

KOCKÁZATVÁLLALÓ MAGATARTÁS A CSALÁDSZERKEZET FÜGGVÉNYÉBEN, VALAMINT HATÁSA A TANULMÁNYI EREDMÉNYESSÉGRE

HEALTH-RISK BEHAVIOUR IN REGARD OF FAMILY STRUCTURE AND ITS EFFECT ON ACADEMIC ACHIEVEMENT

Kovács Karolina Eszter, Nagy Beáta Erika

Abstract: The frequency of health-risk behaviours like smoking, alcohol consumption and substance use is usually higher in adolescence. In addition, its appearance is higher among students coming from non-intact families. These factors also have a strong influence on academic achievement as students from fragile families and students having these health-damaging habits tend to be less effective. According to our results, four different student clusters can be detected regarding health behaviour (traditional risk-takers, hard risk-takers, ambivalent students and risk-avoiders). Ambivalent students reached the best achievement while hard risk-takers showed the poorest efficacy. Finally, students from intact families showed better results compared to their peers from single-parent or patchwork families.

Keywords: adolescents, health-risk behavior, family structure, academic achievement

1. Bevezetés

Az egészség- és kockázati magatartás egymástól elválaszthatatlan fogalmak. A magatartás széles spektrumát ölelik fel, amely számos komponenst tartalmaz, valamint számos külső és belső tényező van rá hatással. Ezek egy része interperszonális, mint a kiegyensúlyozott érzelmi élet és megfelelő fizikai aktivitás vagy a rendszeres önellenőrzés. Más hatások a környezet felől érkeznek, mint az információk, családi normák és értékek. Ebből a komplex rendszerből jelen tanulmányban az egészségkárosító magatartásformák közül a dohányzásra, túlzott mértékű alkoholfogyasztásra és illegális szerhasználatra fókuszálunk, elsősorban a 2014-es HBSC és a 2011-es ESPAD kutatások nemzetközi és hazai eredményeire támaszkodva, amely jelentős hatással bír a serdülők önértékelt egészségére, önértékelésére és jóllétére is (Költő és Zsíros, 2013).

Az egészségkárosító magatartásformák közül az egyik legnagyobb veszélyforrásnak a dohányzás tekinthető. A kutatások (HBSC, ESPAD) eredményei alapján a rendszeres dohányzás tendenciája fokozatosan nő, elsősorban a nők körében (a nemi kiegyenlítődés folyamatában), Közép- és Kelet-Európában egyaránt (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal és Rasmussen, 2004). A diákok egyre fiatalabb életkorban gyűjtanak rá (nemritkán 8-9 éves korban), amely valószínűsíti a rendszeresen dohányzók későbbi magasabb arányát is. A rendszeres dohányzás kezdete 15-16 éves korban a legmagasabb, ugyanakkor 1995 és 2007 között emelkedett a 14 éves, valamint a 11 éves vagy annál fiatalabb tanulók körében is a rendszeres dohányzás (Elekes, 2009).

Súlyos problémát jelent továbbá az alkoholfogyasztás az egészségkárosító magatartásformák közül, amely a WHO adatai szerint az Európai Régió felnőtt lakosságának és ifjúságának körében egyaránt a legmagasabbak között található. Az Európában élő diákok többsége már fogyaszt alkoholt 16 éves korára. A rendszeres alkoholfogyasztás kezdete 13 éves korra tehető, ám már a 11 éves korosztály 1%-

a rendszeres alkoholfogyasztó (Currie és mtsai, 2004). A kipróbálás egyre korábban történik meg, az első lerészegedés életkora leggyakrabban a 15-16 éves kor, ám egyre nő az arány a 11 éves vagy annál fiatalabbak körében (Németh és Költő, 2014).

Az illegális szerhasználat már a „serdülő kultúra” részének tekinthető, mivel a serdülőkor egyébként is egy kritikus életszakasz, ebben az időszakban az illegális szerhasználat elterjedtsége nagyobb az átlagosnál (Demetrovics, 2001). Az illegális szerek első kipróbálásának életkora is egyre korábbra tehető; egyre nagyobb arányban történik meg mind a legális, mind az illegális szerek kipróbálása már 11 éves korban vagy az előtt. Az ESPAD kutatások eredményei alapján a tiltott szerek fogyasztása 1995 és 2003 között növekedett, míg 2007-re csökkent, ehhez képest lényegi változás nem történt 2011-ig. A magyarországi fogyasztási trend követi az európai változásokat, ám az európai átlagnál jóval alacsonyabb szinten (Elekes, 2009).

2. A családszerkezet hatása

Napjainkban egyre nagyobb a családszerkezeti változások száma (egy biológiai szülő és egy nevelő szülő, új családtagok stb.). A családszerkezet sérülésével (pl. ha csak egy szülő neveli a gyermeket/gyermekeket) csökken az elérhető szülői erőforrás anyagi és érzelmi támogatás tekintetében egyaránt (Waldfogel és mtsai, 2010). Mind az egyszülős (Del Ángel-Castillo és Torres-Herrera, 2008), mind a mozaikcsaládban (Pollak és Ginther, 2003; Del Ángel-Castillo és Torres-Herrera, 2008) nevelkedő gyermekek hátrányba kerülnek a hagyományos, kétszülős családban élő kortársaikhoz képest tanulmányi tekintetben. Kutatások eredményei alapján a családszerkezet összefüggésben áll a rizikómagatartással. Az intakt családokban (ahol mindkét biológiai szülő jelen van) a legalacsonyabb a különféle rizikómagatartás és egészségkárosító magatartásformák kipróbálása és fennmaradása (Elekes, 2009).

A rendszeres dohányzásra jelentős hatással bír a családszerkezet, hiszen csaknem kétszer nagyobb a rendszeres dohányzás esélye az egyszülős családban élő lányok körében, a hagyományos családban élő társaikkal összehasonlítva (Kestila, Koskinen, Martelin, Rahkonen, Pensola, Pirkola, Patja és Aromaa, 2006). A nem ép családban nevelkedés és a szülőkkel való rossz kapcsolat esetében szignifikánsan magasabb a heti rendszerességű dohányzás, mindkét nem tekintetében, de elsősorban a lányoknál (Moor, Rathmann, Lenzi, Pförtner, Nagelhout, De Looze, Berndsten, Willemsen, Kannas, Kunst és Richter, 2015; Szabó, Albert-Lőrincz, Albert-Lőrincz, Gáspárik, Bernáth és Barna, 2016). Az alkoholfogyasztás esetében is a hagyományos családban élő gyermekek körében a legalacsonyabb az alkoholfogyasztás esélye, míg az egyszülős családban élők körében ez az arány magasabb, az anyagi bevételtől vagy az etnikai háttértől függetlenül (Bjarnason, Andersson, Choquet, Elekes, Morgan és Rapinett, 2003; Blum, Beuhring, Shew, Bearinger, Sieving és Resnick, 2000), főleg azok körében, akiket az édesapa egyedül nevel (Bulduc, Caron és Logue, 2007). A drogfogyasztás is pozitív kapcsolatban áll a család szerkezeti változásával. A kannabisz használat mértéke magasabb az elvált vagy újrastrukturált családok gyermekei körében, hiszen a rendszeres drogfogyasztás körükben több mint másfélszer nagyobb (Legleye, Obradovic, Janssen, Spilka, Le Nézet és Beck, 2009), s szintén az apa által egyedül nevelt fiatalok a legveszélyeztetettebbek (Hemovich, Lac, és Crano, 2011).

A család szerepe természetesen az iskolákban, a tanulmányi eredményességben is megjelenik. A különböző típusú szerkezeti változás, válság hatásai eltérően jelentkeznek a tanulmányi teljesítményben. Az elvált vagy megözvegyült szülők gyermekei eredményesebbek azon kortársaikkal összehasonlítva, akiknek édesanyja sosem volt házas (Parke 2003, Del Ángel-Castillo és Torres-Herrera 2008). Ugyanakkor, ha az apa egyedül neveli a gyermeket, a tanulmányi eredményesség alacsonyabb foka tapasztalható (Pong, Dronkers és Hampden-Thompson, 2003). Engler és mtsai (2016) eredményei alapján a hagyományos, kétszülős családban nevelkedő diákok tanulmányi eredményei mind a matematika, mind szövegértés tekintetében meghaladják az átlagot, ám azon gyerekek teljesítménye átlag alatti, akiknek a családjában szerkezeti változás történt. Az egyszülős családok gyermekeinek eredménye kicsit jobb, mint a mozaikcsaládok gyermekeinél tapasztaltak. Megvizsgálták továbbá az eredményes tanulók összetételét is a családszerkezet függvényében. Ez alapján az eredményes tanulók többsége hagyományos családban nevelkedik (57,5%), míg az egy szülő által nevelt gyermekek 41,6%-a és a mozaikcsaládban élők 37%-a tartozik ebbe a körbe.

3. A kutatás bemutatása

A kutatási probléma az élvezeti szerek, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás és szerhasználat a serdülő korosztályban tapasztalható egyre növekvő arányú jelenlétében, az ennek következtében felmerülő komoly egészségmagatartással és tanulmányi teljesítménnyel kapcsolatos problémák okán merül fel. Az egészségkockázati magatartásformák jelenléte negatív hatással lehet a hosszú távú egészségmagatartásra, a megküzdési és szorongáscsökkentési képességekre, valamint a tanulmányi eredményességre egyaránt. Mindeközben a megfelelő mértékben gyakorolt rendszeres sporttevékenység egészségtudatosságra, tanulmányi és nem tanulmányi eredményességre mutatott pozitív hatásait kutatások már több ízben megerősítették. Ezek alapján a kutatási problémát az képezi, hogy milyen egészségmagatartási mintázatok, csoportosítások detektálhatók a diákok körében, ezek milyen arányban vannak jelen a különböző szerkezetű családokban, s milyen tanulmányi teljesítménybeli különbségek mutathatóak ki az egészségmagatartási tulajdonságok, valamint családszerkezeti különbségek alapján.

Vizsgálatunk célja egyrészt az egyes kockázati magatartások kipróbálásának felmérése, valamint a kipróbálások mentén különböző tanulócsoporthoz, klaszterek kialakítása. További cél a tanulmányi eredményesség vizsgálata, az erre ható tényezők feltérképezése és a tanulmányi teljesítmény mérése az egyes tanulói klaszterekben. Ehhez egyrészt a FASCES 2015 kutatás adatait vettük alapul, melyre az ország három keleti megyéjében, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Hajdú-Bihar megyékben került sor 627 10. osztályos tanuló bevonásával, másrészt a tanulmányi eredményesség vizsgálatához az Országos Kompetenciamérés 2015-ös 10. évfolyamos telephelyi adatai képezték a kutatási alapot. Az így elkészített adatbázis (FASCES-OKM 2015) 563 fő 10. osztályos tanuló adatait tartalmazza.

A kutatás során a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. A mintában jól kirajzolódó egészségmagatartási csoportok különíthetők el a dohányzási, alkohol- és szerfogyasztási kipróbálás és rendszeres testmozgás alapján (kockázatkerülő, ambivalens, hagyományos kockázatvállaló és erősen kockázatvállaló).
2. Az intakt családszerkezettel rendelkezők körében alacsonyabb a rizikómagatartás megjelenése, és nagyobb a kockázatkerülő klasztertagság aránya, míg a nem intakt családok esetében nagyobb a kockázatvállaló csoporttagságok aránya.
3. Mind a matematika, mind a szövegértés kompetencia tekintetében az kockázatkerülő és ambivalens klaszterbe tartozó diákok eredménye szignifikánsan jobb a hagyományos és erősen kockázatvállaló diákokkal összehasonlítva.
4. Mind a matematika, mind a szövegértési kompetencia tekintetében a hagyományos családmódban élő diákok szignifikánsan jobb eredményt érnek el az egyszülős és újrastrukturált családokban élő diákokkal összehasonlítva.

A kutatás során a függő változót az egyes kockázati magatartásformák (dohányzás, lerészegedés, füves cigaretta, könnyű drogok [nem erősen addiktív illegális szerek, pl. marihuána, LSD, mágikus gombák]) és kemény drogok [addiktív és akár injektálható kábítószer, pl. heroin, kokain, metamfetamin] kipróbálása és a sportolás, valamint a tanulmányi eredményesség, azaz a matematikai és szövegértés kompetenciamérés eredményei jelentették. A kutatás független változóit a családszerkezet, a sportolás, valamint a társadalmi háttérváltozók (a nem, a településtípus, az átlaghoz viszonyított anyagi helyzet, a szülők iskolai végzettsége és foglalkozási státusa, valamint a vallásosság) alkották.

A tanulói csoportok létrehozásához klaszteranalízist alkalmaztunk. Az adatok normális eloszlására való tekintettel (Kolmogorov-Smirnov próba, $p > 0,05$) a több csoport közötti különbség vizsgálatára egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk. A tanulmányi eredményességre ható tényezők vizsgálatához lineáris regresszió számítását végeztünk.

4. Egészségmagatartási klaszterek

A jelen vizsgálatban figyelembe vett öt kockázati magatartás és a rendszeres testmozgás alapján klaszteranalízissel négy csoportot hoztunk létre: a hagyományos kockázatvállalók, erősen kockázatvállalók, ambivalensek és egészség tudatosok csoportját. A csoportok besorolási alapját az egészségkárosító magatartásformák kipróbálása és a sportolás képezte. A csoportok besorolási alapját az 1. táblázat szemlélteti:

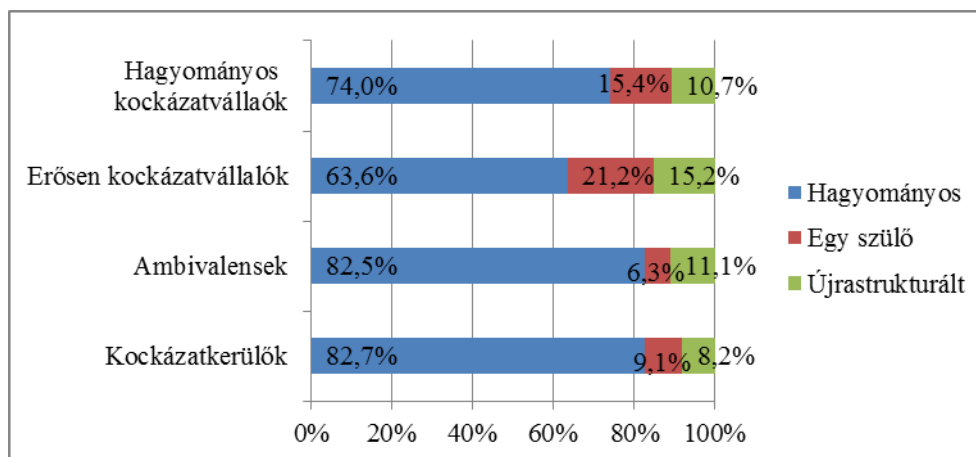
1. táblázat. Az egészségkárosító magatartásformák és a sportolás mentén kialakított klaszterek (Forrás: FASCES-OKM 2015, N=563)

	Hagyományos kockázatvállalók	Erősen kockázatvállalók	Ambivalensek	Kockázatkerülők
Dohányzás	1	1	1	0
Lerészegedés	1	1	1	0
Füves cigi	0	1	0	0
Könnyű drog	0	1	0	0
Kemény drog	0	0	0	0
Mozgás	0	0	1	0
Csoport-nagyság	328	35	65	115

A hagyományos kockázatvállalók csoportjába azok a diákok tartoznak, akik már dohányoztak és voltak részegek, de más egészségkárosító magatartásformát nem próbáltak ki, és nem is sportolnak. Az erősen kockázatvállalók csoportjának tagjai azok a tanulók, akik a kemény drogok kivételével valamennyi egészségkárosító tevékenységet kipróbáltak már, és nem sportolnak. Az ambivalensek csoportjába azok a tanulók kerültek, akik kipróbálták már a dohányzást és a részegséget is, tehát a kockázatvállaló magatartás bizonyos szintje jellemző rájuk, ám sportolnak is, tehát egészségtudatosság is jellemző rájuk. Végül a kockázatkerülők csoportjába azok a diákok kerültek, akik semmilyen egészségkárosító magatartást nem próbáltak még ki. Bár rájuk nem jellemző a rendszeres fizikai aktivitás, mégis egészségtudatos szemlélettel jellemezhetőek az egészségkárosító magatartásformák mellőzése miatt. Az 563 fős vizsgálati mintából 20 fő válasza nem voltak értékelhetőek, így a klaszterek 543 vizsgálati személy adatai alapján kerültek kialakításra.

5. Családszerkezet az egészségmagatartási klaszterekben

Emellett a családszerkezet vizsgálata is fontos részét képezi kutatásunknak, így a klaszterek családszerkezeti megoszlását is megvizsgáltuk.

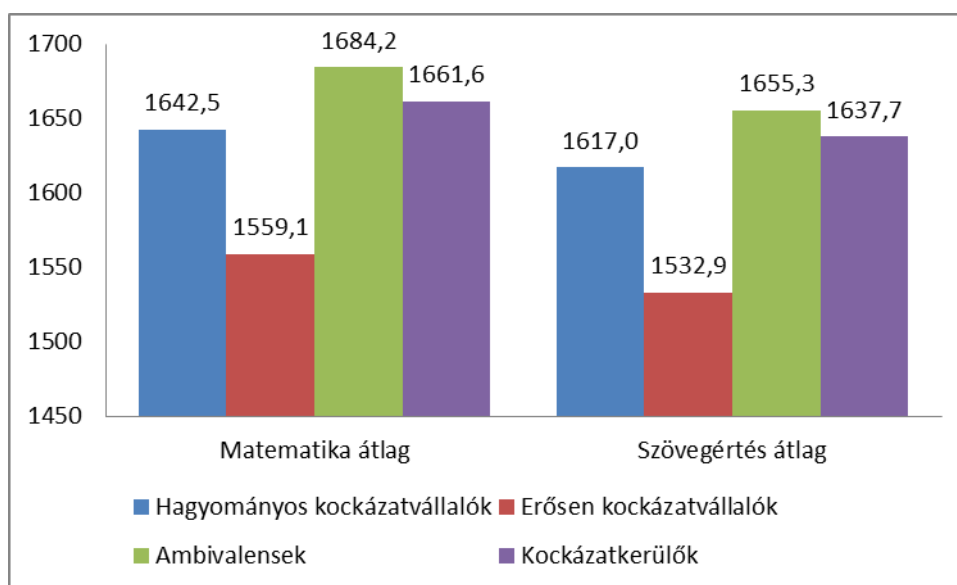


1. ábra. A klaszterek összetétele a családszerkezet alapján (Forrás: FASCES-OKM 2015, N=563)

Alapvetően minden klaszterben túlsúlyban vannak a hagyományos, azaz a biológiai anyával és apával élő serdülők, ugyanakkor az egészségtudatosak és ambivalensek esetében nagyobb a hagyományos családban élők aránya. A hagyományos családmódban a legalacsonyabb a rizikómagatartások kipróbálásának aránya, hiszen a hagyományos és erősen kockázatvállaló egyének aránya ebben a családtípusban a legalacsonyabb, míg az egészségtudatosak jelenléte ebben a csoportban a legnagyobb. Bár a különböző családszerkezetek megoszlásában nincs szignifikáns különbség az egyes klaszterek között ($p=0,151$), tendencia szinten megmutatkozik az eloszlásbeli különbség, mely szerint az intakt családszerkezettel rendelkezők körében alacsonyabb a rizikómagatartások megjelenése, míg az ép családban élők körében nagyobb az egészségtudatosság jelenléte.

6. Tanulmányi eredményesség a különböző klaszterekben

Megvizsgáltuk a tanulmányi eredményességet a különböző egészségtudatossági klaszterekben az Országos Kompetenciamérés 2015-ös, a 10. évfolyamos eredmények telephelyi adatai alapján. Ehhez az egyes tanulókhoz hozzárendeltük intézményük 2015-ös OKM átlagát. A csoportok átlagait a 2. ábra szemlélteti:



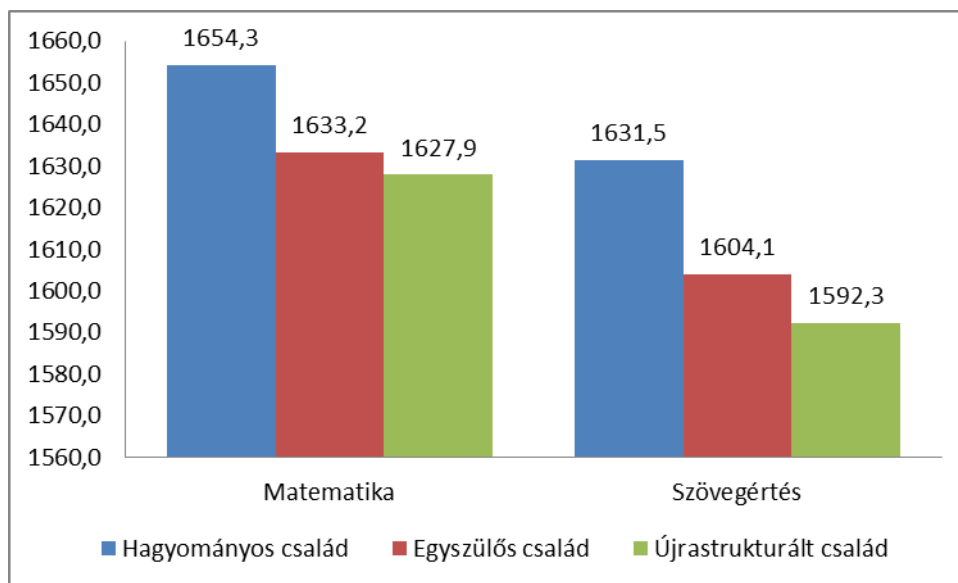
2. ábra. Tanulmányi eredményesség a különböző egészségmagatartási klaszterekben (Forrás: FASCES-OKM 2015, N=563)

A szövegértés tekintetében a populációátlag 1620,6 pont, a matematika tekintetében pedig 1646,2 pont. Jelen mintán mind a matematika, mind a szövegértés tekintetében az ambivalens klaszterbe tartozó tanulók érték el a legmagasabb pontszámot, míg az erősen kockázatvállaló tanulók eredményei bizonyultak a legrosszabbnak. A csoportok közötti különbségek szignifikánsak mind a matematika ($p=0,000$), mind a szövegértés ($p=0,000$) tekintetében.

Az ambivalensek esetében jelentős támogató faktort jelenthet a sport, amely a tanulmányi eredményességgel pozitív kapcsolatban áll, hiszen a rendszeres fizikai aktivitást végző tanulók eredményesebbek a tanulmányok tekintetében (Kovács, 2015; Hartman, 2008). Emellett számos kutatás rámutatott a kockázatvállaló viselkedés és a tanulmányi eredményesség közötti negatív kapcsolatra, amely jelen kutatás során is beigazolódott.

7. Tanulmányi eredményesség a különböző szerkezetű családokban

Végül megvizsgáltuk a különböző családból érkező tanulók tanulmányi eredményességét is a fenti adatbázis adatai alapján. A csoportok eredményeit a 3. ábra szemlélteti:



3. ábra. Tanulmányi eredményesség a különböző családszerkezetekben (Forrás: FASCES-OKM 2015, N=563)

Látható a diagramból, hogy a hagyományos családban élő tanulók eredményei a legjobbak, míg az újrastrukturált családban élő tanulóké a legrosszabbak. Az egyszempontos varianciaanalízis eredményei alapján a csoportok között a matematikai eredményesség tekintetében fennálló különbség nem szignifikáns ($p=0,086$), ugyanakkor a szövegértés tekintetében jelentős különbség mutatkozott ($p=0,017$).

8. Összefoglalás

Jelen kutatás az egészségkárosító magatartásformák (dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat) kipróbálását, azok tanulói megoszlását és tanulmányi eredményességre ható szerepét vizsgálta 10. osztályos tanulók körében. Kutatásunkban az egészségtudatosság, nevezetesen az egészségkárosító magatartásformák kipróbálása és a rendszeres sportolás alapján tanulói klasztereket hoztunk létre. Az Északkelet-Magyarországi adatok alapján négy klaszter vált elkülöníthetővé: a hagyományos kockázatvállalók (akik már dohányoztak és voltak részegek, de más egészségkárosító magatartásformát nem próbáltak ki, és nem is sportolnak), az erősen kockázatvállalók (akik a kemény drogok kivételével valamennyi egészségkárosító tevékenységet kipróbáltak már, és nem sportolnak), az ambivalensek (akik kipróbálták már a dohányzást és a részegséget is, ugyanakkor sportolnak is), valamint az egészségtudatosak (akik semmilyen egészségkárosító magatartást nem próbáltak még ki, ám nem sportolnak). A minta sajátossága, hogy nem alakult ki olyan klaszter, amelyben a teljes egészségtudatosság, vagyis a rendszeres sportolás és az egészségkárosító magatartásformák kerülése együttesen jelent volna meg. A kutatásban résztvevő valamennyi rendszeres sportolóra jellemző volt valamely egészségkárosító magatartásforma kipróbálása.

Mind a matematika, mind a szövegértés kompetencia tekintetében az erősen kockázatvállaló diákok voltak a legkevésbé eredményesek, míg az ambivalens klaszter tagjai a legeredményesebbek. Az ambivalens és kockázatkerülő klaszterek tanulóinak eredménye szignifikánsan jobb a hagyományos kockázatvállaló és egészségtudatos klaszterekbe tartozó diákokkal összehasonlítva. Az ambivalensek esetében jelentős támogató faktort jelenthet a sport, amely a tanulmányi eredményességgel pozitív kapcsolatban áll, míg az erősen kockázatvállalók alacsony tanulmányi teljesítményének háttérében a kockázatvállaló magatartás negatív hatása állhat. Megállapíthattuk továbbá, hogy a hagyományos családban élő tanulók eredményesebbek azoknál a tanulóknál, akiknek a családjában történt szerkezeti változás. Ennek háttérében a család támogató, társas támaszként funkcionáló szerepe állhat, amely

erős támogató faktor és tőkeforrás a tanuló számára; valamint a családban bekövetkező változások olyan stresszforrást jelentenek a tanuló számára, amely a tanulmányi eredményességre negatívan hat.

Jelen kutatás tehát részletes elemzést nyújt az egészségkárosító magatartások kipróbálásának megjelenésére, különös tekintettel a családszerkezet hatására; ezek tanulói eloszlására, azaz a klaszterekre és ezek összetételére, valamint a tanulmányi eredményességre való hatására is. Fontos azonban megjegyezni, hogy az adatbázisok sajátosságai miatt az Országos Kompetenciamérés eredményei az intézményi átlagot képviselik, hiszen tanulói szintű összekapcsolásra nem volt lehetőség. Természetesen ennek megvalósulásával lehetne a legpontosabb információt nyerni, ám jelen kutatás eredményei is értékesek a további összehasonlítás és prevenció programok kidolgozása számára.

Irodalomjegyzék

Bjarnason, T., Andersson, B., Choquet, M., Elekes, Zs., Morgan, M., Rapinett, G. (2003): Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(2), 200-208.

Blum, R. B., Beuhring, T., Shew, M. L., Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Resnick, M. D. (2000): The Effects of Race/Ethnicity, Income, and Family Structure on Adolescent Risk Behaviors. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1879-84.

Bulduc, J. L., Caron, S. L., Logue, M. (2007). The Effects of Parental Divorce on College Students. *Journal of Divorce & Remarriage*, 46(3-4), 83-104.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V.B. (szerk., 2004): *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1 (2016. 11. 30)

Del Ángel Castillo, M. C. és Torres Herrera M. (2008): The lack of academic achievement in the new family structure models. *Universitas Psychologica*, 7(2), 403-409.

Demetrovics Zs. (2001): *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.

Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_12_ElekesZs_konyv.pdf (2016. 11. 18.)

Engler Á., Jók O., Kovács K. és Morvai L. (2016): A családszerkezet és az iskolai eredményesség összefüggései. In Engler Á. és Morvai L. (szerk): *Családok strukturális válságának hatása az iskolai eredményességre*. L'Harmattan, Budapest, 457-477.

Hemovich, V., Lac, A. és Crano, W. D. (2011): Understanding Early-Onset Drug and Alcohol Outcomes among Youth: The Role of Family Structure, Social Factors, and Interpersonal Perceptions of Use. *Psychology Health & Medicine*, 16(3), 249-267.

Kestila, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Pirkola, S., Patja, K., Aromaa, A. (2006): Influence of parental education, childhood adversities, and current living conditions on daily smoking in early adulthood. *European Journal of Public Health*, 16(6), 617-626.

Költő A., Zsíros E. (2013): Serdülők lelki egészsége. A magyar iskoláskorú fiatalok mentális egészségének alakulása 2002 és 2010 között. *Educatio*, 23(2), 187-200.

Legleye, S., Obradovic, I., Janssen, E., Spilka, S., Le Nézet, O., Beck, F. (2009): Influence of cannabis use, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *European Journal of Public Health*, 20(2), 157-163.

Moor, I., Rathmann, K., Lenzi, M., Pfortner, T-K., Nagelhout, G. E., De Looze, M., Berndsten, P., Willemsen, M., Kannas, L., Kunst, A. E., Richter, M. (2015): Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. *European Journal of Public Health*, 25(3), 457-463.

Németh Á., Költő A. (szerk, 2014): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf (2016. 09. 30.)

Parke, M. (2003): *Are married parents really better for children? What research says about the effects of family structure on child well-being.* Washington: Center for Law and Social Policy.

Pollak, R., Ginther, D. (2003): *Does family structure affect children's educational outcomes?* National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Pong, S., Dronkers, J., Hampden-Thompson, G. (2003): Family Policies and Children's School Achievement in Single- Versus Two-Parent Families. *Journal of Marriage and Family*, 65, 681-699.

Szabó B., Albert-Lőrincz M., Albert-Lőrincz E., Gáspárik I., Bernáth K., Barna G. (2016): A serdülőkorú dohányzás családi háttere Maros, Hargita és Kovászna megyei mintán. *PedActa* 6(1), 81-89.

Waldfoegel, J., Craigie, T., Brooks-Gunn, J. (2010): *Fragile families and child well-being.* *Fall*, 20(2), 87-112.

Szerzők

Kovács Karolina Eszter, Debreceni Egyetem, Nevelés- és Művelődéstudományi Doktori Program, Debrecen (Magyarország), E-mail: karolina92.kovacs@gmail.com

Nagy Beáta Erika Debreceni Egyetem, Gyermekklinika, Debrecen (Magyarország), E-mail: drbeatanagy@gmail.com