

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI

FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI

ȘCOALA DOCTORALĂ: PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII PSIHOLOGICE

VALIDATE ȘTIINȚIFIC

REZUMAT

TEZĂ DE DOCTORAT

DEPRINDERI NEGATIVE LA ADOLESCENȚI:

FUMATUL, CONSUMUL DE ALCOOL ȘI DE DROGURI.

FACTORI DE RISC ȘI ACȚIUNI DE PREVENȚIE

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: PROF. UNIV. DR. SZAMOSKÖZI ȘTEFAN

DOCTORAND: RÁDULY-ZÖRGŐ EVA

2013

CUPRINS

Lista tabelelor.....	iv
Lista figurilor	x
Lista graficelor	xi
INTRODUCERE.....	1
Capitolul 1. CONSIDERAȚII INTRODUCATIVE.	
ADOLESCENȚA DIN PERSPECTIVĂ PSIHOLOGICĂ.....	3
1.1. Cercetări clasice și moderne asupra adolescenței	3
1.2. Cercetări moderne și contemporane asupra adolescenței	5
1.3. Caracterizarea generală a adolescenței	11
1.3.1. Stadiile adolescenței.....	11
1.3.2. Caracteristici biologice al adolescenței.....	12
1.3.3. Caracteristici afectiv-emoționale și comportamentale.....	14
1.3.4. Relațiile sociale ale adolescenților.....	21
Capitolul 2. DEPRINDERI NEGATIVE LA ADOLESCENȚI:	
FUMATUL, CONSUMUL DE ALCOOL ȘI DROGURI.....	26
2.1. Considerații generale	26
2.2. Caracteristicile consumului de alcool, droguri și fumat	31
2.2.1 Fumatul	31
2.2.2. Consumul de alcool.....	33
2.2.3. Cosumul de droguri.....	36
2.3. Factorii de risc și protectori în consumul de alcool, droguri și fumat	43

Capitolul 3. PREVENȚIA FUMATULUI, CONSUMULUI DE ALCOOL ȘI DROGURI LA ADOLESCENȚI.....	86
3.1. Modele teoretice legate de prevenție	86
3.2. Tipuri de prevenție	89
Capitolul 4. METODOLOGIA CERCETĂRII	103
4.1. Obiectivele și ipotezele cercetării	104
4.2. Strategia cercetării	106
4.3. Designul experimental	107
4.4. Populația țintă și metodele utilizate	108
4.4.1. Studiul exploratoriu – ancheta sociologică	108
4.4.2. Cercetarea aplicativă.....	111
4.5. Elaborarea programului de prevenție complexă	117
Capitolul 5. PREZENTAREA ȘI ANALIZA DATELOR ANCHETEI SOCIOLOGICE ..	133
5.1. Atitudinea adolescenților față de „sănătatea ca valoare”	134
5.2. Atitudinea adolescenților față de comportamentele nesănătoase (consumul de alcool, droguri și fumat).....	139
5.3. Fumatul la adolescenți	146
5.4. Consumul de alcool la adolescenți.....	152
5.5. Consumul de droguri la adolescenți.....	159
5.6. Comportamentul de consum asociat la adolescenți	163
5.7. Compararea ponderii celor trei categorii de comportament la cei cu consum accentuat ..	165
5.8. Cunoștințele și informațiile legate de droguri	167
Capitolul 6. EVALUAREA PROGRAMULUI DE PREVENȚIE MULTIFACTORIALĂ ADF. PREZENTAREA ȘI ANALIZA DATELOR.....	172
6.0. Investigarea relațiilor dintre factorii de risc/protectori și fumat, consumul de alcool și de droguri	173
6.1. Rezultatele primei intervenții (pilot).....	174
6.1.1. Cunoștințe	174
6.1.2. Atitudini	175
6.1.3. Locul „sănătății” în ierarhia valorilor	177

6.1.4. Locul controlului.....	179
6.1.5. Anxietatea	180
6.1.6. Autosiguranța	181
6.1.7. Rezistența la presiunea grupului	182
6.1.8. Consumul de alcool, droguri și fumat.....	183
6.2. Rezultatele intervenției propriu-zise	188
6.2.1. Cunoștințe	188
6.2.2. Importanța acordată sănătății	192
6.2.3. Atitudinea față de comportamentele negative legate de fumat și consum de alcool și de droguri.....	194
6.2.4. Stima de sine	200
6.2.5. Autoeficacitatea (Self-efficacy)	202
6.2.6. Asertivitatea	204
6.2.7. Locul controlului (extern sau intern)	205
6.2.8. Mecanismele de coping.....	207
6.2.9. Rezistența la presiunea de grup.....	210
6.2.10. Fumatul	212
6.2.11. Consumul de alcool.....	213
6.2.12. Percepția adolescenților asupra rolului psihologului școlar în educația pentru sănătate	217
Capitolul 7. DISCUȚII ȘI CONCLUZII	221
7.1. Limitele cercetării	221
7.2. Concluzii privind obiectivele cercetării	233
7.3. Verificarea ipotezelor.....	227
BIBLIOGRAFIE.....	231
ANEXE.....	243
<u>Cuvinte cheie:</u> adolescenți, deprinderi negative, fumat, consum de alcool, consum de substanțe psihoactive, factori de risc/protectori, comportamente de risc, comportamente sanogene, prevenție multifactorială în cadru școlar	

CUPRINSUL REZUMATULUI

Introducere	5
Capitolul 1.....	6
Capitolul 2.....	9
Capitolul 3.....	12
Capitolul 4.....	13
4.1. Obiectivele și ipotezele cercetării	14
4. 2. Strategia cercetării	16
4.2.1. Studiul exploratoriu	16
4.2.2. Studiul de intervenție	16
4.3. Designul experimental	16
4. 4. Populația țintă și metodele utilizate	17
4.4.1. Studiul exploratoriu	17
4.4.2. Cercetarea aplicativă.....	18
4. 5. Elaborarea programului de prevenție complexă	20
4.5.1. Surse utilizate în elaborarea programului de prevenție.....	20
Capitolul 5.....	21
Capitolul 6.....	26
Capitolul 7.....	31
Concluzii finale.....	34
Bibliografia utilizată în teză.....	34

INTRODUCERE

Era contemporană digitală în care totul se schimbă foarte rapid a dus în mod paradoxal la prelungirea perioadei adolescenței, care începe mai devreme din cauza proceselor biologice accelerate și se termină din ce în ce mai târziu datorită modificării caracterului relațiilor sociale între tineri și a accentului din ce în ce mai mare acordat studiilor prelungite.

În aceste condiții, problemele specific adolescentine persistă mai mult în timp și capătă caracteristici specifice erei digitale.

Deprinderile negative caracteristice adolescenței se diversifică și ele, manifestându-se în forme noi, ca de exemplu dependența de tehnologie și aparate electronice (telefon mobil, calculator, tabletă), de internet, de paginile de socializare, de jocuri cu deosebire electronice, jocuri de noroc etc.

Câteva obișnuințe și deprinderi nesănătoase, ca fumatul, consumul de alcool și de droguri persistă însă pe lângă cele noi apărute, unele dintre ele intensificându-se și căpătând forme noi (consum de substanțe psihotrope etnobotanice).

Prezenta teză de doctorat vizează ca din multitudinea deprinderilor adolescentine negative să le analizeze pe cele „tradiționale”, legate de consumul de alcool, de tutun și de droguri la elevii din municipiul Cluj-Napoca și zonele sale periurbane și să verifice eficiența unui program multifactorial de prevenție la elevii de clasa a VII-a. *Menționăm că utilizăm pe parcursul acestei teze noțiunea de droguri în sensul substanțelor psihoactive ilicite.*

Cercetările internaționale (HBSC, 2012 și ESPAD, 2012) au scos în evidență că la adolescenții din România consumul de alcool și de droguri este sub nivelul mediu al țărilor evaluate (peste 40 de țări) și doar fumatul este peste valoarea medie a acestui comportament în țările cuprinse în studiu. În schimb, comparând datele cu cele ale anilor precedenți, la tinerii din țara noastră se constată creșterea semnificativă a fumatului și a consumului de droguri ilicite, marihuana, hașiș și altele.

Prin prima parte a cercetării noastre, *contribuim la adunarea unor date de prevalență a consumului de alcool, tutun și droguri și surprindem modificările acestor comportamente în perioada post decembristă.*

Partea a doua a cercetării are caracter aplicativ. Prin *testarea unui program de prevenție adaptat pentru România prin eforturi proprii și evaluat printr-un design pre-test/post-test cu două grupe de control, dorim să contribuim la îmbogățirea literaturii de specialitate privind programele de intervenție bazate pe dovezi utilizabile de către profesioniști în prevenirea consumului de droguri la adolescenți.*

Capitolul 1.

Acest capitol prezintă caracteristicile esențiale ale adolescenței în teoriile diferitelor orientări științifice din literatura de specialitate. Abordăm cercetările clasice, moderne și recente în domeniu. Prezentăm stadiile adolescenței și analizăm pe rând cele mai importante caracteristici ale acestora: caracteristici biologice, afectiv-emoționale și sociale.

După o prezentare analitică a teoriilor clasice, moderne și recente, sintetizăm esența acestora în tabele sintetice.

Tabelul 1.1. Principalele teorii clasice

Nr. Crt.	Autorul și modelul de abordare	Caracteristicile adolescenței
1.	J. J. Rousseau, 1762 Model biologic	Adolescența „recapitulează” caracteristicile stadiilor anterioare de dezvoltare; Labilitate și conflicte emoționale accentuate; Apare gândirea conștientă și capacitatea de argumentare logică.
2.	G. St. Hall, 1904 Model biologic	Adolescentul este „neoatavistic“, în el manifestându-se caracteristicile superioare și complexe ale speciei. Dezvoltarea în adolescență se caracterizează prin salturi și nu prin continuitate.
3.	M. Mead, 1928 Model antropologic, socio-cultural	În culturi diferite de cele civilizate nu se regăsesc caracteristicile adolescente tradiționale (conflicte).

Teoriile clasice, dinainte de cel de-al Doilea Război Mondial au surprins multe dintre caracteristicile dinamicii emoționale ale adolescenților, tendința principală fiind de a căuta originea acestora în caracteristicile biologice ale acestei faze de dezvoltare. Doar teoria lui M. Mead (in Money și Foerstal, 1979) pune accent pe aspectele culturale diferențiatore, care pot reduce caracterul conflictual al adolescenței sau îl pot accentua.

Tabelul 1.2. Teorii Moderne

Nr. crt.	Autorul și modelul de abordare	Caracteristicile adolescenței
1.	Gesell 1943 Model biologic	Factorul determinant al dezvoltării adolescente este cel biologic (maturizarea) și nu cel social. În adolescență se repetă dezvoltarea speciei (gândirea abstractă, imaginația și capacitatea de autocontrol apar mai târziu în ambele).
2.	S. Freud Model psihanalitic	Adolescența este stadiul genital al dezvoltării, în care impulsurile sexuale influențează cel mai mult comportamentul Furtunile emoționale sunt expresia luptei dintre cele trei nivele ale personalității (id, ego, superego). Finalitatea adolescenței este restabilirea echilibrului psiho-comportamental bulversat în pubertate. Pubertatea repetă la un nivel superior sexualitatea infantilă ce apare la trei-cinci ani.
3.	Bandura 1964 Modelul învățării sociale	Adolescența nu este un stadiu distinct al dezvoltării. Stresul, tensiunile și răzvrătirile adolescenților nu diferă de cele ale adulților. Agresivitatea băieților adolescenți este determinată de factori sociali (familie) și nu biologici.
4.	J. Piaget 1958 Model universal-constructivist	Apare gândirea formală, ceea ce are repercusiuni asupra imaginii de sine, a relațiilor cu grupul de referință, a atitudinii față de idealurile sociale etc.
5.	E. Erikson 1968 Model universal-constructivist	Adolescența este perioada cea mai importantă pentru formarea identității (se realizează racordarea identității individuale cu cea socială). Criza centrală a adolescenței o constituie cea de identitate sau confuzia de roluri. Adolescența este doar un stadiu important în dezvoltarea personalității, care se desfășoară pe toată perioada vieții.

Nr. crt.	Autorul și modelul de abordare	Caracteristicile adolescenței
6.	R. Savin-Williams 1987 Model etologic	Atât mecanismele biologice, cât și procesele de reglare socială cunoscute din lumea animală, contribuie la stabilirea ierarhiei sociale și la comportamentul agresiv al tinerilor adolescenți (masculi).
7.	D. Baumrind 1989 Model de învățare socială	Comportamentul adolescentului este influențat în mare măsură în familie, de stilul parental educativ, adolescentul preluând modelul parental.

Psihologii și sociologii care au studiat adolescența în ultimele două decenii, evidențiază mai ales caracteristici noi, specifice zilelor noastre, ale acestui stadiu de dezvoltare. Elkind (1981), Zinnecker și Molnar (1988) vorbesc despre o „accelerare” și o „încetinire”, de o „grăbire” și o „întârziere” simultană în ceea ce privește procesele bio-psiho-sociale din adolescență, determinate în primul rând de condițiile culturale, sociale și de viață modificate. Accelerația biologică, maturizarea precoce sunt însoțite de o dezvoltare intelectuală mai rapidă, dar din punct de vedere social, adolescența tinde să fie prelungită prin creșterea perioadei de studiu. Tânărul devine salariat, deci purtător de responsabilități sociale, din ce în ce mai târziu, ceea ce duce la o relativă întârziere în privința maturizării afective față de cea biologică și intelectuală. Această discrepanță, ca sursă de tensiuni interne, constituie un element al crizei adolescentine.

Tabelul 1.3. Teorii recente

Nr. Crt.	Autorul și modelul de abordare	Caracteristicile adolescenței
1.	Bronfenbrenner, 1986 Model sistemic	Dezvoltarea adolescenților este influențată la nivelul sistemelor indivizilor, microsistemului (familiei) exosistemului și macrosistemului.
2.	L.J.Crocket & A.C.Petersen 1993, M.H.Richards & R.Larson, 1993 Model bio-psiho-social	Impactul modificărilor hormonale pubertare asupra proceselor afective și comportamentale este în mare parte mediat de răspunsurile mediului social la schimbările adolescentine.

Nr. Crt.	Autorul și modelul de abordare	Caracteristicile adolescenței
3.	R. Jessor, 1993 Model interdisciplinar (“știința dezvoltării comportamentale”)	Impactul fiecărui context social (familia, școala, grupul de referință etc.) depinde de efectul celorlalte asupra comportamentului adolescentului.
4.	J.S.Eccles et al, 1993 R.M.Lerner & J.G.Tubman, 1989 B.Compas et al., 1995 Modelul “Potrivirii individ-mediu”	Dezvoltarea adolescentului depinde de gradul de potrivire a trăsăturilor individuale (fizice și psihice) cu caracteristicile anturajului social. Există o variabilitate crescută a dezvoltării individuale în adolescență, cu traiectorii adaptive sau dezadaptive. Există o multitudine de factori de risc, cu efecte negative asupra dezvoltării și factori protectori, care oferă rezistență împotriva celor de risc.

După cum se poate constata din tabelele de mai sus, teoriile moderne asupra adolescenței dau o perspectivă mai largă înțelegerii a ceea ce se întâmplă în adolescență, accentuând intercondiționarea factorilor.

Capitolul 2.

În acest capitol trecem în revistă modelele teoretice mai importante cu privire la formarea deprinderilor legate de consumul drogurilor. Descriem fazele formării dependenței și prezentăm principalele categorii de droguri. Realizăm o sinteză a factorilor de risc/protectori și prezentăm un model teoretic propriu cu privire la mecanismul de acționare a acestora în declanșarea comportamentelor de risc sau ale celor favorabile sănătății.

Prezentăm mai întâi principalele caracteristici ale fumatului, ale consumului de alcool și ale consumului de droguri. *Menționăm că vom utiliza pe tot parcursul lucrării noastre termenul de droguri în sensul substanțelor psihoactive ilicite.*

Ilustrăm prin mai multe grafice (Shapiro,1993; Devai,1995, Gerevich, 2000) fazele formării dependenței de substanțele amintite.

Descriem cele opt fenomene caracteristice ale adicției chimice Gerevich (1995): comportamentul obsesiv, râvnirea (craving), stimularea- satisfacția, comportamentul de risc, substituirea, condiționarea secundară, simultaneitatea, caracterul multigenerațional.

Pe baza cercetărilor care s-au axat pe identificarea predictorilor cu privire la consumul de alcool, tutun și droguri, am realizat un tabel sintetic al acestor factori, care poate servi ca sursă eficientă pentru cei care se ocupă de prevenția acestor comportamente negative.

Prezentăm principalii factori de risc identificați de diferiți autori, factori ce pot fi clasificați în următoarele categorii: factori biologici, factori psihologici și de personalitate, factori sociali. După analiza detaliată a acestora, sintetizăm principalii factori de risc și protectori pe baza cercetărilor și constatărilor lui Hawkins, Catalano și Miller (1992) și ale unor Departamente naționale de sănătate (NIDA, 1997; US Dep H&HS, 2011) în mai multe tipuri de tabele, dintre care prezentăm aici doar unul.

Tabelul 2.1. Tabel sintetic al factorilor de risc și protectori

Factori de risc	Factori protectori
anturaj familial haotic	legături familiale puternice
stil educațional parental ineficient	implicarea părinților în viața copiilor
legături afective slabe în familie	expectanțe clare și consecvență din partea părinților
comportament nepotrivit, prea retras sau agresiv la școală	randament școlar bun
eșec școlar	legături strânse cu instituții pro-sociale (școală, comunitate, biserică)
aspirații academice reduse	norme convenționale legate de droguri și alcool
mecanisme coping slabe	
legătură cu colegi devianți	
percepția aprobării externe a consumului de droguri (colegi, familie, comunitate)	
consum de droguri sau boli mentale ale părinților	

Pe baza studiilor consultate am conceput un model teoretic propriu care sintetizează factorii de risc/protectori și relația acestora cu comportamentul legat de fumat, consumul de alcool și droguri (Figura 2.1.: Modelul –Fact.R/P Balanța comportamentală la adolescenți)

Modelul ilustrează dinamica influențelor care pot determina comportamentele de risc sau cele favorabile sănătății. Factorii protectori și de risc se pot combina în foarte multe feluri în cazul fiecărui individ. În funcție de inter-relația acestora și a puterii de manifestare a lor în anumite momente și situații de viață, ele înclină balanța comportamentală spre una sau alta dintre direcții. Fiecare factor poate avea valențe pozitive sau negative în diferite contexte și inter-relații cu ceilalți factori. Valențele negative înseamnă în model factori de risc, iar cele pozitive factori protectori. Factorii externi își exercită influența doar prin intermediul personalității adolescentului. În consecință, pentru a preveni sau a reduce comportamentele de risc, nu ajunge să se modifice factorii externi (legi, stil educațional, strategii publicitare etc), ci trebuie acționat și în mod direct asupra personalității adolescenților prin intervenții multifactoriale.

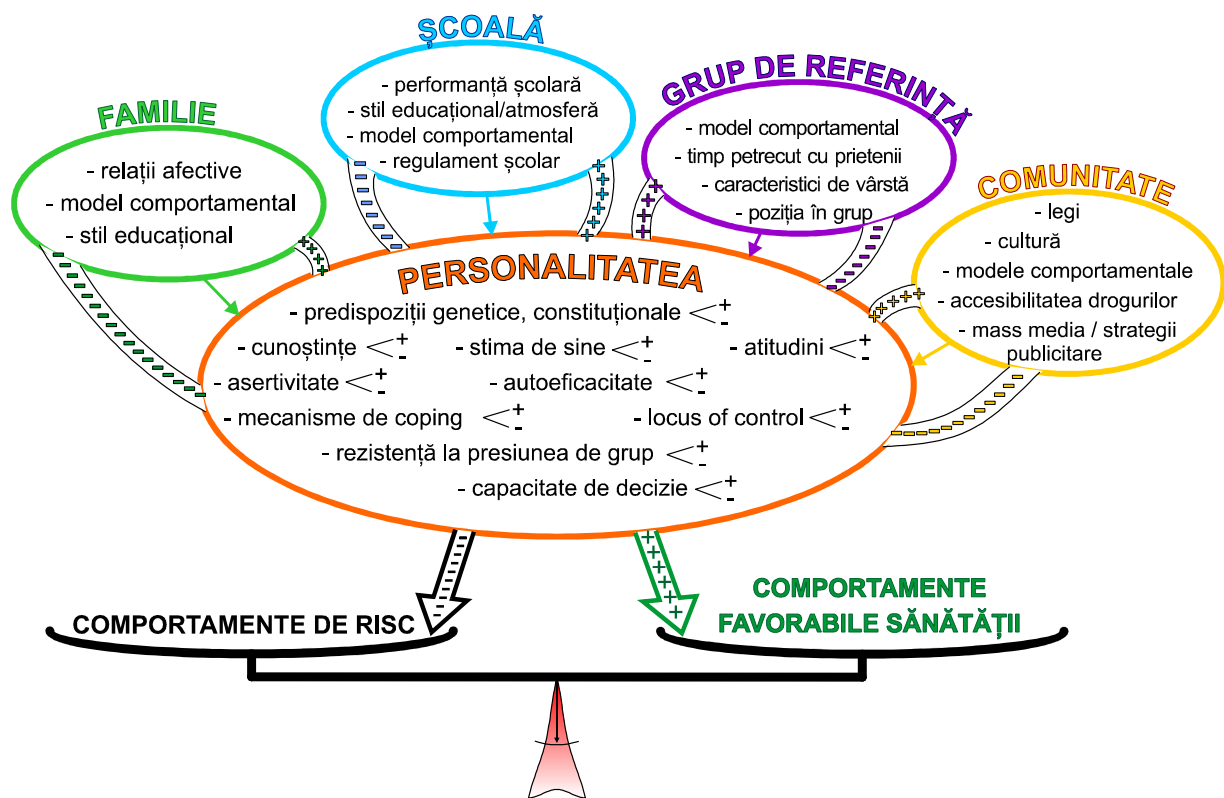


Figura 2.1. Modelul –Fact. R/P - Balanța comportamentală la adolescenți

Prezentăm în continuare incidența pe plan internațional și național al consumului de tutun, alcool, droguri și la adolescenții din România, pe baza unor studii și cercetări internaționale și naționale (INCDS 2003; HBSC,2012; EMCDDA, 2011;ESPAD 2011; ANA, 2012, Caritas& UBB, 2012), comparând prevalența acestor comportamente negative cu cea constatată în alte 43 de țări.

Prezentăm date concrete privind vârsta de inițiere în fumat, ponderea fumatului, a consumului de alcool (de diferite tipuri) și de droguri. Există concordanțe, dar și discordanțe, între datele unor evaluări ale adolescenților români. Ceea ce iese în evidență în mod deosebit este creșterea consumului frecvent de alcool la tinerii de azi. Cu toate că la elevii din țara noastră consumul de droguri ilicite are tendință de creștere, tinerii români consumă într-o pondere mult mai mică aceste substanțe psihoactive în comparație cu tinerii din majoritatea țărilor evaluate.

Capitolul 3.

În Capitolul 3 prezentăm, mai întâi, câteva modele teoretice importante cu privire la promovarea sănătății și descriem prevenția și principalele ei tipuri.

Trecem în revistă o serie de programe de prevenție cu privire la fumat, consum de alcool și de droguri, aplicabile în cadrul școlii, schițând principalele lor caracteristici.

Analizăm mai multe modele teoretice legate de prevenție ca de exemplu Health Belief Model – (*Becker & Maiman, 1975*), teoria acțiunii deliberate TRA – Theory of Reasoned Action,(*Fishbein și Ajzen,1993*), Modelul HAPA – *Health Action Process Approach (Schwarzer &Fuchs, 1996)*, *Modelul promovării sănătății la adolescenți (Perry, Kelder și Komro, 1993)*.

Prezentăm constatările studiilor metaanalitice cu privire la programe preventive școlare(*Tobler și Roona, 2000; Paglia și Room, 1999*), și analizăm modelele de prevenție care au stat la baza intervenției noastre cu caracter preventiv.

Redăm aici unul dintre modelele prezentate în teză (figura 3.1.), model care a servit ca sursă predominantă pentru intervenția noastră.

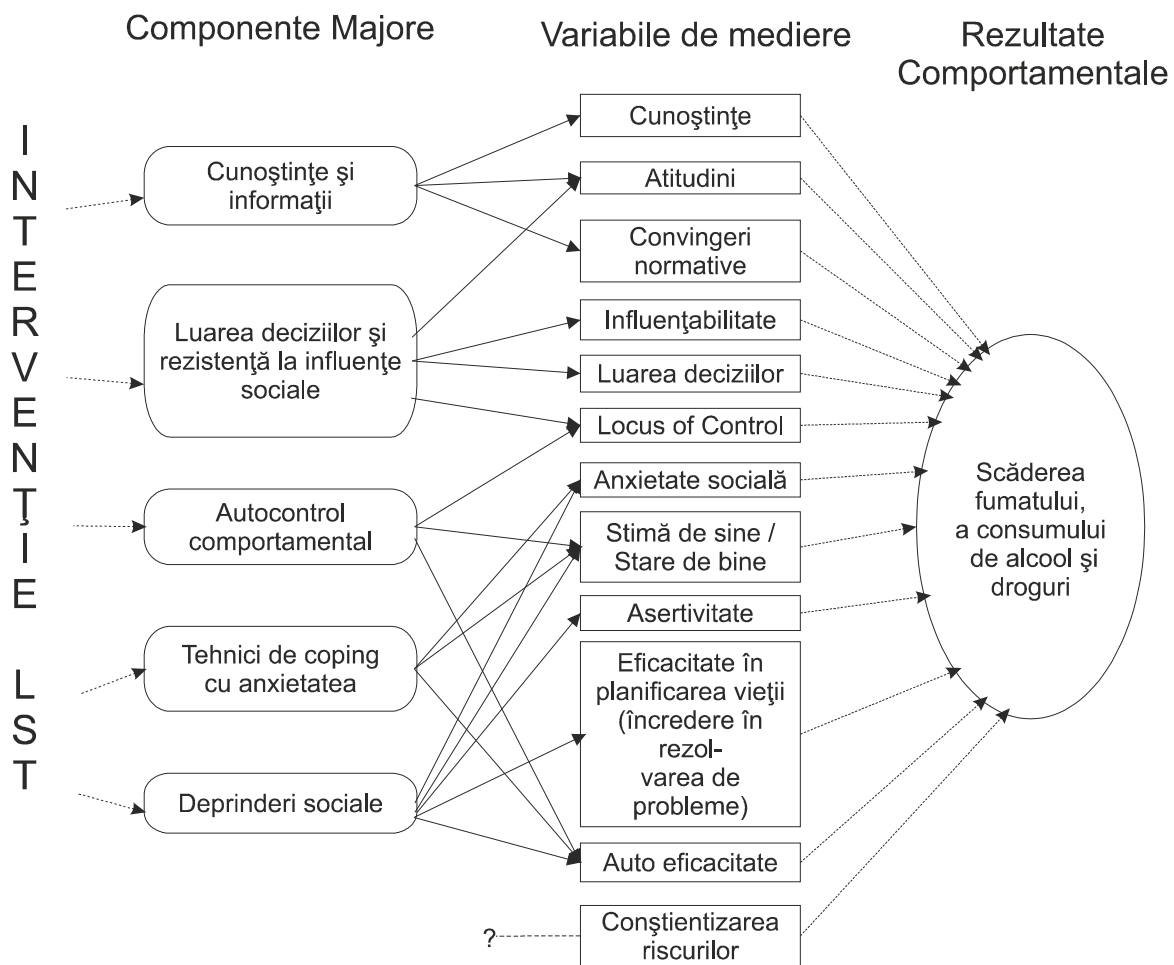


Fig. 3.1 Modelul Life Skills Training (după Cook, Anson și Wachli, 1993, p. 355)

La sfârșitul capitolului am sintetizat într-un tabel o serie de programe preventive legate de fumat, consum de alcool și droguri, prezentând principalele caracteristici.

Capitolul 4.

Capitolul prezintă metodologia cercetării, prin care contribuim la adunarea unor date de prevalență a consumului de tutun, alcool și droguri și surprindem modificările acestui comportament de la o perioadă în care acesta din urmă era puțin răspândit și foarte puțin documentat, până la o perioadă în care multiple foruri naționale și internaționale atrag atenția asupra acestui fenomen.

Prin testarea unui program de prevenție adaptat în România prin eforturi proprii și evaluat printr-un design pre-test/post-test cu două grupe de control, dorim să contribuim la îmbogățirea literaturii de specialitate privind programele de intervenție bazate pe dovezi utilizabile de către profesioniști în prevenirea consumului de droguri la adolescenți.

Cercetarea empirică a vizat următoarele obiective:

1. Evaluarea schimbărilor privind prevalența comportamentului legat de fumat, consumul de alcool și droguri la adolescenții din arealul clujean în perioada post-decembristă. Analiza transversală și longitudinală a prevalenței celor trei comportamente de risc pe dimensiuni precum zona urbană și peri-urbană, dimensiunea de gen, vârstă și tip de școală. Menționăm utilizăm pe tot parcursul lucrării noastre termenul de **droguri în sensul substanțelor psihoactive ilicite**.

2. Cercetarea dinamicii unor tendințe de modificare a cunoștințelor, atitudinilor și comportamentelor legate de consumul de substanțe psihoactive, alcool și tutun la adolescenții clujeni.

3. Investigarea rolului unor factori demografici și ai mediului microsocial (sex, vârstă, tip de școală, model de consum familial și al grupului de referință) în prevalența comportamentului legat de fumat, consumul de alcool și droguri.

4. Studiarea relațiilor existente între performanța școlară, imaginea de sine, atitudinea față de consumul de substanțe, locul conceptului de „sănătate” în sistemul personal al valorilor și consumul de substanțe la adolescenți. Acest obiectiv are ca punct de pornire cercetările privind factorii de risc și factorii protectori pentru consumul de droguri. Conform acestora, stima de sine scăzută (Kaplan, 1980), performanța școlară scăzută (Hawkins, Catalano și Miller, 1992) atitudinea de acceptare a comportamentelor de consum al substanțelor nocive (Scriven A. in Kulin, 2012) și lipsa conștientizării „sănătății” ca valoare prioritară (Ritt-Olson A și colaboratorii, 2004, Meleg Cs. in Kulin și Darvai 2012) constituie factori de risc importanți.

5. Evaluarea eficienței unui program de prevenție a consumului de substanțe, în ceea ce privește nivelul de cunoștințe, tipul de atitudini și comportamente. Adunarea de dovezi științifice privind rezultatele aplicării sistematice a programului de prevenție construit pe baza unor principii de bază ale modelului *Life Skills Training* al lui Botvin(1990, 2004.), a *Programului CHEF*(Devai, 1993) și a *Programului Shapiro-Flaherty-Zonis* (1992).

Cercetarea noastră are următoarele **ipoteze**:

I 1: Pornind de la cele constatate în majoritatea cercetărilor din Europa (ESPAD Report 2011, International Report, WHO-HBSC, 2012,), presupunem că la adolescenții mediului școlar din Cluj-Napoca și cel periurban prevalența consumului de alcool este mai crescută față de cea a fumatului, iar consumul de droguri are prevalența cea mai scăzută.

I 2: Majoritatea cercetărilor românești (*Demetrovics, Kovacs, Balogh, 2000, Raportul ESPAD, 2012, Raportul EMCDDA 2011, Raportul HBSC 2012*) au pus în evidență procentaje din ce în ce mai crescute ale consumului de tutun, alcool și droguri, fără să existe însă date care să urmărească populația de elevi cu aceeași metodologie. Pornind de la datele care arată răspândirea drogurilor în rândul populației tinere și creșterea varietății drogurilor folosite, presupunem că pe parcursul perioadei studiate (1993-2012) creșterea consumului de droguri depășește creșterea consumului de alcool și tutun. Presupunem că la adolescenții mediului școlar din Cluj-Napoca și cel periurban prevalența fumatului, a consumului de alcool și droguri are o tendință de creștere continuă începând din anul 1993 până în prezent.

I. 3: Interesul central al acestei cercetări se axează pe comportamentul adolescenților față de programele de educație pentru sănătate; presupunem că există o relație directă între gradul de conștientizare a „sănătății ca valoare” și comportamentul sanogen la adolescenți. În construirea acestei ipoteze ne bazăm pe cercetările lui Ritt-Olson A și colaboratorii (2004).

I. 4 : După modelul de analiză a efectelor unor programe de intervenție bazate pe dovezi prezentate în Capitolul 3 (*Cook, Anson și Wachli, 1993, Schwarzer & Fuchs, 1996, Perry C. L., Kelder S. H., Komro K. A., 1993; Paglia și Room, 1999; Tobler, Roona și colab., 2000*), vrem să dovedim că un program de intervenție complexă, axat pe întărirea factorilor protectori în cadrul microclimatului școlar are efect superior față de un program unidimensional, axat pe informare. Conform ipotezei care privește designul de tip formativ, presupunem că programul multidimensional Cunoștințe despre Sănătate – Autocunoaștere – Life Skills modifică semnificativ comportamentul adolescenților cuprinși în program în direcție sanogenă, ducând la scăderea celor trei comportamente de risc: fumatul, consumul de alcool și de droguri, pe când un program de prevenție format din câteva activități informative în cadrul curriculumului școlar NU modifică în mod considerabil nici atitudinea față de comportamentele nesănătoase, nici fumatul, nici consumul de alcool și droguri la adolescenți.

Presupunem de asemenea că la adolescenții care nu beneficiază de niciun fel de educație pentru sănătate, atitudinile și comportamentele de risc legate de fumat, consum de alcool și de droguri se accentuează datorită caracteristicilor de vârstă

4.2. Strategia cercetării

Cercetarea noastră are două părți distincte, un studiu longitudinal, de anchetă exploratorie, realizat pe loturi diferite, în perioade diferite din intervalul 1996-2012, pe mai multe secvențe și un studiu de intervenție preventivă, realizat pe un lot de 28 de elevi din clasa a VII-a a unui liceu teoretic din municipiul Cluj-Napoca.

4.2.1. Studiul exploratoriu l-am conceput pe baza obiectivelor menționate mai sus. Am realizat o anchetă pe bază de chestionar aplicat în patru timpuri, în 1996, 1999, 2003, și 2012 la loturi diferite, dar cu anumite caracteristici demografice asemănătoare.

4.2.2. Studiul de intervenție a avut o fază pilot (20 de activități) și o fază experimentală propriu-zisă (24 de activități). Ambele au constat în aplicarea în cadrul programei școlare, timp de șase luni, a unui program de prevenție complexă legat de consumul de substanțe ilicite și evaluarea rezultatelor acestuia. Rezultatele și concluziile intervenției pilot au servit la îmbunătățirea programului de prevenție, care s-a axat pe principiul întăririi unor factori protectivi și modificarea sau reducerea factorilor de risc (*Hawkins și colab., 2002, Cook, Anson și Wachli, 1993*).

4.3. Designul experimental

Designul experimental al cercetării se prezintă în felul următor:

1. Anchetă sociologică constatativă			
2. Intervenție preventivă 1. (pilot)			
3. Testarea eficienței programului preventiv			
4. Intervenția de prevenție îmbunătățită (2), propriu-zisă cu următoarele faze:			
	Pre-test	Program de intervenție	Post-test
Grupa experimentală	X	prevenție complexă (24 activități)	X
Grupa de control 1	X	activități de informare (4 activități)	X
Grupa de control 2	X	-	X

4. 4. Populația țintă și metodele utilizate

4.4.1. Pentru a realiza **studiul exploratoriu** am pornit de la ideea că pe plan internațional datele cu privire la comportamentele și obișnuințele legate de consumul de substanțe ale adolescenților s-au obținut cu ajutorul unor chestionare care evaluează datele demografice, cunoștințele și atitudinile privind consumul de substanțe, precum și factori personali și relaționali. Pentru a nu suprasolicita adolescenții, am întocmit un chestionar cu 20 de întrebări și l-am aplicat în mai multe etape, din anul 1996 până în 2012 la elevi din clasa a VIII-a, a X-a și a XII-a, din mai multe unități școlare din Cluj-Napoca și din zone rurale, periurbane ale municipiului. Datele au fost introduse în calculator, prelucrarea lor statistică făcându-se folosind procedurile standard din pachetele de programe statistice.

Chestionarul aplicat conține seturi de itemi pentru factorii urmăriți, care conform cercetărilor influențează comportamentul de consum de droguri, alcool și fumat (*Hawkins, Catalano, Miller, 1992; Perry C. L., Kelder S. H., Komro K. A., 1993; Demetrovics, 2007, Albert-Lorincz, 2011*):

- a) cunoștințe (drogurile și efectele lor, motivele consumului de droguri),
- b) factori legați de personalitate (stima de sine)
- c) factori atitudinali (atitudinea față de diferite comportamente negative din punct de vedere social, locul conceptului de „sănătate” în sistemul propriu de valori)
- d) factori de auto-eficacitate (rezistența la presiunea grupului)
- e) factori comportamentali legați de consumul propriu de alcool, droguri și fumat (date legate de fumat, consumul de alcool și droguri)
- f) factori comportamentali din anturajul microsocial (fumatul, consumul de alcool și droguri în familie și în grupul de referință)
- g) date personale (școala, clasa, sexul, performanța școlară)

Aplicarea chestionarului s-a realizat în patru etape: prima dată, în timpul anului școlar 1996/97, apoi în timpul anului școlar 1999/2000 și în anul școlar 2002-2003, iar recent în anul școlar 2012-2013. Completarea s-a efectuat anonim, iar caracterul secret al răspunsurilor a fost

garantat de către psihologii care au colectat chestionarele imediat după completarea lor, profesorii din școală neavând acces la acestea. Eșantionul total este alcătuit din 1937 de elevi, dintre care în prima etapă (anchetă pilot) au fost chestionați 252, în a doua etapă 446, în a treia etapă 682, iar recent 557 de elevi. Procedura de alegere a eșantionului a fost semialeatoare, îmbinând caracterul probabilistic al selecției stratificate cu o oarecare libertate a cercetătorului de alegere a claselor investigate.

4.4.2. Cercetarea aplicativă

Ancheta noastră sociologică a relevat de asemenea faptul că un procent considerabil al elevilor consumă alcool și fumează deja din clasa a VIII-a, iar într-un procent mult mai redus apare chiar și consumul de droguri. De aceea, am considerat că ar fi oportun să inițiem un program de prevenție la elevii de clasa a VII-a.

- A) Pentru cercetarea aplicativă în faza pilot s-au ales pentru grupul experimental și cel de control câte o clasă a VII-a din două licee teoretice. Clasele au fost considerate de către profesori ca „dificile” din cauza problemelor comportamentale și ale celor de performanță școlară.
- B) Pentru intervenția propriu-zisă s-au ales trei clase a VII-a din licee teoretice clujene: una la care s-a aplicat programul preventiv timp de șase luni (grupul experimental), una la care s-au organizat patru activități informative (grupul de control 1) și una la care nu s-au desfășurat niciun fel de activități speciale legate de consumul de substanțe psihoactive (grupul de control 2).

Grupa experimentală a constituit-o o clasă cu mai mulți elevi cu probleme comportamentale, la fel ca și grupul de control 1. Al doilea grup de control a fost o clasă fără probleme deosebite de comportament sau de performanță școlară. Grupurile de control au fost alese prin eșantionare de conveniență.

Programul de prevenție multifactorială ADF (alcool-droguri-fumat) s-a desfășurat de-a lungul a 6 luni, cu câte una sau/și două întâlniri pe săptămână, însumând în total 24 de întâlniri. Pre-testul a avut loc în noiembrie, iar post-testul în prima săptămână a lunii iunie.

La grupul de control 1 s-au organizat patru activități de informare cu privire la efectele fumatului, al consumului de alcool, droguri la adolescenți. Activitățile au avut loc la intervale aproximativ egale între ele, în cadrul orelor de dirigenție.

Metode și instrumente utilizate în pre- și post-test:

Atât în intervenția pilot, cât și în cea propriu-zisă am optat pe de o parte pentru auto-raportarea comportamentelor legate de fumat și consumul de alcool și droguri, iar pe de altă parte pentru evaluarea prin scale preluate din literatura de specialitate a unor factori care, conform studiilor sursă (*Hawkins, Catalano, Miller 1992; Perry C. L., Kelder S. H., Komro K. A., 1993; Demetrovics, 2007, Albert-Lorincz, 2011;*) influențează în mod considerabil fumatul, consumul de alcool și droguri. Acești factori sunt: stima de sine, eficacitatea personală, locul controlului, asertivitatea și mecanismele de coping cu stresul. I-am regăsit în programele analizate de noi (anume Life Skills Training, Modelul CHEF, Modelul Shapiro- Flaherty-Zonis, și Modelul lui Noack și colaboratorii), programe care au stat la baza elaborării propriului model de intervenție.

În intervenția propriu zisă în faza de pre și post-test am optat pentru probe relevante pentru problematica urmărită.

- Un chestionar (ADF, alcool-droguri-fumat) cu 16 întrebări (asemănător cu cel conceput pentru faza de anchetă). Itemii se referă la date personale, performanța școlară, comportamentul propriu, al familiei și al prietenilor legat de fumat, la atitudinea față de unele comportamente negative și nesănătoase, rezistența la presiunea de grup și locul „sănătății” în sistemul personal de valori.
- Un test de cunoștințe privind consumul de alcool, droguri, fumat, managementul stresului și luarea deciziilor. Întrebările au fost analoage la pre și post-test. Elevii au putut răspunde cu „adevărat”, „fals” și eventual „nu știu”
- Scala de Eficacitate Personală (Self-Efficacy Scale – SES)
- Scala de asertivitate pentru adolescenți (Assertiveness Scale for Adolescents – ASA),
- Scala stimei de sine Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSE)
- Scala de evaluare a Locului controlului (Nowicki-Srnickland Locus of Control Scale – N-SLCS).

- Testul Cope (varianta prescurtată). Am aplicat varianta prescurtată a testului, cu cele 28 de întrebări, dar am luat în considerare doar scalele privind copingul activ și planificarea, precum și căutarea de sprijin afectiv și instrumental. Am considerat că ele se referă la factori cu importanță în determinarea comportamentelor sanogene sau favorabile sănătății.

4. 5. Elaborarea programului de prevenție complexă (ADF, alcool-droguri-fumat)

4.5.1. Surse utilizate în elaborarea programului de prevenție: Programul de prevenție CHEF (Comprehensive Health Education Foundation Program, 1990) , Programul Shapiro-Flaherty-Zonis (Open Society Institute, 1992), Programul Life Skills Training (*Botvin*, 2001), Programul Servais (Prevention Drugues, 1988), Programul Noack A.K (1991) adaptat, precum și publicații conținând metode și tehnici de dezvoltare a deprinderilor de planificare a vieții (Life Skills, Csendes E., 1998), a autocunoașterii, și a rezolvării de conflicte (Rudas J. 1990; Benedek L. 1992; Bagdy E. & Telkes I. 1992; Koncz I. 1994; Szekszardi J., 1995;).

Modulele activităților adresate elevilor din grupa experimentală (elemente din conținutul concret al activităților sunt prezentate în anexa tezei):

- activitate de introducere – 60 de minute
- activitate legată de conceptul de sănătate 1 X 50 de minute
- activități legate de autocunoaștere și stima de sine – 3 X 50 de minute
- activități legate de stres și strategii de coping – 3X 50 de minute
- activități legate de rezistența la presiunea de grup și luarea deciziilor – 3 X 50 de minute
- activități despre fumat – 4 X 50 de minute
- activități despre alcool – 4 X 50 de minute
- activități despre droguri – 3 X 50 de minute
- activități recapitulative – 2 X 50 minute

Activitățile informative desfășurate cu grupul de control 1. :

- Cunoștințe legate de importanța sănătății 1 X 50 de minute
- Cunoștințe legate de fumat 1 X 50 de minute
- Cunoștințe legate de consumul de alcool 1 X 50 de minute
- Cunoștințe legate de consumul de droguri 1 X 50 de minute

Capitolul prezintă de asemenea programele de intervenție defalcate pe activități, desfășurate cu cele două grupe, grupul experimental și cel de control 1 (obiective, conținut, mijloace și metode, forme de organizare).

Sunt descrise metodele utilizate în grupul experimental și cel de control 1, precum și derularea activităților din programul ADF. Principalele metode interactive din program sunt:

- Realizarea unor activități de grup (rezolvare de probleme, desene, postere)
- Completarea unor fișe de lucru special întocmite, legate de tematicile activităților (individual și în grup)
- Demonstrații interactive
- Concursuri între grupuri
- Joc de rol, simulări de situații
- Exerciții interactive, structurate, tip encounter
- Expuneri și demonstrații ilustrative conduse de elevi mai mari (peer education)

Capitolul 5.

În acest capitol prezentăm datele obținute prin chestionarul propriu ADF pe care l-am aplicat în mai multe etape, din anul 1996 până în 2012 la elevi din clasele a VIII-a, a X-a și a XII-a, din mai multe unități școlare din Cluj-Napoca și din zone rurale și periurbane ale municipiului.

Comparăm între ele rezultatele obținute în cele trei eșantioane, pentru a surprinde tendințele modificărilor atitudinale și comportamentale la adolescenții studiați în perioadele menționate, cu privire la consumul de alcool, droguri și fumat.

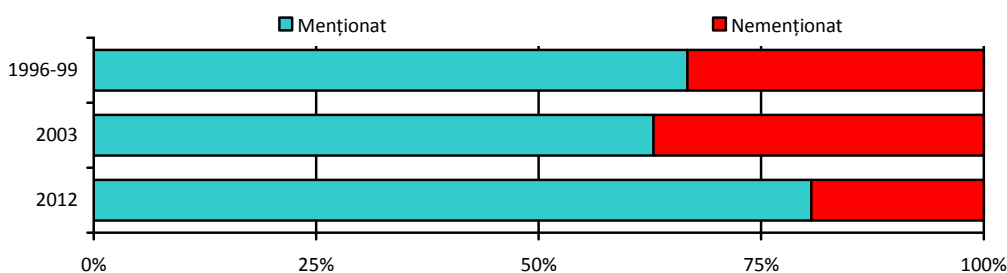
Prelucrarea statistică a datelor ne-a permis identificarea diferențelor semnificative și mai puțin semnificative dintre subcategoriile eșantioanelor, respectiv mediul școlar (urban și rural), vârstă (clasa a VIII-a, a X-a și a XII-a), sex (băieți și fete), și tipul școlii (școală generală, liceu teoretic, liceu profesional).

Evidențiem de asemenea relațiile dintre consumul de alcool, droguri și fumat și comportamentul în această direcție a persoanelor din anturajul adolescenților (familie și prieteni).

Comparăm rezultatele cu datele obținute de alte studii cu privire la consumul de droguri, alcool și fumatul la tinerii din România.

Rezultatele sunt cuprinse în tabele cu frecvențe și tabele de asociere, precum și în grafice care vizualizează relațiile identificate dintre diferiții factori.

De exemplu, Graficul 5.1. arată că în 2012 ponderea tinerilor care aleg sănătatea printre primele zece valori a crescut față de anii anteriori. Același lucru este demonstrat și prin Tabelul 5.1.: procentul adolescenților, care plasează sănătatea pe loc primordial în 2012 este semnificativ mai mare, iar procentul celor care o consideră fără importanță este semnificativ mai mică decât în anii trecuți. (Tabelul 5. 1.). Cel puțin la nivelul conștientizării importanței sănătății ca valoare, tinerii de azi din zona evaluată au o atitudine sanogenă mai accentuată decât în perioadele anterioare. Credem că acest lucru se datorează pe de-o parte introducerii în programa școlară a mai multor activități de educație pentru sănătate, iar pe de altă parte mass-mediei, care alocă un timp mai mare problematicii sănătății față de anii anteriori.



Graficul 5.1.: Procentul subiecților care menționează conceptul de *sănătate* printre primele zece valori

Tabelul 5.1. Distribuția importanței acordate conceptului de *sănătate*

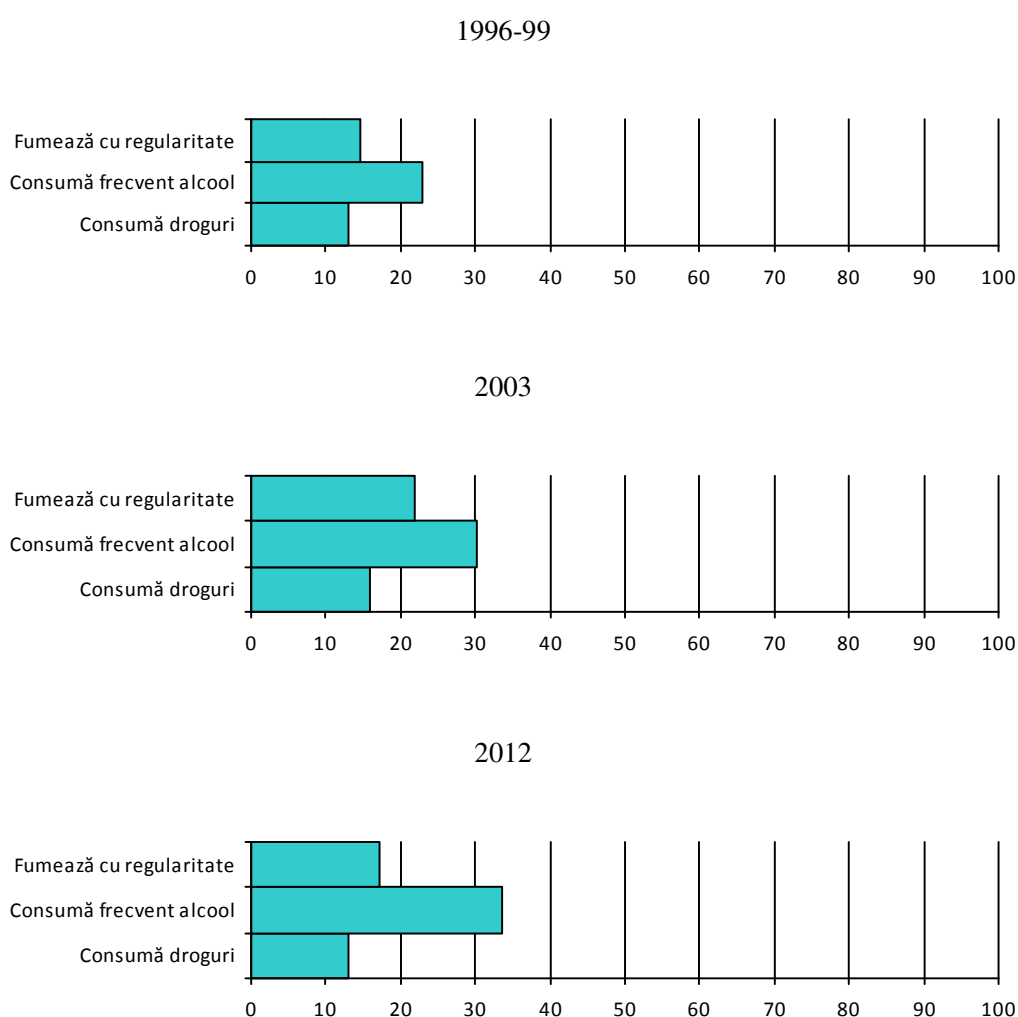
Ordinea	Eșantionul din anul					
	1996-99		2003		2012	
	Persoane	%	Persoane	%	Persoane	%
1. (Cel mai important)	118	17,5	115	16,9	177	33,3
2-4. (Foarte important)	117	17,3	115	16,9	132	24,8
5-10. (Important)	216	32,0	199	29,2	120	22,6
11-25. (Neimportant)	225	33,3	252	37,0	103	19,4
Total	676	100,1	681	100,0	532	100,1

(p < 10⁻¹⁸)

Pe lângă importanța acordată sănătății, prezentăm informații legate de :

- atitudinea adolescenților față de comportamentele nesănătoase (consumul de alcool, droguri și fumat) în general, și defalcăt, în funcție de abținerea sau consum accentuat de tutun, alcool și droguri;
- comportamentul legat de fumat în general, pe sexe, pe clase și pe tipul de școală, rata fumătorilor și a abținătorilor, precum și relația dintre modelul familiei și al prietenilor cu privire la fumat și comportamentul adolescenților în acest sens, relația dintre performanța școlară și fumat, relația dintre imaginea de sine și fumat;
- comportamentul legat de consumul de alcool (pe tipuri de băuturi alcoolice) în general, pe sexe, pe clase și pe tipul de școală, rata celor care consumă des alcool și a abținătorilor, precum și relația dintre modelul familiei și al prietenilor cu privire la consumul de alcool și comportamentul adolescenților în acest sens, relația dintre performanța școlară și consumul de alcool, relația dintre imaginea de sine și consumul de alcool;
- consumul (sau încercarea)de droguri în general, pe sexe, pe clase și pe tipul de școală, rata consumatorilor și a abținătorilor, relația dintre performanța școlară și consumul de droguri, relația dintre imaginea de sine și consumul de droguri;
- rata elevilor cu consum asociat;
- evoluția consumului accentuat de tutun, alcool și fumat în perioadele evaluate;
- cunoștințele elevilor despre droguri și gradul de nocivitate al acestora, precum și despre motivele consumului de alcool și droguri și locul unde se pot procura drogurile.

În legătură cu evoluția consumului accentuat al celor trei categorii de substanțe vizate, se poate constata că în toate cele trei eșantioane, consumul frecvent de alcool depășește considerabil fumatul cu regularitate și consumul de droguri, așa cum am presupus. Ceea ce ne surprinde însă este faptul că față de fumat, consumul de droguri nu este atât de scăzut cum ne-am fi așteptat. În studiile internaționale (HBSC, 2012), tinerii din România apar cu rata consumului de droguri relativ scăzută față de alte țări, dar cu o tendință de creștere față de anii anteriori. În eșantionul nostru însă, consumul de droguri apare cu frecvență mai mare în 2003 decât în anul 2012 (Graficul 5.1.2)



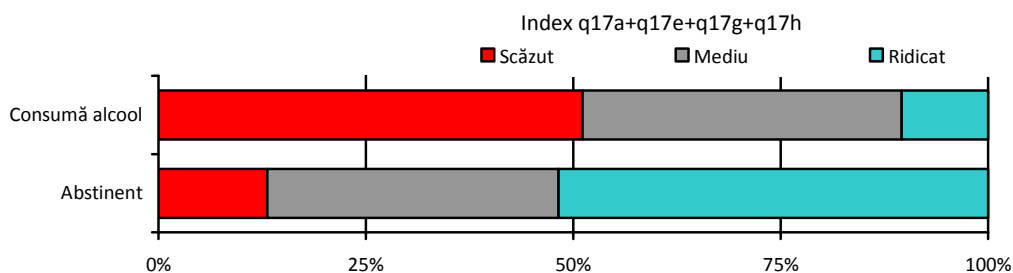
Graficul 5.1.2. Frecvența fumatului și a consumului de alcool accentuat și a consumului de droguri pe perioadele investigate

S-a studiat relația dintre unii factori de personalitate (imaginea de sine), atitudini și abținerea, respectiv consumul excesiv de alcool și tutun. Dintre rezultatele obținute prezentăm pe cele dintre atitudinea față de comportamentele negative vizate și fumatul accentuat/abținerea

Pentru a surprinde mai precis atitudinea subiecților față de cele patru comportamente negative împreună, am creat un index al comportamentelor negative (indexul 17a+17e+17g+17h). Cu cât scorul este mai mare cu atât atitudinea de neacceptare față de acestea este mai accentuată. Datele ne indică faptul că există diferență puternic semnificativă între abțineri și consumatori cu regularitate la toate cele trei categorii (fumat, alcool, droguri;)

Tabelul 5.2.8. Scoruri medii ale indexului 17a+17e+17g+17h după comportament extrem la consum de alcool

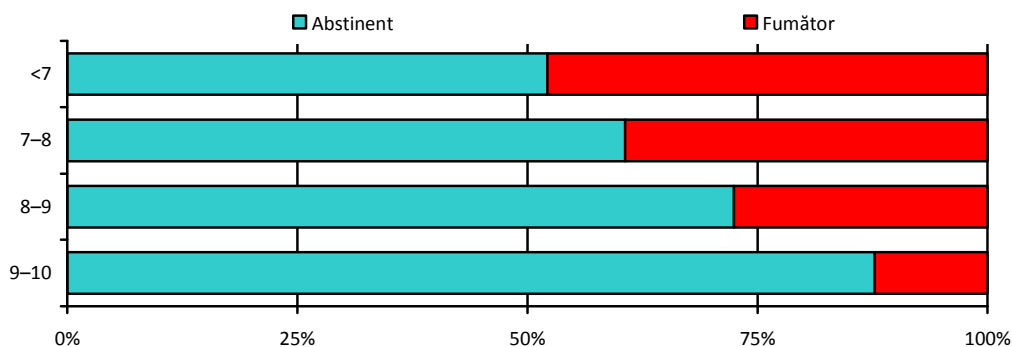
Scor mediu al indexului	Comportament extrem		Prag de semnificație
	Abstinent (N=168)	Consumă alcool (N=182)	
17a+17e+17g+17h	13,36	11,19	$<10^{-21}$



În cazul celor abțineri la alcool procentul rejecției comportamentelor negative este de peste 50%, pe când la cei care consumă frecvent alcool această atitudine apare doar în mai puțin de 12%. Aceștia din urmă în schimb sunt toleranți față de comportamentele nesănătoase în proporție de peste jumătate dintre ei.

Altă relație care confirmă datele studiilor de specialitate este cea dintre performanța școlară și fumat, consumul de alcool și de droguri. Prezentăm doar una dintre aceste relații, dar fenomenul este caracteristic și la celelalte două categorii vizate de studiul nostru.

Analizând relația dintre performanța școlară și comportamentul legat de fumat se constată relația semnificativă dintre acestea, așa cum ne indică și sursele bibliografice (*Hawkins, Catalano, Miller, 1992*). Datele cu privire la acest aspect sunt cuprinse în Graficul 5.3.2.



$p < 10^{-5}$

Graficul 5.3.2. Distribuția abstinenței și fumatului accentuat după notele școlare

La sfârșitul capitolului se prezintă succint concluziile analizei efectuate, pe toți factorii și pe asocierile studiate.

Capitolul 6.

Capitolul conține evaluarea programului de prevenție multifactorială ADF.

Sunt prezentate și analizate datele intervenției pilot și a celei propriu-zise, concepută în scopul prevenirii comportamentelor de fumat, consum de alcool și droguri la adolescenții din clasa a VII-a. Analiza datelor din intervenția pilot a servit ca punct de plecare pentru optimizarea structurii, a conținutului și a metodelor programului complex, multifactorial de prevenție precum și pentru îmbunătățirea metodelor de evaluare a eficienței intervenției. În planificarea prevenției multifactoriale ne-am bazat de asemenea pe rezultatele anchetei sociologice și pe identificarea factorilor de risc/protectori la eșantioanele cu care s-a realizat cercetarea. Intervenția, care s-a derulat timp de 6 luni, cu 24 de activități, a avut ca obiectiv modificarea în direcție sanogenă a următorilor factori: cunoștințe legate de comportamentele sănătoase și dăunătoare sănătății, atitudinile față de sănătate și comportamentele favorabile sănătății, autocunoașterea și stima de

sine, și deprinderi de planificare a vieții (eficacitatea personală, managementul stresului, asertivitate, capacitate de decizie și rezistența la presiunea de grup) și comportamentul legat de fumat, consum de alcool și droguri.

Pentru a verifica eficiența intervenției, am utilizat evaluări pre și post-test privind factorii vizați la trei grupe formate din elevi de clasa a VII-a. La grupa experimentală s-a realizat intervenția formativă, multifactorială, la una dintre grupele de control s-a intervenit prin patru activități informative, iar la a doua grupă de control nu s-a intervenit în niciun fel. S-au comparat rezultatele pre și post-test intragroup și intergroup și s-au interpretat rezultatele obținute.

Pentru a surprinde relația dintre factorii de risc /protectori și comportamentul legat de fumat, consum de alcool și droguri la populația cuprinsă în cercetare am utilizat calculul corelațiilor, pe baza datelor din pre-test la grupelor investigate.

Rezultatele calculelor statistice ne indică faptul că, în cazul eșantionului nostru, relațiile dintre unii factori de risc/protectori nu sunt atât de echivoce ca și în sursele din literatura de specialitate.

Alți factori în schimb, ca de exemplu performanța școlară, asertivitatea, atitudinile față de comportamentele legate de fumat, consumul de alcool și de droguri, dar mai ales autoeficacitatea corelează negativ în mod semnificativ cu toate, sau aproape toate formele de comportament nesănătos vizate de cercetarea noastră.

În consecință, programul de prevenție multifactorială pentru a atinge obiectivele stabilite, de a opri, a reduce sau de a preveni fumatul, consumul de alcool și de droguri la adolescenți, trebuie să includă activități menite să fortifice valența pozitivă a acestor variabile.

Sunt prezentate rezultatele primei intervenții (pilot) realizându-se comparații intragroup și intergroup la cele două grupuri, iar cu ajutorul testului t se stabilește gradul de semnificație a diferențelor.

Rezultate mai interesante apar în cazul intervenției propriu-zise, în care comparațiile se realizează între cele trei grupe. Au fost analizate diferențele dintre modificările pre-post test la următorii factori: cunoștințele, importanța acordată sănătății ca valoare, atitudinea față de comportamente negative legate de fumat, consum exagerat de alcool și consumul de droguri,

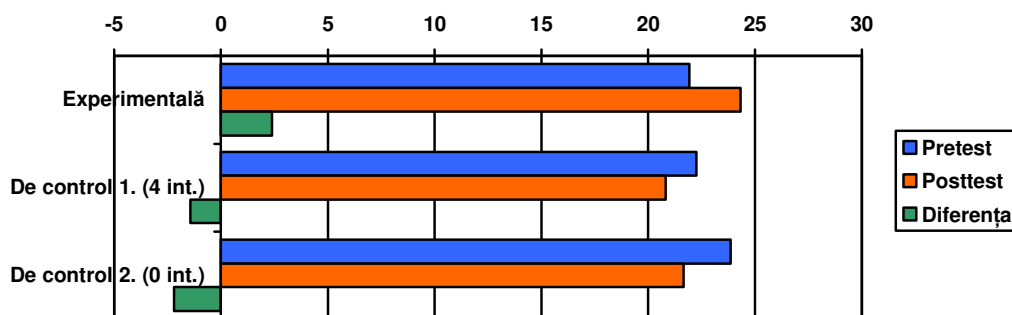
stima de sine, autoeficacitatea (auto efficacy), asertivitatea, locul controlului, mecanisme de coping, rezistența la presiunea de grup, fumatul, consumul de alcool (pe diferite tipuri de băuturi), consumul de droguri.

Printr-un număr de peste 50 tabele și aproape 30 grafice sunt prezentate rezultatele obținute la factorii mai sus amintiți, cu specificarea gradului de semnificație al diferențelor.

În cazul majorității factorilor apar diferențe semnificative între pre și post-testele grupului experimental, cu excepția: atitudinii față de fumatul fără permisiunea celor prezenți, frecvența fumatului, și consumul unor tipuri de alcool.

În urma intervenției propriu-zise, restructurate, s-au înregistrat rezultate care dovedesc eficiența programului de prevenție multifactorială, chiar și în comparație cu activitățile de educație pentru sănătate pur informative. Ca și în intervenția precedentă, unii dintre factorii de risc/protecție vizați s-au modificat mai mult în direcția dorită (cunoștințe, stima de sine, autoeficacitatea, asertivitatea, locul controlului, mecanismele de coping), iar alții mai puțin (rezistența la presiunea de grup). Prezentăm de exemplu schimbările cu privire la copingul activ și planificare.

Ceea ce se conturează cel mai pregnant este faptul că la toate grupele s-au produs modificări semnificative din punct de vedere statistic. La elevii din programul preventiv ADF s-au accentuat mecanismele coping adaptative, în grupa lor crescând ponderea planificării și atitudinii active referitor la situațiile de stres.



Graficul 6.2.8.1. Scorurile însumate la coping activ și planificare

În cazul grupelor de control, diferența crescută între pre și post-test se datorează modificării în *sens descrescător* a acestor mecanisme de coping. Vârsta de 12-14 ani fiind o perioadă sensibilă, de intense transformări fizice și comportamentale la adolescenți, se caracterizează prin decizii de multe ori pripite, la influența momentului, lipsite de planificare sau prin eschivare, „ieșire din situație” prin raportare „pasivă”. Dacă însă se intervine cu programe interactive de formare a mecanismelor de coping active, care includ și planificarea, managementul stresului poate deveni mai eficient, așa cum o dovedesc rezultatele grupului experimental.

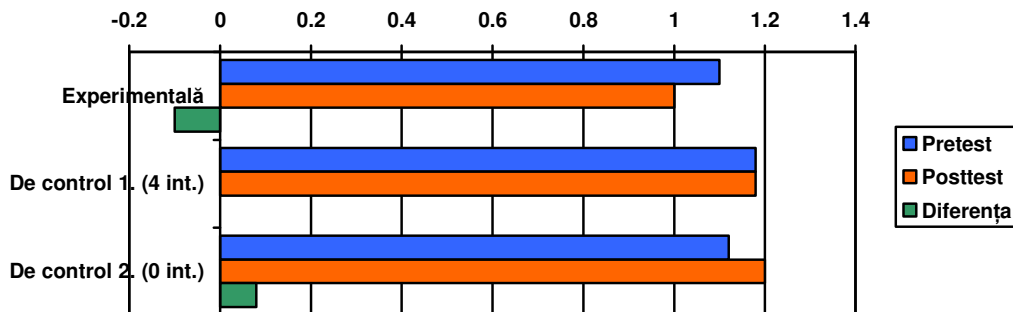
Tabelul 6.2.8.2. Testarea variației între grupul experimental și grupele de control

Coping activ+planificare	N	Valoarea		Valoare medie	Abatere standard	Prag de semnificație
		minimă	maximă			
Grupul experimental	28	-4	10	2,39	3,166	<10 ⁻⁴
Grupul de control (4 int.)	28	-9	5	-1,43	3,202	
Grupul experimental	28	-4	10	2,39	3,166	<10 ⁻⁴
Grupul de control (int.)	26	-11	5	2,19	4,224	

Testarea variației dintre grupul experimental și cele două de control subliniază și mai mult faptul că la această dimensiune intervenția a modificat într-o măsură deosebită concepția elevilor de a se raporta la situațiile stresante din viața cotidiană.

Comportamentele de risc, respectiv fumatul, consumul de alcool și de droguri s-au modificat mai mult ca și în cazul intervenției informative în direcția planificată, dar diferitele categorii de comportament nu în egală măsură. Rata fumatului a crescut la toate cele trei grupe de adolescenți. Diferența dintre ele este gradul de accentuare a acestui comportament. Activitățile de educație pentru sănătate nu opresc fumatul, ci influența lor se manifestă în reducerea aceluși salt negativ care se produce la adolescenții de 13 ani în această privință. La grupa cu intervenția ADF, consumul de alcool s-a redus la toate tipurile de băuturi, dar nu în mod semnificativ din punct de vedere statistic. Intervenția informativă s-a dovedit mai puțin eficientă din acest punct de vedere, dar a modificat ușor consumul de alcool în direcție sanogenă, pe când la adolescenții fără intervenție consumul de alcool s-a accentuat în mod semnificativ. Prezentăm spre exemplificare graficul care ilustrează modificările privind consumul băuturilor spirtoase la cele trei grupe. (graficul 6.2.11.4.), din care reiese scăderea acestuia la grupul

experimental, stagnarea la grupul cu intervenția pur informativă și creștere la elevii care nu au beneficiat de nici un fel de intervenție.

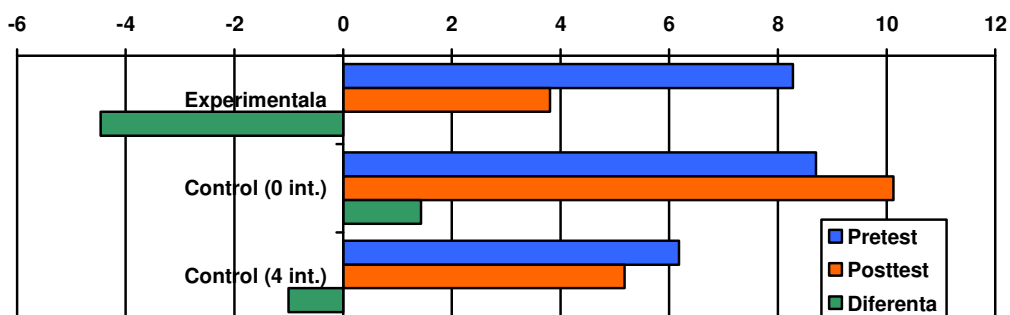


Graficul 6.2.11.4. Consumul de băuturi alcoolice tari în pre și post-test la cele trei grupe

Consumul de droguri a fost foarte redus atât înainte de intervenție cât și după, dar statistic la grupa experimentală apare o scădere ușoară, la grupul cu activitățile informative o stagnare, iar la grupul fără intervenție o creștere ușoară în acest sens.

În urma intervențiilor, mulți adolescenți își modifică atitudinea față de psihologul școlar, căpătând încredere în capacitatea acestuia de a oferi informații eficiente și sprijinul necesar la nevoie.

Graficul referitor la importanța acordată sănătății ca valoare și tabelul cu privire la atitudinea față de comportamentele negative vizate (scoruri însumate) exemplifică în mod sugestiv eficiența crescută a prevenției ADF față de intervenția pur informativă.



Graficul 6.1. Locul sănătății în pre și post-test

Se poate observa avansarea accentuată în ierarhie a „sănătății” la grupul experimental, avansare mult mai redusă la cei cu activitățile informative și „retrogradarea” ei la elevii care nu au luat parte la niciun fel de intervenție, ceea ce înseamnă că elevii din prevenția ADF acordă importanță mult mai mare sănătății ca înainte, față de ceilalți, din grupele de control.

Tabelul 6.1. Atitudinea față de cele patru comportamente negative (coduri însumate)

Grupul	Test	N	Valoarea		Valoare medie	Abatere standard	Prag de semnificație
			minimă	maximă			
Experimental	Pre-test	28	10	16	13,79	1,771	0,0001
	Post-test	28	10	16	14,93	1,331	
	Variația	28	-1	4	1,14	1,353	
De control 1. (4 int.)	Pre-test	28	7	16	14,00	2,357	0,051
	Post-test	28	12	16	14,96	1,201	
	Variația	28	-3	8	0,96	2,502	
De control 2. (0 int.)	Pre-test	26	11	16	14,42	1,391	0,518
	Post-test	26	10	16	14,19	1,744	
	Variația	26	-4	4	-0,23	1,796	

Pragurile de semnificație calculate demonstrează că cele mai mari diferențe atitudinale între pre și post-test apar la elevii care au fost cuprinși în programul ADF. Adolescenții cu cele patru activități informative și-au modificat și ei atitudinile față de cele patru comportamente vizate, dar într-o măsură mai puțin evidentă. Adolescenții fără activități de educație pentru sănătate în schimb manifestă în post-test atitudini ușor modificate în sens negativ.

Capitolul 7.

Capitolul 7 conține discuții și concluzii pe marginea rezultatelor cercetării.

Sunt prezentate mai întâi limitele cercetării cu privire la ancheta sociologică, dintre care cea mai importantă este că populația investigată reprezintă doar adolescenții din municipiul Cluj-Napoca și zonele aferente, deci constatările noastre pot fi doar orientative și nu pot fi generalizate în mod automat la nivelul adolescenților din întreaga țară.

Cu toate limitele menționate, considerăm că datele anchetei de teren au fost adunate și analizate în acord cu cerințele de bază ale folosirii acestei metode și datele obținute arată că sunt consistente. Ele pot constitui informații utile pentru specialiștii din țară.

Cu privire la cercetarea aplicativă se menționează de asemenea câteva limite. Și în acest caz, amintim că populația investigată reprezintă doar o parte dintre adolescenții din municipiul Cluj-Napoca, deci constatările noastre pot fi doar orientative și nu pot fi generalizate la nivelul adolescenților din întreaga țară.

Cu toate aceste limite, vrem să scoatem în evidență că datele au fost culese cu acuratețe înainte și după aplicarea programului de intervenție. Elevii au participat cu interes la cercetare și și-au exprimat în repetate ori dorința de a continua activitățile prevăzute de programele de prevenire. Părinții elevilor care au participat la programul nostru au fost de părere că au observat modificări pozitive în comportamentul copiilor în sensul unui interes mai crescut față de problemele legate de stilul de viață sănătos.

În capitol se trec în revistă cele cinci obiective propuse și se analizează gradul lor de îndeplinire. În urma analizei putem conchide că toate obiectivele au fost realizate, s-au colectat și s-au analizat riguros datele propuse. Iată câteva dintre aceste date:

- Rata fumatului crește o dată cu înaintarea în vârstă a adolescenților și cea mai mare pondere a elevilor care fumează se regăsește în liceele profesionale.
- Vârsta medie de inițiere în fumat este de 13,3 ani, mult scăzută față de etapele anterioare ale cercetării
- Fetele consumă bere în procent mult mai redus față de băieți și față de consumul de băuturi cu conținut mai mare de alcool. La consumul de băuturi spirtoase nu există diferență între sexe.
- În privința consumului de droguri, datele noastre reflectă faptul că băieții, elevii din clasele mari și cei din liceele profesionale consumă într-un procent mai mare droguri, față de fete, elevii mai mici și cei din alte tipuri de școli.
- Adolescenții zilelor noastre nu au informații corecte privind drogurile și gradul de nocivitate al acestora.

Verificarea celor patru ipoteze scoate în evidență următoarele:

1. La școlarii adolescenți din Cluj-Napoca și zonele aferente, în fiecare perioadă evaluată ponderea cea mai mare a comportamentelor accentuate o are consumul de alcool.

Fumatul se află pe locul secund în această ierarhie, iar consumul de droguri pe locul trei, dar se apropie de fumat mai mult decât ne-am fi așteptat. Rata consumului de droguri la eșantioanele noastre se aliniază la datele naționale și internaționale existente.

2. Prin ipoteza a doua am presupus că pe parcursul perioadei studiate (1996-2012) creșterea consumului de droguri depășește creșterea consumului de alcool și tutun. Analizând baza noastră de date, constatăm evoluția oscilantă a prevalenței fumatului și a consumului de droguri în perioada investigată și o creștere semnificativă a consumului accentuat de alcool. În concluzie, ipoteza noastră nu s-a adevărat. Se pare că odată ce rata consumului de droguri s-a raliat la standardele internaționale, frecvența acestui comportament de risc are tendința de a se menține constant în rândul populației de adolescenți.

3. Prin a treia ipoteză am presupus că există o relație directă între gradul de conștientizare a „sănătății ca valoare” și comportamentul sanogen la adolescenți. Rezultatele noastre confirmă doar parțial această ipoteză. Datele evaluării recente relevă că fetele sunt mai conștiente de valoarea sănătății în viața personală; Conștientizarea importanței sănătății nu este mai pregnantă la cei nefumători și abștinenți la consumul de alcool față de cei care fumează și care consumă des alcool. În schimb cei care nu consumă droguri acordă mult mai mare importanță sănătății în comparație cu cei care consumă droguri, ceea ce arată că nivelul ridicat al conștiinței de sine în privința sănătății este în relație de reciprocitate cu evitarea consumului de droguri.

Limitele acestei relații țin de faptul că în adolescență, vârsta căutării identității, tinerii nu sunt preocupați de sănătate, ci mai curând de relațiile cu prietenii, iar cei care consumă alcool sau fumează, în general, nu fac legătura cu aspectele nocive ale acestora asupra sănătății, ci mai degrabă cu alinierea la grupul de referință.

4. A patra ipoteză s-a referit la diferența pe care am presupus-o între eficiența programului de prevenție multifactorială ADF și cea a intervenției pur informative. Rezultatele demonstrează că unii dintre factorii de risc/protecție vizați s-au modificat mai mult în direcția dorită (cunoștințe, stima de sine, autoeficacitatea, asertivitatea, locul controlului, mecanismele de coping), iar altele mai puțin (rezistența la presiunea de grup). Comportamentele de risc, respectiv fumatul, consumul de alcool și de droguri s-au modificat mai mult ca și în cazul intervenției informative în direcția planificată, dar diferitele categorii de comportament nu în egală măsură. Rata fumatului a crescut la toate cele trei grupe de adolescenți. Diferența dintre ele este gradul de accentuare a acestui comportament. Activitățile de educație pentru sănătate nu opresc fumatul, ci influența lor se manifestă în reducerea aceluși salt negativ care se produce la adolescenții de 13 ani în această privință. La grupa cu intervenția ADF, consumul de alcool s-a redus la toate tipurile de băuturi, dar nu în mod semnificativ din punct de vedere statistic. Intervenția

informativă s-a dovedit mai puțin eficientă din acest punct de vedere, dar a modificat ușor consumul de alcool în direcție sanogenă, pe când la adolescenții fără intervenție consumul de alcool s-a accentuat în mod semnificativ. Consumul de droguri a fost foarte redus atât înainte de intervenție cât și după, dar statistic la grupa experimentală apare o scădere ușoară, la grupul cu activitățile informative o stagnare, iar la grupul fără intervenție o creștere ușoară în acest sens.

Concluzii finale:

Programul nostru multifactorial de prevenție ADF s-a dovedit deosebit de eficient nu numai în a preveni deprinderile negative legate de fumat, consumul de alcool și de droguri, dar prin factorii pe care i-a modificat în sens pozitiv (stima de sine, autoeficacitatea, mecanismele de coping, controlul intern, asertivitatea și rezistența la presiunea de grup) a contribuit la dezvoltarea personalității adolescenților, îndeplinind funcții importante de întărire a sănătății mentale. Prin acest caracter, prevenția devine multifuncțională, servind – credem noi - și la prevenția altor tipuri de comportamente și deprinderi negative. În perspectivă, o nouă cercetare poate verifica eficiența programului nostru în acest sens, dar și eficiența de lungă durată a acestuia cu privire la comportamentul sanogen viitor, sau de risc al elevilor participanți.

Bibliografia utilizată în teză:

- Agencia Naționala Antidrog, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (2012). *Raport National privind Situația Drogurilor 2012 România: Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european*. Editura Reitox.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albert-Lőrincz E. (1999). *Adolescentul dezadaptat*. Editura Komp-Press.
- Albert-Lőrincz E. (2011). *Az egészséges életviteltől a drogfogyasztó magatartásig*. Presa Universitară Clujeană.
- Băban, A. (1998). *Stres și personalitate*. Editura A.S.C.R., Cluj.
- Bácskai E., Gerevich J. (szerk.) (1998). *Ifjúság és drogfogyasztás*. Animula Kiadó, Budapest, p. 59.
- Bagdy, E. (2000). A dohányzás pszichológiai vonatkozásai. In: Németh, A., Gerevich, J. (szerk.), *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

- Bagdy,E., Telkes,J.(1990) Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Bandura, A., Walter, R. H., (1964). *Social Learning and Personality Development*. Holt Publishing.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. In: W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 349-378.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 23, 139-145.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A., (1975). Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical Care*, 13, 10-24.
- Benedek,L. (1992) Játék és pszichoterápia. Animula, Budapest
- Berndt, T. J. (1979). Developmental Changes in Conformity to Peers and Parents. *Developmental Psychology*, 15, 608–616.
- Blonin, A., Bornstein, R., Trites, R. (1978). Teenage alcohol use among hyperactive children: A five year follow-up study. *Journal of Pediatric Psychology*, 3,188-194.
- Blos, P.,(1965) On Adolescence. A psychoanalytic interpretation. New-York:The Free Press
- Blum, H. P. (1987). The role of identification in the resolution of trauma: The Anna Freud Memorial Lecture. *Psychoanalytic Quarterly*, 56, 609-627.
- Bogenschneider, K. (2001). Risk Factors For Alcohol and Drug Use/Abuse Prevention. *Wisconsin Youth Futures Technical Report*, 10. Descărcat de pe <http://www1.cyfernet.org/prog/teen/94-youthfut10.html>
- Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International Journal of Emerging Mental Health*, 4, 41-47
- Botvin, G.J., Griffin, K.W.(2004).Life Skills training: empirical findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232
- Brook, J.S., Gordon, A.S., Whiteman, M., Cohen, P. (1986). Some models and mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Developmental Psychology*, 22, 46-67.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Brooks-Gunn, J., Petersen, A. C. (Eds.) (1983). Girls at puberty. Biological and psychosocial perspectives. New York
- Brown, B. B., Lohr, M. J., & McClenahan, E. L. (1986). Early adolescents' perceptions of peer pressure. *The Journal of Early Adolescence*, 6, 139-154.

- Brown, B. B., Clasen, D.R., Eicher, S. A. (1986). *Perceptions of peer pressure, peer conformity dispositions and self-reported behavior among adolescents*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buda, B., (1995) *Szenvedélyeink. Megelőzés, felismerés, rehabilitálás*. SubRosa kiadó, Budapest
- Buhler, C.H. (1935). The Curve of Life as Studies in Biographies. *Journal of Applied Psychology*, 19, 405-409
- Calafat, A. et al (1989) Evaluation of the school prevention program "You decide". *Addictions*. Vol.1.96-110
- Califano, J. A., Jr. (1979). *Healthy people: Background papers*. Washington, D.C.: US Government Printing Office
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cole, M., & Cole, S. R. (1996). *The development of children* (3rd ed.). New York: Freeman
- Compas, B., Hinden, B., Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.
- COPE complet: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sciCOPEF.html>
- COPE: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sciBrCOPE.html>
- Cousins, N. (1989). *Head first: The biology of hope*. New York: E. P. Dutton.
- Crockett, L., Losoff, M., Petersen, A. C. (1984). Perceptions of the peer group and friendship in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 4, 155-181.
- Crockett, L.J., Petersen, A.C. (1993). *Adolescent development: health risks and opportunities for health promotion*. Oxford University Press, New-York
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, de Looze, M., Roberts, Ch., Samdal, O. D., Smith, O.R.F (Eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in school-aged children (HBSC) Study: international report from the 2009/2010 Survey. (Health Policy for Children and Adolescents, 6)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
- Csendes, E. (1998) *Életvezetési ismeretek és készségek*. Műszaki könyvkiadó, Budapest
- De Jong, C.A.J., Harteveld, F.M., van de Wielen, G.E.M., van der Spaak, C.P.F. (1991). Memories of parental rearing in alcohol and drug addicts: A comparative study. *International Journal of Addictology*, 26, 1065-1076.
- Dembo, R., Dertke, M., Borders, S., Washburn, M., Schmeidler, J. (1988). The relationship between aphysical and sexual abuse and tobacco, alcohol, and illicit drug use among youth in a juvenile detention center. *International Journal of Addictology*, 23, 351-378.

- Demetrovics Zs., Kovács L., Balog P. (2000). A csíkszeredai fiatalok alkohol- dohány- és drogfogyasztási szokásai. In: Veress Albert (szerk.), *Országos Pszichiátriai Konferencia Kiadványa*. Status Kiadó, Csíkszereda, 173-178.
- Dévai, M.(1995). A droghoz vezető utak pszichikus háttere, terápiás lehetőségek. In: Sipos K. (szerk.), *Drogmegelőzés az iskolában*. Magyar Testnevelési Egyetem Továbbképző Központja, 31-49.
- Dévai, M.(1995). A CHEF –Hungary Alapítvány egészségnevelő programjai, drog és alkoholfogyasztás szakmai tevékenysége. In: Sipos K. (szerk.), *Drogmegelőzés az iskolában*. Magyar Testnevelési Egyetem Továbbképző Központja, 67-92.
- De Vries, H., Backbier, E., Dijkstra, M., Van Breukelen, G., Parcel, G. and Kok, G. (1994) A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Education Research*, 9, 365–374
- Dielman, T. E., Butchart, A. T., Shope, J. T., & Miller, M. (1990-1991). Environmental correlates of adolescent substance use and misuse: Implications for prevention programs. *International Journal of the Addictions*, 7A/8A, 857-882.
- Dinwiddie, S. H., & Cloninger, C. R. (1991). Family and adoption studies in alcoholism and drug addiction. *Psychiatric Annals*, 21, 206-214
- Dunphy, D. C. (1963). The social structure of urban adolescent peer groups. *Sociometry*, 26, 230-246
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1998). Attitude structure and function. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 2). New York: McGraw-Hill, 269-322.
- Eccles, J.E., Midgley, C., Wigfield, A., Miller Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., MacIver, D. (1993). Development during adolescence: the impact of stage-environment fit on adolescents' experiences in schools and families. *American Psychologist*, 48, 90-101.
- Eggert, L.L., Seyi, C.D., Nicholas, L.J. (1990) Effects of a School-Based Prevention Program for Potential High School Dropouts and Drug Abusers. *Substance Use & Misuse*. 25/ 7, 773-801
- Ellickson, P.L., Bell, R.M., McGuigan, K. (1993) Preventing Adolescent drug use: long term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*. 83:856-861.
- Elkind, D. (1981). *The Hurried Child-: Growing Up Too Fast Too Soon*. Oxford University Press
- EMCDDA (2011). *The State of the Drugs problem in Europe*. Descarcat de pe www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011
- Entwisle, D. R. (1990). Schools and adolescence. In: S. S. Feldman & G. R. Elliott (Ed.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 197-224.

- Erikson, E. J. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. W. W. Norton & Company
- Fallon, J. H., Keator, D., Mbgori, J., & Potkin, S. G. (2004). Hostility differentiates the brain metabolic effects of nicotine. *Cognitive Brain Research*, 18, 142-148.
- Fogelson, R. T. (1982). Person, self, and identity: Some anthropological Retrospects, Circumspect, and Prospects. In B. Lee (Ed.), *Psychosocial theories of the self*. New York: Plenum
- Gerevich, J. (2000). Az addiktológia spektruma. In: Németh A., Gerevich J. (szerk.). *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Glynn, T., & Sanders, M. R., (1981). Training parents in behavioral self-management: An analysis of generalization and maintenance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 223-237.
- Graber, J. A., Petersen, A. C. (1991). Cognitive changes at adolescence. Biological perspectives. In: K. R. Gibson & A. C. Petersen (Eds.), *Brain maturation and cognitive development* New York: Aldine de Gruyter, 253-279.
- Grezsa, F. (1998): Bevezetés a mentálhigiéniébe. Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest
- Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child development*, 56, 415-428.
- Hall, G.S [1904] Adolescence, Englewood Cliffs, and N.J: Prentice Hall
- Harter, S. (1990). *Visions of self: Beyond the me in the mirror*. Presentation as University Lecturer of the Year, University of Denver
- Harter S., & Monsour, A. (1992). Development analysis of conflict caused by opposing attributes in the adolescent self-portrait. *Developmental Psychology*, 28,251-260
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hayes, S. (1996). Creating the empirical clinician. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 179-181
- Heath, S. B., (1982). Questioning at home and at school. A comparative study. In: G. Spindler (Ed.) *Doing the ethnography of schooling*. New York: Holt, Kinehaus & Winsson, 102-231.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, Th., Kokkevi, A Kraus, L.(2012). *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)
- Hughes, H. M. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77-90.

- Huizinga D., Loeber R., Thornberry T. P. (1995). The prevention of serious delinquency and violence: Implications from the Program of Research on the Causes and Correlates of Delinquency. In: J. C. Howell, B. Krisberg, J.D. Hawkins, J.J. Wilson. (Eds.), *Sourcebook on Serious, Violent and Chronic Juvenile Offenders*. Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 3-19.
- Hurrelmann, K., Richter, M., (2006). Risk behavior in adolescence. The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20-28.
- Institutul Național de Cercetare- Dezvoltare în Sănătate (2003). Raport de activitate INCDS 2003. Descărcat de pe www.snsps.ro/.../raport.../SNSPMPDSB%20raport%20
- Jacobs, M. (2003). *Sigmund Freud / Michael Jacobs*. SAGE Publications
- Jennings, B., Kahn, J., Mastroianni, A.J.D., Parker, L.S. (Eds.) (2003). *Ethics and Public Health. Model Curriculum*, HRSA, ASPH, The Hastings Center
- Jessor, R. (1991). *Perspectives on behavioral science: the Colorado lectures*. Westview Press
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Kalamár, H.(1988) Kreativitás és kommunikációfejlesztés serdülők önismereti csoportjában. *Iskolapszichológia* 11. ELTE
- Kandel, D. B., & Lesser, G. S. (1972). *Youth in two worlds*. San Francisco: Jossey-Bass
- Kandel, D.B.; Kessler, R.C., Margulies, R.Y. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 13-40.
- Kandel, D.B., Simcha-Fagan, O., Davis, M. (1986). Risk factors of delinquency and illicit drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcoholism*, 53, 447-457.
- Kaplan, J. R., ed. (1980). *A Woman's Conflict: The Special Relationship Between Women and Food*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall
- Keating, D. P., & Clark, C.L. (1980). Development of physical and social reasoning in adolescence. *Developmental Psychology*, 16, 23-30.
- Kendel, E., Mednick, S., Kirkegaard-Sorensen, L., & Hutchings, B. Rosenberg, R., Schulsinger, F. (1988). IQ as a potential factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 56, 224-226.
- Khantzian, E.J., Khantzian, N.J. (1984). Cocaine addiction: Is there a psychological predisposition ?. *Psychiatric Annals*, 14, 753-759.
- Khurshid, F. (2012). Causes of smoking habit among teenagers. *Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business*, 3, 848-855.

- Kielholz, P. (1970). Anxiety and Tension – New Therapeutic Aspects: An International Symposium, St. Moritz, 16th Jan. 1970, CIBA
- Kisszékely Ö. (1989). A toxikománia kiváltó és motiváló tényezői. In: Vabik L. (szerk.), *A bódulat csapdájában*. Tankönyvkiadó, Budapest
- Klepp, K.I., Tell, G. and Vellar, O. (1993) Ten-year follow-up of the Oslo Youth Study Smoking Prevention Program. *Preventive Medicine*, 22, 453–462
- Klitzner M, Gruenewald PJ, Bamberger E.(1990) The assessment of parent-led prevention programs: a preliminary assessment of impact. *Journal of Drug Education*. 20(1):77–94.
- Komlósi P., (1997) A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére. *Közösségi mentálhigiéné Animula*, Budapest, 13-34.
- Koncz,I. (1994): Videós önismeretfejlesztés: a videó felhasználási lehetőségei a 14–18 éves tanulók önismeretre nevelésében. Fitt Image, Budapest.
- Kopp M., Skrabski A. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány*. Corvinus Kiadó
- Kroger, J. (1989). *Identity in adolescence: the balance between self and other*. London: Routledge.
- Krogh, David (1991). *Smoking: The artificial passion*. W H Freeman & Company
- Kulcsar,T.(1978)Factorii psihologici ai reușitei școlare,E.D.P.Buc.
- Kulin, E., Darvay, S. (2012). Egészségfejlesztés az iskolában. In: Darvay, S. (szerk.): *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest, 67-81.
- Lawick-Godall,J.(1980) *Ay ember árnyékában*. Gondolat kiadó, Budapest
- Leadbeater, B.J., Blatt, S.J., Quinlan, D.M. (1994). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress and problem behaviors in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 5, 1-29.
- Lerner, R. M., Hultsch, D. F. (1983). *Human development: A life-span perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Lerner, R.M., Tubman, J.G. (1989). Conceptual issues in studying continuity and discontinuity in personality development across life. *Journal of Personality*, 57, 343-373.
- Leshner, A.I. (1997). Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 211-215

- Lloyd-Richardson, E. E., Papandonatos, G., Kazura, A., Stanton, C., and Niaura, R., (2002). Differentiating stages of smoking intensity among adolescents : stage-specific psychological and social influences. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 998-1009.
- Lotrean, M. et al (2010) Assessment of health risk behaviors and their interrelationships among young people from two counties of Romania. *Z. Gesundheitswiss*, 18(4). 403-411
- Marcia, J. E. (1989). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Marks, I. (1990). Behavioral (Non-Chemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McLain, J. (szerk.) (1997). *Alkohol és más drogok (Életmód Füzetek)*. Soros Alapítvány Kiadó, Budapest.
- Meleg, Cs. (2002). Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102, 11–29.
- Miclea, M. (1997). *Stres și apărare psihică*. Editura Presa Universitară Clujeană
- Miller, N. E. (1983). Behavioral medicine: Symbiosis between laboratory and clinic. *Annual Review of Psychology*, 34, 1-32
- Millstein, S., Petersen, A., Nightingale, E. (1993). *Promoting the Health of Adolescents*. Oxford University Press
- Millstein, S.G. (1994). A View of Health from the Adolescent Perspective. In: S.G. Millstein, A.C. Petersen, E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century*. Oxford University Press, 97-118.
- Money, J.A., Foersta, L. (1979). First Anthropologist of Childhood and Adolescence. *American Journal of the Disabled Child*. 133, 480-481.
- Montemayor, R. (1983). The relationship between parent-adolescent conflict and the amount of time adolescents spend alone and with parents and peers. *Child Development*, 53, 1512-1519
- Mortimer J.T., Reed W.L. (2002) Macrostructured Trends and the Reshaping of Adolescence. *The Changing Adolescent Experience*. Cambridge University Press. 1-18
- Muntaner, C., Nagoshi, C., Jaffe, J., Walter, D., Haertzen, C., Fishbein, D. (1989). Correlates of self-reported early childhood aggression in subjects volunteering for drug studies. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, 383-402.

- National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders*. NIDA. Descărcat de pe http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- Németh A., Gerevich J. (szerk.)(2000). *Addikciók*. Medicina Könyvkiadó
- Newcomb, M.D., Maddahian, E., Bentler, P. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 525-531.
- Newcomb, M. D., Bentler, P. M. (1986). Drug use, educational aspirations, and work force involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- Newcomb, M.D., Bentler, P.M.(1990). Antecedents and consequences of cocaine use: An eight year study from early adolescence to young adulthood. In: L.N. Robins, M. Rutter, (Eds.), *Straight and Devious Pathways on Childhood to Adulthood*. Cambridge University Press, Cambridge, 158-181.
- Noack K-A., Schenschonka, G., Breitreutz, C. (1991). *Dohányzásmegelőzés Tanári kézikönyv*. Drogalapítvány, Budapest
- Nutbeam et al(1993)Evaluation of two school smoking education programmes under normal classroom conditions.*BMJ*. 306:102-107
- O'Donnel, JA. (1982). The stepping- stone hypothesis: marijuana, heroin, and causality. *Chemical Dependencies*, 4, 229-241.
- Oetting-Beauvais, E.R. (1987). Common elements in youth drug use: Peer clusters and other psychosocial factors. *Journal of Drug Issues*, 17, 133-151.
- Olah, A. (1995). Coping Strategies Among Adolescents: A Cross-Cultural Study, *Journal of Adolescence*, 18, 491-512.
- Perry,C.L. et al(1992) Minnesota Smoking Prevention Program. *American journal of Public Health* Vol.82.1210-1216.
- Piaget, J., Barbel, I, (1958). *The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence: An Essay on the Construction of Formal Operational Structures*. Routledge Press
- Pickens, R. W., Sviki, D.S., McGue, M., Lykken, D., Heston, M., Clayton, P. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48,19-28.
- Pratkanis, A. R., & Aronson, E. (1992). *The age of propaganda*. New York : Freeman.
- Preda, V., 1998, Delincvența juvenilă. O abordare multidisciplinară, Presa Universitară, Cluj-Napoca.
- Preskin, H. (1967). Pubertal onset and ego functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 1-11

- Ram, S. (2005). *Psychology And Child Growth*. Sarup & Sons
- Rácz, J. (1998). *A drogfogyasztó magatartás*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Radu, I. (coord.)(1991). *Introducere in psihologia contemporana*. Editura Sincron
- Ranschburg, J., (2010). *A serdülőkor pszichológiája*. Saxum kiadó. Budapest
- Ritt-Olson, A., Milam, J., Unger, J.B., Trinidad, D., Teran, L., Dent, C.W., Sussman, S. (2004). The protective influence of spirituality and "Health-as-a-Value" against monthly substance use among adolescents varying in risk. *Journal of Adolescent Health*, 34, 192-199.
- Roona, M.R., Tobler, N.S., Ochshorn, P., Marshal, D.G., Streke, A.V., Stackpole, K.M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 199-208
- Rosaldo, R. (1984). Toward an anthropology of self and feeling. In: R. A. Shweder and R. A. Levine (Eds.), *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609-611.
- Rudas, J. (1990) *Delfi örökösei*. Gondolat kiadó, Budapest
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sarason, I.G, Mankowski, E.S., Peterson, A.V., Dinh, K.T. (1992). Adolescents' reasons for smoking. *Journal of School Health*, 62, 185-190.
- Sargent, J.D., Beach, M.L., Dalton, M.A., Mott, L.A., Tickle, J.J., Ahrens, M.B., Heathertond, T.F. (2001). Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents : Cross sectional study. *British Medical Journal*, 323, 1394-1397.
- Savin-Williams, R. C. (1987). *Adolescence: An ethological perspective*. New York: Springer- Verlag
- Savin-Williams, R. C., & Berndt, T. J. (1990). Friendship and peer relations. In: S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 277-302.
- School based education for drug abuse prevention*. (2004). United Nations Office on Drugs and Crime Vienna. Descărcat de pe http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_english.pdf
- Shope JT, Kloska DD, Dielman TE, Maharg R. Longitudinal evaluation of an enhanced Alcohol Misuse Prevention Study (AMPS) curriculum for grades six-eight. *Journal of School Health* 1994;64:160-66.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51.

- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In: A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*, New York: Cambridge University Press, p. 259-288.
- Scriven, A., Stiddard, L. (2003). Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education* 103, 110-118.
- Selye, H. (1983). *Selye's Guide to Stress Research, Volumes 1-3*. John Wiley & Sons, Inc.
- Servais, E. (1988) *Prevention drogues*. Editions Labor. Bruxelles
- Shapiro, S., Shapiro, R. (2004). *The curtain rises: Oral Histories of the Fall of Communism in Eastern Europe*, McFarland and Company.
- Shapiro, S. (1992). *Smoking prevention*. Soros Foundation
- Shapiro, D. (1995) *Communication and conflict resolution*. Open Society Institute, New York
- Shinke, S.P., Orlandi, M.A., Cole, K.C. (1992) Boys and girls clubs in public housing developments: prevention services for youth at risk. *Journal of Community Psychology* (OSAP Special issue): 118-128
- Sipos, K., Vingender, I. (1995). Általános iskolai és középiskolai tanulók drogfogyasztó magatartásának és attitűdjeinek családi háttér tényezőiről. In: Sipos K (szerk.), *Drogmegelőzés az iskolában*. Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest
- Simache, D. (2000). Drogul, ca mod de viață. *Analele Universității Spiru Haret, Seria Sociologie-Psihologie*, 1, 107-111.
- Simmons, R. G., Blyth, D. A., (1987). *Moving Into Adolescence: The Impact of Pubertal Change and School Context*. Aldine Transaction Publishing
- Snow, D.L., Kraemer Tebes, J., Arthur, M., Tapasak, R.C. (1993) Two-Year Follow-Up of a Social-Cognitive Intervention to Prevent Substance Use *Journal of Drug Education* 22/2 101-114
- Stattin, H., Magnusson, D. (1990). Pubertal maturation in female development. In: D. Magnusson (ed.), *Paths through Life* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates, Inc
- Steinberg, L., Elmen, J. D., & Mounts, N.S. (1989). Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents, *Child Development*, 65, 754-770.
- Stenbacka, M., Allenbeck, P., Romelsjö, A. (1992). Do cannabis drug abusers differ from intravenous drug abusers? The role of social and behavioral risk factors. *British Journal of Addictions*, 87, 259-266.
- Sussman et al (1999). The Association of Group Self-Identification and Adolescent Drug Use in Three Sample Varying in Risk. *Journal of Applied Social Psychology*, 29.8., 1555-1581

- Swaim, R.C. (1991). Childhood risk factors and adolescent drug and alcohol abuse. *Educational Psychology Review*, 3/4, 363-398.
- Szekeşzárdi, J. (2008) Új utak és módok. Dinasztia tankönyvkiadó.
- Taylor, J., Lloyd, D.A., Warheit, G.J. (2006). Self-Derogation, Peer Factors, and Drug Dependence Among a Multiethnic Sample of Young Adults. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15, 39-51.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V., Stackpole, K.M. (2000). *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Todirita I. R., Lupu V. (2011). *Similitudini privind tabloul clinic și abordarea terapeutică a jocului patologic de noroc cu tulburarea de personalitate borderline. Cercetări aplicative în educație sănătate și științele sociale*. Editura Universitară
- Turiel, E. (1989). Domain –specific social judgments and domain ambiguities. *Merrill-Palmer Quarterly*, 35, 89-114.
- Udry, J. R. (1988). Biological predispositions and social control in adolescent sexual behavior. *American Sociological Review*, 53, 709-722.
- U.S. Department of Health and Human Services (2011). *Report to Congress on the Prevention and reduction of underage drinking*. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration
- Veczko, J.,(1986) Gyerekek, tanárok, iskolák. Tankönyvkiadó, Budapest
- Vikár, Gy. (1980). *Az ifjúkor válságai*. Gondolat Kiadó, Budapest
- Waterman, A. S. (1985). Identity in the context of adolescent psychology. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 30, 5-24
- Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcoholism*. 47, 34-40.
- WHO (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health 2011*.WHO. Descarcă de pe http://www.who.int/substance_abuse/activities/gad/en/
- Wills, T. A. (1990). Stress and coping factors in the epidemiology of substance use. In: L. T. Kozlowski, H. M. Annis, H. D. Cappell, F. B. Glaser, M. S. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E. M. Sellers, & E. R. Vingillis (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems* (Vol. 10). New York: Plenum, 215-250.
- Winter, K.C. (2003). Assessment of Alcohol and Other Drug Use Behaviors Among Adolescents. In: Allen, P.J., Wilson, V. (Eds.), *Assessing Alcohol Problems . A Guide For Clinicians And Researchers Second Edition*, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 101-123.

- Whiting, J. W. M., Burbank, V. K., Ratner, M. S. (1986). The duration of maidenhood across cultures. In: J.B. Lancaster and B.A. (eds.), *School age pregnancy and parenthood*. New York: Aldine, 273-302.
- Youniss, J. & Smollar, S. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers, and friends*. Chicago: University of Psychology
- Zimbardo, P. G. (1970). The human choice: individuation, reason and order vs. deindividuation, impulse and chaos. In: W. J. Arnold and D. Levine (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Taylor & Francis Group.