



SZOCIÁLIS HATÁSOK A SERDÜLŐKORI DOHÁNYZÁSBAN: A SZOCIÁLIS HÁTTÉR, A CSALÁD ÉS A KORTÁRSÁK SZEREPE

Balázs Máté Ádám^{*} és Pikó Bettina^{}**

^{} Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest*

*^{**} Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged*

Szerte a világon a dohányzás az egyik legsúlyosabb társadalmi és népegészségügyi probléma, ami különösen igaz Magyarországra és Kelet-Európa országaira (Ádány, 2003; Edwards, 2004). Még több aggodalmat kelt az a tény, hogy míg a felnőttkori dohányzás a fejlett országokban (különösen Nyugat-Európában és az USA-ban) jelentősen csökken, addig a serdülőkori dohányzás világszerte egyre növekvő tendenciát mutat (Brown, 2002; Griesbach Amos & Candace, 2003; Hipple, Lando, Klein, & Winickoff, 2011). Hozzáadódik ehhez a tényhez, hogy Magyarországon és Kelet-Európában az egyik legmagasabb a fiatalkori dohányzás előfordulása (Pikó, 2010). Míg az Amerikai Egyesült Államokban a 10–18 éves serdülők között a napi rendszerességgel dohányzók aránya 2001-ben 3,9% volt, addig ez az érték itthon 32,8% (Pikó & Fitzpatrick, 2001a). Az utóbbi évek adatai is lehangoló képet mutatnak, a 2010-es HBSC-vizsgálat adatai szerint a 11. évfolyamos lányok 39,1%-a, a fiúk 45%-a dohányzik rendszeresen (Halmai & Németh, 2010). Az Eurostat (2012) honlapján fellelhető adatok alapján az uniós országok közül Magyarországon dohányoznak Ausztria után legtöbben a fiatalok populációjában, a 15 és 24 évesek 38,6%-a dohányzik napi rendszerességgel. Az igen magas értékek háttérében számos tényező állhat, melyek közül jelen tanulmányunkban különös figyelmet fordítunk a szociális háttérre és a társas hálóra, azaz a társas kapcsolatok – a család, a kortársak és a barátok – hatásaira.

Kutatásunkat önkitöltéses kérdőívek segítségével egy kisváros és kistérségének összes alap- és középfokú oktatási intézményének bevonásával végeztük 7–12. évfolyamon, a minta így reprezentálja egy alföldi kisvárosnak és kistérségének serdülőkorú populációját. A kérdőív a szerfogyasztási szokásokon, a prevalenciaadatokon és a szocio-demográfiai változók mellett kitért a dohányzással kapcsolatos attitűdökre és az ezzel kapcsolatos társas hatásokra. Az adatok feldolgozását követően leíró statisztikai módszereket és többváltozós lineáris regresszióanalízist alkalmaztunk az elemzéshez.

Elméleti áttekintés

A dohányzás rendkívül fontos népegészségügyi probléma, ezért kezelésének és megelőzésének kiemelt szerepet kell kapnia a mindennapi egészségnevelő és egészségfejlesztő gyakorlatban. Azonban ehhez nélkülözhetetlen, hogy a problémát megismerjük és megértsük. A dohányzás esetében is igaz, hogy a társas hatások rendkívül fontosak mind a kipróbálás, a rászakás és a megelőzés tekintetében. A család és a kortársak jelentik ebben a korban a társas háló két alapvető elemét, melyek a dohányzás, valamint más rizikómagatartások kialakulásában aktív szerepet játszanak (de Vries, Engels, Kremers, Wetzels, & Mudde, 2003; Wood, Read, Mitchell, & Brand, 2004; Pikó, 2006). Számos tanulmány hívta fel a figyelmet a serdülőkori dohányzás és a szülők észlelt dohányzása közötti kapcsolatra; akár egy, akár két szülő dohányzik a családban, ez jelentősen fokozza a serdülőkori dohányzás rizikóját (Griesbach, Amos & Candace, 2003). A család hatása megmutatkozik a testvérek, illetve más családtagok szerepében is (Griesbach et al., 2003). Az idősebb testvér dohányzása jelentősen megnöveli a serdülők dohányzásának esélyét. Ez a hatás független a szülők dohányzásától, és mindkét nem esetében egyaránt érvényesül (Rajan et al., 2003). Ez a kutatási eredmény azért is érdemel kiemelt figyelmet, mert a testvérek dohányzó magatartásának jelentősége egy kevésbé kutatott terület mind a hazai, mind a külföldi szakirodalomban, pedig befolyással lehet a serdülők rizikómagatartására.

A szülők hatása még akkor is meghatározó tényező lehet, ha tudjuk, hogy a serdülők korban a kortárshatás magatartásra gyakorolt szerepe megsokszorozódik, és ezzel egy időben a fiatalok eltávolodnak a szülőktől (Perry, Kelder, & Komro, 1993; Hair, Moore, Garrett, Ling, & Cleveland, 2008). Azonban a szülők attitűdje, szigorúsága, a gyerekek kötődése és az ellenőrzés mértéke fontos prediktív (előrejelző) tényezője a serdülőkori dohányzásnak (Tyas & Pederson, 1998). A dohányzó környezetben felnövő serdülőknek nagyobb az esélye arra, hogy maguk is rászakjanak később a szerhasználatra (Li et al., 2003). Habár sok kutatás nem mutatott ki közvetlen összefüggést a szülők dohányzása és a serdülők dohányzó magatartása között, az apa és az anya szerepét külön-külön vizsgálva, már sok esetben igazolható a kapcsolat. Ez főként az anyai hatásban mutatkozik meg, ami egybeesik a megállapítással is, hogy a családtagok egészségmagatartásában az anyának van domináns szerepe (Aszmann, 1997; den Exter Blokland, Engels, Hale, Meeus, & Willemsen, 2004; Morello, Duggan, Adger, Anthony, & Joffe, 2001; Pikó, 2002a).

A szülői faktorok között a szülők iskolai végzettségének és a család társadalmi helyzetének vizsgálata átvezet egy másik nagyon fontos területre, a társadalmi-gazdasági vonatkozások, jelen esetben a serdülő és családja szociális státuszának szerepére. Közismert, hogy a felnőttek körében a dohányzás elsősorban az alacsonyabb társadalmi helyzetű rétegeket érinti (Denney, Rogers, Hummer, & Pampel, 2004); de ezeket az adatokat serdülőkori vizsgálatok is alátámasztják, miszerint alacsonyabb társadalmi státuszú serdülők esetében gyakoribb a dohányzás (Griesbach et al., 2003; Fagan, Brook, Rubenstone, & Zhang, 2005), ellentétben például a drogfogyasztással, ami kifejezetten a jobb anyagi helyzetű családok gyermekeit veszélyezteti (Pikó, 2000; Tuinstra, Groothoff, van den Heuvel, & Post, 1998). Az iskolázottsággal kapcsolatban – bár nem egyértelműen

determinálja a család szocio-ökonómiai státuszát – feltételezhető, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők esetében a család jövedelme is kisebb, ami alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszt (SES) von maga után. Mindemellett a dohányzás és más egészségmagatartás gyakoriságára talán a legnagyobb mértékben mégis az iskolai végzettség hat (Stirbu et al., 2010). A jövedelemmel szemben sokkal inkább az iskolázottság felelős a dohányzás terén megmutatkozó társadalmi egyenlőtlenségekért (Currie et al., 2008; Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005).

A kortársak szerepe ebben az életkorban különösen felértékelődik, egyrészt a már említett szülőktől való eltávolodás miatt, másrészt azért, mert a fiatalok idejük nagy részét ezekben a kortárs csoportokban töltik (Ungar, 2000). A kortárs csoportban érő hatások messzemenően befolyásolják a serdülők magatartását, még akkor is, ha a szülőkkel való kapcsolatuk kiegyensúlyozott és normális (Scharf, Mayseless, & Kivenson-Baron, 2004). A megnövekedett autonómiaigény, vagyis az, hogy a serdülő önálló döntéseket akar hozni saját életével kapcsolatosan, és az elvárás a csoport részéről, a csoportkonformitás megnövekedett igénye egyenes utat jelenthet a rizikómagatartásokhoz (Hussong, 2002). Mindehhez társulhat a túlbecslés (overestimate) jelensége: a serdülő hajlamos túlbecsülni a környezetében a szerfogyasztás mértékét és jelentőségét, ami újabb rizikófaktor a dohányzó csoportba kerülő fiatal szempontjából. Ha ehhez társul egy közeli barát dohányzása, azaz megvalósul a legjobb barát hatása (best friend effect), az még jobban felerősítheti azt a folyamatot, ami a korai dohányzáshoz vezet (Pikó, 2001; Stein, Newcomb, & Bentler, 1996).

Látható, hogy a bemutatott folyamat egy olyan öngerjesztő kör, amiből kikerülni külső segítség nélkül csaknem lehetetlen, főleg akkor, ha az adott serdülő családi és szociális háttere is diszfunkcionális. Így a megfelelő szociális készségek és társas támogatás hiányában a korai elkezdést – nagy valószínűséggel – korai függőség követi, ami azért is veszélyes, mert korábban már bizonyították, hogy a serdülőkorban rendszeresen dohányzók nagy valószínűséggel felnőttkorukban is folytatják a dohányzást (Chassin, Presson, Rose, & Shermann, 1996).

A kutatás célja, hipotézisei

A tanulmányban ismertetett kutatás során a társas háló – különösen a szülők, a testvér, a barátok – és egyéb szociális tényezők (szocio-ökonómiai státusz, szülők iskolai végzettségének hatása) serdülőkorú dohányzással való kapcsolatát elemeztük. A serdülőkorú dohányzást a dohányzás napi mennyisége jellemezte (az elmúlt hónapban hány szálát szívott el a serdülő). Ez a dohányzó magatartás egyik jó indikátora, hasonlóan ahhoz, hogy a serdülő az elmúlt hónapban hány napon dohányzott (Cooper, Borland, Yong, Hyland, & Cummings, 2013). A szülői hatások, a tágabb társas háló és az egyéb szociális tényezők mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban gyakran szerepelnek, ám néhány új elemmel gazdagítottuk a modellt. Ilyen például a testvér szerepének bevonása az elemzésbe, valamint a magatartás mellett a társas hálóba tartozó személyek becsült dohányzási attitűdjeinek vizsgálata.

Feltételeztük, hogy a szülők dohányzásának esetében nem találunk jelentős összefüggéseket, habár az anyai dohányzással kapcsolatosan várható a kismértékű összefüggés. Ám a testvérek esetében erős kapcsolatot vártunk, azt feltételeztük, hogy a szülőkhöz képest az életkor alapján is nagyobb hatást fejthetnek ki a serdülők viselkedésére. A szülők iskolai végzettségét tekintve és a SES esetében is sokszínűek az eddigi kutatási eredmények, ezért itt hipotézist megfogalmazni nehéz.

A kortárshatások esetében rendkívül erős kapcsolatot feltételeztünk, amit korábbi saját és más kutatások is megerősítettek (Balázs, Pikó, & Page, 2010; Ungar, 2000; Coggans, & McKellar, 1994; Michell, 1997) Az észlelt attitűdök esetében is inkább a kortársak véleményét, dohányzáshoz való viszonyulásának erőteljesebb megjelenését vártuk.

Minta és módszer

Kutatásunkat Makó és a környező kistérségében működő összes alap- és középfokú oktatási intézmény bevonásával végeztük 2010 tavaszán. A vidéki, falusi iskolák közül csak azok az intézmények vettek részt a felmérésben, ahol még fennmaradt a felső tagozat (5–8. osztály). A mintánk ez által reprezentálja egy alföldi kisvárosnak és kistérségének serdülőkorú populációját.

A minta tervezett elemszáma 2394 fő volt, a végső elemszám 2072 fő, a kettő közötti differencia a hiányzásokból adódott, visszautasítás nem volt, így a válaszadási arány 86,5%. A felmérést önkéntes kérdőívek segítségével végeztük, teljes anonimitást biztosítva a résztvevők számára. A kérdőíveket önkéntes alapon osztottuk ki, előzetesen a pedagógusok egy tájékoztató anyagot kaptak, melyben minden felmerülő technikai problémára megpróbáltunk választ adni. A kérdőívek kitöltése tanórai keretek között történt a pedagógusok segítségével. A diákok részletes tájékoztatást kaptak a kérdőívről, illetve arról, hogy a kérdőív kitöltése teljesen anonim, önkéntes, azokat harmadik személy rendelkezésére nem bocsátjuk, és a tanulók beazonosítása nem lehetséges.

A 2072 főből 1724 (83,2%) Makón végzi iskolai tanulmányait, 348 fő (16,8%) a térségi falvak alapfokú oktatási intézményeiben tanul. A felmérésben 7–12. évfolyamos diákok vettek részt. Az életkor minimuma 12, maximuma 22 év. A nemek megoszlása kiegyenlített volt: 49,2% fiú, 50,8% lány; az iskolatípusok szerint a résztvevők 38,1%-a tanul általános iskolában és 61,9%-a középiskolában, ennek 32,2%-a gimnáziumban, 25,7%-a szakközépiskolában és 4%-a szakiskolában.

A kérdőív első részében a kérdések a különböző szocio-demográfiai változókra, a lakhelyre, nemre, iskolai osztályra, iskolatípusra, a szülők iskolai végzettségére és a társadalmi rétegbe való önbesorolásra, azaz a szocio-ökonomiai státuszra vonatkoztak (Kann, 2001; Pikó & Fitzpatrick, 2007; Primack, Switzer, & Dalton, 2007). Az anya és az apa iskolai végzettségét hatfokozatú besorolással mértük. A szubjektív szocio-ökonomiai státusz értékelésére a következő kérdést tettük fel: „Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?” A válaszlehetőségek: (1) Alsó osztály; (2) Alsó középosztály; (3) Középosztály; (4) Felső középosztály; (5) Felső osztály (Pikó & Fitzpatrick, 2001b). A kérdőív további része a dohányzással kapcsolatos tényezőkre terjedt ki, így a

serdülő dohányzásának napi mennyiségére: „Az elmúlt hónapban, amikor dohányoztál, átlagosan mennyit szívtál el egy nap alatt?”, amit hatfokozatú skálával adtunk meg. Majd rákérdeztünk a havi gyakoriságra, amelynél hét válaszlehetőség volt adott. A családtagok dohányzását egyszerű igen/nem kérdésekkel mértük fel: „Dohányzik-e valaki a családban?” – ezek a kérdések az apára, az anyára és a testvérré vonatkoztak (Primack et al., 2007).

A serdülők dohányzási attitűdjével kapcsolatban a következő állítást fogalmztuk meg: „Ha az egyik barátod megkínálna cigarettával, elszívnád?”, négyfokú skálát adva meg válaszlehetőségeknek (Pierce, Choi, Gilpin, Farkas, & Berry, 1996). A kérdések között szerepeltek a különböző társas hatásokkal kapcsolatos, így a barátok észlelt dohányzásával és a dohányzással kapcsolatos attitűdjeit feltérképező állítások: (a) „Mit gondolsz, a legjobb barátod milyen gyakran dohányzott az elmúlt három hónapban?”; (b) „Véleményed szerint barátaid közül hányan szoktak dohányozni?” és (c) „Mi a szüleid és a barátaid véleménye a dohányzásról?” (Pikó, 2001; Pikó, 2002b).

Az adatok feldolgozásához SPSS MS 15,0 statisztikai programot használtunk. A statisztikai elemzéshez a leíró statisztikai módszereken túl többváltozós lineáris regresszióanalízist alkalmaztunk. A modell megbízhatóságát VIF-indexekkel és toleranciaértékekkel, illetve residual plot diagramokkal ellenőriztük.

Eredmények

Az 1. táblázatban a szocio-ökonomiai változók leíró statisztikája látható. Az adatokból kitűnik, hogy a szülők nagy része középfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, ezen belül az apák esetében a szakiskolát/szaktanulmányokat végzettek aránya a legmagasabb (52,4%); az anyák körében a szakiskolát/szaktanulmányokat és szakközépiskolát/gimnáziumot végzettek aránya közel azonos: 35% és 30,5%. Az is megfigyelhető, hogy a felsőfokú végzettségű, azaz egyetemet és főiskolát végzettek aránya magasabb az anyák körében (20,7%), mintegy duplája, mint az ugyanilyen végzettséggel rendelkező apák aránya (12,4%). A szubjektív szocio-ökonomiai státusz besorolás esetén a tanulók döntő többsége a középosztályba sorolta magát (67,9%). Ezzel ellentétben a két szélső kategóriába arányaiban sokkal kevesebben sorolták magukat: a felső osztályba 1,9%, míg az alsó osztályba tartozónak mindössze 1,8% vallotta magát.

A 2. táblázatban a serdülők és azok társas hálójának aktuális dohányzó státuszát tüntettük fel. A diákok mintegy 35,6%-a dohányzott legalább egy vagy több napon. A dohányzás napi mennyiségét vizsgálva megfigyelhető, hogy a tanulók 31,2%-a naponta legalább egy szál cigarettát elszív, ebből legtöbben (13%) 2–5 szálát szívják el naponta. Ha a szülők dohányzását vizsgáljuk, akkor az apák körében figyelhető meg a nagyobb arányú dohányzás (44,1%), az anyák esetében ennél valamivel kisebb a dohányzók aránya (36,4%). A testvérek közül 26,3% dohányzik, ez mind a két, előbb említett csoportnál alacsonyabb dohányzási gyakoriság.

1. táblázat. A szocio-ökonómiai változók leíró statisztikája

<i>Iskolai végzettség és szocio-ökonómiai státusz</i>	<i>Előfordulás</i>	<i>%</i>
<i>Apa iskolai végzettsége</i>		
Nem járt iskolába	4	0,2
Általános Iskola	216	10,8
Szakiskola, szakmunkásképző	1048	52,4
Szakközépiskola, gimnázium, technikum	484	24,2
Főiskola	156	7,8
Egyetem	92	4,6
<i>Anyai iskolai végzettsége</i>		
Nem járt iskolába	3	0,1
Általános Iskola	278	13,7
Szakiskola, szakmunkásképző	712	35
Szakközépiskola, gimnázium, technikum	620	30,5
Főiskola	324	15,9
Egyetem	98	4,8
<i>Szocio-ökonómiai státusz</i>		
Alsó osztály	37	1,8
Alsó középosztály	3157	15,6
Középosztály	1370	67,9
Felső középosztály	257	12,7
Felső osztály	97	1,9

A barátok dohányzási adatait tekintve a legjobb barátok harmada, azaz 34,4% (8,7% gyakran, kb. minden héten és 25,7%-nyian rendszeresen, legalább kétszer hetente) gyakori rendszerességgel dohányzik. A barátok nagy részéről is megállapítható, hogy dohányzik, a nem dohányzó barátokkal rendelkezők aránya 12,6%.

A dohányzással kapcsolatos attitűdök két csoportra oszthatók: az egyik a serdülőkre jellemző dohányzási attitűd, míg a másik csoport a szülők és a barátok dohányzáshoz való viszonyulását vizsgálja. A legjobb barát ajánlására (dohányzási attitűd) a válaszadók 19,8%-a mindenképpen elszívna egy szál cigarettát. A másik csoport a közvetlen környezet, azaz a szülők és a barátok dohányzásról alkotott véleményét mérte fel. A serdülők szerint a szülők közel fele, 49,2%-a erősen ellenzi, és további 26,2%-uk inkább ellenzi a dohányzást. Ezzel szemben a barátok közül csak 9,6% azoknak az aránya, akik erősen ellenzik a dohányzást a serdülők válaszai alapján, és igen magas azok aránya (37,3%), akik semleges álláspontot képviselnek ezzel kapcsolatban. 40,2%-uk inkább elfogadja, ebből 22,5% teljesen elfogadja ezt a magatartásformát a szülők körében tapasztalt 2,9%-kal szemben.

2. táblázat. A serdülő saját és társas hálója dohányzásának leíró statisztikája

<i>Változók</i>	<i>Előfordulás</i>	<i>%</i>
<i>Dohányzás havi gyakorisága</i>		
Egyáltalán nem	1329	64,4
1 vagy két napon	142	6,9
3–5 napon	74	3,6
6–9 napon	56	2,7
10–19 napon	69	3,3
20–29 napon	59	2,9
Mindennap	334	16,2
<i>Dohányzás napi mennyisége</i>		
Semennyit	1298	62,9
Kevesebb mint 1 szálat	121	5,9
Naponta egyet	105	5,1
2–5 szálat naponta	269	13
5–10 szálat naponta	164	8
11–20 szálat naponta	82	4
>20 szálat naponta	23	1,1
<i>Apa dohányzó státusza</i>		
Nem	1101	55,9
Igen	870	44,1
<i>Anya dohányzó státusza</i>		
Nem	1267	63,6
Igen	725	36,4
<i>Testvér dohányzó státusza</i>		
Nem	1362	73,7
Igen	485	26,3
<i>Legjobb barát dohányzó státusza az elmúlt három hónapban</i>		
Soha	891	43,1
Alkalmanként	287	13,9
Néhányszor	177	8,6
Gyakran (kb. minden héten)	180	8,7
Rendszeresen (legalább kétszer hetente)	530	25,7
<i>Barátok dohányzó státusza</i>		
Egyik sem	260	12,6
Néhány	785	38
Kb. fele	394	19,1
Legtöbb	538	26
Mindegyik	89	4,3

3. táblázat. A dohányzással összefüggő attitűdök leíró statisztikája

Változók	Előfordulás	%
<i>Ha az egyik legjobb barátod megkínálna cigarettával, elszívnád?</i>		
Semmiképpen	944	45,6
Inkább nem	355	17,2
Talán igen	359	17,4
Mindenképpen	410	19,8
<i>Mi a szüleid véleménye a dohányzásról?</i>		
Erősen ellenzik	1002	49,2
Inkább ellenzik	534	26,2
Semleges	296	14,5
Inkább elfogadják	144	7,1
Teljesen elfogadják	59	2,9
<i>Mi a barátaid véleménye a dohányzásról?</i>		
Erősen ellenzik	195	9,6
Inkább ellenzik	262	12,9
Semleges	758	37,3
Inkább elfogadják	360	17,7
Teljesen elfogadják	456	22,5

A 4. táblázatban a dohányzás napi mennyiségét (mint függő változó) és a lehetséges prediktorként szereplő független változók közötti összefüggéseket elemző többváltozós lineáris regresszióanalízis alapján számított β regressziós együtthatókat láthatjuk. Ennek során három lépésből álló modellt alkottunk, melyek a szocioökonómiai változókat (1. modell), a társas háló dohányzó magatartásának elemeit (2. modell) és a dohányzással kapcsolatos attitűdöket (3. modell) foglalták magukban. A szocio-ökonómiai változók közül az anya iskolai végzettsége gyenge negatív prediktor, azaz minél magasabb volt az anya iskolai végzettsége, annál kevesebbet dohányzott a serdülő, ráadásul ez a hatás a társas háló elemeinek hozzáadásával (2. és 3. modell) el is tűnik. Az apák iskolázottsága és a szocio-ökonómiai státusz esetében egyáltalán nem állapítható meg szignifikáns kapcsolat.

Ha a társas háló dohányzó státuszának hatásait elemezzük, itt is az anyák dohányzó magatartásáról mondható el, hogy gyenge, de szignifikáns, és ebben az esetben pozitív prediktora a serdülők dohányzásának (ez a hatás a 3. modellben el is tűnik). Ugyanakkor ha a testvér és a barátok hatását nézzük, akkor egyértelműen erős szignifikáns kapcsolat van, azaz lényeges pozitív prediktorai a dohányzásnak. A társas háló elemei összesen a variancia 38,7%-át magyarázták meg.

A dohányzási attitűd esetében megfigyelhető, hogy minél inkább egyetért ezzel a válaszó, annál erősebb a valószínűség a dohányzó magatartásra. Amikor arra kérdeztünk rá, hogy a legjobb barát által felkínált cigarettát elszívná-e az illető: nyilván ez egyenes

arányban van a dohányzó státusszal, hiszen a már dohányzó biztosan elfogadja ezt a lehetőséget. A barátok dohányzással kapcsolatos véleményének becslése egyértelműen pozitív prediktor: minél jobban elfogadják a barátok a dohányzást, annál gyakrabban fog dohányozni a serdülő. Azonban a szülők dohányzással kapcsolatos véleménye negatív prediktor: minél jobban ellenzi a szülő a dohányzást, a serdülő annál többet dohányozik. Összességében a változók a variancia 66,8%-át magyarázták.

4. táblázat. Regresszióelemzés a serdülőkorú dohányzást befolyásoló tényezők felderítéséhez

	A dohányzás napi mennyiségét befolyásoló tényezők		
	1. modell	2. modell	3. modell
Szocio-ökonómiai változók			
Apa iskolai végzettsége	-0,024 ^a	-0,001	0,002
Anya iskolai végzettsége	-0,055*	0,004	-0,005
Szocio-ökonómiai státusz	0,019	0,010	-0,009
Társas háló dohányzó magatartása			
Apa dohányzó státusza		0,024	0,011
Anya dohányzó státusza		0,043*	0,013
Testvér dohányzó státusza		0,109***	0,057***
Legjobb barát dohányzó státusza		0,315***	0,132***
Barátok dohányzó státusza		0,316***	0,152***
Dohányzási attitűdök			
Ha az egyik legjobb barátja megkínálná cigarettával, elszívná			0,628***
Szülők elfogadják a dohányzást			-0,104***
Barátok elfogadják a dohányzást			0,080***
Konstans	1,432***	0,225	3,120***
R ²	0,006*	0,387***	0,668***

Megjegyzés: ^astandardizált regressziós koefficiens (β); * $p > 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A modell megbízhatóságát VIF-indexekkel és toleranciaértékekkel, illetve residual plot diagramokkal ellenőriztük. Az 5. táblázatban látható, hogy az értékek megfelelnek a követelményeknek, azaz a modell megfelelő (pl. a VIF egy kivételével ≤ 2).

5. táblázat. A regressziós modell megbízhatóságát jellemző indexek összefoglaló táblázata

Modell	Kollinearitás statisztikája		
	Tolerance	VIF	
Konstansok			
1	Apa iskolai végzettsége	0,669	1,494
	Anya iskolai végzettsége	0,673	1,486
	Szocio-ökonómiai státusz	0,944	1,059
Konstansok			
2	Apa iskolai végzettsége	0,667	1,499
	Anya iskolai végzettsége	0,641	1,560
	Szocio-ökonómiai státusz	0,939	1,065
	Apa dohányzó státusza	0,844	1,185
	Anya dohányzó státusza	0,827	1,210
	Testvér dohányzó státusza	0,869	1,151
	Legjobb barát dohányzó státusza	0,547	1,827
	Barátok dohányzó státusza	0,542	1,845
Konstansok			
3	Apa iskolai végzettsége	0,666	1,502
	Anya iskolai végzettsége	0,639	1,564
	Szocio-ökonómiai státusz	0,938	1,066
	Apa dohányzó státusza	0,829	1,207
	Anya dohányzó státusza	0,790	1,266
	Testvér dohányzó státusza	0,858	1,165
	Legjobb barát dohányzó státusza	0,507	1,972
	Barátok dohányzó státusza	0,416	2,404
	Ha az egyik legjobb barátod megkínálna cigarettával, elszívád?	0,650	1,537
	Szülők elfogadják a dohányzást	0,748	1,336
	Barátok elfogadják a dohányzást	0,552	1,811

Megjegyzés: VIF=Variance Inflation Factor, a kollinearitás mérőszáma.

Az eredmények értelmezése

A dohányzás kiemelt népegészségügyi probléma az egész világon, és különösen igaz ez Magyarországra, hiszen hazánk élen jár a tüdőrák okozta halálozási statisztikákat tekintve mind a nők, mind a férfiak esetében (Ádány, 2003; Edwards, 2004). Mindamelllett, hogy a felnőtt lakosság körében a dohányzás megközelítheti a 30-40%-ot, a serdülők körében

is igen magas ez az arány, eredményeink szerint ugyanis 35,6%-uk dohányzik napi rendszerességgel. A dohányzás egy összetett társadalmi probléma, számos aspektusa van, melyek feltárása adott esetben arra is alkalmas, hogy különböző szinteken, különböző oldalról avatkozzunk be, hogy megfordítsuk ezeket a tendenciákat, csökkentjük ezt az igen magas gyakoriságot. Az egyik lehetséges irányvonalat a szociális hatások sajátosságainak feltérképezése jelenti, hiszen a dohányzás társas szokás: nemcsak a rászakásban képviselik a legerősebb hatást a társas háló elemei, hanem a leszokást tekintve is szükség van erőteljes társas támogatásra (de Vries et al., 2003; Pikó, 2006; Tyas & Pederson, 1998; Wood et al., 2004).

Elsőként a szociális hatások közül a társadalmi helyzet mutatói kerültek be az elemzésbe. A társadalmi státuszt illetően ismert tény, hogy a SES és a dohányzás között fordított összefüggés van, azaz az alacsonyabb társadalmi rétegekben gyakoribb a dohányzás (Denney et al., 2004; Griesbach et al., 2003). Jelen mintánkban ezt nem sikerült igazolni, aminek az oka az lehet, hogy – felnőttek adataival ellentétben – a serdülőkorú populációban ez a hatás kevésbé mutatkozik meg (Pikó & Fitzpatrick, 2007). Felmerül az is, hogy mivel a diákoknak saját magukat kellett besorolniuk, nem külső besorolás történt, nyilvánvalóan bizonyos szempontból nem teljesen objektív a kategorizálás. Ugyanakkor a serdülők körében a szubjektív besorolás bevált módszer, mivel a jövedelmi viszonyokat önkitöltéses kérdőíves módszerrel nem igazán lehet valid módon mérni (Turrell, 2000). Azonban az iskolai végzettség indirekt módon befolyásolhatja a társadalmi státuszt, azzal a kitételrel természetesen, hogy egyértelműen nem mondható ki, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők alacsonyabb társadalmi státuszúak is. Ugyanakkor az alacsonyabb társadalmi státusz bizonyítottan együtt járhat nagyobb dohányzási gyakorisággal, azaz az ilyen szülők gyermekei nagyobb gyakorisággal fognak dohányozni (Aszmann, 1997). Tehát az alacsonyabb társadalmi rétegekben lévő, alacsony jövedelmű családok gyermekei igencsak veszélyeztetettek a dohányzás szempontjából. A magas iskolai végzettség e tekintetben a jövedelemnél erőteljesebb védőfaktor lehet, amit korábbi tanulmányok (pl. Stírbu et al., 2010) is megerősítenek. Az anya iskolai végzettsége meghatározó a családtagok egészségmagatartása szempontjából, hiszen legtöbbször ő az, aki közvetlenül hatást gyakorol a családon belül uralkodó életmódbeli szokásokra (den Exter Blokland et al., 2004; Morello et al., 2001; Pikó, 2002a). Az anya iskolázottságának jelentőségét saját eredményünk is igazolja. Az iskolai végzettségnek a releváns ismeretek megszerzésben és alkalmazásában, a tudás hozzáférésében nélkülözhetetlen szerep jut. Az, hogy a későbbiekben a modellünkben eltűnik ez a hatás, magyarázható azzal, hogy a szülő iskolai végzettsége – esetünkben az anya iskolai végzettsége – olyan indirekt hatás (sok esetben igen látenssen meghúzódó faktor), hogy a társas háló szerepével (attitűd, dohányzó magatartás) együtt vizsgálva e hatások csökkenhetnek vagy eltűnhetnek. Mivel az előbbieket hatása közvetlenebb, erősebb és azonnal jelentkezőek, nem áttételesen kifejeződők.

A szülők szerepe a serdülők dohányzásában nem egyértelmű. A kortárshatással összevetve, a szülők dohányzó magatartásának lényegesen kisebb a szerepe (Tyas & Pederson, 1998), amit saját adataink is alátámasztanak. Azonban érdemes kiemelni az anya hatását: az iskolázottság mellett az ő szerepe a magatartásformálásban direkt módon is megmutatkozik, még ha nem is erőteljes mértékben. Ugyanakkor, míg a szülők dohányzása kevésbé,

addig a testvérek és a barátok magatartása különösen nagy hatással van a serdülők dohányzására (Pikó, 2001; Stein et al., 1996). Eredményeink megerősítik, hogy a legjobb barát dohányzása szignifikáns kapcsolatot mutat a serdülők dohányzásával, csakúgy, mint a barátok, azaz a kortárscsoport dohányzása is komoly befolyásoló tényező. Ez nem is meglepő annak tudatában, hogy az ember hajlamos azonosulni azokkal a normákkal, amelyek az adott csoportban elfogadottak (Baumeister, 1990), azaz a serdülőnek nagyobb esélye van a korai elkezdésre és rászokásra, ha dohányzó barátok veszik körül, hiszen a csoportnormákkal való azonosulás különösen fontos serdülőkorban (Hussong, 2002). Ez a hatás visszafelé is érvényesülhet, miszerint a dohányzó serdülő is hajlamosabb dohányzó fiatalokkal barátkozni. Érdemes kiemelni, hogy míg korábbi vizsgálatokban a legjobb barát hatása bizonyult erőteljesebbnek (Pikó, 2001), jelen elemzés alapján a dohányzó barátok jelentősége ugyanolyan mértékű. A testvér hatását korábban nem vizsgáltuk, ám mostani adataink megerősítik azt, a nemzetközi szakirodalom által leírt jelenséget, hogy a testvér dohányzása erős prediktora a serdülőkori dohányzásnak (Rajan et al., 2003; Griesbach et al., 2003).

A magatartás mellett a társas háló attitűdje is lényeges lehet a dohányzó magatartásra (Pikó, 2001), amit eredményeink is megerősítenek. A dohányzó barát által felkínált cigaretta is fontos prediktora lehet a dohányzásnak, hiszen a serdülő saját dohányzása és a barát dohányzásának hatása egymást erősítő folyamatok. Ha pedig még nem szerhasználó a serdülő, akkor ez segítheti a kipróbálást, majd növeli a rászokás valószínűségét. A társas attitűdök közül, nem meglepő módon, minél jobban elfogadják a barátok a dohányzást, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a serdülő is dohányozni fog.

A szülői attitűd e tekintetben is lényeges lehet. A szülők dohányzó magatartásával kapcsolatos kutatások hívták fel a figyelmet arra, hogy sok esetben a magatartás nem, de a szülők véleménye, attitűdje indirekt módon hatással van a fiatalok dohányzására (McNeill et al., 1988; Pikó, 2001). Ez a mi eredményeinkben is jól megmutatkozik, hiszen a szülők dohányzása alig, ám véleményük szignifikáns prediktora a serdülők dohányzásának. A negatív előjel arra utal, hogy akkor számolhatunk nagyobb dohányzási valószínűséggel, ha a szülők ellenzik vagy egyenesen tiltják a dohányzást. A serdülők inverz reakciója a szülők dohányzással kapcsolatos véleményére első pillantásra ellentmondásos, de ha a serdülők megnövekedett autonómiaigényére és a szülőktől való eltávolodására gondolunk (vö. Manongdo & Garcia, 2007), logikusnak tűnik ez a reakció.

Összegzés

Serdülőkkel végzett kutatásunk legfontosabb eredményei a következők: (1) az anya szerepe, magatartása – mint azt korábbi kutatások is megerősítették – meghatározó nemcsak a család, hanem a serdülő egészség- és rizikómagatartása szempontjából is; (2) a testvérek magatartására, noha ma ez még kevésbé kutatott terület, érdemes nagyobb figyelmet fordítani, mivel eredményeink is alátámasztják, hogy szerepe lehet a serdülők problémaviselkedésének alakulásában; (3) a barátok, azaz a kortárscsoport legalább annyira fontos tényezője annak a rendszernek, ami meghatározza, befolyásolja és determinálja a serdülő

rizikómagatartását, mint a legjobb barátok befolyása, illetve a dohányzás kipróbálásának és a rászokás esélye többszörösére emelkedhet, ha a serdülő egy dohányzó környezetbe, csoportba kerül; (4) a szülők dohányzással kapcsolatos álláspontja is jelentőséggel bírhat, hiszen az ellenzés (tiltás) akár ellentétes hatást is kifejtethet a serdülő dohányzására, azaz a szülő minél jobban tiltja, a fiatalok szerfogyasztó annál jobban ragaszkodik hozzá.

Az eredmények alapján számos preventív támadáspont adódik. A szülők felvilágosítása, oktatása, különösen az anyák esetében hatékony lehet. Tájékoztatni kell a serdülő szüleit arról, hogy a kezükben lévő, látszólag eredményesnek feltételezett eszközök, mint a tiltás, kétélű fegyver, és akár az ellenkező hatást érheti el a dohányzással kapcsolatban. Így mindig hangsúlyozni kell, hogy mérlegeljék, adott esetben a tiltás hatékony lehet-e vagy sem. Fontos kihangsúlyozni, hogy saját magatartásuk (ők maguk dohányoznak vagy sem) szintén – direkt vagy indirekt – hatással lehet a gyermekük viselkedésére.

A pedagógusok, gyermek- és iskolaorvosok számára szintén fontos lehet ismerni azt a közeget, ahonnan a serdülő fiatal származik, ahol él, hiszen a prevenció vagy akár a leszoktatás eredményességét nagyban fogják befolyásolni a serdülőre ható társas hatások. A családot ezért tekintjük egészségmagatartás szempontjából is társas egységnek. A sikeres prevenció és egészségfejlesztés egyik kulcsa az lehet, ha a fenti tényezőket figyelembe véve megpróbálunk minél egyénre szabottabb stratégiát kidolgozni, bevonva akár a tágabb társas hálót is. Hangsúlyt kell kapniuk azoknak a rizikócsoportoknak, amelyek különösen veszélyeztetettek a társas háló szempontjából, így például a dohányzó kortárs csoportokkal körülvett fiatalok, diszfunkcionális szülői és szociális háttérrel és hiányzó szociális készségekkel rendelkező serdülők.

A jövőben érdemes további kutatásokat végezni a testvérek szerepével kapcsolatban a dohányzást befolyásoló komplex rendszerben, illetve fontos lehet azon faktorok további vizsgálata is, amelyek ezen társas hatásokon belül további alcsoportokat differenciálnak, nagy rizikójú szubpopulációk azonosítását teszik lehetővé. Ezek a vizsgálati eredmények a későbbiekben elősegíthetik a minél célzottabb és egyénre szabott preventív és egészségfejlesztési tevékenység kidolgozását a mindennapi gyakorlatban.

Vizsgálatunk egy keresztmetszeti vizsgálat, tehát egy pillanatfelvételt ad egy adott serdülőkorú populációról, és az ebben talált összefüggések általánosítása, ok-okozati következtetések levonása nyilvánvalóan nem vagy csak korlátozott mértékben lehetséges. Továbbá a kérdőíves adatgyűjtésből való limitáló tényezőket is figyelembe kell venni, így akár a már említett szocio-ökonómiai státusz önbesorolását tekintve is elmondható, hogy nem egy objektív mérést alkalmaztunk, mivel az túl bonyolult és nehézkes lenne. Az észlelt szülői attitűdökkel kapcsolatosan is megjegyzendő, hogy természetesen a két szülő véleménye akár eltérő is lehet, aminek feltérképezésére jelen kutatás során nem került sor. A társas háló, a barátok, a család, a közvetlen környezet dohányzó magatartása és attitűdjei is a serdülő szubjektív véleményalkotásán alapul, nem egzakt objektív méréseken.

Irodalom

- Ádány, R. (Ed.). (2003). *A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Aszmann, A. (1997). *Iskolásgyermekek egészségmagatartása*. Budapest: Anonymus.
- Balázs, M. Á., Pikó, B., & Page, R. M. (2010). Veszélyeztetett serdülőkori szubpopulációk? Bejáró, kollégista, és a lakóhelyükön iskolába járó diákok dohányzásbeli különbségei. *Népegészségügy*, 88(3), 222–232.
- Baumeister, R. (1990). *Meanings of life*. New York: Guilford.
- Brown, P. (2002). Smoking increases among teenagers in eastern Europe. *British Medical Journal*, 324(7335), 442. DOI: [10.1136/bmj.324.7335.442](https://doi.org/10.1136/bmj.324.7335.442)
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S., & Shermann, S. J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: Demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology*, 15(6), 478–484. DOI: [10.1037/0278-6133.15.6.478](https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.6.478)
- Coggans N., & McKellar S. (1994). Drug use amongst peers: Peer pressure or peer preference? *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 1, 15–27. DOI: [10.3109/09687639409028532](https://doi.org/10.3109/09687639409028532)
- Cooper, J., Borland, R., Yong, H. H., Hyland, A., & Cummings, K. M. (2013). Variations in daily cigarette consumption on work days compared with nonwork days and associations with quitting: Findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(1), 192–198. DOI: [10.1093/ntr/nts110](https://doi.org/10.1093/ntr/nts110)
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66, 1429–1436. DOI: [10.1016/j.socscimed.2007.11.024](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024)
- De Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J., & Mudde, A. (2003). Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: Findings from six European countries. *Health Education Research*, 18, 627–636. DOI: [10.1093/her/cyg032](https://doi.org/10.1093/her/cyg032)
- Denney, J. T., Rogers, R. G., Hummer, R. A., & Pampel, F. C. (2004). Education inequality in mortality: The age and gender specific mediating effects of cigarette smoking. *Social Science Research*, 39(4), 662–673. DOI: [10.1016/j.ssresearch.2010.02.007](https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.02.007)
- den Exter Blokland, E. A., Engels, R. C., Hale, W. W. III., Meeus, W., & Willemsen, M. C. (2004). Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38(3), 359–368. DOI: [10.1016/j.ypmed.2003.11.008](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.008)
- Edwards, R. (2004). The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328, 217–219. DOI: [10.1136/bmj.328.7433.217](https://doi.org/10.1136/bmj.328.7433.217)
- Eurostat (2012). Retrieved from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=0&pcode=tps00170&language=en&toolbox=sort>
- Fagan, P., Brook, J. S., Rubenstone, E., & Zhang, C. (2005). Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 30, 517–529. DOI: [10.1016/j.addbeh.2004.08.002](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.08.002)
- Griesbach, D., Amos, A., & Candace, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 56, 41–52. DOI: [10.1016/s0277-9536\(02\)00014-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00014-x)
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., & Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 187–200. DOI: [10.1111/j.1532-7795.2008.00556.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2008.00556.x)
- Halmi, R., & Németh, Á. (2010). Dohányzási szokások. In Á. Németh & A. Költő (Eds.) (2010), *HBSC 2010. Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című,*

Szociális hatások a serdülőkori dohányzásban: a szociális háttér, a család és a kortársak szerepe

az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés (pp. 35–39). Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

- Hipple, B., Lando, H., Klein, J., & Winickoff, J. (2011). Global teens and tobacco: a review of the globalization of the tobacco epidemic. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(8), 216–230. DOI: [10.1016/j.cppeds.2011.02.010](https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2011.02.010)
- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005). Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: Comparing education and income. *Preventive Medicine*, 40(6), 756–764. DOI: [10.1016/j.ypmed.2004.09.022](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.09.022)
- Hussong, A. M. (2002). Differentiating peer context and risk for adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 207–220. DOI: [10.1023/a:1015085203097](https://doi.org/10.1023/a:1015085203097)
- Kann, L. (2001). The youth risk behavior surveillance system: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25, 272–277. DOI: [10.5993/ajhb.25.3.14](https://doi.org/10.5993/ajhb.25.3.14)
- Li, C., Unger, J. B., Schuster, D., Rohrbach, L. A., Howard-Pitney, B., & Norman, G. (2003). Youths' exposure to environmental tobacco smoke (ETS). Associations with health beliefs and social pressure. *Addictive Behaviors*, 28, 39–53. DOI: [10.1016/s0306-4603\(01\)00215-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00215-5)
- Manongdo, J. A., & Garcia, R. (2007). Mothers' parenting dimensions and adolescent externalizing and internalizing behaviors in a low-income, urban Mexican American sample. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 593–604. DOI: [10.1080/15374410701662733](https://doi.org/10.1080/15374410701662733)
- McNeill, A. D., Jarvis, M. J., Stapleton, J. A., Russel, M. A. H., Eiser, J. R., Gammage, P., & Gray, E. M. (1988). Prospective study of factors predicting uptake of smoking in adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43, 72–78. DOI: [10.1136/jech.43.1.72](https://doi.org/10.1136/jech.43.1.72)
- Michell, L. (1997). Pressure groups: Young people's accounts of peer pressure to smoke. *Social Sciences in Health*, 3, 3–17.
- Morello, P., Duggan, A., Adger, H., Anthony, J. C., & Joffe, A. (2001). Tobacco use among high school students in Buenos Aires, Argentina. *American Journal of Public Health*, 91(2), 219–224. DOI: [10.2105/ajph.91.2.219](https://doi.org/10.2105/ajph.91.2.219)
- Perry, C. L., Kelder, S. H., & Komro, K. A. (1993). The social world of adolescents: Family, peers, schools and the community. In: Millstein, S. G., Petersen, A. C. és Nightingale, E. O. (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century* (pp. 73–96). New York: Oxford University Press.
- Pierce, J. P., Choi, W. S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Berry, C. C. (1996). Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*, 279, 511–515. DOI: [10.1001/jama.279.7.511](https://doi.org/10.1001/jama.279.7.511)
- Pikó, B., & Fitzpatrick, K. (2001a). Fialatok rizikómagatartása a kultúra tükrében: magyar és amerikai fiatalok összehasonlító vizsgálata. *Egészségnevelés*, 42, 249–252.
- Pikó, B., & Fitzpatrick, K. (2001b). Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science and Medicine*, 53, 817–830. DOI: [10.1016/s0277-9536\(00\)00379-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00379-8)
- Pikó, B., & Fitzpatrick, K. M. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17, 353–360. DOI: [10.1093/eurpub/ckl257](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl257)
- Pikó, B. (2000). Nyertesekből vesztesek? Veszélyeztetett ifjúság a poszt szocialista társadalomban. *Társadalomkutatás*, 18(3–4), 183–196. DOI: [10.1556/tarskut.18.2000.3-4.2](https://doi.org/10.1556/tarskut.18.2000.3-4.2)
- Pikó, B. (2002a). *Fialatok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Pikó, B. (2002b). *Egészségtudatosság serdülőkorban. Középiskolások kockázati magatartásának és kockázatszéléseinek egészségpszichológiai elemzése*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Pikó, B. (Ed.). (2010). *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L'Harmattan.

- Pikó, B. (2001). Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201–217. DOI: [10.1016/s0306-4603\(00\)00101-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00101-5)
- Pikó, B. (2006). Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors*, 31(1), 102–114. DOI: [10.1016/j.addbeh.2005.04.013](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.04.013)
- Primack, B. A., Switzer, G. E., & Dalton, M. A. (2007). Improving measurement of normative beliefs involving smoking among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 434–439. DOI: [10.1001/archpedi.161.5.434](https://doi.org/10.1001/archpedi.161.5.434)
- Rajan, K. B., Leroux, B. G., Peterson Jr., A. V., Bricker, J. B., Andersen, M. R., Kealey, K. A., & Sarason, I. G. (2003). Nine-year prospective association between older siblings' smoking and children's daily smoking. *Journal of Adolescent Health*, 33(1), 25–30. DOI: [10.1016/s1054-139x\(03\)00044-2](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00044-2)
- Scharf, M., Maysel, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, 40(3), 430–444. DOI: [10.1037/0012-1649.40.3.430](https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.3.430)
- Stein, J. A., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1996). Initiation and maintenance of tobacco smoking: Changing personality correlates in adolescence and young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 160–187. DOI: [10.1111/j.1559-1816.1996.tb01844.x](https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1996.tb01844.x)
- Stirbu, I., Kunst, A. E., Bopp, M., Leinsalu, M., Regidor, E., Esnaola, S., Costa, G., Martikainen, P., Borrell, C., Deboosere, P., Kalediene, R., Rychtarikova, J., Artnik, B., & Mackenbach, J. P. (2010). Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(10), 913–920. DOI: [10.1136/jech.2008.081737](https://doi.org/10.1136/jech.2008.081737)
- Tuinstra, J., Groothoff, J. W., van den Heuvel, W. J., & Post, D. (1998). Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: Do they exist? *Social Science & Medicine*, 47, 67–74. DOI: [10.1016/s0277-9536\(98\)00034-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00034-3)
- Turrell, G. (2000). Income non-reporting: Implications for health inequalities research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 207–214. DOI: [10.1136/jech.54.3.207](https://doi.org/10.1136/jech.54.3.207)
- Tyas, S. L., & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409–420. DOI: [10.1136/tc.7.4.409](https://doi.org/10.1136/tc.7.4.409)
- Ungar, M. T. (2000). The myth of peer pressure. *Adolescence*, 35, 167–180.
- Wood, M. D., Read, J. P., Mitchell, R. E., & Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 19–30. DOI: [10.1037/0893-164x.18.1.19](https://doi.org/10.1037/0893-164x.18.1.19)

ABSTRACT

SOCIAL INFLUENCES AND ADOLESCENT SMOKING: THE ROLE OF THE SOCIAL NETWORK, FAMILIES AND PEER GROUPS

Máté Á. Balázs & Bettina Pikó

All over the world, smoking represents one of the major social and public health problems; this is especially true in the case of Hungary and Eastern Europe, where the level of youth smoking is among the highest. There are a number of background factors that influence adolescent smoking. In our study, we focus on the social background and social network, in particular the role of the family, friends and peer groups. Our study was conducted in all the primary and secondary schools in the southern Hungarian town of Makó and nearby villages in the spring of 2010. The sample was composed of 2072 participants. The students were asked anonymously with a self-administered questionnaire, which consisted of items about sociodemographic factors, adolescents' smoking habits, smoking status of the social network and smoking-related attitudes. According to our findings, in terms of the family, mothers' schooling and smoking behaviour had a weak influence on youth smoking, in contrast with the strong impact of siblings' smoking behaviour. The effect of participants' friends and best friend had an equal significance. With regard to parents' attitudes and opinions, it might be argued that the prohibition of smoking by the parents increased youth smoking rather than decreasing it. To sum up, adolescent smoking may be influenced by several different factors, and understanding them aids in the everyday planning of prevention strategies.

Magyar Pedagógia, 116(1). 73–89. (2016)
DOI: 10.17670/MPed.2016.1.73

Levelezési cím / Address for correspondence: Pikó Bettina, SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, 6722 Szeged, Szentháromság u. 5.