

## PROTEKTÍV PSZICHOLOGIAI JELLEMZŐK SZEREPE A SERDÜLŐK EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS MAGATARTÁSÁBAN

BRASSAI LÁSZLÓ<sup>1\*</sup> – PIKÓ BETTINA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kovácsna Megyei Pszichopedagógiai Tanácsadó Központ, Sepsiszentgyörgy, Románia

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, ÁOK Pszichiátriai Klinika,  
Magatartástudományi Csoport, Szeged

(Beérkezett: 2007. május 29.; elfogadva: 2007. július 19.)

Serdülőkorban az egészségmagatartás és a protektív tényezők a prevenció kiemelt érdeklődési területét képezik. A leggyakrabban vizsgált egészségmagatartási formák serdülőkorban a dohányzás, alkoholfogyasztás (mint egészségkockázati magatartások), a fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll (mint egészségvédő magatartások). Jelen kutatásunk ezen egészségmagatartások és bizonyos protektív tényezők összefüggéseire összpontosít. Adatainkat 1977, IX–XII.-es erdélyi diáktól nyertük, önkitöltős kérdőíves módszerrel, 2006 tavaszán. Az egészséggel kapcsolatos magatartási formák regresszióanalíziséből nyert adataink arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségvédő magatartás nem egyszerűen az egészségkockázati magatartásformák hiánya, hanem egészségtudatos döntés eredménye. A sportolás és a táplálkozáskontroll meghatározói a jövőorientáltság és az önszabályozott viselkedés, míg a szerfogyasztás legfontosabb prediktora az élet értelmébe vetett hit („életcélok és kapcsolatok” változó) hiánya volt. Az énhatékonyság sajátos helyzetére utal az, hogy mindkét egészségmagatartási típus esetében pozitív előjellel szerepelt az eredmények között. Kutatási eredményeink megerősítik a protektív pszichológiai hatások szerepét a fiatalok egészségtudatos viselkedésének kialakításában, illetve az egészségkockázati magatartásformák megelőzésében.

**Kulcsszavak:** serdülőkor, egészségkockázati és egészségvédő magatartások, protektív tényezők

---

\* Levelező szerző: Brassai László, Kovácsna Megyei Pszichopedagógiai Tanácsadó Központ, 520004 Sepsiszentgyörgy, Viktor Babes 15/c, Románia.  
E-mail: brassail@yahoo.com

## BEVEZETÉS

Serdülőkorban az egészséggel kapcsolatos magatartás a pszichoszociális fejlődés jelentős összetevője. Ebben az életszakaszban az egészségkockázati magatartásformák gyakoribbá válnak, az egészségvédő magatartásformák viszont, mint például a sportolás, nemegyszer háttérbe szorulnak (Fairclough és Stratton 2005). Az egészségvédő magatartás ugyanakkor több az egészségkockázati magatartás hiányánál. A biztonsági öv viselésében, a táplálkozásra való odafigyelésben, a szexuális együttlét védeltségében a jelenen túlmutató, előre vetített egészség-haszon gondolata munkál. A közép- vagy hosszú távú haszonért le kell mondanunk a jelenben elérhető kielégülésről. Ezért is kiemelten jelentős a serdülőkorban az egészségmagatartási formák és azokkal kapcsolatos védő tényezők vizsgálata. Ezek jelentik ugyanis a serdülőkori magatartás azon elemeit, a közöttük lévő kapcsolatrendszer pedig azt a pszichoszociális kötőszövetet, amely a felnőttkori egészséges életmód legfőbb táptalaja.

Az egészségmagatartással összefüggésben egyre több figyelmet kap a protektív pszichológiai tényezők vizsgálata, mint például a jövőorientáltság, az énhatékonyság, vagy az élet értelme. Számos vizsgálati eredmény a pozitív lelki fejlődés védőtényezői közötti erős koherenciára mutat rá. Oshi és mtsai (1999) az étellel való elégedettség és a kompetens viselkedés pozitív életminőséggel kialakított szoros összefüggését hangsúlyozza. Hosack (1997) az élet értelmébe vetett hit és a pozitív életminőség között mutatott ki szoros összefüggést. Asakawa és Csikszentmihályi (1998), Elliot és mtsai (2001) az élet értelmébe vetett hit és az étellel való elégedettség között igazoltak szoros korrelációt. Schwarzer és Renner (2000) a kompetens viselkedés cselekvéses szakasza és a jövőorientáltság közötti összefüggésre hívják fel a figyelmet.

Vajon van-e eltérés az egészségkockázati és egészségvédő tényezők protektív struktúrájában, azaz eltérően hatnak-e a védőhatások a különböző motivációjú egészségmagatartási formákra?

### **Az egészségkockázati magatartás epidemiológiája és protektív tényezői**

Az egészségkockázati magatartásformák között a dohányzás és az alkoholfogyasztás a leggyakoribb, e szerekekkel való megismerkedés a korai serdülőkor végén, 14–15 éves kor körül a legjellemzőbb (Pikó 2001). A szerfogyasztás igen gyakran a serdülőkori problémaviselkedés részjelensége, így társulhat pszichés problémákkal, depresszióval, szorongással, öngyilkos-

sági gondolatokkal, tanulási és beilleszkedési nehézségekkel (Jessor 1993). Nemzetközi viszonylatban a két legkiemelkedőbb epidemiológiai jellegű felmérés a National Survey on Drug Use and Health (Wright és mtsai 2007), valamint a Monitoring the Future (Johnston és mtsai 2006) adatai szerint a szerfogyasztás a 12–18 év közötti serdülők körében a 2005-ös évben némi csökkenést mutatott. Wright és mtsai (2007) megállapításai szerint 2003–2004 és 2004–2005 között a 12–17 évesek körében a dohányzás havi prevalenciája 12%-ról 11,3%-ra csökkent. Habár a „nagyivás” (*binge drinking*) előfordulása a 2003–2004-es évhez viszonyítva 2004–2005-ben stagnált, a szeszesital-fogyasztás előfordulása a 12–17 évesek körében – csakúgy, mint a dohányzás esetében – csökkenő tendenciát mutatott. Nem nőtt, sőt valamelyest csökkent a marihuána-használat havi prevalenciája is: 7,7%-ról (2003–2004-ben) 7,2%-re (2004–2005-ben). A bemutatott adatok megerősítést nyernek a Monitoring the Future eredményeinek a tükrében is. E szerint, míg a dohányzás havi prevalenciája 1996-ban 21% volt, 2005-re 9%-ra csökkent, és hasonló csökkenő tendenciát mutatott a szeszesital-fogyasztás havi prevalenciája is (Johnston és mtsai 2006).

Európai viszonylatban az ESPAD felmérés adatai 1999–2003 között 28 államból 12-ben jeleznek csökkenő tendenciát a dohányzást, és 7-ben a nagyivást illetőleg (Hibell és mtsai 2004). A szeszesital-fogyasztás havi prevalenciája túlnyomórészt stagnál. A HBSC eredményei szerint a napi rendszeres dohányzás előfordulása a 15–16 évesek körében 1997–1998-hez viszonyítva 2002–2003-ra számos nyugat-európai államban csökkenő tendenciát mutatott (Currie és mtsai 2004). Mindezek ellenére a rizikómagatartási formák előfordulása serdülőkorban így is figyelemreméltóan magas. A vizsgált 30 ország átlagában az európai 15 évesek 30%-a dohányzik napi gyakorisággal, 29%-a fogyaszt szeszes italt heti gyakorisággal, és 7,3%-a használt marihuánát az adatgyűjtést megelőző hónapban (Currie és mtsai 2004).

A kísérleti jellegű szerkipróbálás egyes nézetek szerint a serdülőkori optimális lelki fejlődés részének tekinthető (Shedler és Block 1990). Nem így azonban a rendszeres szerfogyasztás. Saluja és mtsai (2004) igazolták, hogy a rendszeres szerfogyasztás már serdülőkorban is negatívan befolyásolja az egészségi állapotot. Ugyanakkor a szerfogyasztás negatív kapcsolatban áll a szubjektív életminőséggel és az élettel való elégedettséggel. A jólléti skálákon magas értéket elért serdülők nagyobb arányban tartózkodnak a rizikómagatartásoktól (Diener és mtsai 2003). Emellett a szerfogyasztó serdülők negatívabbnak ítélik meg egészségi állapotukat (Pikó 2002).

Bizonyos protektív tényezők jelenléte (mint például a jövőorientáltság) gyakran eredményezi az egészségkockázati magatartás alacsonyabb szintjét (Pikó 2002). Az énhatékonysággal együtt járó magas önbecsülés azon-

ban a személyes kontroll túlbecsülését eredményezheti, aminek következményeként a személy felértékeli saját képességeit viselkedéses megnyilvánulásaival kapcsolatban. Az önbecsülés magas szintje egy olyan kompenzációs mechanizmus eredménye is lehet, amelyben a rizikómagatartások az önértékelés növelése érdekében hozott erőfeszítések tartozékai. Ennek következtében a dohányzás akár magas önértékeléssel is együtt járhat, amennyiben az önértékelés magas szintjében éppen a dohányzás mint megerősítés játszik fontos szerepet (Pikó 2002).

### **Az egészségvédő magatartás epidemiológiája és protektív tényezői**

Az egészségvédő magatartásformák közül a sportolás és a táplálkozási szokásokkal összefüggő magatartás a leginkább vizsgált (Luszczynska és mtsai 2004). A kedvező élettani hatásokon túl figyelmet érdemel, hogy a rendszeres fizikai aktivitást végző személyekre jobb közérzet, nagyobb érzelmi stabilitás és jobb intellektuális teljesítmény jellemző (Brown és Wang 1992; Landers és Petruzzello 1994). Más epidemiológiai vizsgálati eredmények szerint a fizikai aktivitás negatívan korrelál a serdülőkori depresszív (Camacho és mtsai 1991) és szorongásos tünetekkel (Steptoe és mtsai 1989), valamint pozitívan korrelál a jó pszichés közérzettel (Cramer 1991). A U.S. Department of Health and Human Services (1996) adatai alapján a serdülők 14%-a nem végez rendszeres fizikai aktivitást. Az inaktivitás szintje magasabb a lányok körében, és mindkét nemnél az életkorral arányosan nő. Egy másik jelentős epidemiológiai felmérés, a Youth Risk Behavior Surveillance (Eaton és mtsai 2006) eredményei szerint a fiúk 75,8%-a és a lányok 61,7%-a végzett rendszeresen (legalább öt napon át) mérsékelt fizikai aktivitást az adatgyűjtést megelőző héten.

A másik kiemelten vizsgált egészségvédő magatartás a táplálkozáskontroll. Neumark-Sztainer és mtsai (1997a) számos, egészséggel kapcsolatos magatartásforma bevonásával végzett faktoranalízis eredményeként empirikusan is igazolták, hogy a táplálkozáskontroll az egészséggel kapcsolatos preventív magatartás-struktúra részét képezi. Ellenkező oldalról közelítve, ugyancsak Neumark-Sztainer és mtsai (1997b) a különféle rizikómagatartások közös etiológiájára mutattak rá, amely magatartások között a pszichoaktív szerekkel való visszaélés, a bűnözés, az öngyilkosság kockázata és a nem védett szexuális együttlét mellett ott található az egészségtelen táplálkozási magatartás is. A serdülőkorúak egészséges táplálkozási magatartását befolyásoló tényezők között Conner és mtsai (2002) a családi táplálkozási szokások mellett jelentős befolyásoló tényezőnek találták a

táplálkozással kapcsolatos tudatosságot. Pikó (2002) ezt a fajta tudatosságot a jövőorientáltsághoz, Schwarzer és Renner (2000) pedig a kompetens viselkedéshez (énhatékonysághoz) köti.

A táplálkozási tudatosságot tekintve az európai (vö. Eaton és mtsai 2006) és az amerikai (vö. Larson és mtsai 2007) kutatási eredmények meglehetősen pesszimista képet tükröznek a táplálkozási szokásokkal kapcsolatosan. Az adatgyűjtést megelőző héten a serdülők 30%-a fogyasztott zöldségeket és gyümölcsöket, napi rendszerességgel mindössze csupán 20%-uk. A lányok általában több zöldséget és gyümölcsöt, kevesebb gyorsétkezdéből származó ételt, ugyanakkor több édességet fogyasztanak (Neumark-Sztainer és mtsai 1998; Sweeting és mtsai 1994). A fiúkra a hús alapú élelmiszerek és az állati eredetű zsírok fogyasztása jellemző, ugyanakkor a lányok több tejterméket is fogyasztanak (Eaton és mtsai 2006).

A serdülőkorúak egészségmagatartását befolyásoló védőfaktorokat vizsgáló kutatások mindeddig inkább a kockázati tényezőkre összpontosítottak. Számos kutató egyetért azonban abban, hogy a kockázati tényezők mellett a védőtényezők azonosítása is kiemelkedően fontos (Blum és Ireland 2004; Jessor és mtsai 1998). A protektív tényezők között az énhatékonyság az egészségmagatartás alapvető fontosságú szocio-kognitív prediktora (Motl és mtsai 2002; Rodgers és mtsai 2002). Egyes szerzők szerint (pl. Deci és Ryan 2000) a kompetencia, valamint ezzel összefüggésben az önbecsülés érzése az önbeteljesülés egyik legfontosabb személyhez kötött képessége. Pozitív összefüggést mutat úgy a fizikai aktivitással (Barr-Anderson és mtsai 2007; Dishman és mtsai 2005), mint az egészséges táplálkozási magatartással (Glynn és Ruderman 1996; Luszczynska és mtsai 2004; Pikó 2002), valamint egyéb egészségvédő magatartási formákkal (Boney-McCoy és mtsai 1999).

Az önszabályozott viselkedés egy jól meghatározott cél vagy feladat végrehajtásában a viselkedés módosítása érdekében tett erőfeszítésre vonatkozik (Tice és Bratslavsky 2000), Karoly (1993) szerint a viselkedéskontrollra vonatkozó stabil személyiségvonás. Az önszabályozott viselkedés esetében ez a viselkedéskontroll a figyelemnek a feledatvégzésre történő összpontosítására és az érzelmeknek a feladatvégzés szempontjából történő szabályozására vonatkozik (Baumann és Kuhl 2002). Zimmerman (1995) leszögezi, hogy az önszabályozott viselkedés nem azonos az önellenőrzéssel, az öntudatossággal vagy a metakognícióval.

A jövőorientáció az egészségvédő magatartás jelentős motivációs összetevője (Rothspan és Read 1996; Strathman és mtsai 1994). A szociál-kognitív motivációelmélet szerint a jövőképzet meghatározó a preventív egészségmagatartásokban (Bandura 1997). Más vélemény szerint (Shapiro és mtsai 1998) az egészségmagatartás közvetlenül összefügg a jövővel kap-

csolatos döntési folyamatokkal. A jövőorientáció jelentheti a rizikómagatartások kínálta „pszichoszociális haszon” jelenbeli elutasítását valamely, a jövőben élvezhető egészség-haszon érdekében. Ugyanakkor, amint azt Croll és mtsai (2001) vizsgálati eredményei is igazolták, az egészséges táplálkozást a jövőorientáció alacsony szintje nagyobb mértékben akadályozza, mint a táplálkozási előírások ismeretének a hiánya.

Szintén protektív tényező az élet értelmébe vetett hit, az egyénnek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak a bizonyossága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ összefüggő, kiszámítható, az események pedig befolyásolhatóak. Antonovsky (1993) szerint az élet értelmébe vetett hit olyan létbizonyosság, amelynek birtokában az egyén a viselkedéses kihívásokat képes pozitívan értelmezni (hinni abban, hogy a nehéz élethelyzetek értékes élettapasztalatok megszerzésének a lehetőségét jelentik), képes derűlátó lenni a jelenben, megkeresni a társas támogatás adekvát formáit, megőrizni teljesítménymotivációját, ésszerűen gazdálkodni az idővel. Az élet értelmébe vetett hit és az egészség kapcsolatával számos empirikus vizsgálat foglalkozik. Häggman-Laitila és Pietilä (1998) az élet értelmébe vetett hit és az egészség összefüggésrendszerének a magyarázatában gazdag szakirodalmi adatokra hivatkoznak, megállapítva, hogy az egészséges életmód szempontjából kiemelt jelentőségű tudatosság nem képzelhető el a nélkül a bizonyosság nélkül, hogy életünk értelemmel telített. Ez ugyanis a jövőnkkel, életünkkel és egészségünkkel kapcsolatosan mindenféle tervezési folyamat kiindulópontja. Von Bothmer és Fridlund (2003) igazolták, hogy az optimizmus és az étellel szembeni pozitív érzelmi beállítottság az általános egészségi állapot jelentős prediktora.

Az élet értelmébe vetett hit negatívan befolyásolja az egészségkockázati magatartásformák gyakoriságát is (Larson és mtsai 1998; Nicholson és mtsai 1994). Zullig (2001) eredményei szerint a szerfogyasztókra – a nem fogyasztókkal szemben – az étellel való elégedettség lényegesen alacsonyabb szintje jellemző. Topolsky (2001) szerint pedig a szerfogyasztókhöz képest a szerfogyasztástól tartózkodó serdülők szignifikánsan jobbnak ítélik életminőségüket. Az élet értelmébe vetett hit nemcsak az egészségi állapot és a betegségekkel való megküzdés, hanem az életminőség meghatározó összetevője is (Ebert és mtsai 2002).

## **A VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA**

### **A kutatás célja**

A jelen kutatás célja az egészségmagatartásokkal összefüggésbe hozható protektív tényezők hatásrendszerének a vizsgálata, arra a hipotézisre alapozva, hogy az énhatékonyság motivációs tényezőként, az önszabályozott viselkedés akarati tényezőként, a jövőorientáció kognitív tényezőként, az élet értelmébe vetett hit pedig spirituális tényezőként eltérő összefüggérendszeret alakít ki az egészségkárosító és az egészségvédő magatartásformákkal.

### **Minta és módszer**

A vizsgálati populáció a Maros és Kovászna megyei IX–XII.-es tanulók csoportja. A mintavétel alapjául a 2005–2006-os tanév beiskolázási adatai szolgáltak. A Maros megyei mintába 1200, a Kovászna megyei mintába pedig 800 tanulót vettünk be. A mintavétel rétegzett mintavételi eljárással történt, a mintavétel alapegységei az iskolai osztályok voltak.

A vizsgálatra 2006 tavaszán került sor, előzetesen felkészített kérdezőbiztosok segítségével. A kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A kérdőív kitöltése – előzetes tesztelésre alapozva – 50–60 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt urnába helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 98,8%-os válaszadási arányt állapítottunk meg. Így az alapmintából 1977 Maros és Kovászna megyei tanuló kérdőívét dolgoztuk fel.

Függő változónak két egészséggrizikó (dohányzás és szeszesital-fogyasztás) és két egészségvédő (fizikai aktivitás és táplálkozáskontroll) magatartást vettünk, független változónak pedig az énhatékonyságot, az önszabályozott viselkedést, a jövőorientációt és az élet értelmébe vetett hitet tekintettük.

Az egészséggel kapcsolatos magatartások felmérésére a Gerrard és mtsai (1996) által kidolgozott mérőeszközt használtuk fel. A dohányzás és a szeszesital-fogyasztás esetében az elmúlt havi gyakoriságot vizsgáltuk („Az elmúlt hónapban kb. mennyit dohányoztál?” „Az elmúlt hónapban hány-szor ittál egyszerre nagyobb mennyiségű – több pohár – alkoholt?”). A válaszlehetőségek mindkét változó esetében hatfokú Likert-skálán oszlottak meg. A fizikai aktivitás esetében a mérés az intenzív, legkevesebb 30 percig tartó fizikai aktivitás havi gyakoriságára irányult. A „soha”, illetve a „hetente három vagy több alkalommal” válaszlehetőségek egy ötfokú

Likert-típusú skála végpontjait jelentették. A táplálkozásra való odafigyelést a következő kérdés segítségével mértük: „Az elmúlt hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezéssre (azaz próbáltál egészségesen táplálkozni)?” A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem”, „egy kissé”, „időnként”, „legtöbbször”, „mindig”.

Az énhatékonyság mérése a General Self-Efficacy Scale (Schwarzer és Jerusalem 1995) segítségével történt. A skála 10 kijelentésből áll, amelyeket a válaszadónak saját személyére vonatkozóan kell megítélnie. A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem jellemző rám”, „alig jellemző rám”, „jellemző rám”, „teljes mértékben jellemző rám”. A skála magyarországi adaptációja Kopp Mária és mtsai (1993) által valósult meg. Cronbach alfa mutatója magyarországi serdülőpopulációban 0,81 volt (Pikó 2002), mintánkban pedig 0,86.

Az önszabályozott viselkedés mérése a Wills és mtsai (2002) által kidolgozott Self-Regulation Scale segítségével valósult meg. A skála 7 kijelentést tartalmaz, melyek érvényességét a válaszadónak négyfokú skálán kell megítélnie. Mintánkban a skála Cronbach alfa mutatója 0,78 volt.

A jövőorientációt a Strathman és mtsai (1994) nevéhez fűződő skálával (Consideration of Future Consequences Scale) mértük. A skála hat kijelentéséhez egyenként öt válaszlehetőséget rendeltek hozzá, amelyek az „egyáltalán nem jellemző rám” és a „teljes mértékben jellemző rám” válaszlehetőségek között oszlanak meg. Magyarországi mintán a skála megbízhatóságát mérő Cronbach alfa 0,55 (Luszczynska és mtsai 2004), mintánkban pedig 0,66 volt.

Az élet értelmébe vetet hitet Rahe és Tolles (2002) Brief Stress and Coping Inventory „Purpose and connection” (magyarul: Életcél és kapcsolatok) alskálájának a segítségével vizsgáltuk. A skála nyolc kijelentést, és kijelentésenként három válaszlehetőséget tartalmazott. Magyarországi adaptációját Rózsa és mtsai (2005) végezték el. Magyarországi mintán a skála Cronbach alfa mutatója 0,72 (Rózsa és mtsai 2005), mintánkban pedig 0,85 volt.

## EREDMÉNYEK

### **Az egészségmagatartási formák előfordulása a mintában**

Amint az 1. táblázatból kitűnik, a dohányzás havi prevalenciája a teljes mintában 55,5%, a szeszesital-fogyasztás (nagyivás) 36,5%, a fizikai aktivitásé 90,3% és a táplálkozáskontrollé 83,9%. A chi-négyzet próba mind a négy vizsgált egészséggel kapcsolatos magatartás esetében nemi eltéréseket igazolt, mind a négy változó esetében a fiúk javára.



1. táblázat. Nemi különbségek az egészséggel kapcsolatos magatartások szintjén

Egészséggel kapcsolatos magatartási formák	Teljes minta (n = 1977)	Fiúk (n = 950)	Lányok (n = 1027)
Az elmúlt hónapban kb. mennyit dohányoztál? <sup>***a</sup>			
Egyszer sem	44,5%	43,3%	45,7%
Csak néha egyet-egyed	16,3%	14,1%	18,4%
1-5 szálát naponta	8,3%	7,8%	8,9%
6-10 szálát naponta	6,7%	8,2%	5,3%
11-20 szálát naponta	4,2%	6,7%	1,9%
20-nál többet naponta	3,2%	5,4%	1,2%
Az elmúlt hónapban hányszor ittál egyszerre nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt? <sup>***</sup>			
Egyszer sem	63,5%	48,5%	77,4%
1-szer	17,7%	21,7%	13,9%
2-szer	9,6%	13,2%	6,3%
3-5-ször	6,3%	11,5%	1,5%
6-9-szer	1%	1,8%	0,2%
10-szer vagy ennél többször	1,5%	2,9%	0,1%
A fizikai aktivitás gyakorisága az elmúlt hónapban <sup>***</sup>			
Soha	9,7%	6,1%	12,9%
Párszor	31,7%	23,1%	39,6%
Havonta kétszer-háromszor	8,8%	8,1%	9,4%
Hetente egyszer-kétszer	27,3%	28,7%	26,0%
Hetente három vagy több alkalommal	22,4%	33,9%	11,8%
A táplálkozásra való odafigyelés gyakorisága az elmúlt hónapban <sup>***</sup>			
Egyáltalán nem	16,1%	19,3%	13,2%
Egy kissé	27,1%	24,6%	29,3%
Időnként	30,0%	26,0%	33,7%
Legtöbbször	18,6%	19,6%	17,7%
Mindig	8,0%	10,3%	5,8%

<sup>a</sup> chi-négyzet próba, <sup>\*\*\*</sup> p < 0,001

A vizsgált két egészségkockázati magatartásforma esetében a rendszeres fogyasztás a fiúkra jellemzőbb. A fizikai aktivitás esetében a nemek közötti különbségek a heti gyakorisággal végzett aktivitásban mutatkoznak meg. A táplálkozásra való odafigyelés esetében – habár a lányoknál regisztráltunk nagyobb prevalenciaértékeket – a fiúk figyelnek oda gyakrabban a táplálkozási szokásaikra.

## A protektív tényezők előfordulási szintje a mintában

A 2. táblázat az egészségmagatartási formákkal kapcsolatba hozott protektív tényezők leíró statisztikáját tartalmazza. Amint a táblázatból is kitűnik, az énhatékonyság, az önszabályozott viselkedés és a jövőorientáció a fiúkra jellemzőbb, az élet értelmébe vetett hit pedig nem mutat nemek közötti eltérést.

2. táblázat. Nemi különbségek a protektív tényezők szintjén

	Teljes minta (Átlag/Szórás/ Cronbach $\alpha$ )	Fiúk (Átlag/Szórás)	Lányok (Átlag/Szórás)
Énhatékonyság <sup>***a</sup>	18,63 (5,31) (0,86)	19,22 (5,65)	18,08 (4,97)
Önszabályozott viselkedés*	11,74 (3,92) (0,78)	11,92 (4,20)	11,57 (3,64)
Jövőorientáció*	12,81 (4,27) (0,66)	13,01 (4,26)	12,62 (4,27)
Az élet értelmébe vetett hit	8,77 (2,20) (0,85)	8,69 (2,27)	8,78 (2,12)

<sup>a</sup> független kétmintás t-próba, \*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,001$

## Az egészségmagatartást befolyásoló protektív tényezők többváltozós elemzése

A 3. táblázat az egészséggel kapcsolatos magatartásformák többváltozós lineáris regresszióanalízisének az eredményeit mutatja be. Az egészségkockázati és az egészségvédő magatartásformák eltérő prediktorstruktúrával rendelkeznek. A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében az élet értelmébe vetett hit meghatározó, méghozzá negatív előjellel, azaz védőfaktor-ként funkcionál. A szerfogyasztás azonban magasabb énhatékonysággal jár együtt. Az egészségvédő magatartásformák esetében viszont az élet értelmébe vetett hit helyett más változók kerültek előtérbe, mint az énhatékonyság, a jövőorientáltság és az önszabályozott viselkedés. Az énhatékonyság az egészségvédő magatartások esetében is pozitív előjelű, így mindhárom vizsgált pszichológiai jellemző protektív hatású. A vizsgálatba bevett szociodemográfiai változók közül a nem és az életkor – a táplálkozáskontrollt leszámítva – mindhárom egészséggel kapcsolatos magatartás esetében prediktor. A dohányzás, a szeszesital-fogyasztás mértéke és a fizikai aktivitás gyakorisága a fiúknál nagyobb, az egészségkockázati magatartások gyakorisága az életkorral növekvő, a fizikai aktivitásé pedig csökkenő tendenciát mutat. A szülők iskolai végzettsége semmilyen befolyást nem gyakorolt a vizsgált egészségmagatartási formák előfordulásának gyakoriságára, a család jó társadalmi réteghelyzete viszont növelte

3. táblázat. Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák havi gyakoriságának többváltozós lineáris regresszióanalízise ( $\beta$  regressziós együtthatók)

	Egészségkockázati magatartásformák		Egészségvédő magatartásformák	
	dohányzás	alkoholfogyasztás	fizikai aktivitás	táplálkozás-kontroll
Protektív pszichológiai jellemzők				
Élet értelmébe vetett hit	-0,08*** <sup>a</sup>	-0,07*	-0,04	0,05
Énhatékonyosság	0,15***	0,06*	0,12***	0,09**
Önszabályozott viselkedés	-0,02	-0,04	0,11***	0,09**
Jövőorientáció	-0,05	0,01	0,12***	0,06*
Szociodemográfiai jellemzők				
Nem (fiú =1, lány =2)	-0,15***	-0,31***	-0,24***	-0,01
Élektor	0,10***	0,05*	-0,06*	-0,03
Apa iskolai végzettsége	-0,01	0,01	0,04	0,03
Anya iskolai végzettsége	0,01	-0,01	0,02	0,01
Társadalmi helyzet megítélése	0,07*	0,14***	0,06*	0,07*
Konstans	-1,089	0,001	3,288***	1,057*
R <sup>2</sup>	0,06*** <sup>b</sup>	0,12***	0,11***	0,05***

<sup>a</sup>  $\beta$  standardizált regressziós együttható; <sup>b</sup>R<sup>2</sup> változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt, \* p < 0,05, \*\* p < 0,01, \*\*\* p < 0,001

mind az egészségkockázati, mind pedig az egészségvédő egészségmagatartások előfordulását.

## MEGBESZÉLÉS

A rendszeres dohányzás és szeszesitalfogyasztás a fiúknál gyakoribb. Eredményeink Reitz (2005) vizsgálati eredményeihez kapcsolódnak, aki az externalizált problémaviselkedési formákat egyértelműen a fiúkra találta jellemzőbbnek. A fiúk a lányoknál gyakrabban végeznek fizikai aktivitást, és bár a táplálkozásra való odafigyelés prevalenciaértéke a lányoknál nagyobb, mégis a fiúk azok, akik nagyobb arányban figyelnek oda minden alkalommal táplálkozásukra. Eredményeink összhangban vannak európai epidemiológiai felmérések adataival (Eaton és mtsai 2006, Mathieson és Koller 2006) és egyéb kutatási eredményekkel (Fairclough és Stratton 2005; Von Bothmer és Fridlund, 2005).

Serdülőkorban az egészségkockázati magatartásformák növekedéséről és az egészségvédő magatartásformák csökkenéséről számolnak be a kutatási eredmények (vö. Fairclough és Stratton 2005). Éppen ezért kiemelt fontosságú a védőfaktorok felkutatása. A jövőorientáltság, az élet értelmébe

vetett hit, az énhatékonyság vagy az önszabályozott viselkedés olyan pszichológiai változók, amelyek védőfaktoroként funkcionálhatnak (pl. Barr-Anderson és mtsai 2007; Croll és mtsai 2001; Dishman és mtsai 2005; Glynn és Ruderman 1996; Luszczynska és mtsai 2004; Pikó 2002). A szakirodalom alapján feltételeztük, hogy az egyes egészséggel kapcsolatos magatartásformákra eltérő prediktorstuktúra jellemző.

Az egészséggel kapcsolatos magatartások regresszióanalíziséből nyert adataink valóban arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségvédő magatartás nem egyszerűen az egészségkockázati magatartásformák hiánya, hanem egészségtudatos döntés eredménye. Erre következtethetünk abból, hogy a sportolást és a táplálkozáskontrollt a jövőorientáltság és az önszabályozott viselkedés határozza meg, míg a szerfogyasztás legfontosabb prediktora az élet értelmébe vetett hit hiánya volt. Korábbi vizsgálatok is igazolták a jövőorientáltság szerepét a sportolás és a táplálkozáskontroll meghatározásában (Croll és mtsai 2001; Luszczynska és mtsai 2004; Piko 2002). Az önszabályozott viselkedés prediktív hatása pedig az egészségvédő magatartásformákkal kapcsolatban a tudatosság szerepét hangsúlyozza (Tice és Bratslavsky 2000). Az élet értelmébe vetett hit preventív hatása az egészségkockázati magatartásformákban nyer hangsúlyt a hivatkozott nemzetközi szakirodalomban is (Larson és mtsai 1998; Nicholson és mtsai 1994; Zullig 2001).

Az énhatékonyság sajátos helyzetére utal, hogy pozitívan korrelál mind az egészségkockázati, mind az egészségvédő magatartásformákkal. Az énhatékonyság tehát együtt jár egy egészségtudatosabb viselkedéssel, azonban nagyobb szerfogyasztási gyakorisággal is. Mivel a jelen vizsgálat keresztmetszeti jellegű, ok-okozati kapcsolatot nem igazolhatunk. Longitudinális vizsgálatok azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy ez a kapcsolat valójában azt jelzi, hogy az énhatékonyság hiánya hajlamosíthat szerfogyasztásra, ami viszont növelheti a fiatalok énhatékonyságát és önbizalmát (Glendinning 2002). Ebbe az irányba mutatnak azok a kutatási eredmények is, melyek szerint a kompetens viselkedés alapját képező önértékelés az internalizált problémaviselkedés egyértelmű védőfaktora, szerepe azonban az externalizált problémaviselkedéssel kapcsolatban többértelmű (Pikó 2002).

Kutatási eredményeink megerősítik a protektív pszichológiai hatások szerepét a fiatalok egészségtudatos viselkedésének kialakításában, illetve az egészségkockázati magatartásformák megelőzésében.

## Irodalom

- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36: 725–733.
- Asakawa, K., Csikszentmihályi, M. (1998): Feeling of connectedness and internalization of values in Asian American adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 29: 121–145.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
- Barr-Anderson, D. J., Young, D. R., Sallis, J. F., Neumark-Sztainer, D. R., Gittelsohn, J., Webber, L., Saunders, R., Cohen, S., Jobe, J. B. (2007): Structured physical activity and psychosocial correlates in middle-school girls. *Preventive Medicine*, 44 (5): 404–409.
- Baumann, N., Kuhl, J. (2002): Intuition, affect, and personality: Unconscious coherence judgments and self-regulation of negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83: 1213–1223.
- Blum, R. W., Ireland, M. (2004): Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of Adolescent Health*, 35: 493–500.
- Boney-McCoy, S., Gibbons, F.X., Gerrard, M. (1999): Self-esteem, compensatory self-enhancement, and the consideration of health risk. *Journal of Personal and Social Psychology*, 8: 954–965.
- Brown, D. R., Wang, Y. (1992): The relationships among exercise training, aerobic capacity, and psychological wellbeing in the general population. *Medicine, Exercise, Nutrition, and Health*, 3: 125–142.
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., Cohen, R. D. (1991): Physical activity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 134: 220–231.
- Conner, M., Norman, P., Bell, R. (2002): The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21: 194–201.
- Cramer, S. R., Nieman, D. C., Lee, J.W. (1991): The effects of moderate exercise training on psychological well-being and mood state in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 35: 437–449.
- Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. (2001): Healthy eating: what does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*, 33: 193–198.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (2004): HBSC-Health Behavior in School-aged Children: WHO Cross-National Study. International Reports. WHO Denmark.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000): The ‘what’ and ‘way’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11: 227–268.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R. E. (2003): Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54: 403–425.
- Dishman, R. K., Motl, R. W., Saunders, R., Dowda, M., Felton, G., Ward, D. S., Pate, R. R. (2005): Enjoyment mediates increased physical activity among adolescent girls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 37: 478–487.
- Eaton, D. E., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J. A., Wechsler, H. (2006): *Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2005*. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries. Vol. 55, No. SS-5.
- Ebert, S. A., Tucker, D. C., Roth, D. L. (2002): Psychological resistance factors as predictors

- of general health status and psychological symptoms reporting. *Psychology, Health and Medicine*, 7: 77–83.
- Elliot, A., Chirkov, V. I., Kim, Y, Sheldon, K. M. (2001): A cross-cultural analysis of avoidance (relative to approach) personal goals. *Psychological Science*, 12: 505–510.
- Fairclough, S., Stratton, G. (2005): Improving health-enhancing physical activity in girls' physical education. *Health Education Research*, 20: 448–457.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. (1996): Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 281–292.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Benthin, A. C., Hessling, R. M. (1996): A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15: 344–354.
- Glendinning, A (2002): Self-esteem and smoking in youth - muddying the waters? *Journal of Adolescence*, 25: 415.
- Glynn, S. M., Ruderman, A. J. (1986): The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy Research*, 10: 403–420.
- Häggman-Fairclough, A., Pietilä, A. M. (1998): Life control and health in view of qualitative and quantitative research. *International Journal of Nursing Practice*, 4: 103–112.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004): *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm.
- Hossack, R. C. (1997): Salutogenic and pathogenic orientations to life: Attachment, personality, sense of coherence and well-being in late adolescence: A structural equation model. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 58: 2153.
- Jessor, R. (1993): Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48: 117–126.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M. (1998): Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 788–800.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E. (2006). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2005: Volume I, Secondary school students* (NIH Publication No. 06-5883). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Karoly, P. (1993): Mechanisms of self-regulation: A system view. *Annual Review of Psychology*, 44: 23–52.
- Kopp, M. S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993): *Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- Landers, D. M., Petruzzello, S. J. (1994): Physical activity, fitness, and anxiety. In: Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T. (eds.) *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement*. Human Kinetics, Champaign, IL, pp. 868–882.
- Larson, D. B., Swyers, J. P., McCullough, M. E. (eds.) (1998): *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. National Institute for Healthcare Research, Rockville MD.
- Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M. (2007): Trends in adolescent fruit and vegetable consumption, 1999–2004: project EAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 32: 147–150.
- Luszczynska, A., Gibbons, F. X., Piko, B., Teközel, M. (2004): Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and phy-

- sical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19: 577–593.
- Mathieson, A., Koller, T. (2006): *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. WHO/HBSC Forum WHO European Office for Investment for Health and Development.
- Motl, R. W., Dishman, R. K., Saundres, R. P., Dowda, M., Felton, G., Ward, D. S., Pate, R. R. (2002): Examining social-cognitive determinants of intention and physical activity among Black and White adolescent girls using structural equation modeling. *Health Psychology*, 21: 459–467.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Dixon, L. B., Murray, D. M. (1998): Adolescents engaging in unhealthy weight control behavior: Are they at risk for other health-compromising behaviors? *American Journal of Public Health*, 88: 952–955.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., Resnick, M. D. (1997b): Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 12: 37–52.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Toporoff, E., Himes, J. H., Resnick, M. D., Blum, R. W. M. (1997a): Covariates of eating behavior with other health-related behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 20: 450–458.
- Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., James, S., Sickle, F., Pruitt, T. (1994): The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8: 24–28.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodick, D.A., Sawzer, S.M. (2003): Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26: 1–11.
- Oshi, S., Diener, E., Lucas, R. E., Such, E. (1999): Cross-cultural variation in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs, and values. *Personal and Social Psychology Bulletin*, 25: 980–990.
- Pikó B. (2001): Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a „kirakós játékhoz”. *Addictologia Hungarica*, 9: 195–203.
- Pikó B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkörben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Rahe, R. H., Tolles, R.L. (2002): The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9: 61–70.
- Reininger, B. M., Evans, A. E., Griffin, S. F., Sanderson, M., Vincent, M. L., Valois, R. F., Parra-Medina, D. (2005): Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *American Journal of Health Behavior*, 29: 150–161.
- Reitz, E., Dekovic, M., Meijer, A. M. (2005): The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34: 577–588.
- Rodgers, W. M., Hall, C. L., Blanchard, C. M., McAuley, E., Munroe, K. J. (2002): Task and scheduling self-efficacy as predictors of exercise behavior. *Psychology and Health*, 17: 405–416.
- Rothspan, S., Read, S. J. (1996): Present versus time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15: 131–134.
- Rózsa S., Kő N., Csoboth Cs., Purebl Gy., Beöthy-Molnár A., Szebik I., Berghammer R., Réthelyi J., Skrabski Á., Kopp M. (2005): Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6: 275–294.

- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D. (2004): Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158: 760-766.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995): Generalized self-efficacy scale. In: Weinman, J., Wright, S. and Johnston, M. (eds.): *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. NFER-NELSON, Windsor, UK., pp. 35-37
- Schwarzer, R., Renner, B. (2000): Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19: 487-495.
- Shapiro, R., Siegel, A. W., Scovill, S. L., Hays, J. (1998): Risk-taking patterns of female adolescents: what they do and why. *Journal of Adolescence*, 21: 143-159.
- Shedler, J., Block, J. (1990): Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45: 612-630.
- Steptoe, A., Edwards, S., Moses, J., Mathews, A. (1989): The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 33: 537-547.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D. S., Edwards, C. S. (1994): The consideration of future consequences: Weighting immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66: 742-752.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. (2001): Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50: 77-86.
- Sweeting, H., Anderson, A., West, P. (1994): Socio-demographic correlates of dietary habits in mid to late adolescence. *European Journal of Clinical Nutrition*, 48: 736-748.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E. (2000): Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11: 149-159.
- Topolski, T. D., Patrick, D. L., Edwards, T. C., Huebner, C. E., Connell, F. A., Mount, K. K. (2001): Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29: 426-435.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996): *Physical activity and health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Von Bothmer, M. I., Fridlund, B. (2005): Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing Health Science*, 7: 107-118.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M. (2002): Moderators of the relation between substance use level and problems: Test of a self-regulation model in middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111: 3-21.
- Wright, D., Sathe, N., Spagnola, K. (2007). *State estimates of substance use from the 2004-2005 National Surveys on Drug Use and Health* (DHHS Publication No. SMA 07-4235, NSDUH Series H-31). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Rockville, MD.
- Zimmerman, B. J. (1995): Self-regulation involves more than metacognition: A social cognitive perspective. *Educational Psychologist*, 30: 217-221.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, S. E., Oeltmann, J. E., Drane, W. J. (2001): Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29: 279-288.



BRASSAI, LÁSZLÓ – PIKÓ, BETTINA

## **THE ROLE OF PROTECTIVE PSYCHOLOGICAL VARIABLES IN ADOLESCENTS' HEALTH-RELATED BEHAVIORS**

In adolescence, health-related behaviors and protective factors represent a primordial preoccupation concerning prevention. Among health-risk behaviors, smoking and drinking, among health-enhancing behaviors, physical activity and diet control are the most frequently studied. The present research focuses on the relationship between these health-related behaviors and certain protective factors. Data were collected among 1977 students from grade 9th to grade 12th in Transylvania, Romania, in the spring of 2006, with self-administered questionnaires. Data from regression analysis of the health-related behaviors draw our attention to the fact that health-enhancing behaviors are not merely the absence of health-risk behaviors but more a consequence of health-conscious decision. Sports activity and diet control were determined by future-orientedness and self-regulatory behavior, whereas the lack of the belief in the meaning of life ('purpose and connection' variable) was the most important predictor of substance use. A special case of self-efficacy was based on the results in which this variable was in relation to both health behavior types with positive direction. Our findings support the role of protective psychological effects in developing youth's health-conscious behaviors as well as in preventing health-risk behaviors.

**Keywords:** adolescence, health-risk and health-enhancing behaviors, protective factors