az alábbiak a legfontosabbak (Pintér, 1995, Huszka és Káldi, 2010):

- Környezetszennyezés,
- Életmód, amelynek egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás,
- Alkohol- és kábítószer-fogyasztás, dohányzás,
- Kedvezőtlen táplálkozási szokások – pl. zsíros és tartósítószerrel „túltömött” ételek fogyasztása, illetve a rendszertelen és egészségtelen táplálkozás,
- Megfelelő információ magunkról és környezetünkéről – ebben rendkívül nagy szerephez jutnak, juthatnak a közoktatásban és az egészségügyben tevékenykedő szakemberek,
- A virtuális térből érkező „információk” és azok hitelessége,
- A családi norma- és értékrend „megléte és annak erőssége”,
- Az egyén szociális helyzete és genetikai adottságai,
- Az egyén anyagi helyzete és lehetőségei (elegendő például csak a táplálkozásra, annak minőségére gondolnunk, de az egészségügyi ellátáshoz való „hozzájutás” is sok esetben ennek függvénye).

Harris és Guten (1979) szerint az egészségmagatartás egy olyan komplex rendszer, amelynek része a testmozgás, a lelki egészség, a tudatos táplálkozás, a higiénia és nem utolsósorban a káros élvezeti cikkek, azaz a szerrel való visszaélések elkerülése. Hozzájuk kapcsolódik még a rendszeres egészségügyi önellenőrzés és a szűrővizsgálatok igénybevétele is. Kutatási célkitűzésünknek megfelelően az egészségmagatartás elemei közül a szerrel való visszaélés vizsgálatát fejtjük ki részletesebben.

A kockázati magatartás és az azt befolyásoló tényezők alaposabb vizsgálata azt mutatja, hogy a serdülőkor előrehaladtával a család befolyását egyre inkább a kortársak szerepe váltja fel. A kortárs csoportokhoz való tartozásnak azonban sok kedvezőtlen oldala is van, az együttlétek

gyakran társulnak rizikószerek fogyasztásával. Különösen erős az ún. „best friend” hatás, ami azt jelenti, hogy a legjobb barát által közvetített hatás, norma a legmeggyőzőbb a dohányzás és az alkoholfogyasztás elkezdésében (Pikó, 2000). A cigarettának és a cigarettázásnak fontos szimbolikus szerepe is van. Jessor (1998) ugyanakkor azt gondolja, hogy az alkoholfogyasztás, a dohányzás és más veszélyesnek tartott tevékenységek korfüggő növekedése nem társas deviancia, hanem a felnőtt magatartásformák gyakorlásának kísérlete.

Nemzetközi kutatások is azt mutatják, hogy a dohányosok tisztában vannak szenvedélyük káros hatásaival, amit jelen kutatás is megerősít. A dohányzó egyének tehát teljesen tisztában vannak magatartásuk hosszú távú káros következményeivel, s így egészségügyi kockázataival is. Ezt Weinstein (1983) az *irrealis optimizmusnak* nevezett jelenséggel magyarázza. Az ismeretek és a tényleges magatartás közötti tudati ellentmondást, kognitív diszonzanciát a dohányzók úgy igyekeznek feloldani, hogy bagatellizálják a kockázatok bekövetkezésének lehetőségét, és abban bíznak, hogy nem történik velük semmi baj. Márpedig ez nincs így!

A dohányzás nagy rizikófaktort jelent a halálozást tekintve, hiszen a dohányosok átlagosan 8 évvel rövidebb életűek a nem dohányzóknál. A dohányzás szempontjából világszerte egyre nagyobb jelentőségű légzőszervi halálok a krónikus obstruktív légúti betegség (COPD, *Chronic Obstructive Pulmonary Disease*). Az ebben szenvedők a légutak beszűkülésével, a tüdő teljesítményének meredek romlásával számolhatnak, amit több gén és környezeti tényező együttes hatása okoz. A betegek 90 százaléka dohányos, és ha korai stádiumban felismerik a betegséget, még megállítható, elsősorban a dohányzás mellőzésével. Epidemiológiai vizsgálatok – amelyek számos krónikus betegség rizikótényezőit kutatták – megállapították, hogy a dohányos férfiakban 15 év alatt 5-ször, a dohányos nőkben 7-szer gyakrabban alakult ki a COPD, mint a nem dohányosokban (KSH, 2009).

### 2.2. A dohányosok száma és az egy főre jutó füstöltnivaló az EU-ban

Az amerikai kontinensről származó évezredes szokás az elmúlt 500 évben terjedt el a világon. A spanyolok hiedelme szerint az indián katonák a dohányból nyerték bátorságukat. Európai elterjedéséhez Jean Nicot de Willemann lisszaboni nagykövet járult hozzá, aki először termesztette Európában a növényt. A dohányzást a XX. század első harmadáig nem tartották ártalmasnak az egészségre, és csak 1950-ben jelent meg az első tanulmány, amely összefüggésbe hozta a tüdőrák kialakulásával.

## 1. táblázat

A 15–24 év közötti dohányzók száma (%-ban)

|              | Nem dohányzik | Alkalmanként | Naponta |
|--------------|---------------|--------------|---------|
| Ausztria     | 46,6          | 12,5         | 40,9    |
| Németország  | 52,9          | 11,8         | 35,3    |
| Magyarország | 54,8          | 6,6          | 38,6    |
| Szlovákia    | 70,6          | 11,7         | 17,7    |
| Portugália   | 77,6          | 3,6          | 18,8    |

Forrás: ([http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/eurostat\\_tablak/t\\_health/tps00170.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/eurostat_tablak/t_health/tps00170.html))

A dohányzás gyakorisága az életkor vonatkozásában és országonként is igen nagy változatosságot mutat. A 13 éves gyerekek 6%-a dohányzik, és ez a gyakoriság 15 éves életkorra több mint a háromszorosára nő, miközben egyre nyilvánvalóbbá válnak az országok között e tekintetben fennálló különbségek. Például az USA-ban a 15 évesek mindössze 7%-a dohányzik, Grönlandon viszont, ahol a legmagasabbak a dohányzók aránya, a fiúknak több mint harmada, a lányoknak közel fele hetente legalább egyszer rágyújt. A magyar ifjak közül minden ötödik, és ezzel mi vagyunk az országok sorában a 10. legtöbbet dohányzók ([http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef/kal\\_gardos.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/elef/kal_gardos.html)).

Hasonló észrevételt tehetünk, ha az EUROSTAT adatai alapján a 15–24 év közötti dohányzók számát vizsgáljuk. Az 1. táblázatban 29 ország közül – hazánk mellett – négy ország adatait láthatjuk. A mutató a jelenlegi dohányzók számát adja meg a népesség százalékában kifejezve.

## A kutatás módszertana és hipotézisei

A kutatás feladata egy megbízható adatsor felállítása a 13–25 éves korosztály egészségtudatosságának, alkoholfogyasztásának és dohányzási szokásainak, illetve egészséges életmódjának, egészségi állapotának és környezettudatosságának vizsgálatával. Egy korábban kidolgozott többlépcsős mintavételi eljárás segítségével (Szakály Z., 1994, Huszka P., 2006) többszörös reprezentativitást sikerült elérnünk. A kvótarendszert nem és iskolai végzettség szerint úgy állítottuk össze, hogy a megadott korosztályt tükrözze.

A megbízható eredmények alapja – a reprezentativitáson túl – az, hogy biztosítani kell a véletlenszerű kiválasztás lehetőségét is. Ehhez az ún. „minden *n*-edik” módszert alkalmaztuk, amelynek fontos jellemzője, hogy minden egyes személynek azonos esélye van a mintába való bekerülésre.

A fentieknek megfelelően a kérdőívek kitöltése a véletlenszerűen kiválasztott oktatási intézmények 7–8., illetve 9–10. évfolyamában történt, úgy, hogy minden második iskolában csupán egy osztályt (A, B, C sorrendben) kérdeztünk meg. A többi (páratlan sorszámú) iskolában ugyanakkor az osztályok közül véletlenszerűen két osztályt választottunk ki (feltéve, hogy több évfolyam is volt az intézményben). A kérdőíveket az adott osztály minden egyes tanulója kitöltötte. A vizsgálatba 288 személyt vontunk be. Ezt az indokolta, hogy ez a kiválasztott tesztmegyében vizsgált korcsoport diákjainak 1%-át adja.

A nagyszámú adat feldolgozása az SPSS for Windows 14.0 matematikai-statisztikai programcsomag segítségével történt. Hipotéziseink az alábbiak voltak:

*H1:* Magas a fiatal korban a dohányzást már kipróbáltak részaránya, az e káros szenvedéllyel való „ismerkedés” időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik.

*H2:* A szülőkkel való harmonikus kapcsolat esetén alacsonyabb mértékű szerhasználat jellemző.

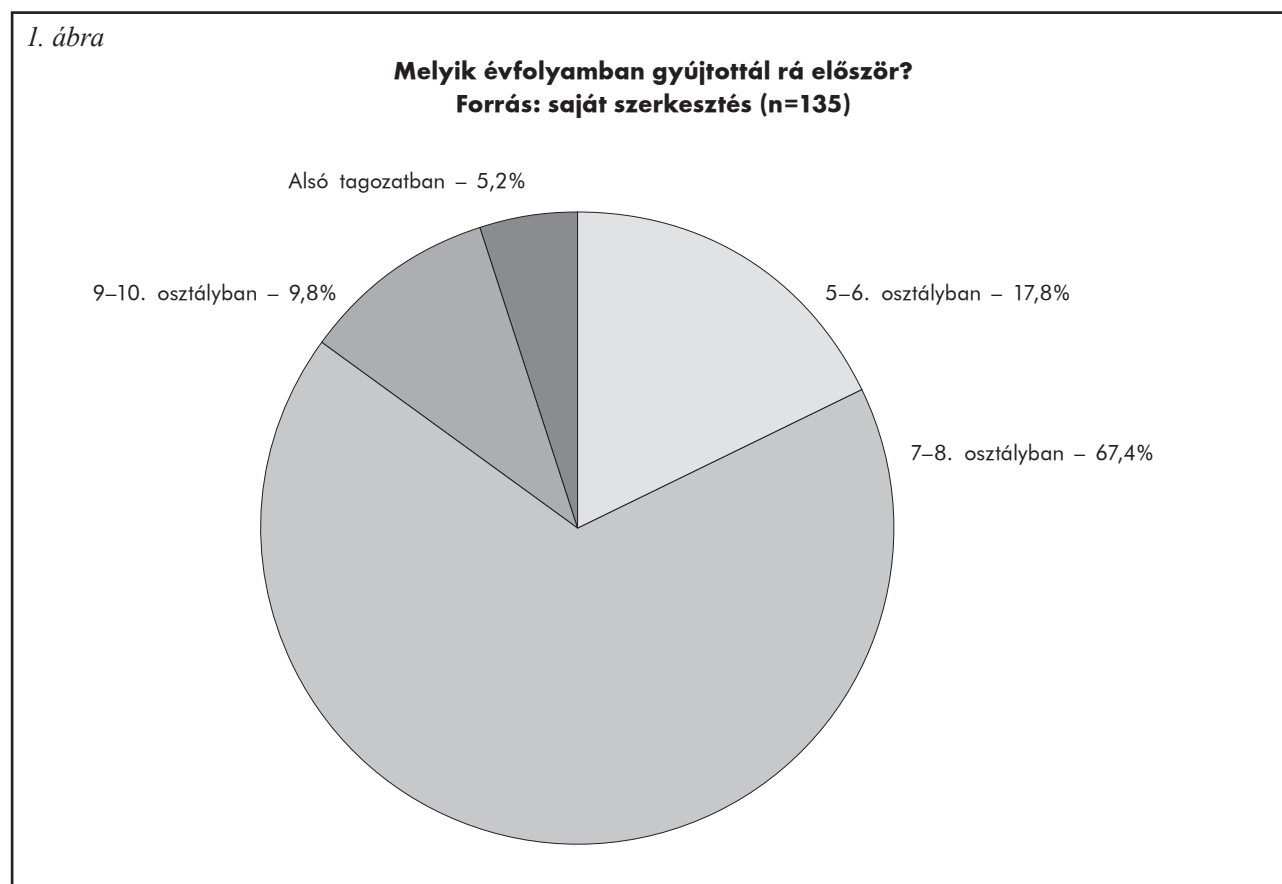
*H3:* Miközben a fiatalok egyre korábban próbálják ki a dohányzást, a tanulók többsége tisztában van a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásával.

## 4. Eredményeink és értékelésük

### 4.1. Fogyasztói szokások és attitűdök vizsgálata (primer piackutatás)

A szekunder kutatás eredményei egyértelművé tették, hogy a dohányzás komoly veszélyeztetettséget jelent a 13–17 évesek körében, és világszerte jelentős eltérések mutatkoznak a fogyasztás gyakoriságát és mennyiségét illetően. A következőkben áttekintjük, hogy jelen kutatásunk fentiekkel, illetve a dohányzás egészségre gyakorolt hatásával kapcsolatosan milyen eredményeket hozott.

Egy korábbi fókuszcsoporthoz vizsgálat (Huszka, 2010) és jelen kutatásunk eredményei is egyértelműen rámu-



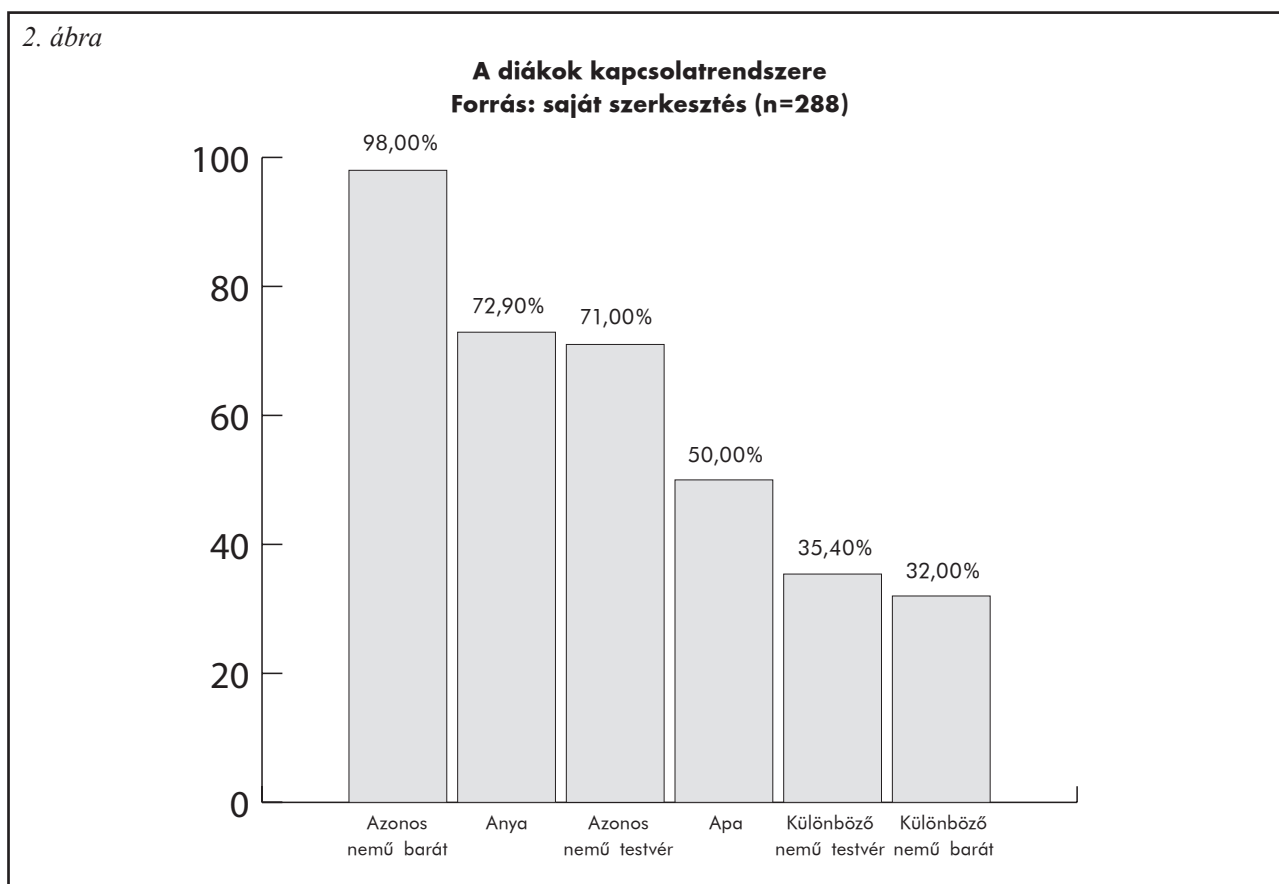
tattak, hogy a tizenévesek nagyrészt tisztában vannak a káros hatású szerek egészségre ártalmas voltával. Arra a kérdésre, hogy milyen hatással vannak rájuk a különböző élvezeti cikkek és a drog, a legtöbben a készítmények károsságára, az önpusztításra, a teljesítményfokozásra és az élet elrontására gondolnak. Markánsnak nevezhető a következő vélemény is: „*látszólag segít elfelejteni az ember gondjait, de egy idő után behálóz*”. Kedvezőnek tekinthető, hogy a kutatások során a közel 300 megkérdezett közül csupán egyikük mondta – talán ő is viccből – a droggal kapcsolatosan: „*egy jó buli szívesen, de legközelebb adj drogot*”. A serdülő- és ifjúkorúak túlnyomó többsége, 87,4%-uk ugyanakkor tisztában van azzal, hogy hazánkban a kávé, az alkohol és a dohányzás – bizonyos életkori határok között (bár személyes tapasztalataim szerint legtöbbször erre nincs tekintettel) – „legális drognak” tekinthető.

A vizsgálat folytatásaként felmértük azt is, hogy a korcsoport tagjai saját egészségüket miképpen ítélik meg. A rendszerváltás óta eltelt 20 év és jónéhány hazai népegészségügyi program után a kutatás eredménye azt mutatja, hogy nincs minden rendben, a saját egészség megítélése gyakorlatilag nem változott, illetve túlértékeltté vált. Az adatok azt tükrözik, hogy a korcsoport tagjai 72%-ban átlagosnak és jónak ítélik saját egészségüket, 23,5%-ban pedig nagyon egészségesnek tartják

magukat. Ez talán nem is lenne probléma, de a rendszeresen dohányzók sincsenek tisztában egészségük veszélyeztetettségével, ugyanis 68%-ban ítélik átlagosnak és jónak saját egészségüket, 25,1%-ban pedig nagyon egészségesnek tartják magukat.

A kutatás következő szakaszában a dohányzási szokásokra, illetve a dohányzásra vonatkozó attitűd-állítástokat foglalmaztunk meg, majd arra kértük a válaszadókat, mondják meg, melyikkel milyen mértékben értenek egyet. A „tudatos” dohányzásra vonatkozó kérdésre a megkérdezettek 46%-a adott „igen” választ. A kapott eredmény egybeesik az EUROSTAT- és az ESPAD-felmérés adataival is. Az eredmények alapján azt a rendkívül kedvezőtlen megállapítást tehetjük, miszerint magas a fiatal korban a dohányzást már kipróbáltak részaránya. Ez a felnőttkori dohányzás táptalajává is szolgál. A szekunder adatok elemzése azt mutatja, hogy „az első dohányzás időpontja” alapvetően meghatározza a felnőttkori dohányzási szokásokat, attitűdöket. Sajnálatos tény, hogy a fiatalok viszonylag korán kezdenek „hódolni” a káros szenvedélynek! A 1. ábrán bemutatjuk, hogy a dohányzó fiatalok milyen életkorban, pontosabban melyik iskolai osztályban gyűjtötták rá először. Az adatok elemzése azt a nemzetközileg is ismert tényre tükrözi, hogy a dohányzással való „ismerkedés” időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik.

2. ábra



A válaszadók döntő többsége (67,4%-a) ugyanis az általános iskola hetedik-nyolcadik osztályában (13–14 évesen) cigarettázik először.

A probléma súlyát véleményünk szerint azonban az jelzi, hogy magas az ennél fiatalabb korban a dohányzást kipróbálók aránya. A megkérdezettek 17,8%-a ugyanis már az 5–6. osztályban, míg 5,2%-uk már ez előtt, az alapfokú intézmény alsó osztályaiban, azaz már 10 évesen vagy előtte hódolt e káros szenvedélynek. Relatív alacsony azon fiatalok részaránya (9,6%), akik a középiskolában teszik mindezt, ebből persze az is következik, hogy az általános iskolában kellene nagyobb hangsúlyt fektetni a tanulók egészségtudatosságának „emelésére” és a káros hatású szerek terjedésének megakadályozására.

Ha a háttérváltozókat is vizsgáljuk, a nemek tekintetében nem találunk lényeges különbséget. A nemzetközi adatoknak megfelelően a férfiak előbb és nagyobb arányban gyújtanak rá először. A tanulók iskolai végzettségét vizsgálva hasonló következtetéseket vonhatunk le. A későbbi iskolatípustól függetlenül a diákok több mint kétharmada 7–8. osztályban gyújt rá először. Ha a tanulmányi eredményeket is összevetjük az első dohányzás időpontjával, akkor azt a némiképpen meglepő megállapítást tehetjük, hogy 13–14 évesen a jeles rendűek közel 15%-kal nagyobb arányban dohányoz-

nak, mint a jó vagy közepes tanulmányi eredményűek. Hasonló különbség figyelhető meg az elvált szülőkkel, illetve a családban élők esetében is, tehát az elvált szülők gyermekei hamarabb próbálják ki a cigarettázást.

Az előzőekben leírtak tükrében rendkívül tanulságos, hogy miközben egyre több fiatal egyre korábban próbálja ki a dohányzást, a tanulók többsége tisztában van a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásával (74,6%). A kutatás lebonyolítóinak számára azonban ennél is „megrázóbb” az a felismerés és eredmény, hogy a kutatásban résztvevők 9,9%-a nem foglalkozik e káros élvezeti cikk egészségre káros voltával, és elgondolkodtató az is, hogy több mint 3% azok aránya, akik nem tudják, hogy káros-e, illetve úgy tudják, hogy nem árt a cigarettázás.

Mivel a gyermekek szülővel, illetve egyéb kortársakkal kialakított kapcsolatrendszere is fontos valamely deviáns viselkedés kialakulásánál, lényegesnek tartottuk ennek vizsgálatát is. A felmérésből kitűnik, hogy középiskolásaink legkönnyebben azonos nemű barátaikkal, édesanyjukkal, azonos nemű testvérükkel, édesapjukkal, különböző nemű testvérükkel, majd különböző nemű barátaikkal beszélnek meg problémáikat. Eredményeinket a 2. ábrán szemléltetjük.

Az adatok azt is mutatják, hogy a tanulók csaknem mindegyike rendelkezik baráttal, akikkel 62,3%-uk



2. táblázat

**A szokásosnál többet vagy kevesebbet dohányzol, amikor...**

(a kérdésre adott válasz: 1= sokkal kevesebbet dohányzom, 5= sokkal többet dohányzom)

| Kategória                        | Statisztikai mutató |        |
|----------------------------------|---------------------|--------|
|                                  | átlag               | szórás |
| alkoholt fogyasztottam           | 3,90                | 1,14   |
| barátaimmal vagyok               | 3,63                | 1,27   |
| rosszkedvű vagyok                | 3,31                | 1,52   |
| valamilyen összejövetelem vagyok | 3,29                | 1,46   |
| barátommal/barátnőmmel vagyok    | 2,89                | 1,40   |
| magányos vagyok                  | 2,88                | 1,41   |
| iskolában vagyok                 | 2,01                | 1,16   |
| szüleimmel együtt vagyok         | 1,23                | 0,69   |

Forrás: saját szerkesztés (n=126)

hetente 4–5-ször, 19,5%-uk 2–3-szor és 18,2%-uk hetente egyszer találkozik. Eredményeink megerősítik, illetve alátámasztják az ún. „best friend” hatást, azaz hogy a legjobb barát által közvetített norma a legmeggyőzőbb a dohányzás elkezdésében. Azon válaszadók ugyanis, akik tanítás után rendszeresen együtt voltak dohányzó barátaikkal, nagyobb arányban és mennyiségben nyúltak e káros szerhez (esetükben 38,6% a naponta, illetve naponta többször, azaz rendszeresen dohányzók aránya), mint azok, akik barátja nem dohányzik (e csoport tagjainál a rendszeresen dohányzók aránya 6,7%). Az eredmények szignifikáns különbséget mutatnak. Ugyancsak hasonlóságot mutatnak a vizsgálat megállapításai a nemzetközi és hazai kutatási eredményekkel abban, hogy azoknál a tanulóknál, akik szüleikkel az átlagosnál nagyobb arányban beszélnek meg problémáikat, azaz a szülőkkel való kapcsolat harmonikus, alacsonyabb mértékű szerhasználat jellemző.

A fogyasztás alakulását – elsősorban a jövőre vonatkoztatva – nagymértékben befolyásolja az is, hogy a megkérdezetteket a különböző alkalmak mennyire befolyásolják dohányzási aktivitásukban (2. táblázat).

Az eredmények egyértelműen jelzik, hogy a cigarettafogyasztók leginkább az alkohol hatására dohányoznak többet. Sorban utána a baráti társaság hatása következik, de látható, hogy pszichés benyomás és a „bulihangulat” is felfelé módosítja a cigarettázás mennyiségét. Az alkohol hatásánál mért szórás viszonylag alacsony volta jelzi, hogy a megkérdezettek többsége egyetért ezzel az állítással.

A táblázatban bemutatott többi kategória esetében csökkenés mutatható ki, legkevésbé a „párkapcsolat”

és a „magányosság” hat kedvezően a dohányosokra, legalábbis a dohányzás gyakoriságát tekintve. Ennél lényegesen nagyobb visszatartó hatása van az iskolának, de érthető módon a szülői hatás a legmeghatározóbb, azaz a 13–17 éves korosztály tagjai szüleik társaságában sokkal kevesebbet dohányoznak. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az ebben az esetben mért 0,69-es szórás a kategóriák közül a legalacsonyabb, ami azt jelzi, hogy a fogyasztók ezen állítással kapcsolatban a legkevésbé megosztottak.

## 5. A kutatás korlátai, hasznosíthatósága

A kutatásba 288, a nyugat-dunántúli régióban élő, 13–17 éves személyt vontunk be. Ezt az indokolta, hogy ez a szám a kiválasztott tesztmegyeében vizsgált korcsoport diákjainak 1%-a. Mivel azonban a vizsgálatba vont személyek 54%-a nem dohányzik, viszonylag alacsony elemszámból vontunk le következtetéseket, ami a kutatás egyik korlátja lehet.

A hazai dohányzási szokások változásának átfogó vizsgálata szükségessé teszi, hogy kutatásainkba az ország különböző régióit is bevonjuk. Jelen kutatás erre nem vállalkozott. Ez tekinthető a kutatás második korlátjának, miképp a korosztály „szélesítése” is kívánatos volna.

A fenti korlátok ellenére a minta elemszáma és összetétele biztos alapot ad a nyugat-dunántúli régióban élő 13–17 éves tanulók dohányzási szokásainak bemutatásához.

Az adatok elemzése azt a nemzetközileg is ismert tényt tükrözi, hogy a dohányzással való „ismerkedés”

időpontja többnyire a kamaszkor elejére esik. A kutatás során megállapítottuk azt is, hogy azoknál a tanulóknál, akik szüleikkel harmonikus kapcsolatot ápolnak, alacsonyabb mértékű szerhasználat, dohányzás és dohányzási gyakoriság jellemző. Nem kevésbé fontos az a megfigyelés sem, hogy a fiatalok egyre korábban próbálják ki a dohányzást, annak ellenére, hogy többségük (74,6%) tisztában van a dohányzás egészségre gyakorolt káros hatásával is. Saját egészségük megítélésében ugyanakkor túlságosan is optimisták.

A kapott eredmények célszerűen hasznosíthatók a betegségmegelőzéssel foglalkozó szakemberek körében, és hasznos segítséget nyújthatnak a közoktatásban dolgozó pedagógusok és az ifjúságvédelemmel foglalkozó kollégák számára is. Nem utolsósorban az eredmények publikálása a helyi médiumokban elgondolkodtathatja a korcsoport tagjait dohányzási szokásaikról, egyúttal a szülők számára is fontos támpontul szolgálhat.

## Összefoglalás

Az egészségi állapot magyarországi romlása az 1960-as évek közepe óta tart, ennek következtében hazánk egyre jobban lemarad a fejlett egészségi kultúrájú országoktól. Mindezekre tekintettel tudományos érdeklődésünk a serdülő- és ifjúkorúak egészségtudatosságának, alkoholfogyasztásának és dohányzásának, illetve egészséges életmódjának vizsgálata felé fordult. Mindezen feladatok megvalósítása céljából az alapsokaságból vett minta

összeállításánál célunk a reprezentativitás és a véletlenszerűség biztosítása volt. A kutatás során megállapítottuk, hogy azoknál a tanulóknál, akik szüleikkel harmonikus kapcsolatot ápolnak, alacsonyabb mértékű dohányzás és dohányzási gyakoriság jellemző. Nem kevésbé fontos az a megfigyelés sem, hogy a fiatalok egyre korábban próbálják ki a dohányzást.

*Kulcsszavak: serdülő- és ifjúkorúak, egészségmagartartás, dohányzás*

## Summary

The deterioration of health status in Hungary is running since the mid-1960s, resulting that Hungary is behind the developed health cultures – mainly Western European countries. Considering these, our scientific interest turned to the examination of health awareness, drinking and smoking habits, healthy lifestyles, state of health and environmental awareness of adolescents and youngsters. All these tasks to realize, during the set-up of the sample our aim was to provide representativeness and randomness. The research found that those pupils, who have a harmonious relationship with their parents, maintain a lower level (substance use) smoking and smoking frequency characteristic. No less important is the observation that youngsters test the cigarettes more and more early, but they are far too optimistic in assessment their own health.

*Keywords: adolescents, health behaviour, smoking*

## IRODALOM

- Albritton, R.: *Let them eat junk; how capitalism creates hunger and obesity*. Pluto Press, New York, USA, 2009.
- Aszmann A.: *Iskoláskorú gyermekek egészségmagartartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet–Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2003.
- Baum, A.–Krantz, D. S.–Gatchel, R. J.: *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill, New York, 1997.
- Harris, D. M.–Guten, S.: „Health protecting behaviour: An exploratory study.” In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 20., 17–29. old., 1979.
- Huszka P.: *A tejtermékfogyasztás szerkezeti változása a vásárlói magartartás függvényében*. PhD-értekezés, Kaposvár, 2006.
- Huszka P.: „A 12–25 éves korosztály környezettudatosságának és táplálkozási szokásainak vizsgálata a nyugat-dunántúli régióban.” In: *Tanulás – tudás – gazdasági sikerek, avagy a tudásmentés szerepe a gazdaság eredményességében*. Tudományos konferencia, 84–88. old., Győr, 2010. április 14.
- Huszka P.–Káldi J.: „Divat vagy védekezési mechanizmus a korai dohányzás?” In: *Válság közben, fellendülés előtt*. Kautz Gyula tudományos konferencia, Győr, 2010. június 1.
- Jessor, R.: „New perspectives on adolescent risk behavior.” In: Cole, Michael–Cole, Sheila R.: *Fejlődéslélektan*. Osiris, 2003.
- KSH: *A KSH jelenti: Gazdaság és társadalom. 2009/1*. <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel309013.pdf>, 1–2. old., Budapest, 2009.
- Pikó B.: „A társas kapcsolati háló szerepe a dohányzás serdülő-kori előfordulásában.” In: *Népegészségügy*, 81., (2.) 4–11. old., 2000.
- Pintér I.: „Adatok Magyarország népegészségügyi helyzetéhez.” In: *Magyar Tudomány*, 11., 1274–1283. old., 1995.
- Szakály Z.: *Korszerű állati eredetű alapélelmiszerek piacképességének vizsgálata*. Kandidátusi értekezés, Kaposvár, 1994.
- Weinstein, N. D.: „Reducing Unrealistic Optimism about Illness Susceptibility.” In: *Health Psychology*, 2., 11–20. old., 1983.