

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ

**Analiza comportamentului de sănătate la
adolescenți din perspectiva relației
autoapreciere – mecanisme de coping –
agresivitate**

REZUMAT

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

Dr. Albert-Lőrincz Enikő

DOCTORAND:

Csibi Sándor

Cuprinsul tezei

INTRODUCERE

CAPITOLUL I. SĂNĂTATEA ȘI COMPORTAMENTUL DE SĂNĂTATE LA ADOLESCENȚI

1.1. Comportamentul de sănătate ca problemă socială

1.2. Delimitări conceptuale

1.2.1. Sănătatea, stilul de viață și comportamentul de sănătate – definiții și sensuri

1.2.2. Sănătatea mentală și rolul ei în comportamentul de sănătate al adolescenților

1.3. Perspective teoretice în studiul comportamentului de sănătate

1.3.1. Teorii sociologice ale comportamentului de sănătate

1.3.2. Abordări psihologice ale comportamentului de sănătate

1.4. Modele explicative interdisciplinare ale comportamentului de sănătate la adolescenți

1.5. Aplicații ale teoriilor și ale modelelor psihosociologice în promovarea sănătății și în prevenția comportamentelor de risc

1.6. Studiile internaționale care analizează comportamentul de sănătate al copiilor și adolescenților

1.6.1. Metaanaliza studiilor și cercetărilor din domeniul comportamentului de sănătate

1.6.2. Studiile „Health behavior in school-aged children” (HBSC Survey)

CAPITOLUL II. ANALIZA FACTORILOR CARE INFLUENȚEAZĂ SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI MENTALĂ A ADOLESCENȚILOR

2.1. Factori favorizanți și factori cu risc pentru sănătate

2.2. Factorii contextuali ai comportamentului de sănătate

2.2.1. Statutul socio-economic al familiei și nivelul de educație a părinților

2.2.2. Structura și funcționalitatea familiei

2.2.3. Mediile de socializare și suportul social-afectiv

2.2.4. Specificurile interacțiunilor din mediul școlar

CAPITOLUL III. ROLUL AUTOAPRECIERII, AL MODALITĂȚILOR DE COPING ȘI AL EXPRIMĂRII AGRESIVITĂȚII ÎN COMPORTAMENTUL PRIVITOR LA SĂNĂTATE AL ADOLESCENȚILOR

3.1. Particularități ale dezvoltării în perioada adolescenței din perspectiva comportamentului legat de sănătate

3.2. Dezvoltarea și modificarea autoaprecierii în adolescență prin prisma comportamentului legat de sănătate

3.3. Stilul de coping și adaptarea la cerințele mediului social

3.4. Influența modului de exprimare și orientare al agresivității asupra sănătății mentale

CAPITOLUL IV. ASPECTE METODOLOGICE ALE CERCETĂRII

4.1. Obiectivele cercetării

4.2. Ipoteze de lucru

4.3. Prezentarea eșantionului

4.4. Metode și instrumente folosite

CAPITOLUL V. PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR

5.1. Inegalități după sex privind comportamentele de sănătate și de risc adoptate de către adolescenți – verificarea ipotezei 1.

5.2. Analiza variabilelor comportamentului legat de sănătate prin prisma factorilor de personalitate – verificarea ipotezei 2.

5.2.1. Rolul aprecierii de sine în adoptarea și menținerea comportamentelor de sănătate

5.2.2. Diferențe în modalitatea de coping adoptată și comportamentul de sănătate

5.2.3. Efectele nivelului și orientării agresivității asupra comportamentelor de risc

5.3. Analiza contextului social în care se manifestă comportamentele de sănătate a adolescenților – verificarea ipotezei 3.

5.3.1. Analiza factorilor din mediul familial

5.3.2. Influența grupului copiilor de aceeași vârstă asupra comportamentului de sănătate

5.3.3. Implicațiile factorilor protectivi și de risc din mediul școlar asupra comportamentului legat de sănătate

5.3.4. Implicațiile participării la altercațiile din mediul școlar asupra sănătății adolescenților

5.4. Analiza comparativă a variabilelor cuprinși în cercetare în funcție de diferențele mediului regional și cultural – verificarea ipotezei 4.

5.4.1. Factorii protectivi și de risc ai comportamentului de sănătate din perspectiva mediului socio-cultural diferit

5.4.2. Analiza factorilor de personalitate în funcție de mediul socio-cultural

CONCLUZII

BIBLIOGRAFIE

ANEXE

Structura rezumatului

INTRODUCERE

CAPITOLUL I. SĂNĂTATEA ȘI COMPORTAMENTUL DE SĂNĂTATE LA ADOLESCENȚI

CAPITOLUL II. ANALIZA FACTORILOR CARE INFLUENȚEAZĂ SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI MENTALĂ A ADOLESCENȚILOR

- 2.1. Factori favorizanți și factori cu risc pentru sănătate**
- 2.2. Factori contextuali ai comportamentului de sănătate**

CAPITOLUL III. ROLUL AUTOAPRECIERII, AL MODALITĂȚILOR DE COPING ȘI AL EXPRIMĂRII AGRESIVITĂȚII ÎN COMPORTAMENTUL PRIVITOR LA SĂNĂTATE AL ADOLESCENȚILOR

- 3.1. Particularități ale dezvoltării în perioada adolescenței din perspectiva comportamentului legat de sănătate**
- 3.2. Dezvoltarea și modificarea autoaprecierii în adolescență prin prisma comportamentului legat de sănătate**
- 3.3. Stilul de coping și adaptarea la cerințele mediului social**
- 3.4. Influența modului de exprimare și orientare al agresivității asupra sănătății mentale**

CAPITOLUL IV. ASPECTE METODOLOGICE ALE CERCETĂRII

- 4.1. Obiectivele cercetării**
- 4.2. Ipoteze de lucru**
- 4.3. Prezentarea eșantionului**
- 4.4. Metode și instrumente folosite**

CAPITOLUL V. PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR

- 5.1. Inegalități după sex privind comportamentele de sănătate și de risc adoptate de către adolescenți – verificarea ipotezei 1.**
- 5.2. Analiza variabilelor comportamentului legat de sănătate prin prisma factorilor de personalitate – verificarea ipotezei 2.**
- 5.3. Analiza contextului social în care se manifestă comportamentele de sănătate a adolescenților – verificarea ipotezei 3.**
- 5.4. Analiza comparativă a variabilelor cuprinși în cercetare în funcție de diferențele mediului regional și cultural – verificarea ipotezei 4.**

CONCLUZII

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

CUVINTE-CHEIE: sănătate fizică și mentală, comportament de sănătate, factori protectivi și factori de risc, autoapreciere, coping, agresivitate, context socio-cultural.

Introducere

Promovarea sănătății mentale și fizice precum și educația cu privire la modul de viață sănătos a devenit un aspect deosebit de important, atât în studiile psihosociologice, cât și în elaborarea politicilor de sănătate din întreaga lume (*Comstock, 2008; Georgiou și Stavrinides, 2008, McGee și Baker, 2002, Natvig și col. 2001*). Multitudinea schimbărilor sociale și economice actuale dovedesc un impact semnificativ asupra modului de viață al adolescenților, conferind totodată *actualitatea și noutatea cercetării*. În cercetarea noastră ne concentrăm atenția asupra problematicii generale legate de *apărarea sănătății mentale*, implicând atât analiza variațiilor individuale cât și diferitele aspecte ale contextelor sociale în care acestea se manifestă. Contribuim astfel la documentarea științifică a unor caracteristici comportamentale ale adolescenților din România, iar rezultatele obținute oferă puncte de sprijin importante pentru dezvăluirea cauzalităților și a predicțiilor legate de adoptarea comportamentelor de sănătate de către adolescenți.

Originalitatea cercetării constă în analiza diferențiată a specificurilor atitudinale ale adolescenților, cu privire la *modul de exprimare a agresivității*, de *autoapreciere*, și ale *modalităților de coping utilizate*. Interrelaționările dintre factorii protectivi (regularitatea activităților fizice, aprecierea pozitivă asupra imaginii corpului și controlul greutății, aprecierea pozitivă a sănătății și a calității vieții) și de risc (consumul de substanțe, fumatul și consumul de alcool) ai sănătății, cu componente ale personalității prin prisma factorilor de mediu (suportul și prezența membrilor familiei, nivelul de educație a părinților, climatul social și acceptabilitatea percepută din partea profesorilor, stresul școlar, anturajul și timpul petrecut cu colegii de aceeași vârstă) conturează o imagine de ansamblu a comportamentului de sănătate dintr-o perspectivă interdisciplinară psihosociologică.

În scopul fundamentării teoretice a cercetării vom trece în revistă cele mai importante abordări și teorii sociologice și psihologice, care pot explica conceptul de sănătate și stilul de viață sănătos atât la nivel macro- și mezosocial (structurile și instituțiile sociale din domeniul sănătății), cât și microsocal (la nivelul individului) (*Martikainen și col., 2002*).

Deci, în *explorarea comportamentului de sănătate și a modului de viață al adolescenților*, printr-o abordare interdisciplinară, vom analiza factorii implicați în menținerea stării de sănătate a adolescenților, din perspectivă *sociologică*, (prin analiza diferențierilor socio-demografice ale subiecților, precum sexul și specificul mediului lor de existență) și vom studia asocierile acestora cu variabile *psihologice* individuale (prin analiza caracteristicilor psihologice individuale, cum sunt autoaprecierea, modalitățile de coping, manifestarea agresivității).

Cercetarea aduce o contribuție semnificativă la o mai bună înțelegere a problemelor sociale actuale, conturate de factori de risc și protectivi, implicate în dezvoltarea comportamentului de sănătate ale adolescenților.

Totodată oferă puncte de plecare importante pentru cercetările ulterioare centrate pe analiza stilului de viață sănătos, și prevenirea comportamentelor de risc ale adolescenților. Specialiștii în elaborarea programelor de prevenire a comportamentelor cu risc pentru sănătate vor găsi repere importante, care le pot ajuta în activitățile lor de a influența în mod benefic dezvoltarea personalității adolescenților și adaptarea lor eficientă la mediile sociale în care trăiesc.

Capitolul I.

Sănătatea și comportamentul de sănătate la adolescenți

Capitolul 1 prezintă abordarea comportamentului de sănătate ca problemă socială, impactul factorilor macro- și microsociale asupra modelelor de sănătate și de boală. Astfel, acest capitol detaliază prin modelele teoretice și explicative parcurse, modalitatea trăirii experienței bolii, alături de identificarea cauzalității bolii în rândul populației. Capitolul se concentrează pe identificarea interacțiunilor specifice ale factorilor de protecție și de risc analizați în cercetare asupra sănătății adolescenților. Totodată, atrage atenția asupra acelor componente sociale care afectează în mod pozitiv sau negativ adoptarea comportamentelor de sănătate.

Comportamentul de sănătate poate fi privit prin prisma acordului dintre comportamentul cotidian al adolescenților și valorile și atitudinile lor legate de concepția despre sănătate, care le fundamentează ulterior modul de viață, chiar și la vârsta adultă. (*Rotariu și Iluț, 2006*)

Abordările și cercetările internaționale recente¹ au în vedere tot mai frecvent concepțiile referitoare la starea de sănătate și la cea de boală, respectiv la stilul de viață sănătos sau nesănătos al tinerilor (*Currie, Roberts, Morgan și Smith, 2004*).

Stilul de viață, care va determina starea de sănătate a tinerilor, se cristalizează îndeosebi în perioada copilăriei și a adolescenței. Sub influența schimbărilor fizice, psihologice și sociale intense, caracteristice perioadei de dezvoltare din adolescență, se formează atitudinile și comportamentele cu impact benefic sau nociv asupra stării de sănătate.

Specialiștii din Organizația Mondială a Sănătății definesc *sănătatea* ca o „integritate anatomică și funcțională, capacitate de confruntare cu stresul fizic, biologic, psihic și social, capacitate de protecție împotriva îmbolnăvirilor și decesului prematur, confort fizic, psihic, social și spiritual, ca stare de bine” (*OMS, 1946, p.100*). Totodată sănătatea este privită ca o resursă pentru a trăi o viață productivă, iar lipsa ei poate împiedica atingerea scopurilor de viață (*OMS, 1946*)². Starea de sănătate va permite unei persoane să se manifeste într-un mod eficient, iar diferențele cu privire la gradul de sănătate explică inegalitățile în capacitatea de funcționare a oamenilor.

Astfel, funcționarea optimă în mediul social al adolescenților include atât lipsa bolii cât și prezența stării de bine (*Seligman și Csikszentmihalyi, 2000*).

¹ Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen VB. (Eds.) (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. WHO, Copenhagen.

² Preambulul Constituției WHO, adoptat de Conferința Internațională a Sănătății, New York, 19-22 Iunie, 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p.100).

În scopul unei argumentări teoretice de ansamblu a cercetării de doctorat trecem în revistă câteva modele explicative relevante pentru abordarea noastră, care ilustrează implicațiile diferiților factori asupra comportamentului de sănătate (*Jessor 1991, Betancourt și Flynn 2009, Cockerham 2010, Bárdos 2011*).

În demersul nostru am încercat să surprindem interrelaționările factorilor de personalitate și a determinanților socio-culturali, din perspectiva diferențelor observate în comportamentul de sănătate și de risc al adolescenților. Dintre factorii de personalitate am abordat autoaprecierea, modalitatea de coping și nivelul de exprimare a agresivității, descrise și explicate în modelele lui *Jessor (1991)* prin aprecierea de sine, percepții ale suportului social, *Betancourt și Flynn (2009)* prin tendințele specifice motivaționale, cognitive și emoționale. În ceea ce privește factorii socio-culturali, abordăm comportamentul de sănătate din perspectiva influențelor nivelului de educație a părinților, a suportului emoțional perceput din partea acestora și a modelelor comportamentale oferite de grupul de vârstă (*Jessor, 1991*). Așadar, integrăm variabilele analizate în cercetarea noastră în cultura socială specifică a adolescenților, evidențiate în modelele descrise de *Cockerham (2010)* și *Bárdos (2011)*.

Raportat la modelul sistemic al comportamentului de sănătate (după *Bárdos 2011*), descriem comportamentul de sănătate al adolescenților ca o formă de conduită, implementată într-un anumit *mediu socio-cultural*. Aceasta suportă influențe atât pe plan individual (factori de personalitate), social (factori de mediu), cât și prin întreținerea conștientă a nevoii unei stări de sănătate și de prevenire a bolii. Am încercat cuprinderea acestor implicații prin elaborarea unui model, prin care susținem, alături de alte studii, că dimensiunea individuală a comportamentului de sănătate implică factorii de personalitate, între care esențială pentru menținerea stării de sănătate este autoaprecierea (*Trzesniewski și col. 2006*) mediată de modalitățile de coping utilizate (*D’Zurilla și col. 2003, Remillard și Lamb, 2005*). De asemenea, modul de exprimare a agresivității poate avea un rol predictiv în adoptarea anumitor comportamente de risc (*Ostrowsky, 2010*).

Pentru o imagine de ansamblu a studiilor naționale și internaționale efectuate și a rezultatelor obținute de acestea, am recurs la elaborarea unui tabel de metaanaliză, în care am subliniat în special studiile care se centrează pe asocierile între autoapreciere, modalitățile de coping, manifestarea agresivității și factorii protectivi ai sănătății (precum sunt satisfacția corporală și activitățile fizice regulate), respectiv factorii de risc ai sănătății (cum de pildă, sunt prevalența și frecvența fumatului, a consumului de droguri și alcool sau modul de viață lipsit de activități fizice) (*Rivas Torres și Fernandez 1995, Aszmann și col. 2003, Nemeth și col. 2007, Lowery și col. 2005, Ostrowsky 2010, Sabiston și col. 2007, Hurelmann și Richter 2005*).

Totodată, ne-am referit la studii reprezentative din literatura de specialitate, care cuprind rezultate referitoare la factorii contextuali socio-culturali ai comportamentului de sănătate la adolescenți și la copiii de vârstă școlară (*HBSC, 2002, 2006, 2010*).

Datele obținute din cercetarea noastră vor putea fi comparate cu cele obținute în cadrul proiectului internațional HBSC (Health Behavior in School-aged Children), desfășurat de Oficiul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (*HBSC 2002, 2006*)³. Astfel vom obține o imagine obiectivă a masei de adolescenți chestionați în cercetare în funcție de rezultatele obținute deja privitor la populația românească și la cea a altor națiuni.

Un reper important al cercetării noastre constă în *evidențierea factorilor care influențează sănătatea și modul de viață a adolescenților, respectiv conturarea rolului-cheie ale mediilor importante de socializare, așa cum sunt familia, școala și grupul de apartenență*. În demersul nostru ne-am raportat la cercetările amintite, urmărind particularitățile și schimbările apărute în dezvoltarea și în comportamentul legat de sănătate al ansamblului de adolescenți.

³ *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. WHO, Copenhagen.
Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. World Health Organization, Copenhagen.

Capitolul II.

Analiza factorilor care influențează sănătatea fizică și mentală a adolescenților

Capitolul 2 este consacrat detalierii factorilor psihosociali de protecție și de risc ai comportamentului de sănătate. Din acest punct de vedere, rolul central îl ocupă personalitatea în dezvoltare a adolescenților, alături de caracteristici ale membrilor familiei și a grupului de prieteni. Mediul școlar este analizat îndeosebi cu privire la situațiile de încăierare și a rolului de agresor sau de victimă a adolescenților implicați.

2.1. Factori favorizanți și factori cu risc pentru sănătate

Variabile demografice precum vârsta, sexul, sau statutul socio-economic dovedesc asocieri solide cu performanțele în adoptarea comportamentelor de sănătate. Studiile dovedesc, că în general, cu cât cineva este mai tânăr, cu o stare de sănătate bună și beneficiază de un suport social ridicat, alături de un nivel de educație ridicat și cu un nivel scăzut al stresului, cu atât este mai probabil că se va angaja în comportamente menite să-i protejeze și să-i îmbunătățească sănătatea (Taylor 1991; Adler și Matthews 1994). Caracteristicile demografice și *statutul socio-economic* specific au fost în mod tradițional în centrul atenției în eforturile de a descrie și de a prevedea evoluțiile proceselor legate de sănătatea copiilor (Academia Americana de Pediatrie, 2000; DiLiberti, 2000). Peirce și col. (2000) consideră statutul social ca fiind reprezentativ pentru o gamă largă de caracteristici ale mediului asociate cu socializarea ținând de sănătate a copiilor, menite să îmbunătățească sau, dimpotrivă, să defavorizeze starea de sănătate.

Factorii sociali, precum modelele parentale, de exemplu, se dovedesc importante în inducerea comportamentelor de sănătate încă din perioadele timpurii ale vieții. Influența celor de aceeași vârstă este importantă în inițierea fumatului (McNeil și col. 1988). Modelările din partea familiei s-au dovedit a fi strâns legate de angajarea adolescenților în comportamentele de risc. Structura familiei, dar în mod deosebit relațiile din interiorul ei (părinți-copii), se dovedesc a fi determinante relativ la frecvența comportamentelor de risc ale adolescenților. Factorii familiari și cele legate de spațiul de viață prezintă strânse asocieri cu sănătatea mentală și fizică. Copiii care cresc în familii cu ambii părinți au dovedit o stare de sănătate mai bună. Studiile au dovedit de asemenea că copiii în situație monoparentală au prezentat o tendință mai ridicată a ratei mortalității, a bolilor mentale și a leziunilor fizice decât întreținuți de ambii părinți (Hollander, 2003, Sales și Irwin Jr., 2009).

Studiind sănătatea, *Mirowsky și Ross (2003)* și-au propus să compare nivelurile de educație ale diferitelor categorii sociale sau ale straturilor sociale. Autorii susțin că, controlul asupra propriei vieți și asupra stilului de viață sănătos, care le însoțesc, determină strânsa legătură între educație și sănătate.

Factorii de personalitate joacă un rol important în exercitarea unor obiceiuri sănătoase. Multe dovezi din literatura de specialitate asociază trăsăturile de personalitate cu comportamentul de sănătate și cu nivelul stării de sănătate rezultate din aceasta (*Marshall și Biddle, 2001*). Cercetările indică faptul că variabilele psihosociale au un rol mediator asupra comportamentului legat de sănătate.

Adolescența, caracterizată prin însușirea și cristalizarea valorilor, este considerată perioada în care se formează bazele comportamentelor și ale obișnuințelor legate de sănătate, iar acestea se dezvoltă și se stabilizează pe parcursul perioadelor ulterioare de vârstă. În consecință, studiile privind comportamentul de sănătate, respectiv programele de prevenție a comportamentelor cu risc, vor viza deseori perioada adolescenței (*Diclemente și col., 2009*).

De asemenea, analiza nivelului de exprimare a agresivității și modalitățile de orientare ale acesteia spre mediul exterior sau spre propria persoană ne oferă date importante în studierea comportamentului de risc și a comportamentului de sănătate. Bazându-ne pe cercetările din domeniu, susținem că relația dintre comportamentul de sănătate și agresivitate suportă încă studii și analize mai adâncite. Nu se poate afirma că există o relație de cauzalitate între comportamentul de sănătate deficitar adoptat de către adolescenți și agresivitatea exprimată. Deși în studiul nostru considerăm exprimarea agresivității drept un factor de personalitate, subiecții studiului fiind elevi, acordăm o atenție deosebită mediului și relațiilor în care acesta este deseori exprimat.

2.2. Factori contextuali ai comportamentului de sănătate

Deși asocierile generale dintre factorii sociali și cei de sănătate sunt clar dovedite, această relație nu poate fi privită în termeni de cauzalitate. *Factorii socio-economici* sunt considerați ca fiind cauze distale, iar efectele lor sunt mediate de mai multe cauze proximale, după cum sunt condițiile materiale de trai, factorii psihosociale legați de comportamentul de sănătate și accesul la serviciile de sănătate și la cele sociale (*Currie și col., 2008*). Variabilele legate de creșterea și educarea copilului, precum vârsta, nivelul de educație, ocupația și veniturile părinților sunt aspecte ale statutului socio-economic aflate în strânsă asociere cu starea și comportamentul privitor la sănătate al copiilor. Ele influențează puternic mediul de sănătate în care copiii se dezvoltă prin modificarea aspectelor de mediu familial, așa cum sunt interacțiunea părinte-copil (de exemplu, strategiile de educație maternă, tehnicile disciplinare), opiniile și atitudinile parentale, atributele fizice (spațiu, aglomerare, curățenie, zgomot), organizarea rutinei zilnice, regularitatea și previzibilitatea programelor și a îngrijirii, precum și

disponibilitatea produselor alimentare și a altor resurse materiale (*Holland și col., 2000*). Totodată studiile demonstrează că **nivelul de educație** constituie unul din aspectele cele mai semnificative ale statutului social, cu impact puternic asupra modului în care copiii învață să aibă grijă de propria lor sănătate (*Hupkens, Knibbe, Van Otterloo și Drop, 1998*).

Conform studiilor influența substanțială a **modalităților de educare** aplicate de părinți asupra evoluției în dezvoltarea adolescentului este din ce în ce mai evidentă. Astfel, adolescenții crescuți într-o atmosferă autoritară adoptă în mod consecvent și cu mare frecvență comportamente protective pentru sănătate și se angajează rar în comportamente de risc, comparativ cu cei crescuți în familii neautoritare (*Davies și col., în Diclemente și col., 2009*).

Rezultatele lui Walker și Taylor (*1991*) dovedesc că copiii ale căror familii prezintă o coeziune scăzută raportează mai multe simptome fizice negative decât cei care cresc în familii caracterizate de un nivel ridicat de coeziune. Un alt aspect interesant de cercetare, axat pe asocierile dintre interacțiunile părinte-copil și comportamentul de sănătate al copiilor constă în analiza calității relațiilor părinte-copil. Gradul de afectivitate poate explica diferențele individuale în modul în care copiii și părinții răspund la diferitele situații, atribuțiile lor cu privire la cauzalitatea evenimentelor, precum și modul în care ei interpretează și acționează în anumite situații (*Dodge, 1991*).

Exprimarea emoțiilor din partea părinților joacă un rol important în procesul de învățare a comportamentelor și a atitudinilor sănătoase ale copiilor și influențează, în general, toate aspectele legate de interacțiunile părinte-copil în procesul de socializare a sănătății. Siguranța și afectivitatea relației părinte-copil este strâns legată de comunicarea simptomelor, de comportamentul de sănătate și de limitarea lor la activități normale (*Feeney, 2000*).

Totodată, eficiența acțiunii părinților în transmiterea comportamentelor preventive și sănătoase către copiii lor afectează imaginea de sine și creșterea încrederii în sine copilului. *Ratner și Stettner (1991)* sugerează că cooperarea între părinte și copil este indispensabilă pentru interiorizarea comportamentelor dorite și de învățare, în general.

Ortega și col. (2007) susțin că diferitele **modele** ale regulilor și valorilor care predomină în societate se regăsesc și **în mediul școlar**, aici fiind prezente fenomene sociale cum ar fi competiția, excluderea socială, răutatea sau decepțiile suferite în urma relațiilor care se stabilesc între tineri.

Elevii aflați la vârsta adolescenței trăiesc într-o sferă culturală specifică tinerilor, determinată atât de specificități regionale și de mediul familial, cât și de normele impuse de colegi. Aceste medii influențează atât performanța școlară și calitatea relațiilor școlare, cât și comportamentele însușite în mediul școlar, incluzând aici și cele legate de sănătate. Obiceiurile dăunătoare sănătății, cum sunt fumatul, consumul de alcool sau de droguri constituie parte

integrantă a nivelului cultural al tinerilor. Adoptarea acestor comportamente de risc este de multe ori rezultatul influenței grupului de apartenență, implementată pe o vulnerabilitate specifică vârstei și perioadei de dezvoltare în adolescență (*Andorka, 2006*).

Studiile (*Sarason și col., 1990; Mirowsky și Ross, 2003; Albert-Lőrincz, 2011*) susțin că o manieră mai obiectivă de tratament din partea adulților sau atenționarea continuă a adolescenților asupra consecințelor comportamentelor lor este esențială pentru schimbarea unor comportamente nedorite. De asemenea, poate fi extrem de utilă asigurarea sprijinului social și creșterea frecvenței comportamentelor prosoziale prin întărirea modelelor comportamentale dezirabile.

Capitolul III.

Rolul autoaprecierii, al modalităților de coping și al exprimării agresivității în comportamentul privitor la sănătate al adolescenților

Capitolul 3 prezintă detaliat rolul aprecierii de sine, a modalităților de coping adoptate și a nivelului de exprimare a agresivității din populația studiată, precum și câteva din aspectele legate de perspectivele și tendințele de evoluție ale comportamentelor de risc în procesul înaintării în vârstă. Capitolul prezintă aspectele psiho-sociale și de dezvoltare ale atitudinilor față de sănătate și boală. Studiile prezentate aduc argumente conform cărora, factorii de personalitate analizați dovedesc un impact deosebit asupra sănătății mintale prin mecanismele psihologice aflate la baza lor. Aceste rezultate sunt însă interpretate în contextul social (familiar, școlar și al prietenilor) al adolescenților.

3.1. Particularități ale dezvoltării în perioada adolescenței din perspectiva comportamentului legat de sănătate

Factorii biologici, psihologici și sociali afectează schimbările din sănătatea adolescenților, expunând indivizii la riscuri și probleme variate în procesul de dezvoltare (*Sarafino, 2011*).

Adolescența a fost adesea descrisă ca o perioadă caracterizată de tensiuni și stres, deoarece adolescenții încearcă să-și negocieze propria identitate. Ei sunt expuși presiunii din partea părinților, a colegilor și a societății pentru a deveni un anumit tip de persoană și de a desfășura anumite activități. Aprecierile și percepțiile legate de propria persoană depind în mare măsură de dezvoltarea autoaprecierii, având efecte semnificative asupra atenuării problemelor și a dificultăților cu care se confruntă adolescenții într-o adaptare eficientă (*Piotrowski, 2010*).

Factorii de personalitate au o influență pregnantă asupra formării și dezvoltării comportamentului favorabil sănătății, contribuind astfel la conturarea modului de viață al adolescenților. Studiile din domeniu, dar și cele mai noi cercetări ale OMS apreciază impactul autoaprecierii, al modalităților de coping adoptate și al modalităților de exprimare a agresivității, ca fiind cele mai relevante în sănătatea mentală și fizică a adolescenților (*Currie, 2008*). Imaginea de sine și autoaprecierea constituie modalitățile de autoevaluare a propriei persoane, deosebit de importante în formarea identității, în perioada adolescenței (*Currie și Williams, 2000*). Prin modalități de coping ne putem gândi la acele comportamente ale adolescenților care sunt adoptate pentru a face față diferitelor situații stresante sau problematice din viața lor cotidiană (*Carver, 2011*). Nivelul general de exprimare a agresivității și orientarea acestuia spre propria persoană sau spre exterior sunt niște factori care modelează formarea personalității din această perioadă, caracterizată printr-un nivel crescut al frustrărilor și al tensiunilor pe plan individual și interpersonal (*Olweus, 1984; Lansford și col, 2006*).

3.2. Dezvoltarea și modificarea autoaprecierii în adolescență prin prisma comportamentului legat de sănătate

Autoaprecierea este larg acceptată ca un indicator-cheie al stabilității emoționale și al adaptării cu succes la solicitările vieții. Autoaprecierea prezintă relații strânse cu satisfacția de viață, cu adaptarea socială, cu independența, cu rezistența la stres, combinate cu un nivel ridicat al autorealizării în cariera educațională și profesională. În consecință, aprecierea de sine constituie unul din cei mai puternici predictorii ai stării subiective de bine și ai calității vieții (*Diener, 1984*).

Autoaprecierea și percepțiile legate de aceasta sunt implicate în alegerea și în persistența comportamentelor în scopul autorealizării și a menținerii stării de sănătate. Autoaprecierea este asociată cu comportamente sănătoase (în special în rândul adolescenților), cum sunt evitarea fumatului, implicarea în sporturi și în exerciții fizice, modalitățile de alimentație sănătoase, precum și reducerea tendințelor suicidare (*Torres și Fernandez, 1995*).

Autoaprecierea scăzută dovedește asocieri strânse cu prezența bolilor mentale și cu lipsa stării psihologice de bine. De asemenea, este în mod frecvent însoțită de simptome ale depresiei, de anxietate, de lipsa de asertivitate și de percepția scăzută a controlului personal, alături de sentimentul de inutilitate.. În schimb, percepțiile specifice ale sinelui pot determina motivația spre adoptarea comportamentelor favorabile sănătății (*Fox, 2002*).

3.3. Stilul de coping și adaptarea la cerințele mediului social

Metodele de adaptare se pot concentra direct pe rezolvarea problemelor (se concentrează pe soluții raționale de rezolvare a problemelor) sau pe realizarea echilibrului emoțional (soluții bazate pe emoții) (*Lazarus și Folkman, 1986*). Cercetările (*Pikó, 2001*) au arătat că copingul centrat pe problemă sprijină comportamentul conștient de sănătate și prevenirea comportamentelor dăunătoare, iar orientarea spre soluții centrate pe emoții poate predispuce la reacții contrare cum sunt consumul de droguri, de alcool sau fumatul.

Conform cercetărilor efectuate de *Keresztes și Pikó (2007)*, mecanismele de coping adoptate influențează semnificativ deciziile privind comportamentul de sănătate al adolescenților. Unele rezultate arată că strategiile cognitive de coping, centrate pe rezolvarea problemelor, se asociază cu un comportament de sănătate pozitiv, în timp ce mecanismele de coping centrate pe controlul exprimării emoțiilor se leagă îndeosebi de comportamentul de sănătate deficitar (*Pikó, 2001*).

3.4. Influența modului de exprimare și orientare al agresivității asupra sănătății mentale

Parker și Asher (1987) identifică comportamentul agresiv ca fiind unul dintre cei mai puternici predictorii ai problemelor de comportament manifestați în anturajul celor de aceeași vârstă. Analiza nivelului de exprimare a agresivității și a modalităților de orientare a acestora spre mediul exterior sau spre propria persoană ne oferă date importante în studierea comportamentului prezentând risc și a comportamentului propice sănătății.

Există studii care dovedesc o relație de cauzalitate între anumiți factori ai comportamentului privitor la sănătate (cum sunt imaginea de sine, modul de viață sedentar, consumul de alcool, prezența tulburărilor psihosomatice etc.) și nivelul ridicat al stresului psihic, nivelul scăzut al autoaprecierii sau un nivel ridicat al agresivității (*Diong și Bishop, 1999*).

Ortega, Mora-Merchán și Jäger (2007) susțin că fenomenele de violență pot fi interpretate ca rezultate ale participării la procesele interpersonale care includ diferite grade ale aceleiași violențe structurale a societății. Acestea devin prezente în atitudinile și activitățile pe care elevii le desfășoară în clasă. În acest fel, modelul regulilor și valorilor care predomină în societate este repetat în clasa de elevi, într-o măsură mai mare, favorizând apariția abuzului, a excluderii sociale, a competiției neregulamentare, a răutății sau a decepției în urma relațiilor care se stabilesc. Dezvoltarea morală și socială a elevilor include și asimilarea unor valori morale și sociale, caracterizate prin toleranță, rezistență la frustrare, rezolvare eficientă a conflictelor (*Ogden, 2007*).

Capitolul IV.

Aspecte metodologice ale cercetării

În partea a doua a lucrării sunt prezentate obiectivele, metodologia și rezultatele cercetării, care cuprinde un eșantion de 447 de adolescenți.

Capitolul 4 prezintă obiectivele și metodologia cercetării. Cercetarea utilizează un chestionar sociologic, care conține itemi cu privire la situația demografică, la comportamentele de risc și protectivi pentru sănătate, dar și la caracteristicile mediului școlar și familial al adolescenților. Întrebările au avut ca punct de plecare pachetele de itemi utilizate în cercetările internaționale ale comportamentului legat de sănătate la școlari (*OMS 2010, Health Behavior in School-aged Children Survey*). Demersul metodologic al lucrării grupează factorii comportamentului de sănătate în factori protectivi (de menținere sau întreținere a stării de sănătate) din care fac parte activitatea fizică efectuată în mod regulat, controlul conștient al greutateii corporale, sentimentul de satisfacție al vieții și în factori de risc (nocivi pentru starea de sănătate), din care fac parte fumatul, consumul de alcool și consumul de droguri.

4.1. Obiectivele cercetării

Obiectivul teoretic al cercetării constă în trecerea în revistă a abordărilor teoretice și a modelelor explicative interdisciplinare din domeniul sociologiei medicale, a psihologiei sănătății, a particularităților de personalitate, precum și a psihologiei dezvoltării. Acest demers are scopul de a fundamenta elaborarea și implementarea cercetării propriu-zise. Totodată contribuie la o mai bună înțelegere a aspectelor studiate și la integrarea acestora în domeniile științifice amintite.

Obiectivul practic al cercetării constă în analiza factorilor de risc și a celor protectivi ai sănătății adolescenților în funcție de contextele sociale (familial și școlar) în care aceștia trăiesc. Dorim să obținem date care susțin și totodată explică variațiile semnificative ale comportamentului legat de sănătate în funcție de modalitățile de coping și de exprimare a agresivității, respectiv prin prisma aprecierii de sine globale, ale adolescenților studiați.

Obiectivul metodologic al cercetării constă în conturarea aspectelor pe care se pot baza specialiștii în elaborarea și implementarea programelor de prevenție în domeniul sănătății mentale. Colectarea unor date pe un eșantion din populația țării noastre utilizând unii din itemii specifici ai chestionarului HBSC internațional permite elaborarea unor studii comparative ulterioare și totodată oferă o validitate sporită a cercetării noastre.

În ansamblu, cercetarea evidențiază necesitatea abordării fenomenului agresivității în rândul adolescenților prin prisma factorilor de risc și protectivi ai sănătății acestora. Lucrarea atrage atenția asupra necesității creșterii nivelului de educație privind comportamentul privind sănătatea, promovarea adoptării unui mod de viață activ și sănătos, întărirea autoaprecierii pozitive și a satisfacției create de stilul de viață.

4.2. Ipoteze de lucru

1. Factorii protectivi (*a*) și cei de risc (*b*) ai comportamentului de sănătate prezintă diferențe semnificative în funcție de *sex*.
2. Factorii de personalitate analizați (autoaprecierea, stilul de coping și agresivitatea exprimată) prezintă relații semnificative atât cu comportamentele de risc, cât și cu cei protectivi ai sănătății. Totodată, presupunem diferențe semnificative tipologice în funcție de componentele personalității analizate.
 - 2.1. *nivelul de autoapreciere* (RSES) ridicat prezintă o asociere semnificativă cu frecvența ridicată a comportamentelor protective ale sănătății, iar nivelul scăzut al acestuia este asociat cu frecvența ridicată a comportamentelor de risc;
 - 2.2. presupunem că există diferențe semnificative în utilizarea modalităților de coping, la adolescenții caracterizați prin adoptarea frecventă a comportamentelor îndreptate spre risc, față de colegii lor care au un stil de viață sănătos;
 - 2.3. *nivelul și modalitatea de exprimare a agresivității* dovedește asocieri semnificative cu factorii de risc și protectivi ai sănătății.
3. Factorii contextului social, de pildă caracteristicile familiei, ale relațiilor cu colegii de aceeași vârstă și cu mediul școlar prezintă legături strânse cu comportamentele protective și de risc manifestate de către adolescenți.
 - 3.1. *structura familiei, nivelul de educație a părinților și suportul afectiv perceput* din partea acestora determină relații semnificative cu comportamentele protective și de risc ale adolescenților;
 - 3.2. *numărul prietenilor și durata timpului petrecut cu colegii* sunt strâns legate de angajarea adolescenților în comportamente protective sau cu risc pentru sănătate;
 - 3.3. factorii mediului școlar, cum sunt *climatul clasei, atitudinea față de școală, stresul școlar, gradul de acceptare din partea colegilor și al profesorilor, precum și gradul de acceptare al personalității elevilor din partea profesorilor* dovedesc relații semnificative cu comportamentele de sănătate și de risc ale adolescenților;

3.4. *implicarea adolescenților în conflicte școlare, respectiv asumarea rolului de agresor sau victimă* ilustrează relații semnificative cu comportamentele de risc sau protective pentru sănătate. Presupunem că rolul de victimă și de agresor deopotrivă intră în corelații semnificative cu factorii de risc ai sănătății.

4. *Contextul social și regional-cultural* determină diferențe semnificative în ceea ce privește comportamentul de sănătate și de risc al adolescenților. Totodată, există diferențe semnificative cu privire la factorii de personalitate a adolescenților proveniți din cele două regiuni socio-culturale.

4.3. Prezentarea eșantionului

Cercetarea s-a desfășurat pe un eșantion randomizat, stratificat în funcție de clasa școlară, în perioada octombrie 2010 – februarie 2011. Eșantionul cuprinde un număr de 447 de adolescenți din mai multe licee din Târgu-Mureș și Sighișoara, respectiv din orașul Eger, Ungaria. Dintre adolescenții studiați, 235 aveau vârsta de 17 ani (52,6%) și 212 aveau vârsta de 18 ani (47,4%). Am chestionat 191 de băieți (42,7%) și 256 de fete (57,3%).

4.4. Metode și instrumente folosite

În scopul analizei comportamentului privind sănătatea a subiecților cercetării am elaborat un chestionar sociologic, care conține itemi cu privire la situația demografică, la comportamentele de risc și protectivi pentru sănătate, dar și la caracteristicile mediului școlar și familial al adolescenților. Întrebările au avut ca punct de plecare pachetele de itemi utilizate în cercetările internaționale ale comportamentului legat de sănătate la școlari (*OMS 2002, Health Behavior in School-aged Children Survey*). Ele au fost aplicate în Ungaria în anii 2002 și 2006 (după *Aszmann și col., 2003* și *Németh și col., 2007, 2011*) și în România în anul 2006 de către Adriana Băban și col. (*Băban A. și col., 2007*).

Rezultatele noastre vor permite compararea datelor obținute cu cele prezentate în rapoartele HBSC, acestea fiind obținute prin metode identice, pe baza unor itemi similari.

Demersul metodologic al lucrării grupează factorii comportamentului de sănătate (vezi figura 1) în factori protectivi (de menținere sau întreținere a stării de sănătate) din care fac parte activitatea fizică efectuată în mod regulat, controlul conștient al greutateii corporale, sentimentul de satisfacție al vieții și în factori de risc (nocivi pentru starea de sănătate), din care fac parte fumatul, consumul de alcool și consumul de droguri.

Chestionarul se adresează adolescenților și conține mai multe pachete de întrebări referitoare la următoarele aspecte (după modelul HBSC, *Aszmann, 2003*):

1. *date demografice*: sex, clasă, profilul școlii, domiciliul (localitate, țară).

2. date cu privire la *comportamentul de sănătate* ale adolescenților
 - autoevaluarea stării de sănătate;
 - percepția calității vieții;
 - activitatea fizică (ponderea și regularitatea efectuării ei);
 - percepția propriului corp
 - și acțiunile efectuate pentru controlul greutatei corporale,
 precum și la *comportamentele cu risc pentru sănătate*:
 - cum sunt fumatul,
 - consumul de alcool,
 - și consumul de substanțe interzise (droguri).
3. date referitoare la *contextul social al apariției comportamentelor de sănătate*, și anume:
 - factori proveniți din mediul familial (prezența/absența membrilor familiei, nivelul de educație și suportul afectiv perceput din partea părinților);
 - factori proveniți din mediul școlar (atitudinea față de școală, acceptarea subiecților de către colegi și profesori, climatul clasei, percepția stresului școlar, agresivitatea școlară),
 - și din partea grupului de apartenență, (numărul prietenilor, timpul petrecut împreună cu prietenii).
4. date privind *factorii de personalitate* cuprinși în cercetare (nivelul agresivității și modalitățile de expresie a acesteia, specificul modalității de coping, autoaprecierea), au fost investigate prin intermediul unor scale psihologice, după cum urmează:
 - Scala Stimei de Sine Rosenberg (RSES, *Rosenberg, 1965*), elaborată pentru a evalua sentimentul global al valorii personale și al autoacceptării. Scala cuprinde 10 itemi, iar coeficientul α Cronbach = 0,89 obținut de către autor indică o bună consistență internă. În cadrul cercetării HBSC din anul 2010 din Ungaria, pe un eșantion de adolescenți ($N = 5995$, $M = 28.86$, $SD = 5,06$), coeficientul α Cronbach obținut a fost de 0,83 (după Németh și col., 2011).
 - Scala de rezolvare a conflictelor – Ways of Coping Questionnaire (WOC), elaborată de Folkman și Lazarus (*Folkman și Lazarus, 1985*) investighează strategiile de coping utilizate (centrat pe probleme, pe emoții sau pe căutarea suportului social) în cazul confruntării cu o situație de stres. În cadrul celor trei strategii de coping sunt descrise șapte modalități: analiza problemei sau căutarea de informații, spirit combativ sau acceptarea confruntării și reevaluarea pozitivă (strategie centrată pe problemă), stăpânirea de sine, îndepărtarea sau minimalizarea amenințării, fuga de evitare (centrată pe emoție) și căutarea unui suport social. Indicele α Cronbach pentru eșantionul nostru cât privește copingul centrat pe probleme a fost de 0.83, iar cel privitor la copingul centrat pe emoții, de 0.69.

- Scala de exprimare a agresivității – Anger Expression Scale (AES), elaborată pentru evaluarea nivelului de agresivitate de către Spielberger (*Spielberger și col. 1985*). Testul conține 20 de itemi și măsoară tendința de manifestare sau de reprimare a agresivității, ca trăsătură de personalitate. Testul conține trei subscale: nivelul total de agresivitate (Anger Expression: A/EX), agresivitatea exprimată (Anger Out: A/O) și agresivitatea reprimată (Anger In: A/I). Studiile din domeniu chestionarului au raportat validitatea internă ridicată a scalei (Cronbach $\alpha = 0,75$). Pentru eșantionul nostru am obținut un indice α Cronbach de 0.87.

Prelucrarea statistică a datelor a fost efectuată cu ajutorul programului SPSS (PASW), versiunea 18 și Amos, versiunea 18. Procedeele statistice utilizate au fost: *statistica descriptivă* (media, abaterea standard, semnificații), *testul t pentru eșantioane independente* (Independent-Samples t Test), *analiza de varianță* (One-Way ANOVA) și metoda *regresiei multiple stepwise*.

Capitolul V.

Prezentarea și interpretarea rezultatelor

Capitolul 5 conține prezentarea și interpretarea rezultatelor, bazate pe probarea ipotezelor de lucru stabilite. Prezumțiile doctorandului referitoare la factorii de personalitate a adolescenților s-au dovedit pertinente și relevante pentru înțelegerea proceselor psiho-sociale asociate adoptării riscurilor sau a unui stil de viață nesănătos. Totodată, diferențele socio-culturale au surprins aspecte ale variațiilor în percepțiile suportului social, provenind atât din partea familiei, cât și din mediul școlar sau al grupului de aceeași vârstă.

Am analizat variabilele implicate în comportamentele legate de sănătate prin gruparea acestora în ***factori protectivi*** (cum sunt autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții, autoaprecierea globală, regularitatea și ponderea exercițiilor fizice, autoaprecierea constituției fizice și comportamentul orientat spre menținerea greutateii corpului) și în ***factori de risc*** (cum sunt prevalența și frecvența fumatului, frecvența și durata consumului de alcool, prevalența și frecvența consumul de substanțe ilicite).

La variabila consumului de droguri, am analizat doar datele privitoare la consumul de medicamente, medicamente asociate cu consumul de alcool și consumul de substanțe etnobotanice, deoarece cantitatea datelor obținute cu privire la consumul celorlalte categorii de substanțe ilicite (consum de canabis, cocaină, heroină, ecstasy, speed, LSD, inhalare de gaze sau ciuperci halucinogene) nu au permis o prelucrare a acestora prin procedee de analiză cantitativă.

Analiza datelor a vizat testarea ipotezelor cercetării, și anume verificarea asocierilor dintre nivelul de autoapreciere, mecanismele de coping utilizate și exprimarea – orientarea agresivității adolescenților în funcție de factorii protectivi și factorii de risc ai comportamentului de sănătate. Au fost examinate legăturile dintre factorii proveniți din mediul social (familie, școală, grup de apartenență) și factorii comportamentului de sănătate, respectiv specificul și influența mediului socio-cultural din care provin adolescenții asupra comportamentelor protective și cu risc pentru sănătate. De asemenea, în cazul fiecărei variabile studiate au fost evidențiate, în adoptarea comportamentelor de sănătate de către adolescenți, diferențele și inegalitățile datorate sexului.

5.1. Inegalități după sex privind comportamentele de sănătate și de risc adoptate de către adolescenți – verificarea ipotezei 1.

Compararea celor două grupuri (fete și băieți) a evidențiat diferențe semnificative în ceea ce privește majoritatea ***factorilor protectivi*** ai sănătății analizați. Astfel, media pentru valorile răspunsurilor privind *autoaprecierea sănătății* ale băieților ($M=2.01$, $SD=0.75$) este semnificativ mai favorabilă ($t=-4.12$, $DF=447$, two-tailed $p=0.0001$) decât în rândul fetelor ($M=2.29$, $SD=0.66$).

Diferențe semnificative există și în ceea ce privește *autoaprecierea globală*, semnificativ mai ridicată la băieți ($t=4.72$, $p=0.0001$) față de fete; *autoaprecierea constituției fizice*, *ponderea* și *regularitatea exercițiilor fizice* semnificativ mai ridicată la băieți ($t=-5.33$, $p=0.0001$) față de fete, dar și *eforturile pentru controlul greutateii corporale* semnificativ mai ridicată ($t=-2.58$, $p=0.010$) în cazul fetelor față de băieți.

Interpretarea datelor noastre permite conturarea unui tablou individual de caracteristici individuale al băieților. Acesta poate fi descris prin aprecieri pozitive legate de sine, asociate cu percepții pozitive despre starea de sănătate proprie, cu ponderea și regularitatea activităților fizice și cu satisfacția privind greutatea corporală. În cazul fetelor, preocuparea accentuată cu aspectul fizic exterior și cu greutatea corporală (manifestându-se prin eforturi de control al greutateii), poate conduce la aprecieri negative cu privire la sănătatea sau imaginea lor de sine. Unele dintre aceste specificități sunt determinate cultural și sunt însușite încă din perioadele timpurii ale copilăriei. Ele se suprapun diferențelor constituției fizice de natură genetică și, de asemenea, diferențelor date de modul de viață, obiceiurile alimentare sau de modalitățile de petrecere a timpului liber.

Astfel, *ipoteza 1.a.*, care susținea diferențele de sex semnificative în funcție de comportamentul de sănătate, a fost parțial confirmată. Nu am găsit însă diferențe semnificative în ceea ce privește calitatea vieții în funcție de sexul adolescenților chestionați.

Datele obținute cu privire la *factorii de risc* arată că media pentru valorile răspunsurilor privind cantitatea și frecvența consumului de alcool ale băieților ($M=3.20$, $SD=1.43$) este semnificativ mai ridicată ($t=5.31$, $DF=447$, two-tailed $p=0.001$) decât în cazul fetelor ($M=2.50$, $SD=1.35$). Astfel, între cele două sexe există diferențe semnificative, din punct de vedere statistic, în special la consumul de alcool.

Ipoteza 1.b a fost de asemenea parțial confirmată, susținând că și factorii de risc prezintă diferențe semnificative în funcție de sexul adolescenților. Nu am obținut, însă, diferențe semnificative în ceea ce privește prevalența și frecvența fumatului, respectiv prevalența și frecvența consumului de droguri la cele două sexe.

Rezultatele noastre confirmă – din punctul de vedere al abordării psiho-socio-culturale a adoptării comportamentelor protective și de risc ale sănătății – tendințele datorate diferențelor individuale de sex și impactului social și cultural, manifestate deseori prin specificitățile adolescenților.

5.2. Analiza variabilelor comportamentului legat de sănătate prin prisma factorilor de personalitate – verificarea ipotezei 2.

Într-o primă etapă am efectuat analiza corelațiilor între factorii de personalitate (respectiv ale modalităților acestora) și factorii protectivi ai sănătății. Conform rezultatelor obținute,

autoaprecierea sănătății prezintă corelații semnificative negative cu aprecierea de sine globală (*RSES*) (-0.33*), cu acceptarea confruntării (-0,24*), îndepărtarea amenințării (-0.15**) dintre modalitățile de coping și corelație pozitivă semnificativă cu agresivitatea orientată spre propria persoană (0.12*). În mod asemănător, **aprecierea calității vieții** dovedește corelații semnificative cu aprecierea de sine globală (*RSES*) (0.39 **), dintre modalitățile de coping cu rezolvarea de probleme (0.12*), cu acceptarea confruntării (0.28**) și, în mod negativ, cu reevaluarea pozitivă (-0.13*), cu îndepărtarea amenințării (-0.16**) și cu agresivitatea orientată spre interior (-0.28**). **Satisfacția dată de propria constituție fizică** se corelează negativ cu autoaprecierea globală (-0.18**), iar **controlul greutateii corporale**, în mod negativ, cu autoaprecierea globală (-0.16**), cu stăpânirea de sine (-0.11*) și cu căutarea suportului social (0.10*), respectiv o corelație slabă, dar semnificativă, cu nivelul de exprimare a agresivității spre exterior (0.09*).

Rezultatele nu au evidențiat asocieri semnificative între autoaprecierea globală și **factorii cu risc** pentru sănătatea adolescenților. Însă, majoritatea factorilor de risc au dovedit corelații semnificativ pozitive cu modalitățile emoționale și căutarea suportului social în procesul de coping. Totodată, rezultatele noastre au evidențiat o relație importantă a factorilor de risc cu modalitățile externe de expresie a agresivității și cu nivelul general de exprimare ale acestora.

Astfel, variabila *cantitatea de alcool consumat* prezintă corelații semnificative cu reevaluarea pozitivă (0.26**), cu fuga de evitare (0.10*), cu nivelul total de agresivitate (0.26**) și cu agresivitatea exprimată (0.28**); *frecvența consumului alcool (spirtoase)* prezintă corelații semnificative cu acceptarea confruntării (0.11*), și cu căutarea suportului social (0.17**); *prevalența consumului de droguri* cu reevaluarea pozitivă (0.14**), și cu agresivitatea exprimată (0.13**); iar *frecvența consumului de substanțe etnobotanice* cu reevaluarea pozitivă (0.16**), cu nivelul total de agresivitate (0.10*) și cu agresivitatea exprimată (0.13**).

Rezultatele obținute de noi evidențiază prezența predominantă a asocierilor dintre majoritatea factorilor de sănătate și *acceptarea confruntării* în procesul de coping. Studiile din domeniu oferă puncte de sprijin importante în interpretarea acestei corelații. Cercetătorii descriu modalitatea eficientă în ceea ce privește copingul la adolescenți prin necesitatea unui comportament asertiv și prin funcționarea acelor componente cognitive (acestea manifestându-se predominant în modalitățile de coping centrate pe problemă) care asigură adaptarea în mod flexibil la provocările mediului exterior. În mod contrar, adolescenții pot adopta *evitarea* și metode în general mai puțin eficiente în locul acceptării confruntării, sustrăgându-se de la acțiunile dificile și uneori neplăcute ale utilizării unor modalități active de coping (*Hurrelmann și Richter 2006, Spielberg, 2004*).

În cazul comportamentelor cu risc pentru sănătate observăm prezența predominantă a *reevaluării pozitive*, a *minimizării amenințării*, a *evitării* și *căutării suportului social*. Această diferențiere subliniază explicația conform căreia comportamentele de risc sunt strâns asociate cu

modalități de coping centrate predominant pe emoții și pe evitare. Aceste specificități ale procesului de coping pot întări adoptarea comportamentelor cu risc pentru sănătate și se vor manifesta în lipsa de eficiență pentru personalitatea și sănătatea adolescentului (*Silbereisen și Todt, 1994*).

Rezultatele noastre și ale altor studii trecute în revistă anterior (*Diener 1984, Pressman și Cohen 2005, Hurrellmann și Richter 2006, Diong și Bishop 1999, Ravens-Sieberer și col. 2004*) evidențiază caracterul determinant al factorilor de personalitate asupra *aprecierii calității vieții*, considerat cel mai important indicator al stării generale de bine și al nivelului de sănătate al adolescenților. Analizele de regresie a celor trei mari componente ale personalității, dovedesc că acestea constituie predictorii semnificativi ai nivelului autoaprecierii calității vieții la adolescenții din eșantionul nostru.

În cadrul acestei metode, am introdus mai întâi *autoaprecierea globală* (modelul I) care a explicat 15,3 % din varianța autoaprecierii calității vieții ($F= 80.46, p= 0.000$), apoi *agresivitatea reprimată* (modelul II), *spiritul combativ sau acceptarea confruntării* ca modalitate de coping centrat pe problemă (modelul III) și *reevaluarea pozitivă* ca modalitate de coping centrat pe emoții (modelul IV). Cei patru factori, împreună, explică 21,5 % din variabilitatea autoaprecierii calității vieții. Calitatea vieții este considerată și în multe alte studii factorul protectiv cel mai semnificativ al sănătății (*Friedli 2009, Bowling și Windsor 2001, Eid și Diener 2004*).

Însumând rezultatele, analizele noastre susțin că dintre **factorii protectivi ai comportamentului de sănătate** nivelul ridicat al *autoaprecierii sănătății* prezintă corelații semnificativ negative cu autoaprecierea globală, cu modalitățile de coping, cu acceptarea confruntării, cu îndepărtarea amenințării și cu corelația semnificativ pozitivă, cu agresivitatea orientată spre propria persoană. *Autoaprecierea calității vieții* dovedește corelații semnificative cu autoaprecierea globală, dintre modalitățile de coping cu rezolvarea de probleme și cu acceptarea confruntării, și în mod negativ, cu reevaluarea pozitivă, cu îndepărtarea amenințării și cu agresivitatea orientată spre interior. *Satisfacția față de propria constituție fizică* se corelează negativ cu autoaprecierea globală, iar *controlul greutății corporale* se raportează în mod negativ cu autoaprecierea globală și cu modalitățile de coping, cu stăpânirea de sine și cu căutarea suportului social, respectiv cu nivelul de exprimare a agresivității spre exterior.

Majoritatea **factorilor de risc** au dovedit corelații semnificativ pozitive cu modalitățile emoționale și cu căutarea suportului social în procesul de coping, cu modalitățile externe de expresie a agresivității și cu nivelul general de exprimare a acesteia.

Modelele de regresie au dovedit că autoaprecierea calității vieții este determinată de *autoaprecierea globală ridicată* ($\beta=0.08, DS=0.01, p=0.000$)*, de *reprimarea scăzută a agresivității* ($\beta=-0.06, DS=0.01, p=0.000$), de alegerea unei *modalități de coping centrate pe*

* β =coeficientul standardizat al regresiei, DS=deviația standard, p=pragul de semnificație

problemă ($\beta=0.11$, $DS=0.03$, $p=0.000$) și de evitarea alegerii unei *modalități de coping centrate pe emoții* ($\beta=-0.06$, $DS=0.03$, $p=0.040$).

Rolul aprecierii de sine în adoptarea și menținerea comportamentelor de sănătate

Autoaprecierea globală (RSES) este semnificativ determinată de o *autoapreciere ale calității vieții ridicate* ($\beta=0.97$, $DS=0.14$, $p=0.000$), de o *autoapreciere pozitivă a sănătății* ($\beta=-1.17$, $DS=0.34$, $p=0.001$), de *frecvența ridicată de exerciții fizice* ($\beta=-0.57$, $DS=0.15$, $p=0.000$), de preocupările de *control asupra greutateii corpului* ($\beta=-0.38$, $DS=0.16$, $p=0.020$) și de *autoaprecieri pozitive asupra constituției fizice* ($\beta=-0.64$, $DS=0.30$, $p=0.035$).

Utilizând modelarea datelor regresiei, am obținut un model ($CFI = 0.631$, $RMSEA = 0.107$, intervalul de confidență la 90 % = 0.083-0.134.) în care căile reprezentate sunt semnificative ($\chi^2 = 61.523$, $df = 10$, $p = 0.001$), deci, factorii protectivi ai comportamentului de sănătate (*autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții, ponderea exercițiilor fizice, autoaprecierea constituției fizice și controlul greutateii corpului*) constituie căi semnificative spre autoaprecierea globală a adolescenților chestionați.

Rezultatele noastre susțin, în conformitate cu alte studii, că autoaprecierea pozitivă constituie un element fundamental al sănătății mentale. De asemenea, contribuie la o stare de sănătate mai bună, prin funcția de atenuare a influențelor negative. În mod contrar, nivelul scăzut al autoaprecierii poate juca un rol critic în dezvoltarea numeroaselor probleme de internalizare (cum sunt simptomele depresive, anxietatea) și de externalizare (cum sunt agresivitatea, consumul de alcool și de substanțe) (*Mann și col., 2004*).

Ipoteza 2.1. se confirmă parțial, deoarece aprecierea de sine prezintă asocieri semnificative în special cu factorii protectivi ai sănătății, fiind determinantul principal al calității vieții.

Diferențe în modalitatea de coping adoptată și comportamentul de sănătate

Conform studiilor din domeniul copingului, adolescenții recurg la modalități variate de a face față unor situații stresante sau problematice din viața lor. Modalitatea de coping adoptată va fi determinată de nivelul în care un anumit demers a condus în trecut la rezolvarea eficientă a acestora (*Langens și Mörth, 2003*).

Utilizând metoda analizei de varianță (ANOVA), am obținut diferențe semnificative între stilurile de coping (centrat pe problemă și pe emoții) în funcție de *factorii protectivi ai sănătății*. Diferențele sunt semnificative în privința *aprecierii calității vieții* ($F=1.52$, $p=0.048$) și a *autoaprecierii globale* ($F=1.72$, $p=0.015$) în funcție de modalitățile de coping centrate pe problemă. De asemenea, există diferențe semnificative în *autoaprecierea globală* ($F=1.92$, $p=0.009$) și în *regularitatea activităților fizice* ($F=1.63$, $p=0.040$) în funcție de modalitățile de coping centrate pe emoții.

Am obținut diferențe semnificative și în ceea ce privește asocierile dintre modalitățile de coping și *factorii de risc* ai sănătății. Copingul centrat pe problemă prezintă asocieri semnificative dintre factorii de risc ai sănătății doar cu *cantitatea consumului de alcool* ($F=1.59$, $p=0.033$). Modalitățile copingului centrat pe emoții prezintă legături semnificative cu *frecvența fumatului* ($F=1.59$, $p=0.048$) și cu *frecvența consumului de droguri* (variabila medicamente și alcool) ($F=2.25$, $p=0.001$).

Studiile longitudinale au ajuns la concluzia că nivelul ridicat al abilităților de coping se asociază cu prezența scăzută a consumului de substanțe ilicite, a problemelor legate de școală și a altor dificultăți de natură psihologică (*Shek, 1998*). Contextul familial negativ este strâns legat de nivelurile mai scăzute ale resurselor de coping și, în consecință, de nivelul ridicat al problemelor școlare și de recurgere la comportamente de risc. Aceste rezultate sugerează deci că strategiile de coping pot avea un efect mediator, în sens pozitiv, asupra consumului de substanțe nocive.

Ipoteza 2.2. se confirmă deci prin rezultatele amintite.

Efectele nivelului și orientării agresivității asupra comportamentelor de risc

Factorii protectivi ai sănătății, precum sunt *autoaprecierea sănătății* (0.12*), *autoaprecierea calității vieții* (-0.28**), și *regularitatea exercițiilor fizice* (-0.10*), prezintă corelații semnificativ negative cu nivelul ridicat al agresivității reprimare. Altfel spus, cu cât adolescenții au un nivel mai ridicat de agresivitate orientată spre interior, cu atât își evaluează mai negativ starea de sănătate, calitatea vieții și efectuează mai puțin consecvent exerciții fizice.

Factorii cu risc pentru sănătate se află în corelație semnificativă cu nivelul total de agresivitate, respectiv cu agresivitatea exprimată. De exemplu, toți indicatorii analizați ai consumului de substanțe nocive, precum *prevalența consumului de droguri* (0.13**), *frecvența consumului de medicamente* (0.10*), *de medicamente asociat cu alcool* (0.17**) și *consumul de etnobotanice* (0.13**), se află în corelație pozitivă semnificativă cu factorul agresivității exprimate (orientată spre exterior). Aceste rezultate ne pot conduce spre explicația conform căreia consumul de substanțe ilicite poate constitui o modalitate de eliberare a tensiunilor psihice acumulate din diverse surse în perioada adolescenței.

Rezultatele obținute de noi susțin relații semnificative între autoaprecierea calității vieții (factor protectiv), cantitatea de alcool consumat (factor de risc), prevalența, respectiv consumul de droguri (medicamente, medicamente cu alcool și etnobotanice – factori de risc) și *nivelul general ridicat de exprimare a agresivității*.

Reprimarea predominantă a agresivității va conduce la manifestarea comportamentelor cu risc pentru sănătate, în timp ce exprimarea agresivității spre alte persoane din jur poate contribui la echilibrul psihic al adolescentului. În cazul orientării agresivității spre exterior se impune slăbirea controlului social manifestat în relațiile cu ceilalți. Prin acest mecanism se pot explica asocierile

predominante a agresivității orientate spre exterior cu comportamentele de risc. De asemenea, percepția scăzută a riscurilor influențează gradul de angajare al adolescenților în diferite comportamente de risc. Eficiența în utilizarea competențelor sociale (înșușite prin modelele parentale, prin educație sau prin dezvoltarea relațiilor afective armonioase) va determina în mod direct interacțiunea dintre exprimarea agresivității și adoptarea comportamentelor legate de sănătate.

Nivelul ridicat al orientării agresivității spre propria persoană prezintă relații strânse cu autoaprecierea calității vieții ($F=3.74$, $p=0.000$), aprecierea globală de sine ($F=3.69$, $p=0.000$), ponderea exercițiilor fizice ($F=1.64$, $p=0.037$) – factori protectivi, respectiv cu frecvența consumului de droguri (medicamente cu alcool ($F=1.68$, $p=0.032$) și etnobotanice ($F=1.70$, $p=0.028$) – factori de risc).

În ceea ce privește *nivelul ridicat al orientării agresivității spre exterior* am obținut asocieri semnificative doar cu factorii de risc ai sănătății, precum frecvența fumatului ($F=2.26$, $p=0.001$), cantitatea de alcool consumat ($F=2.61$, $p=0.000$), prevalența ($F=1.59$, $p=0.048$) și frecvența consumului de droguri ($F=1.61$, $p=0.038$), nu și cu factorii protectivi ai sănătății.

Ipoteza 2.3. a fost, astfel, confirmată.

5.3. Analiza contextului social în care se manifestă comportamentele de sănătate a adolescenților – verificarea ipotezei 3.

5.3.1. Analiza factorilor din mediul familial

Structura familiei

În ceea ce privește eșantionul analizat de noi, prezența tatălui a avut influențe semnificative asupra calității vieții, dintre *factorii protectivi* ai sănătății. Astfel, conform datelor noastre, *autoaprecierea calității vieții* ($t=3.14$, $p=0.002$) a copiilor care trăiesc împreună cu tatăl lor este semnificativ mai ridicată decât cea a copiilor care trăiesc în absența acestuia. De asemenea, adolescenții în a căror familie este prezentă mama au o apreciere semnificativ mai favorabilă asupra *calității vieții* lor ($t=3.28$, $p=0.001$), decât cei care trăiesc în absența acesteia. În mod interesant, *aprecierea constituției fizice* ($t=-2.17$, $p=0.030$) este semnificativ mai pozitivă la adolescenții care trăiesc în familie împreună cu frații lor decât a celor în a căror familie lipsesc frații.

Analiza regresiei multiple a evidențiat că autoaprecierea calității vieții este determinată în mod semnificativ de *prezența mamei* ($\beta=-0.66$, $DS=0.32$, $p=0.039$), *a tatălui* ($\beta=-0.54$, $DS=0.18$, $p=0.003$) și *a fraților* ($\beta=0.35$, $DS=0.16$, $p=0.027$) în familie, respectiv de *suportul afectiv perceput din partea mamei* ($\beta=-0.64$, $DS=0.15$, $p=0.000$).

În ceea ce privește legătura dintre structura familiei și comportamentele de risc ale adolescenților am obținut diferențele semnificative ale *factorilor de risc* pentru sănătate legate de prezența sau de absența părinților. Astfel, lipsa tatălui arată, conform datelor noastre, asocieri

semnificative cu cantitatea consumului de alcool ($t=-2.20$, $p=0.029$) și consumul de droguri ilicite – medicamente ($t=-2.86$, $p=0.004$) al adolescenților. Lipsa mamei din familie prezintă diferențe semnificative la prevalența ($t=-2.98$, $p=0.003$) și frecvența consumului diferitelor tipuri de substanțe ilicite, precum sunt medicamentele ($t=-1.98$, $p=0.048$), medicamentele cu alcool ($t=-2.80$, $p=0.005$) și etnobotanicele ($t=-3.30$, $p=0.001$).

Percepția suportului afectiv al familiei

Conform rezultatelor, *factorii protectivi* ai sănătății prezintă corelații cu suportul afectiv primit de adolescenți din partea părinților. Autoaprecierea sănătății (0.09^*), ponderea (-0.17^{**}) și regularitatea (0.10^*) efectuării de exerciții fizice, respectiv autoaprecierea constituției fizice (0.09^*) sunt asociate semnificativ cu suportul afectiv primit din partea tatălui. De asemenea, autoaprecierea calității vieții (-0.24^{**}) și controlul greutateii corpului (-0.24^{**}) prezintă corelații semnificative cu suportul afectiv primit din partea mamei. Nu am obținut, însă, corelații semnificative între *factorii de risc* pentru sănătate și suportul afectiv primit de adolescenți din partea părinților.

Prezența părinților și suportul afectiv acordat de către părinți copiilor constituie cei mai importanți factori ai contextului social, aceștia jucând un rol semnificativ nu doar în sănătatea mintală și fizică a adolescenților, ci și în modul lor de a face față situațiilor de criză din viață.

Adolescenții care au raportat o bună comunicare cu părinții lor au dovedit o evaluare a stării de sănătate mai bună și o probabilitate mai scăzută de a deveni fumători sau consumatori de alcool (*Andersen și col., 2002; Zambon și col., 2006; Del Carmen Granado Alcon și col., 2002*).

Am considerat importantă analiza relațiilor dintre acest aspect al contextului social și modalitățile de coping, adoptate de către adolescenți. Asocieri semnificative am obținut la variabila copingului centrat pe emoții. La grupul adolescenților care au beneficiat de suportul afectiv al mamei – prin discutarea problemelor lor cu aceștia – stăpânirea de sine a dovedit valori medii ($t=-2.04$, $p=0.042$) semnificativ mai ridicate. Aceste date demonstrează că discuțiile în familie au rolul de a facilita controlul sau stăpânirea de sine în procesul de coping. Observațiile noastre confirmă aceste tendințe, fiind binecunoscut rolul mamelor în a aplatiza sau regla comportamentul copiilor lor în diferitele situații problematice.

În continuare am analizat efectele suportului social perceput din partea părinților asupra manifestării agresivității adolescenților. Utilizând analiza de varianță, am obținut rezultate care dovedesc influența semnificativă a suportului perceput din partea mamei ($F=3.46$, $p=0.02$) și al tatălui ($F=3.72$, $p=0.01$) asupra manifestărilor agresive ale adolescenților. Expresia generală a agresivității ($F=5.34$, $p=0.021$) și agresivitatea manifestată spre exterior ($F=4.04$, $p=0.045$) prezintă relații semnificative cu suportul social perceput din partea taților, iar agresivitatea orientată spre interior ($F=9.59$, $p=0.002$) – cu suportul afectiv perceput din partea mamelor. Putem afirma, deci, că există o diferență în exprimarea agresivității în funcție de suportul social perceput.

Nivelul de educație al părinților și comportamentul de sănătate al adolescenților

Conform rezultatelor noastre, adolescenții ale căror mame au un nivel de educație superior își consideră calitatea vieții semnificativ pozitivă ($t=2.79$, $p=0.005$), față de cei cu mame care au un nivel de educație inferior. Nivelul de educație superior al mamelor este însă strâns legat de un nivel mai ridicat al prevalenței ($t=2.20$, $p=0.029$) și a consumului de droguri – medicamente ($t=2.35$, $p=0.020$). Frecvența consumului de alcool ($t=-2.19$, $p=0.030$), în schimb, este mai ridicată la subiecții ale căror mame sunt caracterizate de un nivel de educație inferior. Factorii protectivi ai sănătății, precum autoaprecierea calității vieții ($t=2.83$, $p=0.005$), autoaprecierea globală ($t=2.03$, $p=0.042$) și ponderea exercițiilor fizice ($t=-2.04$, $p=0.042$) prezintă niveluri semnificativ mai ridicate la adolescenții ai căror tați sunt caracterizați de un nivel de educație superior. Dintre factorii de risc ai sănătății nu am obținut diferențe semnificative în funcție de nivelul de educație a tatălui.

Nivelul de educație al părinților constituie un factor moderator în ceea ce privește comportamentul de sănătate al adolescenților.

Conform analizelor noastre, ***ipoteza 3.1*** a fost confirmată, subliniind diferențe importante ale factorilor de risc și protectivi în funcție de structura familiei, suportul afectiv perceput din partea părinților și nivelul de educație a acestora.

5.3.2. Influența grupului copiilor de aceeași vârstă asupra comportamentului de sănătate

Rezultatele noastre susțin niveluri semnificativ mai ridicate ale autoaprecierii sănătății ($t=2.12$, $p=0.034$) și ale ponderii exercițiilor fizice ($t=3.89$, $p=0.000$) la adolescenții care petrec între 3 și 5 zile pe săptămână cu prietenii. Autoaprecierea globală prezintă ($t=-3.75$, $p=0.000$), de asemenea, un nivel semnificativ mai ridicat la cei care petrec mai mult timp cu colegii din categoria lor de vârstă. În ceea ce privește asocierile factorilor de risc pentru sănătate cu timpul petrecut cu prietenii am obținut diferențe semnificative la majoritatea variabilelor. Astfel, observăm un nivel semnificativ mai ridicat în prevalența ($t=2.03$, $p=0.043$) și frecvența ($t=2.38$, $p=0.0018$) fumatului și a frecvenței consumului de alcool ($t=4.64$, $p=0.000$) la adolescenții care petrec săptămânal mai mult timp cu prietenii (3-5 zile săptămânal), față de colegii lor care petrec mai puțin timp cu colegii lor (între 3-5 zile). Cantitatea de alcool consumat ($t=-3.30$, $p=0.001$) și prevalența ($t=-2.60$, $p=0.010$), respectiv frecvența ($t=2.43$, $p=0.016$) consumului de droguri etnobotanice, de asemenea, prezintă un nivel semnificativ mai ridicat la adolescenții care petrec mai mult timp cu prietenii din aceeași categorie de vârstă.

Studiile estimează că adolescenții își petrec o treime din timpul lor cu colegii sau prietenii lor. Începând din preadolescență, în general ei încearcă să fie mai mult cu prietenii decât

cu familia, iar în adolescență pot petrece și de două ori mai mult timp cu colegii lor decât cu părinții (Brown și Klute 2003, Fuligni și col., 2001; Schneider, 2000; Brown, 2004).

Ipoteza 3.2. se confirmă, dovedind o influență semnificativă a numărului prietenilor și a timpului petrecut cu colegii de aceeași vârstă de către adolescenți asupra comportamentului lor de sănătate.

5.3.3. Implicațiile factorilor din mediul școlar asupra comportamentului legat de sănătate

Analiza corelațională dintre factorii mediului școlar și cei protectivi/de risc ai sănătății evidențiază asocieri semnificative între *autoaprecierea sănătății* și atitudinea față de școală (0.10*), de stresul școlar (0.21**), de acceptarea din partea colegilor (0.10*) și a profesorilor (0.12**). *Autoaprecierea calității vieții* dovedește corelații semnificative cu toți factorii proveniți din mediul școlar cuprinși în analizele noastre. Astfel, ea este strâns legată de atitudinea față de școală (-0.15**), față de climatul social al clasei (-0.24**), față de acceptarea de către ceilalți elevi (-0.10*) și de către profesori (-0.18**), de deschiderea acestora față de personalitatea elevilor (-0.13**) și față de stresul școlar (-0.10*), deopotrivă. Alți factori protectivi, cum sunt *aprecierea constituției fizice* și *regularitatea exercițiilor fizice* prezintă și ele corelații semnificative cu stresul școlar (0.11*, respectiv 0.13**) și cu acceptarea percepută din partea profesorilor (0.14**, respectiv 0.10*).

Corelațiile dintre factorii mediului școlar și cei de risc privind sănătatea evidențiază strânsa relație între atitudinea față de școală a elevilor și majoritatea factorilor de risc ai sănătății. Astfel, atitudinea față de școală este strâns legată de *frecvența fumatului* (-0.15**), de *cantitatea* (0.21**) și *frecvența consumului de alcool* (-0.20**), de *prevalența* (0.21**) și *frecvența consumului de substanțe ilicite*, precum sunt medicamentele (0.20**), medicamentele cu alcool (0.15**) și *etnobotanicele* (0.22**).

Relațiile de corelație semnificative ne atrag atenția asupra importanței deosebite pe care o exercită mediul școlar asupra comportamentului adolescenților. Astfel, cunoașterea acestor asocieri prezintă un interes special pentru elaborarea programelor de promovare a sănătății. Studiile au identificat mediul școlar ca fiind una de primă importanță pentru eficiența aplicării programelor de prevenție (Sarason și col., 1990; Mirowsky și Ross, 2003; Albert-Lőrincz, 2011).

Climatul social al clasei

Conform datelor, climatul social favorabil al clasei de elevi este strâns legat de un nivel ridicat al autoaprecierii sănătății ($t=-2.25$, $p=0.026$) și al calității vieții ($t=2.06$, $p=0.042$). Dintre factorii de risc, *frecvența consumului de alcool* ($t=2.30$, $p=0.023$), *prevalența* ($t=-3.01$, $p=0.003$) și *frecvența* ($t=-3.37$, $p=0.004$) consumului de droguri sunt mai ridicate în cazul adolescenților care percep un climat social defavorabil al clasei.

Atitudinea față de școală

Cu privire la factorii protectivi ai sănătății și la atitudinea față de școală, rezultatele noastre arată relații semnificative între variabile. Astfel, media pentru valorile răspunsurilor privind *autoaprecierea calității vieții* la copiii care au o atitudine favorabilă față de școală ($M=7.22$, $SD=1.61$) este semnificativ mai mare ($t=2.31$, $DF=445$, two-tailed $p=0.022$) decât aceea a copiilor care au o atitudine defavorabilă față de școală ($M=6.81$, $SD=1.75$). Când privește factorii de risc, am obținut relații semnificative între atitudinea școlară defavorabilă și *frecvența fumatului* ($t=4.02$, $p=0.000$), a *cantității* ($t=-5.53$, $p=0.000$) și *frecvenței* ($t=3.07$, $p=0.000$) consumului de alcool, precum și între prevalența ($t=-4.18$, $p=0.001$), respectiv frecvența consumului de medicamente ($t=-3.99$, $p=0.008$), medicamente cu alcool ($t=-3.86$, $p=0.003$) și etnobotanice ($t=-5.15$, $p=0.000$).

Conform rezultatelor noastre, atitudinea pozitivă față de școală cuprinde înclinația spre un comportament pozitiv de sănătate, în timp ce atitudinea negativă față de școală atrage după sine un comportament predominant cu risc pentru sănătate.

Stresul școlar

Rezultatele analizelor noastre cu privire la legăturile dintre factorii protectivi ai sănătății și nivelul de stres perceput de către elevi arată că *autoaprecierea sănătății* copiilor care nu resimt/resimt în mică măsură stresul școlar ($M=2.10$, $SD=0.72$) este semnificativ mai favorabilă ($t=-2.97$, $DF=445$, two-tailed $p=0.003$) decât aceea a copiilor care resimt un nivel ridicat al stresului școlar ($M=2.30$, $SD=0.68$). De asemenea, acesta prezintă corelații semnificative cu scăderea autoaprecierii asupra calității vieții ($t=4.10$, $p=0.000$) și asupra autoaprecierii globale ($t=4.20$, $p=0.000$) cu nivelul scăzut al regularității exercițiilor fizice ($t=2.10$, $p=0.037$), al aprecierii constituției fizice ($t=-2.15$, $p=0.032$) și al preocupărilor privind controlul greutateii corpului ($t=-2.14$, $p=0.028$).

Adolescenții care resimt un nivel ridicat al stresului în activitățile lor școlare recurg mai frecvent la alcool și utilizează deseori fumatul ca metodă de reducere a tensiunilor psihice. Mediile privind frecvența fumatului adolescenților care percep un nivel ridicat al stresului ($M=1.25$, $SD=0.48$) sunt semnificativ mai favorabile ($t=2.16$, $DF=445$, two-tailed $p=0.030$) decât cele ale acelor care percep un nivel mai scăzut de stres ($M=1.36$, $SD=0.50$). De asemenea, mediile privind consumul de alcool ($M=3.02$, $SD=1.39$) au valori semnificativ mai ridicate ($t=-2.42$, $DF=445$, two-tailed $p=0.020$), comparativ cu mediile celor care nu resimt stresul școlar la un nivel așa de ridicat ($M=2.69$, $SD=1.43$).

Nivelul ridicat al stresului școlar se asociază cu o gamă largă de rezultate legate de sănătate și starea de confort, incluzând autopercepția scăzută a stării de sănătate, calitatea vieții

mai scăzută și o satisfacție școlară scăzută, alături de creșterea nivelului simptomelor somatice și psihologice raportate (*Ravens-Sieberer și col., 2004*).

Acceptarea școlară

Analizele noastre au dovedit asocieri semnificative între autoaprecierea calității vieții și acceptarea școlară. Subiecții care s-au perceput ca fiind respinși de către colegii lor au raportat un nivel semnificativ mai scăzut de autoapreciere a calității vieții ($t=3.84$, $p=0.001$) decât colegii lor mai comunicativi. Dintre factorii de risc ai sănătății, frecvența consumului de alcool ($t=-2.25$, $p=0.025$) și de droguri ($t=-5.42$, $p=0.0012$) s-au dovedit semnificativ mai ridicate în cazul adolescenților respinși de către colegii lor.

Atitudinea profesorilor față de elevi

Atitudinea apropiată, deschisă a profesorilor față de elevi a dovedit influențe semnificative asupra autoaprecierii calității vieții. Astfel, adolescenții care și-au perceput profesorii ca fiind predominant apropiați de ei au raportat un nivel semnificativ mai ridicat al calității vieții ($t=3.06$, $p=0.003$), față de colegii lor cu percepții distante ale profesorilor lor. În ceea ce privește factorii de risc ai sănătății, apropierea profesorilor este strâns legată de un nivel mai scăzut al frecvenței ($t=2.58$, $p=0.011$) fumatului, al cantității de alcool consumat ($t=-2.46$, $p=0.014$) și al frecvenței consumului de droguri, precum medicamente ($t=-2.06$, $p=0.041$) și etnobotanice ($t=-2.30$, $p=0.023$). Acești factori de risc prezintă niveluri semnificativ mai ridicate la elevii care își percep profesorii ca fiind distanți față de ei.

Interpretând aceste rezultate, putem susține că apropierea sau dimpotrivă, distanța percepută de către elevi din partea profesorilor conturează experiențele școlare pozitive sau negative. Acestea însă, la rândul lor, vor determina formarea unei imagini de sine școlare, care va cuprinde aprecieri și evaluări ale eficienței și ale abilităților proprii cu privire la atingerea unui nivel de performanță dorit.

Acceptarea personalității elevilor de către profesori

Conform datelor obținute, elevii care se simt acceptați de către profesori raportează o stare de sănătate mai bună ($t=-2.67$, $p=0.008$), o calitate a vieții mai ridicată ($t=2.28$, $p=0.024$) și o autoapreciere globală ($t=3.72$, $p=0.001$) favorabilă. În același timp, elevii acceptați își apreciază mai favorabil constituția fizică ($t=-2.05$, $p=0.042$) și sunt preocupați de controlul greutateii corpului lor ($t=-2.08$, $p=0.039$).

Astfel, putem afirma că *acceptarea personalității elevilor din partea profesorilor* constituie un factor important, provenit din mediul școlar, care influențează puternic comportamentul de protecție a sănătății adolescenților.

Nu am obținut diferențe statistic semnificative la factorii de risc ai comportamentului de sănătate în funcție de acceptarea personalității elevilor de către profesori.

5.3.4. Implicațiile participării la altercațiile din mediul școlar asupra sănătății adolescenților

Implicarea în altercații școlare

Analizând agresivitatea școlară în funcție de factorii protectivi ai sănătății, am obținut diferențe semnificative în privința *regularității efectuării exercițiilor fizice* ($t=-3.14$, $DF=445$, two-tailed $p=0.002$) și *ponderii exercițiilor fizice* ($t=4.75$, $DF=445$, two-tailed $p=0.000$). Astfel, elevii care nu se implică frecvent în situații conflictuale efectuează, în mod regulat, un număr mai mare de exerciții fizice.

Factorii de risc s-au dovedit semnificativ mai ridicați la adolescenții deseori implicați în altercații școlare față de colegii lor neimplicați în ele. Astfel, am obținut diferențe semnificative legate de frecvența ($t=3.56$, $p=0.001$) fumatului, de cantitatea ($t=-3.90$, $p=0.000$) și frecvența ($t=5.15$, $p=0.000$) consumului de alcool, respectiv de prevalența ($t=-1.98$, $p=0.050$) și frecvența ($t=-2.34$, $p=0.022$) consumului de substanțe ilicite.

Rezultatele noastre evidențiază asocierea majorității factorilor de risc cu implicarea elevilor în conflictele sau în altercațiile din mediul școlar.

Rolul de „victimă” în situațiile de agresivitate școlară

Conform analizelor noastre, autoaprecierea sănătății ($t=-2.79$, $p=0.005$), a calității vieții ($t=4.40$, $p=0.000$) și aprecierea globală de sine ($t=3.65$, $p=0.000$) dovedesc valori semnificativ mai scăzute la adolescenții victime ale agresivităților în mediul școlar decât la colegii lor. În privința factorilor cu risc pentru sănătate, pentru adolescenții victime ale agresiunilor am obținut diferențe semnificative în cazul frecvenței consumului de alcool - vin ($t=-2.13$, $DF=445$, two-tailed $p=0.035$), spirtoase ($t=-2.23$, $DF=445$, two-tailed $p=0.026$) și asupra cantității de alcool consumat ($t=2.04$, $DF=445$, two-tailed $p=0.042$), raportată la colegii lor. Rolul de victimă în situațiile de agresivitate școlară prezintă deci strânse legături cu frecvența și cu cantitatea de alcool consumată de către adolescenții agresați.

Datele noastre sunt în conformitate cu rezultatele cercetărilor din domeniu (*Salmivalli și Isaac, 2005*) și ne arată că adolescenții care sunt agresați și devin victimele celorlalți elevi în situații de conflict școlar își apreciază în mod semnificativ *starea de sănătate* ca fiind mai nefavorabilă, *calitatea vieții* ca având un nivel mai scăzut și au o *autoapreciere* mai negativă raportată la adolescenții care nu sunt agresați. Astfel, victimele agresiunii din partea celorlalți prezintă o vulnerabilitate crescută în ceea ce privește starea lor de sănătate, dat fiind că factorii protectivi ai sănătății se află la un nivel mai scăzut în comparație cu adolescenții neagresați.

Rolul de „agresor” în situațiile de agresivitate școlară

Compararea celor două grupuri (agresori și colegii lor neagresivi) nu a evidențiat diferențe semnificative în ceea ce privește majoritatea *factorilor protectivi* analizați ai sănătății.

Numai în cazul *autoaprecierii sănătății*, media agresorilor ($M=2.28$, $SD=0.69$) s-a dovedit semnificativ mai favorabilă ($t=-2.15$, two-tailed $p=0.032$) decât în cazul celorlalți elevi ($M=2.12$, $SD=0.71$). Rolul de agresor are însă implicații profunde în cazul *comportamentelor de risc* adoptate de către adolescenți. Astfel, putem afirma că rolul de agresor este strâns asociat cu o frecvență ($t=2.51$, $p=0.013$) mai ridicată a fumatului, cu o frecvență mai ridicată a consumului de alcool – bere ($t=2.00$, $p=0.046$) și spirtoase ($t=2.03$, $p=0.043$) – cu o cantitate mai mare de alcool consumat ($t=-2.29$, $p=0.022$), dar și cu o frecvență mai ridicată de consum de medicamente luate împreună cu alcoolul ($t=2.50$, $p=0.013$).

Totalizând, analizele noastre referitoare la variabilele provenite din mediul familial, cel școlar și cel al grupului de vârstă (precum experiențele școlare pozitive, factorii de agresivitate școlară, dar și structura familiei, comunicarea cu părinți și relațiile de prietenie) au dovedit strânse relații cu comportamentele de sănătate și cele de risc.

În același timp, componentele personalității abordate în cercetarea noastră fundamentează adaptarea adolescenților la mediul social (școlar, familial și al grupului de vârstă). Totodată, manifestarea agresivității în mediul școlar a fost considerată a fi strâns legată de autoaprecierea scăzută (*Youngblade, Theokas, Schulenberg, Curry, Huang și Novak, 2007*).

5.4. Analiza comparativă a variabilelor cuprinși în cercetare în funcție de diferențele mediului regional și cultural – verificarea ipotezei 4.

Factorii protectivi și de risc ai comportamentului de sănătate din perspectiva mediului socio-cultural diferit

Verificarea ipotezei menite să aducă dovezi ale diferențelor culturale legate de comportamentul de sănătate permite în același timp efectuarea unor profiluri comportamentale și de personalitate ale adolescenților cuprinși în eșantionul nostru. De asemenea, constituie interes examinarea variațiilor acelor componente care conturează contextul socio-cultural în care trăiesc adolescenții, precum sunt componența familiei, suportul persoanelor din jur, acceptarea în mediul școlar sau atitudinea lor față de școală.

Conform datelor noastre, contextul geografic și cultural a dovedit asocieri semnificative cu factorii protectivi ai sănătății, precum aprecierea calității vieții ($t=-3.22$, $p=0.001$) și autoaprecierea globală ($t=-3.13$, $p=0.002$) și, de asemenea, în privința ponderii ($t=3.09$, $p=0.002$) și regularității ($t=3.21$, $p=0.001$) activităților fizice la care se angajează adolescenții. Rezultatele noastre susțin că adolescenții români își percep calitatea vieții ca fiind semnificativ mai bună decât elevii orașului ungar chestionați, care însă adoptă mai multe comportamente de păstrare a sănătății în ceea ce privește numărul de exercițiile fizice și efectuarea acestora în mod regulat. .

În ceea ce privește factorii de risc pentru sănătate, rezultatele obținute de noi sugerează că adolescenții din Eger apelează mai frecvent la comportamente cu risc ridicat pentru sănătate. Astfel, ei au raportat o frecvență mai ridicată a fumatului ($t=-2.19$, $p=0.029$), a cantității ($t=3.47$, $p=0.001$) și frecvenței ($t=-5.99$, $p=0.000$) consumului de alcool și, de asemenea, prezintă o prevalență ($t=2.44$, $p=0.015$) față de consumul de droguri cu un nivel mai ridicat de risc.

Rezultatele analizei factorilor din mediul familial confirmă diferențe semnificative în cazul variabilei *prezența fraților* ($t=-4.38$, $p=0.000$) în ceea ce privește componența familiei și suportul afectiv din partea tatălui ($t=-1.26$, $p=0.014$) și a surorilor ($t=-2.74$, $p=0.006$).

În cazul influenței grupului de aceeași vârstă, putem observa diferențe semnificative numai la variabila *suportul afectiv al prietenilor* ($t=-3.42$, $p=0.001$), aceasta dovedind prevalențe mai ridicate la adolescenții din orașul Eger. În ceea ce privește numărul prietenilor și timpul petrecut cu colegii, adolescenții chestionați de noi nu prezintă diferențe semnificative.

Variabilele legate de mediul școlar, precum *atitudinea față de școală* ($t=-2.37$, $p=0.018$), *climatul clasei* ($t=-2.20$, $p=0.028$), *acceptarea școlară* ($t=-2.68$, $p=0.008$), *atitudinea profesorilor față de elevi* ($t=-3.49$, $p=0.001$), dar și *rolul de victimă* ($t=-2.98$, $p=0.003$), respectiv de *agresor* ($t=-2.13$, $p=0.034$) jucat în altercații prezintă diferențe semnificative între cele două grupe.

Analiza factorilor de personalitate în funcție de mediul socio-cultural

Am considerat importantă analiza diferențelor legate de personalitatea adolescenților proveniți din cele două regiuni. Rezultatele obținute de către noi susțin că adolescenții din Tg. Mureș raportează un nivel de *autoapreciere* semnificativ mai ridicată ($t=-3.13$, $p=0.002$), față de cei din orașul Eger.

În analiza comparativă legată de *modalitățile de coping*, diferențe semnificative s-au dovedit la stăpânirea de sine ($t=2.17$, $p=0.031$), care este semnificativ mai ridicată la adolescenții din Eger și la fuga de evitare ($t=-3.48$, $p=0.001$), semnificativ mai ridicată la cei din Tg. Mureș. Este important de menționat, că la această variabilă adolescenții au prezentat mai multe similarități, ceea ce este ușor de interpretat, dacă ne gândim la factorii de dezvoltare a personalității, omogene la cele mai multe culturi.

Nu am observat diferențe semnificative cu privire la *nivelul și modalitatea de exprimare a agresivității* între cele două grupuri.

În urma analizelor comparative prezentate, *ipoteza 4*, conform căreia factorii mediului social și cei de sănătate sunt determinanți diferențelor socio-culturale ale adolescenților din diferite regiuni a fost confirmată.

Concluzii

Cercetarea noastră conturează o imagine de ansamblu asupra diferitelor structuri sociale care determină comportamentele privitoare la sănătate și cele de risc ale adolescenților. Alături de cercetările internaționale din domeniu (vezi *Currie, 2008*) rezultatele noastre susțin existența diferențelor privind starea de sănătate și comportamentele legate de sănătate în funcție de sexul subiecților chestionați. În urma analizelor noastre, putem susține că între băieți și fete există diferențe semnificative atât cu privire la comportamentul protectiv, cât și cel de risc pentru sănătate. Băieții au o percepție mai pozitivă asupra stării lor de sănătate, un nivel al autoaprecierii mai ridicat și o percepție mai favorabilă a imaginii corpului. Fetele, în schimb, se preocupă mai mult de controlul greutateii corporale și dovedesc un nivel mai scăzut al autoaprecierii. Totodată, adoptarea comportamentelor de risc este mai frecventă în rândul băieților, precum sunt, de exemplu, fumatul și consumul de alcool, decât în rândul fetelor.

Astfel, *ipoteza 1*, care susținea existența diferențelor ce țin de sex cu privire la factorii protectivi și la cei de risc pentru sănătate a fost parțial confirmată.

Relațiile dintre factorii protectivi și cei de risc pentru sănătate și factorii de personalitate cuprinși în cercetarea noastră s-au dovedit, de asemenea, semnificativi. Astfel, autoaprecierea sănătății prezintă corelații semnificative cu autoaprecierea globală, cu acceptarea confruntării și cu îndepărtarea amenințării – dintre modalitățile de coping – și tot o corelație semnificativ pozitivă cu agresivitatea orientată spre propria persoană.

Aprecierea calității vieții prezintă corelații semnificative cu autoaprecierea globală, iar, dintre modalitățile de coping, cu rezolvarea de probleme și cu acceptarea confruntării, iar în mod negativ cu reevaluarea pozitivă, cu îndepărtarea amenințării și cu agresivitatea orientată spre interior.

Satisfacția dată de propria constituție fizică se corelează negativ cu autoaprecierea globală, iar controlul greutateii corporale se relaționează în mod negativ cu autoaprecierea globală, cu stăpânirea de sine și cu căutarea suportului social, respectiv cu nivelul de exprimare a agresivității spre exterior am observat o corelație slabă, dar semnificativă.

Autoaprecierea globală dovedește corelații semnificative cu factorii protectivi ai sănătății, cum sunt aprecierea calității propriei vieți, autoaprecierea sănătății și angajarea în activități fizice. Rezultatele noastre sunt în conformitate cu alte studii, care susțin că nivelul ridicat al autoaprecierii contribuie la o stare de sănătate mai bună, prin funcția de atenuare a influențelor negative. În mod contrar, nivelul scăzut al autoaprecierii poate juca un rol critic în dezvoltarea unor numeroase

probleme de internalizare (cum sunt simptomele depresive, anxietatea) și de externalizare (cum sunt agresivitatea, consumul de alcool și de substanțe nocive) (*Mann și col., 2004*).

Ipoteza 2.1. este confirmată parțial, deoarece autoaprecierea adolescenților prezintă asocieri semnificative, în special cu factorii protectivi ai sănătății, fiind determinantul principal al calității vieții.

Modalitățile de coping diferă semnificativ în funcție de sexul adolescenților, dar prezintă legături strânse și cu factorii de risc sau cu cei protectivi ai sănătății. Astfel, băieții utilizează cu precădere confruntarea, în timp ce la fete este mai frecventă utilizarea evitării și, în general, modalitățile de coping centrate pe emoții. Majoritatea factorilor de risc au dovedit corelații semnificativ pozitive cu modalitățile emoționale și cu căutarea suportului social în procesul de coping. Totodată, rezultatele noastre au evidențiat o relație importantă a factorilor de risc cu modalitățile externe de exprimare a agresivității și cu nivelul general de exprimare a acestuia.

Datele dovedesc adoptarea semnificativ mai ridicată a acceptării confruntării la băieți, iar modalitățile centrate pe emoții și evitarea sunt semnificativ predominante în cazul fetelor, aflate în eșantionul nostru. Modalitățile de coping centrat pe emoții prezintă legături semnificative cu frecvența fumatului și cu frecvența consumului de droguri (variabila medicamente și alcool). Diferențe semnificative putem observa la aprecierea calității vieții și la autoaprecierea globală în funcție de modalitățile de coping centrate pe problemă. Copingul centrat pe problemă prezintă asocieri semnificative, dintre factorii de risc ai sănătății, doar cu cantitatea consumului de alcool.

Ipoteza 2.2 a fost astfel confirmată.

Analizele statistice dovedesc diferențe semnificative după sex în ceea ce privește exprimarea agresivității. În cazul fetelor, agresivitatea îndreptată spre interior este semnificativ mai ridicată decât la băieți. Nivelul de agresivitate exprimată, prezintă diferențe semnificative în funcție de modalitățile de coping adoptate și de autoaprecierea adolescenților. Atât manifestările generale, cât și orientarea agresivității prezintă relații semnificative cu modalitățile de coping centrate pe emoții (îndeosebi îndepărtarea de la situația stresantă sau minimalizarea amenințării și evitarea) și căutarea suportului social. Nivelul scăzut al agresivității manifestate se asociază cu o apreciere pozitivă a sinelui, iar orientarea agresivității spre interior, cu o autoapreciere negativă. Datele obținute susțin că factorii protectivi ai sănătății (cum sunt autoaprecierea sănătății, autoaprecierea calității vieții și regularitatea exercițiilor fizice) prezintă corelații semnificativ negative cu nivelul ridicat al agresivității reprimată. Altfel spus, cu cât adolescenții au un nivel mai ridicat de agresivitate orientată spre interior, cu atât își evaluează mai negativ starea de sănătate, calitatea vieții și efectuează mai puțin consecvent exerciții fizice. Factorii cu

risc pentru sănătate se află în corelație semnificativă cu nivelul total de agresivitate, respectiv cu agresivitatea manifestată. De exemplu, toți indicatorii analizați ai consumului de substanțe nocive (prevalența consumului de droguri, frecvența consumului de medicamente, de medicamente asociate cu alcool și cu etnobotanice) se află în corelație pozitivă semnificativă cu factorul agresivitate manifestă (orientată spre exterior). Deci *ipoteza 2.3.* este confirmată.

Conform analizelor noastre, s-a dovedit că există diferențe importante între factorii de risc și cei protectivi, în funcție de structura familiei, de suportul afectiv perceput din partea părinților și de nivelul de educație a acestora. În ceea ce privește efectul numărului prietenilor și a timpului petrecut cu colegii de aceeași vârstă de către adolescenți asupra comportamentului lor de sănătate, am obținut, de asemenea, raporturi semnificative. Posibile interpretări ale relațiilor descrise pot consta în faptul că adolescenții mai singuratici, care petrec mai puțin timp cu prietenii și au în general un număr redus de prieteni, vor avea mai puține posibilități de a-și însuși modele comportamentale protective (exercițiile fizice efectuate de obicei în mijlocul prietenilor, aprecieri mulțumitoare asupra imaginii corpului și a imaginii de sine globale). În același timp, unii adolescenți se vor confrunta cu efectele nocive ale petrecerii timpului cu colegii, rezultatele dovedind variații semnificative în nivelul fumatului, al consumului de droguri și de alcool. Însă lipsa prietenilor și a timpului petrecut cu aceștia dovedesc și ele un impact semnificativ cât privește consumul de droguri. Ne putem gândi aici la acei adolescenți care își reprimă dificultățile de relaționare prin consumul de substanțe nocive sau de alcool. Alături de aceste caracteristici, studiile subliniază că deseori adolescenții singuratici dovedesc o autoapreciere scăzută, o satisfacție a vieții mică și dispoziții depresive frecvente. Totodată, aceștia sunt mai predispuși să devină victime ale violențelor școlare (*Bender și Losel, 1997; Kuntsche și Gmel, 2004*).

Astfel, *ipoteza 3* a fost confirmată.

Din punctul de vedere al *mediului socio-cultural*, rezultatele noastre dovedesc diferențe semnificative în aprecierea stării de sănătate și a gradului de satisfacție dat de existență, alături de alți factori protectivi și de risc pentru sănătate, între adolescenții celor două regiuni cuprinse în cercetare, confirmând *ipoteza 4* a cercetării. Însă numărul adolescenților care „au încercat” un drog până în prezent prezintă o incidență asemănătoare în cele două loturi de subiecți.

Facilitarea, din partea comunității sau a resurselor culturale, a angajării în diferitele activități fizice, poate fi corelată cu angajarea scăzută a adolescenților într-o serie de comportamente provocatoare de risc. Totodată, ele contribuie astfel la întărirea rezultatelor pozitive legate de sănătate, incluzând autoaprecierea pozitivă și performanțele școlare ridicate (*Nelson și Gordon-Larsen, 2006*).

Rezultatele cercetării constituie repere importante pentru dezvoltarea unor programe de prevenție primară în domeniul apărării sănătății mentale a adolescenților, dar pot fi utile și în scopul planificării și a implementării unor programe de educație pentru optimizarea și eficientizarea mediului școlar.

Intervențiile centrate pe asigurarea și pe obținerea unor rezultate foarte bune cu privire la starea de sănătate a adolescenților s-au bazat întotdeauna pe rezultatele și sugestiile cercetărilor empirice și teoretice din domeniu. Astfel, cercetarea noastră se axează pe studierea factorilor protectivi și a celor de risc prin prisma resurselor asigurate de mediul social și de viață al adolescenților. Acțiunile de promovare a sănătății și de prevenție a comportamentelor de risc se pot baza pe dovezi concludente cu privire la necesitatea de a cuprinde și rețelele sociale de sprijin aflate la dispoziția adolescenților. În consecință, acestea vor avea ca rezultat nivelul ridicat al stării generale de bine, ceea ce, la rândul ei, va asigura o existență generală mai sănătoasă (*Piotrowski 2010, Howell, Kern și Lyubomirsky, 2007*). Conform altor cercetători din domeniu, programele educaționale vizând sănătatea subliniază înlesnirea utilizării eficiente a resurselor de îngrijire a sănătății, provenite atât din surse interne – ale personalității – cât și din cele externe – relațiile de sprijin din partea membrilor familiei, a personalului școlii și a grupului de tineri de aceeași vârstă (*Cockerham 2010, Botvin 2000*). Implicarea rezultatelor cercetărilor în prevenția comportamentelor de risc constă în concentrarea eforturilor de prevenire atât pe factori individuali, cât și pe factorii ai mediului de conviețuire cu cei de aceeași vârstă.

Limitările cercetării pot consta în concentrarea atenției noastre asupra unei singure grupe de vârstă (17-18 ani), fiind dificil astfel de identificat prevalența și frecvența de apariție a comportamentelor cu risc pe întreaga durată a dezvoltării din perioada copilăriei și adolescenței. Deși rezultatele noastre aduc o contribuție importantă la înțelegerea factorilor de cauzalitate ai apariției comportamentelor de risc, analizele pot fi continuate, cu luarea în considerare a altor factori de personalitate și de mediu implicați.

Într-o posibilă direcție viitoare de cercetare a comportamentului vizând sănătatea la adolescenți includem efectuarea unei cercetări transversale, pe un eșantion mai mare numeric, care ne-ar putea consolida rezultatele din punct de vedere al stabilității comportamentelor protective formate în această perioadă de dezvoltare.

Bibliografie selectivă

- Adler N. și Matthews K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45: 229–259.
- Albert-Lőrincz E. (2011). *Az egészséges életviteltől a drogfogyasztó magatartásig*. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár – Loisir Könyvkiadó, Budapest.
- American Academy of Pediatrics (2000). Race/ethnicity, gender, socioeconomic status-research exploring their effects on child health: A subject review. *Pediatrics*, 105, 1349–1351.
- Andersen M.R. și col. (2002) Mothers attitudes and concerns about their children smocking: do they influence kids? *Preventive Medicine*, 34: 198-206.
- Andorka, R. (2006). *Bevezetés a szociológiába*. Második kiadás, Osiris Könyvkiadó, Budapest.
- Aszmann, A. (Szerk.) (2003). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti Jelentés 2002”, Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- Bárdos, Gy. (2011). *Az egészség zavarai – egy rendszerszemléletű pszichofiziológus gondolatai*. Hagyomány és Megújulás. A Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése. 2011. május 25-27. Budapest.
- Băban A., Crăciun C., Balazsi R., Ghenea D., Olsavszky V. (2007). *Romania: facing the challenge of translating research into practice – policy and partnerships to promote mental health among adolescents*, Raport OMS, România.
- Bender D., Losel F. (1997) Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20: 661–678.
- Betancourt H, Flynn P. (2009). The psychology of health: physical health and the role of culture in behavior. In: Villarruel FA, Carlo G, Contreras Grau JM et al. (Eds). *Handbook of US Latino Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications (347-361).
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug use in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Bowling, A., și Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55–81.
- Brown B.B. (2004) Adolescents' relationships with peers. In: Lerner RM, Steinberg L, eds. *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey, Wiley, p. 364–394.
- Brown B.B. și Klute C. (2003) Friendships, cliques, and crowds. In: Adams G.R., Berzonsky M.D., eds. *Handbook of adolescence*. Oxford, Blackwell, p. 330–348.
- Carver Ch. S., (2011) *Coping*. In Contrada R., Baum, A. The handbook of stress science : biology, psychology, and health. Springer Publishing Company, LLC, New York.
- Cockerham, W.C. (ed.) (2010). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Blackwell Publishing Ltd, Oxford.
- Comstock, G. (2008). A Sociological Perspective on Television Violence and Aggression. *American Behavioral Scientist* 51: 1184.
- Currie C., Williams J.M. (2000) Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image *The Journal of Early Adolescence* Vol. 20, No. 2, pp.129-149, Sage Publications, Inc.
- Currie, C., Gabhainn S., Godeau E., Roberts C., Smith, R. Currie D., Picket W., Richter M., Morgan A. și Barnekow V. (2008) *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. World Health Organization, Copenhagen.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen VB. (Eds.) (2004). *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. WHO, Copenhagen.
- D'Zurilla, T.J., Chang, E.C. și Sanna, L.J. (2003). Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 4: 424-440

- Davies, S. L., Crosby, R. A., Diclemente, R. J. (2009). Family Influences On Adolescent Health. In Diclemente, R. J., Santelli, J. S., Crosby, R. A. (2009) *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco, 391-410.
- Del Carmen Granado Alcon M. și col. (2002) greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildrens drinking behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 61: 319-331.
- Diclemente, R. J., Santelli, J. S., Crosby, R. A. (2009). *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- DiLiberti, J. H. (2000). The relationship between social stratification and all-cause mortality. *Pediatrics*, 105, 35–47.
- Diong, S. M., Bishop G. D. (1999). Anger expression, coping styles, and well-being. *Journal of Health Psychology*, 4(1): 81–96.
- Dodge, K. A. (1991). Emotion and social information processing. In J. Garber și K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 159–181). New York: Cambridge University Press.
- Eid, M., și Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277.
- Feeney, J.A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child Care, Health and Development*, 26, 277–288.
- Fox K. R. (2002) The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In Biddle, S. J.H. Fox K. R., Boutcher, S. H. (eds) *Physical activity and psychological well-being*. Taylor și Francis, Routledge, New York.
- Friedli L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. World Health Organization, Copenhagen.
- Fulgini AJ și col. (2001) Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. *Developmental Psychology*, 37(1):28–36.
- Georgiou, St. și Stavrinides, P. (2008). Bullies, victims and bully-victims: Psycho-social profiles and attribution styles. *School Psychology International*, 29(5): 574-589.
- Holland, P., Berney, L., Blane, D., Smith, G. D., Gunnell, D. J., și Montgomery, S. M. (2000). Life course accumulation of disadvantage: Childhood health and hazard exposure during adulthood. *Social Science and Medicine*, 50, 1285–1295.
- Hollander, D. (2003). “Having Two Parents Helps.” *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(2):60.
- Howell R.T., Kern M.L. și Lyubomirsky S. (2007) Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1): 83-136.
- Hupkens, C. L., Knibbe, R. A., Van Otterloo, A. H.,și Drop,M. J. (1998). Class differences in the food rules mothers impose on their children: A cross-national study. *Social Science and Medicine*, 47, 1331–1339.
- Hurrelmann, K., Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence. The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14: 20-28. doi: 10.1007/s10389-005-0005-5
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence. *Journal of adolescent health*, 12, 8: 597-605.
- Keresztes N., Pikó B. (2007). Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62: 185–196.
- Kuntsche E.N. și Gmel G. (2004) Emotional well-being and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 99(3): 331–339.
- Langens, T.A., Mörth, S. (2003). Repressive coping and the use of passive and active coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 35 (2): 461-473.
- Lansford J. E., Malone P. S., Dodge K. A., Crozier J. C., Pettit G. S., Bates J. E. (2006). A 12-Year Prospective Study of Patterns of Social Information Processing Problems and Externalizing Behaviors. *J Abnorm Child Psychol* 34:715–724.

- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1985) If it changes it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Pers. Soc. Psychol* 48: 150-170.
- Lowery, S. E., Kurpius, S. E. R., Befort, C., Blanks, E. H., Sollenberger, S., Nicpon, M. F. și Huser, L. (2005). Body Image, Self-Esteem, and Health-Related Behaviors Among Male and Female First Year College Students. *Journal of College Student Development*, 46, 6: 612-623. doi: 10.1353/csd.2005.0062
- Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., de Vries, N.K. (2004). Selfesteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- Marshall, S.J. și Biddle, S.J.H. (2001) The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise, *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 229-46.
- Martikainen P, Bartley M, Lahelma E (2002) Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 31(6):1091-3.
- McGee, Z. T., și Baker, S. R. (2002). Impact of violence on problem behavior among adolescents: Risk factors among an urban sample. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 18, 74-93.
- McNeil, A.D., Jarvis, M.J., Stapleton, J.A., Russell, M.A.H., Eiser, J.R., Gammage, P. and Gray, E.M. (1988) Prospective study of factors predicting uptake of smoking in adolescents, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43, 72-8.
- Mirowsky J., Ross, C. E. (2003) *Education social status and health*. Aldine de Gruyter, New York.
- Natvig G.K.; Albrekten G. și Qvarnström U. (2001) Psychosomatic Symptoms among Victims of School Bullying. *Journal of Health Psychology*, 6(4): 365-377.
- Nelson M. C. și Gordon-Larsen P. (2006) Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Are Associated With Selected Adolescent Health Risk Behaviors. *Pediatrics*, 117: 1281-1290. DOI: 10.1542/peds.2005-1692
- Németh Á., Költő, A., Aszmann A., Halmai R., Kökönyei Gy., Örkényi É., Páll G., Várnai D, Zakariás I. și Zsiros E. (2011). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Németh, Á. (szerk.) (2007). *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése*. Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Ogden J. (2007). *Health Psychology*. Open University Press, McGraw-Hill.
- Olweus, D. (1984). Stability in aggressive and withdrawn, inhibited behavior patterns. In R. Kaplan, V. Konecni, și R. Novaco (Eds.), *Aggression in children and youth*, 104- 137.
- Ortega-Ruiz, R., Mora-Merchán, J. A., Jäger, Th. (2007): *Luptând împotriva agresivității și violentei în școală. Rolul mass mediai, al autorităților locale și al Internet-ului* [E-Book]. <http://www.bullying-in-school.info/>.
- Ostrowsky, M. K. (2010). Are violent people more likely to have low self-esteem or high self-esteem? *Aggression and Violent Behavior*, 15, 1: 69-75. doi: 10.1016/j.avb.2009.08.004
- Parker, J.G., și Asher, S.R. (1987). Peer acceptance and later personal adjustment: Are low-accepted children “at-risk”? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Peirce, R. S., Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M. L., și Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28-38.
- Pikó, B. (2001). Gender Differences And Similarities In Adolescents' Ways Of Coping. *The Psychological Record*, 51: 223-235.
- Piotrowski, N. A. (2010) *Salem health. Psychology and mental health*. Salem Press, Pasadena.
- Pressman S and Cohen S (2005) Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin* 131:6 925-971.
- Ratner, H.H., și Stettner, L.J. (1991). Thinking and feeling: Putting humpty dumpty together again. *Merrill Palmer Quarterly*, 37(1), 1-26.
- Ravens-Sieberer, U., Freeman, J., Kokonyei, Gy., Thomas, C.A. și Erhart, M. (2009). School as a determinant for health outcomes – a structural equation model analysis. *Health Education*, 10: 9, 342-356.

- Remillard, A. M. și Lamb, S. (2005). Adolescent Girls' Coping With Relational Aggression. *Sex Roles*, 53, 3-4: 221-229. doi: 10.1007/s11199-005-5680-8
- Rivas Torres, R. M., Fernández F. P. (1995). Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health*, 16, 1: 60-63.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press, New Jersey.
- Rotariu, T., Iluț, P. (2006). *Ancheta sociologică și sondajul de opinie*. Iași: Polirom.
- Sabiston, C. M., Sedgwick, W. A., Crocker, P. R. E., Kowalski K. C., Mack D. E. (2007) Social Physique Anxiety in Adolescence: An Exploration of Influences, Coping Strategies, and Health Behaviors, *Journal of Adolescent Research*; 22; 78-101
- Sales, J. M., Irwin Ch. E. Jr. (2009). Theories Of Adolescent Risk Taking: The Biopsychosocial Model. In Diclemente, R. J., Santelli, J. S., Crosby, R. A. (2009). *Adolescent Health. Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Jossey-Bass, A Wiley Imprint, San Francisco, 31-50.
- Salmivalli C. și Isaacs J. (2005) Prospective Relations Among Victimization, Rejection, Friendlessness, and Children's Self- and Peer-Perceptions. *Child Development*, 76, 6: 1161 – 1171
- Sarafino, E. (2011). *Health psychology : biopsychosocial interactions*, Seventh edition. John Wiley și Sons, Inc., New York.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Pierce, G. R. (1990). *Social Support: An Interactional View*. Wiley-Interscience.
- Schneider B.H. (2000) *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London, Arnold.
- Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M., eds. (2000) Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55: 1.
- Shek D. T. L. (1998) A Longitudinal Study of Hong Kong Adolescents' and Parents' Perceptions of Family Functioning and Well-Being. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 159, 4: 389-403.
- Silbereisen R. K, Todt E. (1994) Adolescence-A matter of context. In: Silbereisen RK, Todt E (eds) *Adolescence in context. The interplay of family, school, peers, and work in adjustment*. Springer,Berlin Heidelberg New York,pp 3-21.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.H., Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney, M.A., Rosenman, R.H., (Eds.). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. Hemisphere / McGraw Hill, New York.
- Spielberger, Ch. (Ed.) (2004). *Encyclopedia of Applied Psychology, vol I-III*, Elsevier Academic Press.
- Taylor, S. (1991) *Health psychology*. (2nd edition.), New York: McGraw-Hill.
- Torres, R., și Fernandez, F. (1995). Self-esteem and the value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, 16, 60–63.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R. și Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42, 2: 381-390.
- Walker L. J. și Taylor J. H. (1991) Family Interactions and the Development of Moral Reasoning. *Child Development*, 62, 2: 264-283.
- Youngblade L.M., Theokas C., Schulenberg J., Curry L., Huang I-C. și Novak M. (2007) Risk and Promotive Factors in Families, Schools, and Communities: A Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence. *Pediatrics*, 119, (1): 47-53.
- Zambon A și col. (2006) Do welfare regimes mediate the effect of SES on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America and Israel. *International Journal of Health Services*, 36(2):309–329.