

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Dainora Širvytė

**PAAUGLIŲ RIZIKINGO ELGESIO
SĄSAJOS SU ŠEIMOS SOCIALINIAIS
VEIKSNIAIS IR BENDRAVIMO
SU TĖVAIS YPATUMAIS**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
visuomenės sveikata (09B)

Kaunas, 2016

Disertacija rengta 2011–2016 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto Vaikų ir jaunimo sveikatos laboratorijoje.

Mokslinis vadovas

prof. habil. dr. Apolinaras Zaborskis (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Disertacija ginama Lietuvos sveikatos mokslų universiteto visuomenės sveikatos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas

prof. dr. Janina Petkevičienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Nariai:

doc. dr. Rima Kregždytė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

doc. dr. Skaistė Laskienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, socialiniai mokslai, sociologija – 05S)

prof. dr. Aistė Diržytė (Mykolo Riomerio universitetas, socialiniai mokslai, psichologija – 06S)

prof. dr. Girts Brigis (Riga Stradiņš University (Latvija), biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

Disertacija ginama 2016 m. rugpjūčio 26 d. 11 val. viešame visuomenės sveikatos mokslo krypties tarybos posėdyje Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto 317 auditorijoje.

Disertacijos gynimo vietos adresas: Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lietuva.

LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL ACADEMY

Dainora Širvytė

**ADOLESCENTS RISK BEHAVIOUR AND
ITS RELATIONSHIP WITH FAMILY
SOCIAL FACTORS AND PECULIARITIES
OF COMMUNICATION WITH PARENTS**

Doctorial Dissertation
Biomedical Sciences,
Public Health (09B)

Kaunas, 2016

Dissertation has been prepared at the laboratory of the Child and Youth Health of Health Research Institute of Public Health Faculty of Lithuanian University of Health Sciences during the period of 2011–2016.

Scientific Supervisor

Prof. Dr. Habil. Apolinaras Zaborskis (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Dissertation is defended at the Public Health Research Council of the Lithuanian University of Health Sciences:

Chairperson

Prof. Dr. Janina Petkevičienė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Members:

Assoc. Prof. Dr. Rima Kregždytė (Lithuanian University of Health Sciences, Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Assoc. Prof. Dr. Skaistė Laskienė (Lithuanian University of Health Sciences, Social Sciences, Sociology – 05S)

Prof. Dr. Aistė Diržytė (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Psychology – 06S)

Prof. Dr. Girts Brigis (Riga Stradiņš University (Latvia), Biomedical Sciences, Public Health – 09B)

Dissertation will be defended at the open session of the Public Health Research Council at 11 a.m. on the 26th of August, 2016 in the Auditorium No. 317 of the Public Health Faculty of Lithuanian University of Health Sciences.

Address: Tilžės g. 18, LT-47181 Kaunas, Lithuania.

TURINYS

SANTRUMPOS.....	7
PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS.....	8
ĮVADAS.....	10
1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	14
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	15
2.1. Šeimos koncepcija, funkcijos ir kitimo tendencijos	15
2.2. Šeimos vaidmuo paauglio elgesio raidoje	19
2.2.1. Šeimos struktūra.....	22
2.2.2. Tėvų ir vaikų bendravimas bei kartu leidžiamas laikas	23
2.2.3. Vaikų auklėjimo stiliai	25
2.2.4. Šeimos ekonominis statusas.....	30
2.3. Rizikingo paauglių elgesio ryšys su šeimos veiksniais	31
2.3.1. Rūkymas.....	31
2.3.2. Alkoholio vartojimas.....	32
2.3.3. Nelegalių narkotikų (kanapių) vartojimas.....	33
2.3.4. Suicidiniai veiksmai.....	34
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	36
3.1. Tiriamųjų atranka ir atrankos kriterijai	36
3.2. Duomenų rinkimas ir tiriamasis kontingentas	37
3.3. Apklausa anketa ir kintamieji	40
3.3.1. Paauglių rizikingą elgesį aprašantys kintamieji.....	41
3.3.2. Paauglių šeimos socialiniai veiksniai.....	42
3.3.3. Paauglių bendravimo su tėvais veiksniai	43
3.4. Duomenų statistinė analizė	46
3.5. Tyrimo etika.....	48
4. TYRIMO REZULTATAI.....	49
4.1. Socialinė šeimų charakteristika ir paauglių bendravimo su tėvais ypatumai.....	49
4.2. Paauglių rūkymas ir jo ryšys su šeimos veiksniais	65

4.3. Alkoholinių gėrimų vartojimas ir jo ryšys su šeimos veiksniais ...	72
4.4. Kanapių vartojimas ir jo ryšys su šeimos veiksniais.....	81
4.5. Paauglių polinkis į savižudybę ir jo ryšys su šeimos veiksniais	86
4.6. Sąsajų tarp paauglių rizikingo elgesio ir šeimos socialinių veiksnių bei bendravimo su tėvais ypatumų kitimas nuo 2006 iki 2014 metų	100
5. REZULTATŲ APTARIMAS	107
IŠVADOS	117
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	119
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS.....	121
PUBLIKACIJOS.....	135
SUMMARY	170
PRIEDAI	184
1 priedas	184
2 priedas	185
3 priedas	186
CURRICULUM VITAE	199
PADĖKA.....	200

SANTRUMPOS

ESPAD	Alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo Europos mokyklose tyrimas (angl. <i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i>)
FAS	šeimoms turtingumo skalė (angl. <i>Family Affluence Scale</i>)
GS	galimybių santykis
HBSC	Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas (angl. <i>Health Behaviour in School-aged Children</i>)
LR	Lietuvos Respublika
LSMU	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
N	tiriamųjų skaičius
p	statistinis reikšmingumas („nulinės“ hipotezės tikimybė)
PI	pasikliautinis intervalas
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
χ^2	chi kvadrato statistikos reikšmė
abs. sk.	absoliutus tiriamųjų skaičius
proc.	procentai
ref.	referentinė (kontrolinė) grupė
SAM	Sveikatos apsaugos ministerija
UNICEF	Jungtinių tautų vaikų fondas (angl. <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>)

PAGRINDINIAI TERMINAI IR SĄVOKOS

Auklėjimas – tikslingas žmogaus ugdymas, jo rengimas visuomenės gyvenimui; sąmoningo, sisteminio ir kryptingo asmenybės formavimo procesas, vykdomas įvairių visuomeninių institutų (šėimos, mokymo ir auklėjimo, kultūros įstaigų, visuomeninių organizacijų, masinės informacijos priemonių ir kt.) [129].

Auklėjimo stilius – tėvų veikla, pasireiškianti specifiniu elgesiu ir daranti įtaką vaikų ugdymui [154, 252]. Darbe tėvų pasirinktas vaiko auklėjimo stilius identifikuojamas remiantis vaiko nuomone, kaip tėvai reaguoja, kai jis padaro kažką blogo.

Bandyamas nusizudyti – nesukeliantis mirties poelgis, kai sąmoningai susižalojama arba vartojamos didesnės nei gydytojų nustatytos vaistų dozės [180].

Bendravimas – tarpusavio sąveika, sudėtingi, įvairialypiai žmonių kontaktai, atsirandantys iš bendros veiklos poreikių. Apima keitimąsi informacija, bendros sąveikos strategijos parengimą, kito žmogaus suvokimą ir supratimą [180]. Darbe akcentuojamas vaikų ir tėvų bendravimas (ar lengva jiems tarpusavyje kalbėtis, ar dažnai kartu vykdo įvairias veiklas, kiek tėvai žino, ką vaikai veikia, kaip tėvai reaguoja į vaikų rizikingą elgesį ir kt.).

Faktorius – faktorinės analizės metu išaiškinta grupė tarpusavyje susijusių veiksnių. Siekiant pažymėti ypatingas faktoriaus savybes (jungia daug veiksnių, be didesnių informacijos nuostolių sumažina analizuojamų kintamųjų skaičių, tenkina užduotas matematinės savybes ir kt.), mokslinėje literatūroje šis matematinis terminas nekeičiamas terminu „veiksny“.

Kanapių preparatai (kanapės) – marihuana, hašišas bei kiti kanapių produktai, kurie vartojami ne gydymo tikslais įvairiais būdais (dažniausiai rūkomi) ir kurie įtraukti į LR sveikatos apsaugos ministro patvirtintą psichotropinių medžiagų sąrašą [138].

Nepilna šeima – šeima, kurioje vaikas gyvena ne su abiem biologiniais tėvais. Nepilnos šėimos atsiradimo prielaidos: tėvų skyrybos, vieno ar abiejų tėvų mirtis, nežinia, kur yra vienas ar abu tėvai ir kt.

Paauglystė – pereinamasis laikotarpis iš vaikystės į suaugusiojo amžių, trunkantis nuo lytinio brendimo pradžios iki savarankiško gyvenimo [155]. Sąlygiškai paauglystė skirstoma į stadijas: ankstyvąją, viduriniąją ir vėlyvąją paauglystę [174]. Ankstyvoji paauglystė prasideda 10–13 metų, vidurinioji paauglystė – 14–16, vėlyvosios paauglystės amžius – 17–20 metų [16]. Paauglystė prasideda sparčiu augimu ir lytiniu brendimu.

Hormonų antplūdis sukelia sparčios raidos laikotarpį, kuris mergaitėms prasideda apie 11-uosius, o berniukams – apie 13-uosius metus [252].

Pilna šeima – šeima, kurioje vaikas auga kartu su abiem biologiniais tėvais [136].

Psichiką veikiančios (psichoaktyviosios) medžiagos – į SAM patvirtintą sąrašą įrašytos medžiagos, kurios veikia žmogaus psichiką, sutrikdo žmogaus elgesį ir gali sukelti psichinę ir (ar) fizinę priklausomybę (alkoholis, narkotinės priemonės, psichotropinės ir kitos svaigiosios medžiagos) [135, 138].

Rizikingas elgesys (rizikinga elgsena) – tai specifinės elgesio formos, negatyviai veikiančios rizikingai besielgiančio individo sveikatą ir savijautą. Rizikinga elgsena apima šias elgesio formas: piktnaudžiavimą alkoholiu, rūkymą, narkotikų vartojimą, nesaugią lytinę elgseną, nusikalstamumą, savęs žalojimą, bandymą nusižudyti ir kt. [5,9].

Savižudybė – sąmoningas savo paties gyvybės nutraukimas; veiksmas, kurio pagrindinis tikslas – mirtis [40, 203].

Savižudiškos mintys – mintys apie savižudybę, kurios gali kisti nuo neaiškaus, abejotino noro iki detalaus savižudybės planavimo [180].

Socializacija – socialinės patirties perėmimas ir aktyvus atgaminimas individo (šiam darbe, vaiko) veiklos ir bendravimo procese, individo taipimas visuomeniniu žmogumi, socialine būtybe [223].

Šeima – sutuoktiniai ir jų vaikai (įvaikiai), jeigu jų yra [137]. Darbe tiriamos šeimos, kuriose yra nors vienas vaikas.

Tėvai – darbe šiuo terminu nusakomi biologinis tėvas ir biologinė motina.

Tėvų kontrolė – tėvų pastangos kontroliuoti paauglių laisvalaikį ir bendravimą, nustatant ribas, taisykles.

ĮVADAS

Darbo aktualumas

Šeima yra vaiko asmenybės vystymosi ir socializacijos pagrindas [7, 94, 154, 173]. Šeimos vaidmuo visuomenėje savo galia neprilygsta jokiai kitai institucijai, nes ji – pirmoji institucija vaiko gyvenime, kuri labiausiai veikia visą tolesnę jo ateitį. Joje formuojasi ir vystosi žmogaus asmenybė, diegiamos pagrindinės elgesio normos, atsiveria žmogaus vidinis pasaulis ir individualios asmens savybės [154]. Šeima atlieka nepakeičiamą vaidmenį vaiko socializacijoje, todėl viena svarbiausių jos sąlygų yra harmoningas psichologinis mikroklimatas [8, 113, 154].

Pastaruosius kelis dešimtmečius moksliniuose darbuose intensyviai nagrinėjama jauno žmogaus elgsenos raida [214, 215, 237–246]. Stebimi didėjantys jaunimo savižudybių rodikliai [248], didėjantis priklausomybių nuo alkoholio bei narkotikų ir alkoholinių psichozijų skaičius [98, 240], blogėjantys paauglių sveikatos ir gyvenimo rodikliai kelia didžiulį nerimą [77, 93, 204, 238, 245]. Ir todėl visų, ką jaudina šios problemos, dėmesys pirmiausia nukrypsta į šeimą: į socialinius šeimos veiksnius ir bendravimo šeimoje kokybę [202, 214, 243, 244]. Sukaupti mokslo faktai rodo, kad, nežiūrint socialinių šeimos veiksnių svarbos, atviras ir nuoširdus vaiko ir tėvų bendravimas laikomas vienu svarbiausiu veiksmu, apsaugančiu paauglius nuo sveikatai žalingo elgesio, tokio kaip rūkymas [153, 241], alkoholio [153, 229, 243] ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas [100, 177, 178], polinkio į savižudybę [69, 248]. Šeimose, kuriose paaugliai yra prastai prižiūrimi, kur silpna disciplina ir tėvai nesugeba tinkamai nusakyti savo lūkesčių, susijusių su paauglių elgesiu, kur taikomos pernelyg sunkios, šiurkščios ir nenuoseklios bausmės, paauglių alkoholio ir narkotikų vartojimas dažnai yra problemiškas [108, 110]. Paaugliai yra labiau linkę vartoti psichoaktyvias medžiagas, kai jų tėvų nuostatos dėl priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo yra palankios [86, 153]. O šeimose, kuriose tėvai paauglį išklauso, atsižvelgia į jo nuomonę šeimai svarbiais klausimais, sukuria galimybes kartu prasmingai leisti laiką, paaugliai yra atviresni su tėvais ir mažiau linkę į alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą [177, 178]. Taigi tėvų ir vaikų harmoningo bendravimo skatinimas yra laikomas vienu svarbiausiu paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir kitokio rizikingo elgesio prevencijos uždaviniu [14, 119].

Nors daugelyje mokslinių tyrimų buvo analizuotos paauglių rūkymo, alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo bei polinkio į savižudybę sąsajos su įvairiais šeimos veiksniais, tačiau šeimos socialinių veiksnių bei

paauglių bendravimo su tėvais kokybės prognostinė reikšmė rizikingam elgesiui iki šiol kelia daug klausimų. Mokslinėje literatūroje ypač daug diskutuojama, kuris iš tėvų turi svarbesnį vaidmenį apsaugant paauglius nuo rizikingo elgesio [103, 105, 106, 145, 213]. Be to, pastaruoju metu atliktų tyrimų rezultatai parodė, kad tėvo ir motinos vaidmens skirtumai paaugliams linkstant rūkyti [196] arba vartoti alkoholinius gėrimus [140, 196, 193] yra pastebimi vis jaunesniame amžiuje. Tačiau daugelis šiuo metu egzistuojančių alkoholio ir tabako vartojimo prevencijos programų neatsižvelgia į tėvo ir motinos vaidmenų skirtumus [141, 218].

Taigi tėvų ir vaikų santykiai yra vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių tolimesnę paauglių gyvensenos raidą. Šių santykių gilesnis pažinimas leistų atskleisti naujų mokslo žinių, reikalingų apsaugant paauglius nuo rizikingo elgesio [10, 17, 54, 57]. Todėl tirdami tėvų ir vaikų bendravimą iš esmės siekiame daugiau sužinoti, kaip efektyviai sumažinti vis labiau tarp paauglių įsigalintį rūkymą, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimą bei kitas rizikingo elgesio formas.

Lietuvoje sutrikusio tėvų ir vaikų bendravimo pasekmės paauglio gyvensenos raidai mažai tyrinėtos, tačiau ankstesni tyrimai jau leido padaryti išvadą apie didelę šios problemos svarbą [70, 71, 243].

Daugelyje politinių dokumentų šeimos institucijai taip pat skiriamas nemažas dėmesys. Pasaulio sveikatos organizacija 2005 m. pasiūlė skirti didesnę dėmesį motinos ir vaiko sveikatos problemoms [139], o 2005 metų Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas taip pat skirtas šeimos sveikatai [158]. Tačiau visgi šeima Lietuvoje šiandien išgyvena sunkų periodą, nes nuolat visuomenėje kintančios vertybinės nuostatos, ekonominiai ir socialiniai pokyčiai ne visada yra priimtini stiprinant šeimos instituciją.

Šis disertacinis darbas iš esmės parengtas remiantis naujausio 2014 m. atlikto tyrimo „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensena ir sveikata” (angl. *Health Behaviour of School-aged children, HBSC*) duomenimis, reprezentuojančiais Lietuvos mokyklinio amžiaus vaikus. Gautieji tyrimo rezultatai palyginti su ankstesnių HBSC tyrimų duomenimis, todėl tai leidžia atskleisti ne tik jaunų žmonių gyvensenos ypatumus, bet ir paaiškina juos šeimos, mokyklos, bendraamžių ir kitų veiksnių pokyčių kontekste.

Darbo mokslinis naujumas

HBSC yra vienintelis išsamus jaunų žmonių gyvensenos tarptautinis tyrimas, kurio duomenys Lietuvoje yra renkami nuo 1994 m. Šiuo metu HBSC tyrimų programoje dalyvauja 44 Europos ir Šiaurės Amerikos šalys, ją koordinuoja Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) [91]. Tyrimas

vykdomas kas ketverius metus pagal vieną visose šalyse metodiką, todėl bet kurių nacionalinio pobūdžio tyrimų mokslinė vertė yra didelė.

HBSC tyrimo tikslas – geriau pažinti jaunų žmonių gyvenimą, sveikatą ir su tuo susijusius veiksnius. Šio tikslo siekiama sprendžiant įvairius uždavinius, tarp kurių – šeimos reikšmės paauglio gyvenimo ir sveikatos raidai tyrimas. Nepaisant to, kad šeimos svarba paauglių gyvenimui pagrįsta daugeliu įvairiose šalyse atliktų mokslinių tyrimų, sudėtinga šio proceso socialinių ir psichologinių veiksnių sąveika dar tebėra neaiški. Šeimos ir paauglio gyvenimo pažinimas neįmanomas be unikalios šalies sociokultūrinio konteksto, todėl nustatyti dėsningumai turi būti patikrinami kiekvienoje šalyje. Lietuvoje paauglių rizikingos elgsenos ypatumai, atsižvelgiant į šeimos aplinkos veiksnius, dar mažai tyrinėti. Kitose HBSC tyrime dalyvaujančiose šalyse tokio pobūdžio tyrimai taip pat tik pradėti, todėl disertaciniame darbe padarytos mokslinės išvados yra naujos ir aktualios, prisidedančios prie geresnio supratimo apie šeimos veiksnių reikšmę paauglių rizikingam elgesiui.

Atliktas tyrimas atkreipia dėmesį į pačias aktualiausias šio laikotarpio Lietuvos paauglių gyvenimo problemas: plintantį rūkymą, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimą, bei vis dar aukštą suicidiškumą. Šių problemų nagrinėjimas apima socialinių šeimos veiksnių vertinimą ir mažai dar ištirtą plataus paauglio ir tėvų bendravimo šeimoje spektro analizę. Pagrindinis šio mokslinio darbo rezultatų naujumas pasiektas tikrinant hipotezes apie paauglių rizikingo elgesio ryšį su šeimos veiksniais bei išskylančiais bendravimo su tėvais sunkumais. Pažymėtina, kad šis tyrimas atskleidė, jog paauglių rizikingam elgesiui bendravimo su tėvais sunkumai yra ne mažiau reikšmingi už prastą (kai kuriais atvejais, ir per gerą) šeimos turtinę padėtį ir gyvenimą ne su abiem biologiniais tėvais.

Darbo praktinė reikšmė

Disertaciniame darbe atskleidžiami paauglių gyvenimo ryšiai su šeimos veiksniais yra aktualūs ir mokslininkams, ir įvairiems sveikatos priežiūros specialistams, kuriems tenka aktyviai domėtis paauglių gyvenimu ir sveikata. Kadangi HBSC tyrimuose dalyvavusios tiriamųjų imtys reprezentuoja Lietuvos mokyklinio amžiaus vaikus ir jos tiriamos naudojant vieną tarptautinę metodiką, tyrimų rezultatus galima lyginti ne tik šalies, bet ir tarptautiniu mastu. Tai leidžia objektyviau identifikuoti mūsų šalies jaunų žmonių gyvenimo problemas, siūlyti jas įtraukti į vyriausybinius dokumentus ir supažindinti su jomis visuomenę. Išsamiai išanalizavus šeimos veiksnių ir bendravimo su tėvais ypatumų reikšmę paauglių rizikingam elgesiui, buvo parengtos rekomendacijos tėvų įgalini-

mui aktyviai dalyvauti paauglių sveikos gyvensenos ugdymo ir rizikingos elgsenos prevencijos priemonėse.

Tyrimo rezultatai buvo paskelbti mokslinėse publikacijose, mokslinėse praktinėse konferencijose, bei pristatyti visuomenei. Gauti duomenys gali būti naudingi planuojant ir įgyvendinant veiksmingesnes paauglių sveikatos stiprinimo ir rizikingos elgsenos prevencijos programas.

Tikimasi, kad šis disertacinis darbas bus reikšmingas ne tik mokslininkų bendruomenei, bet ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistams bei socialiniams darbuotojams, ypač tiems, kurie dirba mokyklose ir vietinėse bendruomenėse.

Autorės indėlis

Šio darbo autorė nuo 2006 m. yra aktyvi HBSC tyrimo programos narė. Ji dalyvavo 2010 ir 2014 metais vykdytuose HBSC tyrimuose: buvo atsakinga už mokinių apklausą Aukštaitijos regiono mokyklose, atliko surinktų anketų kodavimo, duomenų suvedimo ir patikros darbus. Įsijungusi į HBSC tyrimų programą, ji analizavo 2006, 2010 ir 2014 metais surinktus duomenis, daugiausia dėmesio skirdama paauglių rizikingam elgesiui ir jo ryšiui su šeimos veiksniais.

Atlikusi išsamią tyrimų duomenų analizę, darbo autorė jos rezultatus publikavo recenzuojamuose Lietuvos ir užsienio moksliniuose žurnaluose bei pristatė nacionalinėse ir tarptautinėse konferencijose.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas:

Ištirti paauglių rizikingo elgesio (rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotinių medžiagų vartojimo, polinkio į savižudybę) sąsajas su šeimos socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais.

Uždaviniai:

1. Išnagrinėti paauglių bendravimo su tėvais ypatumus ir palyginti juos pagal lytį ir amžių.
2. Išanalizuoti paauglių rūkymo ryšį su šeimos socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais.
3. Išanalizuoti paauglių alkoholio vartojimo ryšį su šeimos socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais.
4. Išanalizuoti paauglių narkotinių medžiagų („kanapių“) vartojimo ryšį su šeimos socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais.
5. Įvertinti šeimos socialinių veiksnių ir bendravimo su tėvais ypatumų reikšmę paauglių polinkiui į savižudybę.
6. Nustatyti paauglių rizikingo elgesio ir šeimos socialinių veiksnių bei bendravimo su tėvais sąsajų kitimą nuo 2006 iki 2014 metų.

Siekiant tikslo ir sprendžiant iškeltus uždavinius siekiama patikrinti šią pagrindinę hipotezę:

- paauglių rizikingas elgesys dažniau pasireiškia augant šeimose, kuriose nėra abiejų biologinių tėvų, ir iškilus bendravimo su tėvais sunkumams.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Šeimos koncepcija, funkcijos ir kitimo tendencijos

Lietuvoje pastaruoju metu šeimai skiriama ypač daug dėmesio, nes šeima turi labai svarbią reikšmę šalies gyventojų skaičiui ir jų kokybiniams pokyčiams. Vis daugiau dėmesio šeimai skiria ir mokslininkai: istorikai, pedagogai, psichologai, sociologai ir kitų sričių, tačiau daugiausia socialinių mokslų, atstovai. Šeimos koncepcija plačiai diskutuojama ir politiniame bei vyriausybiname lygmenyse, į šias diskusijas įsitraukia ir visuomenė.

Šeimos apibrėžimas, pateiktas „Šeimos politikos koncepcijoje“, skamba taip: „Šeima – sutuoktiniai ir jų vaikai (įvaikiai), jeigu jų yra. Šeima taip pat gali būti nepilna ar išplėstinė“ [137].

Enciklopediniame edukaciniame žodyne šeima apibūdinama kaip mažiausias visuomenės regeneracijos kolektyvas, kurį sieja ekonominės ir dvasinės veiklos bendrumas ir jai priskiriami uždaviniai: 1) saugoti ir puoselėti šeimos narių ištikimybę ir darną; 2) sudaryti palankias sąlygas vaikų vystymuisi ir brendimui; 3) stiprinti šeimos ūkį ir racionaliai tvarkyti jos ekonomiką; 4) rūpintis vaikų išsilavinimu, padėti mokyklai mokyti ir auklėti vaikus; 5) ugdyti vaikų pažiūras, dorovinį elgesį ir parengti juos gyvenimui ir darbui visuomenėje [109].

Šeimos samprata ir užduotys, šiandieninė jos padėtis – tai klausimai, reikalaujantys išsamios ir pagrįstos diskusijos, kuri yra ne tik Lietuvos, bet ir visos žmonijos reikalas ir rūpestis, nes tai susiję su pačia žmogaus esme, jo prigimtinės struktūros problematika, pagaliau su gerove, o kartu ir visuomenės sandara bei ateitimi. Pagrindiniai šalies bei tarptautiniai dokumentai, reglamentuojantys šeimą bei tėvų ir vaikų santykius, viena reikšmiškai kalba apie išskirtinę šeimos vertę ir svarbą žmogaus, visuomenės ar valstybės gyvenime.

„Šeima yra visuomenės ir valstybės pagrindas. Valstybė saugo ir globoja šeimą, motinystę, tėvystę ir vaikystę. Santuoka sudaroma laisvu vyro ir moters sutarimu (...). Sutuoktinių teisės šeimoje lygios. Tėvų teisė ir pareiga – auklėti savo vaikus dorais žmonėmis ir ištikimais piliečiais, iki pilnametystės juos išlaikyti. Vaikų pareiga – gerbti tėvus, globoti juos senatvėje ir tausoti jų palikimą,“ skelbia Lietuvos Respublikos Konstitucijos 38 straipsnis [134].

Civilinio kodekso trečiosios knygos „Šeimos teisė“ 3.3 straipsnyje kalbama, kad: „Šeimos santykių teisinis reglamentavimas Lietuvos Respublikoje grindžiamas monogamijos, santuokos savanoriškumo, sutuoktinių lygiateisiškumo, prioritetinės vaikų teisių ir interesų apsaugos ir gynimo,

vaikų auklėjimo šeimoje, motinystės ir visokeriopos apsaugos principais, bei kitais civilinių santykių teisinio reglamentavimo principais. Šeimos įstatymai ir jų taikymas turi užtikrinti šeimos ir jos reikšmės visuomenėje stiprinimą, šeimos narių tarpusavio atsakomybę už šeimos išsaugojimą ir vaikų auklėjimą, galimybę visiems šeimos nariams tinkamai įgyvendinti savo teises ir apsaugoti nepilnamečius vaikus nuo netinkamos kitų šeimos narių bei kitų asmenų ir kitokių veiksnių įtakos“ [133]. To paties civilinio kodekso 3.161 straipsnio 3, 5, 6 dalyse, teigiama, kad: „Vaikas turi teisę gyventi kartu su tėvais, būti auklėjamas ir aprūpinamas savo tėvų šeimoje, bendrauti su tėvais, nesvarbu, ar tėvai gyvena kartu ar skyrium, bendrauti su giminaičiais, jei tai nekenkia vaiko interesams“; „Vaikų gimusių nesusituokusiems tėvams ir vaikų, gimusių susituokusiems tėvams, teisės yra lygios“; „Tėvams nutraukus santuoką, ją pripažinus negaliojančia ar tėvams gyvenant skyrium, vaikų teisės nesikeičia“ [133].

Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijoje: „Sutuoktiniai turi lygias civilinės teisės pobūdžio teises ir atsakomybę tarpusavio santykiuose bei savo vaikų atžvilgiu tiek santuoką sudarius ir jai tęsiantis, tiek ją nutraukus. Šis straipsnis netrukdo valstybėms imtis tokių priemonių, kokios yra būtinos vaikų interesams ginti“ [62].

1989 m. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos preambulėje: „(...) šeimai, kaip pagrindinei visuomenės ląstelei ir natūraliai visų jos narių, ypač vaikų, augimo ir gerovės aplinkai, turi būti suteikta reikiama apsauga ir pagalba, kad ji galėtų prisiimti visas pareigas visuomenei“, „... vaikas visapusiškai ir harmoningai vystytis gali tik augdamas šeimoje, jausdamas laimę, meilę ir supratimą“ [111].

Valstybės šeimos politikos koncepcijoje kalbama apie šeimą kaip pirminę bendruomenę, susiformavusią pirmiau nei valstybė ar kuris kitas socialinis darinys. Gyvenimas drauge ir šeimos narių bendrystė bei tarpusavio priklausomybė grindžia būtinybę matyti šeimą kaip visumą. Žmogaus teisės pirmiausia įgyvendinamos per šeimą, neskaidant ją į atskirus narius, bet stiprinat jų tarpusavio atsakomybę. Vyro ir moters santuokos pagrindu sukurta šeima, net tapusi nepilna, geriau apsaugo savo narių teises ir rengia visaverčiam asmeniniam bei socialiniam gyvenimui, negu bet kuri valstybės įsteigta ir remiama institucija [136]. Šioje koncepcijoje išskiriamos šeimos pagrindinės funkcijos asmens ir visuomenės gyvenime:

1. *Asmenų bendruomenės kūrimas* – tarpasmeninių ryšių užmezgimas ir plėtotė, partneriško lyčių abipusiškumo ir papildomumo, asmenų tarpusavio pagarbos, pasitikėjimo ir atsakomybės ugdymas priimant sutuoktinių ir tėvų įsipareigojimus.
2. *Prokreacija* – gyvybės davimas iš meilės, grindžiamos atsakingu motinystės ir tėvystės supratimu, vaikų auginimas.

3. *Ugdymas ir socializacija* – kultūros ir vertybių, elgesio normų bei pirminių žinių perteikimas, pažinimo ir bendravimo įgūdžių ugdymas, žmogaus gabumų atskleidimo ir galimybės juos įgyvendinti užtikrinimas, asmens lytinės tapatybės ugdymas (vyro ir moters vaidmens šeimoje ir visuomenėje pažinimas), savimonės ugdymas, socialinė rehabilitacija.
4. *Globa ir rekreacija* – žmogiškosios globos, psichologinio saugumo (ypač vaikų, vyresnio amžiaus žmonių ir neįgalių žmonių) užtikrinimas, psichofizinės brandos ugdymas, asmens psichinių, fizinių bei dvasinių galių atkūrimas ir palaikymas.
5. *Namų ūkio kūrimas* – bendros veiklos, solidarumo, įsipareigojimų, atsakomybės ir savarankiškumo ugdymas, materialinio apsirūpinimo užtikrinimas, gebėjimo derinti šeimos gyvenimą ir darbinį užimtumą ugdymas [136].

Pateiktuose dokumentuose išdėstyti teiginiai atsispindi ir šalies mokslininkų veikaluose. Beresnevičienė ir Banienė (2000) teigia, kad šeimoje vaikas gauna tai, ko niekas kitas negali suteikti: jį mylėti, juo rūpintis, tikėti, jį gerbti, džiaugtis jo daroma pažanga [17]. Kviešienė (2005) šeimą apibrėžia kaip unikalią socialinę instituciją, kurioje pratęsiama gyvybė, individas tampa tam tikros grupės narys, čia prasideda ankstyvoji jo socializacija [123]. Navaitis (2002), išanalizavęs įvairių autorių pateiktus šeimos poreikius ir funkcijas, išskiria tris šeimos poreikių grupes [161]:

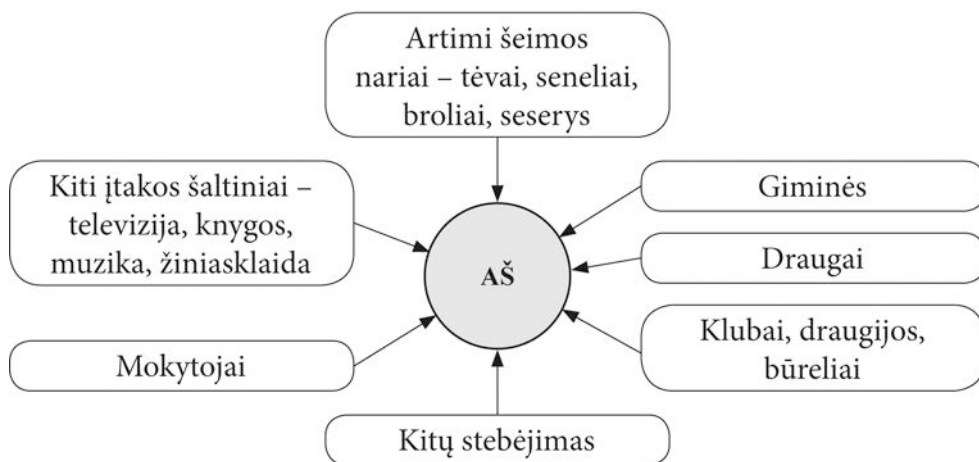
1. Poreikiai, susiję su materialiu šeimos gyvenimo sąlygų sukūrimu ir palaikymu.
2. Tėvystės ir motinystės poreikiai.
3. Seksualiniai-erotiniai poreikiai.

Bajoriūnas (2004) išskiria šias šeimos funkcijas: 1) vaikų gimdymo ir sutuoktinių seksualinio gyvenimo visavertiškumo užtikrinimo; 2) vaikų augimo ir ugdymo; 3) visuomeninių, etinių, dvasinių, religinių vertybių, būtinų šeimos nariams ir visuomenės raidai bei gerovei, pateikimo; 4) turto kaupimo, kaip prielaidos apsisaugoti nuo pavojų, materialinių nuostolių, nusikaltimų, netekčių; 5) šeimos saugumo, gynybos, globos ir išankstinio rūpinimosi; 6) tautos etoso puoselėjimo, šeimos gyvenimo tradicijų tęsimo ir kitos [7].

Miškinio (2003) teigimu, šeimos funkcijas suprantame kaip sutuoktinių ar kitų jos narių poreikių tenkinimą ir pareigų vienu kitiems atlikimą [154]. Jo manymu, bendriausia ir pagrindinė šeimos funkcija yra abipusis laimės siekimas. Jis taip pat išskiria pagrindines šeimos funkcijas, kuriose be žmonių giminės pratesimo, rekreacijos, lytinių poreikių tenkinimo ir tautos etoso tęstinumo išskiria socializaciją, auklėjimą ir bendravimą. Šeimoje gimęs kūdikis jau nuo pat gimimo patenka į socialinę aplinką. Vos gimusi

kūdikį supa žmonės, kurie bendrauja su juo, tenkina pagrindinius jo poreikius. Veikiamas aplinkos ir pats būdamas aktyvus, vaikas šeimoje socializuojasi. Socializacijos vyksme mokomasi skirti, kas teisinga ir kas neteisinga, perimti žmonijos patirtį ir tapti jos nariu. Pasak Miškinio, vaikas socializuojasi įvairiais būdais: klausosi nurodymų, pamokymų, patarimų; įvertina savo elgesio padarinius; stebi kitų elgesį; kaupia patirtį ir ja remiasi; laikosi taisyklių; vengia bausmių, pageidauja skatinimų ir pan.

Mokslininkas taip pat išskiria ir žmogaus socializacijos ištakų šaltinius (2.1.1 pav.). Tai – draugai, giminės, artimi šeimos nariai (tėvai, seneliai, broliai ir seserys), mokytojai. Socializacija vyksta ir stebint kitus asmenis bei jų elgesį, gaunant informacijos iš kitų įtakos šaltinių (žiniasklaidos, knygų ir pan.), dalyvaujant įvairių klubų, draugijų ir būrelių veiklose.



2.1.1 pav. Žmogaus socializacijos ištakų šaltiniai [154]

Akivaizdu, kad šiandien neužtenka vienareikšmiškai kalbėti apie išskirtinę šeimos vertę ir svarbą žmogaus, visuomenės ar valstybės gyvenime. Neabejotina, kad šeima keičiasi, ir pasikeitimai tokie reikšmingi, kad nepastebėti jų neįmanoma. Sociologai, tiriantys šeimas, išvardija tokias šiuolaikinės šeimos kitimo tendencijas:

1 tendencija: motina ir tėvas keičiasi vaidmenimis (šeimose vis dažniau motina, o ne tėvas, tampa lyderiu – psichologine ir ekonomine prasme);

2 tendencija: daugėja skyrybų (2011 metų „Eurostat“ duomenimis, pagal skyrybų skaičių lietuviai ES buvo antri – tūkstančiui žmonių teko 3,4 skyrybos);

3 tendencija: tuokiamasi ir vaikų laukiamasi vyresniame amžiuje;

4 tendencija: daugėja nepilnų šeimų;

5 tendencija: dirbama vis daugiau ir ilgiau (didėja dirbančių moterų skaičius, dirbama ir namuose, dirbama ir pensiniame amžiuje);

6 tendencija: bendrauti su vaikais laiko lieka vis mažiau, auga „probleminiai“ vaikai;

7 tendencija: keičiasi šeimos (santuokos) modeliai (vis dažniau bandoma įteigti galimybę gyventi nesusituokus, įteisinti santuokas pagal kitų šalių modelius, bandomąsias santuokas, tos pačios lyties žmonių santuokas ir kt.);

8 tendencija: šeimoje nesijaučiama saugiai (šeimos problemos ir klausimai nepripažįstami kaip svarbiausi valstybės politikoje, šeima kaip institucija Lietuvoje nėra socialiai apsaugota);

9 tendencija: pasitikima tik savimi (didėja atskirtis tarp skirtingų kartų, giminaičių, kaimynų, vietinės bendruomenės narių) [146].

Šios tendencijos atsispindėjo neigiamu poveikiu šeimos institucijai. Viena dažniausių tokių pasekmių pasireiškia socialinės rizikos šeimų atskirtimi [118]. Socialinės rizikos šeimos yra veikiamos įvairių rizikos veiksnių: skurdo, nedarbo, alkoholizmo, nusikalstamumo, daugiavaikių šeimų reiškinių, vaikų nepriežiūros ir kt. Statistikos duomenimis, 2000 m. pabaigoje Lietuvoje buvo 18,1 tūkst. socialinės rizikos šeimų ir jose gyveno 40,3 tūkst. vaikų; 2005 m. pabaigoje – atitinkamai 16,4 ir 36,5 tūkst. [118].

Literatūros apie šeimos svarbą apžvalga parodė, kad šeima yra pirmoji institucija, kuri yra atsakinga už vaiko ugdymą, socializaciją, auklėjimą ir jo tinkamą integraciją į visuomenę, kurioje jis, išėjęs iš saugios šeimos aplinkos, turės susidurti su įvairiomis problemomis, ir tik tėvų palaikymas, kontrolė, supratimas ir atviras bendravimas gali padėti paaugliui išspręsti sunkias jo gyvenimo tarpsnio problemas ir pasirinkti tinkamus sprendimo būdus. Deja, kintanti visuomenė keičia ir šeimos institucijos funkcionavimą. Tai, nėra abejonių, turėjo atsispindėti augančios kartos elgesio ir sveikatos raidoje.

2.2. Šeimos vaidmuo paauglio elgesio raidoje

Pastaraisiais dešimtmečiais pradėta aktyviai tyrinėti jaunų žmonių elgseną. Moksliniuose darbuose ir vadovėliuose pateikiama daug teorijų ir modelių, padedančių paaiškinti individo elgesio raidą. Pavyzdžiui, *socialinė kognityvinė teorija* teigia, kad žmogaus elgesys gali būti paaiškinamas individo gebėjimu numatyti savo elgesio pasekmes, mokytis stebint kitus ir pasitikėti savimi atitinkamai elgiantis, reguliuoti savo elgesį bei analizuoti savo patirtį [9, 10]. Kita, *elgesio planavimo teorija*, siekia paaiškinti ne tik valingą žmogaus elgesį, bet ir toki elgesį, kuris nepriklauso nuo jo valios

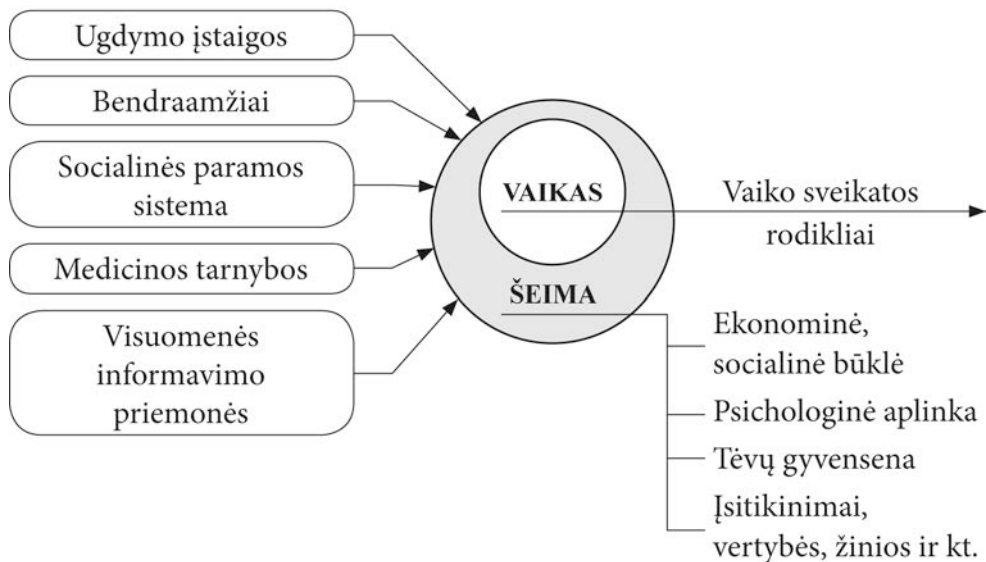
[5]. Tačiau šių teorijų modeliuose pasigendama ryškesnio šeimos vaidmens aiškinant jaunų žmonių elgesį.

Nors šeima yra pagrindinė aplinka, kur vyksta vaiko raida, tačiau ji nėra uždara sistema. Ekologinės sistemų teorijos kūrėjas Bronfenbrenner (1989) pabrėžia, kad nors artimiausia vaiko aplinka, mikrosistema, apima pagrindinį ir tiesioginį vaiko sąveikos su aplinka lygmenį, vaiko ir tėvų santykiai egzistuoja daugialypių santykių ir platesnės aplinkos kontekste. Šeima yra veikiama išorinės aplinkos [24]. Todėl kalbėdami apie šeimos vaidmenį vaiko elgesio raidai, neišvengiamai kalbame apie platesnės aplinkos įtaką šeimai ir kartu vaikui.

Pritardami Bronfenbrenner modelio idėjai Petrauskienė ir Zaborskis (2000) pasiūlė dinaminį šeimos ir visuomenės vaidmens vaiko sveikatos raidoje modelį [173]. Skirtingai negu kituose modeliuose, autoriai vaiką „panardina“ į šeimos aplinką, kuri tarsi „skydas“ apsaugo vaiką nuo aplinkos poveikio. Skydo „stiprumas“ vaikui augant silpnėja, tačiau išlieka vis dar stiprus, priklausomai nuo daugelio šeimos veiksnių: ekonominės ir socialinės šeimos būklės, psichologinės šeimos aplinkos, tėvų gyvenimo ir kt. (2.2.1 pav.).

Remiantis pateiktu modeliu, viena svarbiausių harmoningos šeimos sąlygų yra psichologinis klimatas.

Šeimos psichologinis klimatas – šeimos emocinių lūkesčių visuma, pasireišianti kiekvieno nario savitarpio santykių būklės išraiška, kiekvieno šeimos nario pasitenkinimas ar nepasitenkinimas padėtimi [17]. Nuo vyraujančio šeimoje psichologinio klimato, darnaus šeimos gyvenimo, tarpusavio supratimo, bendravimo priklauso ir vaikų emocinė būklė, pasitenkinimas gyvenimu bei jo elgsena, kuri neretai linksta į rizikingą, jei šeimoje vaikas jaučiasi blogai, nėra tėvų emociniai palaikomas [83]. Kuo didesnis pasitenkinimas šeimos tarpusavio santykiais, tuo šeimos nariai geriau vertina save ir kitus, yra linkę labiau pasitikėti savimi. O šeimoje, kurioje psichologinis klimatas blogas, žmogus jaučiasi suvaržytas, atsiranda konfliktinių situacijų, vyrauja abejingumas, gali būti nepritekliai. Tinkamas psichologinis klimatas skatina vaikus mokytis, ugdytis, siekti aukštojo išsilavinimo, tobulėti. Nedarnių šeimų vaikai būna ne itin savarankiški, nekūrybingi, pasyvūs arba labai aktyvūs ir pan. Slogi šeimos aplinka traumuoja vaiko psichiką, todėl jis lėčiau bręsta.



2.2.1 pav. Šeimos ir visuomenės vaidmuo vaiko sveikatos raidoje [173]

Anot Petrulytės (2003), geriausi tėvų ir paauglių santykiai susiklosto tada, kai bendraujama demokratiškai, lygiateisiškai [174]. Tokių santykių svarbesni požymiai:

- tėvai visada paaiškina savo reikalavimų (arba prašymų) motyvaciją, diskutuoja apie tai kartu su paaugliu;
- tėvų valdžia yra pamatuota, atsargi;
- ne tik ir ne tiek vertinamas paauglio paklusnumas, kiek savarankiškumas ir nepriklausomumas;
- tėvų nustatytos elgesio normos bei taisyklės nėra dogmatiškos, nekintančios;
- tėvai įsiklauso į vaiko nuomonę.

Didžiausios problemos šeimose kyla tada, kai paaugliai kur kas emocionaliau ima vertinti pasaulį, jautriau reaguoja į tėvų nurodymus, priekaištus, vertinimus. Kitų autorių atliktų tyrimų rezultatai teigia, kad: 1) didesnis psichologinis artumas paauglius sieja su motina; 2) tėvų ir paauglių santykiams būdinga tam tikra asimetrija; 3) tėvai domisi savo vaikų gyvenimu ir veikla, o paaugliams, priešingai, tėvų veikla, gyvenimas, ypač asmeninis, neįdomus [131].

Taigi kuo šeimoje palankesnis psichologinis mikroklimatas, tuo šeimos nariai geriau vienas kitą supranta, labiau pasitiki savimi, lengviau pakelia sunkias situacijas, būna vienas kitam atviresni, nuoširdesni. Palankus mikroklimatas nulemia vaikų drausmingumą, sąžiningumą, gerumą. Jie labiau linkę tobulėti, atviriau bendrauja, yra imlūs naujovėms, taip pat turi

teisingą ir teigiamą požiūrį į gyvenimą ir retai nuklysta į rizikingą elgseną, nusikalstamumą, pesimizmą.

2.2.1. Šeimos struktūra

Šalies statistika rodo, kad tradicinių šeimų, kuriose yra tėvas, motina ir vaikai, Lietuvoje kas metai mažėja: mažėja santuokų, auga skyrybų skaičius. Kiekvienais metais daugėja santuokos neįregistravusiems tėvams gimusių vaikų. Lietuvos šeimų, auginančių vaikus iki 18 metų amžiaus, materialinė padėtis yra nepakankamai gera palyginti su tomis šeimomis, kurios neturi vaikų arba šeimomis, kurių vaikai yra vyresni nei 18 metų amžiaus. Tokios šeimos dažniau atsiduria žemiau skurdo ribos, išgyvena įvairius socialinius ir psichologinius pokyčius, ko pasekoje prastėja tėvų ir vaikų santykiai šeimoje, stebima emocinės paramos stoka. Tačiau šeimos socialiniai, psichologiniai ir ekonominiai veiksniai nevienodai siejasi su įvairiais paauglių gyvenimo komponentais.

Atlikta daug tyrimų, kuriuose buvo siekta išsiaiškinti, kaip šeimos struktūros pokyčiai veikia vaikų emocinę, fizinę bei dvasinę sveikatą. Tėvų skyrybos ir naujos tėvų sukurtos šeimos atneša ilgalaikes neigiamas pasekmes vaikų sveikatai ir savijautai, įskaitant prisitaikymo sunkumus [203] ir psichikos sveikatos problemas [170]. Šeimose, kur trūksta vieno biologinio tėvo, augantys vaikai laiko save mažiau laimingais, savo sveikatą ir gyvenimo kokybę vertina neigiamai, priešingai nei tie, kurie gyvena su abiem savo biologiniais tėvais [131, 157, 220]. Atliktų tyrimų duomenys rodo, kad gyvenimas nepilnoje šeimoje didina paauglių rizikingos elgsenos tikimybę: rūkymui [81], narkotinių medžiagų vartojimui [151, 166]. Kai kurie mokslininkai aiškina šį reiškinį tuo, kad gyvenantys vaikai nepilnose šeimose yra mažiau prižiūrimi, vienas tėvas ar motina turi daugiau dirbti norėdamas išlaikyti vaikus, ir dėl to skiria mažiau laiko atžaloms [125, 150, 222].

Šeimose, kuriose vaikai auga tik su vienu iš tėvų, vaikai patiria emocinio auklėjimo stoką, nes nesukuriama intymi aplinka, paprastai būdinga sutuoktiniams. Blogiausia, kad emocinės tuštumos, kuri neišvengiamai atsiranda nepilnose šeimose, niekuo negalima užpildyti. Tėvų skyrybas sunkiausiai pakelia vaikai, ypač gyvenę intelektualiose šeimose. Vaikai itin skaudžiai išgyvena laikotarpį, kai į šeimą ateina kitas žmogus. Mažas vaikas gali greitai priprasti prie naujo šeimos nario, nes nori turėti tėvą, o paauglys, atvirkščiai – gali energingai priešintis: grasinti, protestuodamas išeiti iš namų, šeimoje sudaryti slogią nuotaiką [212].

Nemaža tyrimų patvirtina skirtingą skyrybų poveikį berniukams ir mergaitėms. Berniukai dažniau nei mergaitės linkę geidžiamą laikyti tėvu,

tačiau kiti tyrinėtojai pateikė prieštaringų duomenų – jog kaip tik toks mąstymas būdingas mergaitėms. Taigi skyrybos gali labai stipriai daryti įtaką tiek berniukams, tiek mergaitėms [21, 212].

Taigi literatūros duomenys byloja, jog gyvenimas nepilnoje šeimoje lemia prastesnį vaikų sveikatos potencialą ir gyvenimo įgūdžius.

2.2.2. Tėvų ir vaikų bendravimas bei kartu leidžiamas laikas

Didelę reikšmę paauglių savijautai ir elgsenai šeimoje turi tėvų ir vaikų bendravimas [127, 128, 188, 201, 216]. Bendraujant sukuriama žmogaus socialinė esmė. Bendraudami žmonės suartėja, supranta vienas kitą. Tik nuoširdžiai bendraujant galima pasiekti tarpasmeninių santykių harmoniją. Kai tėvai nuolat bendrauja su vaikais ir parodo, kad juos myli, vaikai tai labai jaučia [2, 71]. Nustatyta, kad tik atviras tėvų ir vaikų bendravimas yra vienas iš svarbesnių veiksnių, apsaugančių paauglius nuo alkoholio vartojimo bei rūkymo [14, 72]. Geri tarpusavio vaikų ir tėvų santykiai, nuoširdus bendravimas yra svarbus paaugliams, ir ypač mergaitėms, veiksny, apsaugantis nuo rizikingos elgsenos [121]. Tik atviras ir nuoširdus tėvų bendravimas su vaikais, pasikalbėjimas apie alkoholį, rūkymą, noras spręsti iškilusias problemas, tėvų noras suprasti vaikus ir jų poreikius, yra vienas svarbiausių veiksnių, padedančių kovoti su paauglių polinkiu į rūkymą ir svaiginimąsi alkoholiu [144]. Ispanijoje atlikto tyrimo duomenimis, tėvų kontrolė, rūpestis, nuolatinė priežiūra ir bendravimas turėjo įtakos mokinių retesniai rūkymui ir alkoholio vartojimui per pastarąsias 30 dienų [141]. Tačiau yra neaišku, ar šis modelis yra panašus ir kitose etninėse grupėse, šalyse, kuriose yra visiškai skirtingi bendravimo papročiai ir auklėjimas.

Literatūros analizė rodo, kad bendravimo šeimoje kokybė turi neigiamą ryšį su paauglių polinkiu vartoti alkoholį. Nustatyta, kad atviras tarpusavio bendravimas šeimoje yra vienas iš pagrindinių veiksnių, apsaugančių paauglius nuo alkoholio vartojimo [172, 240]. Toks bendravimas, kaip apsauginis veiksnys, ypač svarbus paauglėms mergaitėms, kurios paauglystės laikotarpiu yra labiau ir greičiau linkusios nukrypti į rizikingą elgseną [121]. Kitų tyrimų duomenys rodo, kad šeimoje, kurioje yra tik vienas tėvas, alkoholio vartojimo paplitimas 13–15 metų amžiaus paauglių tarpe buvo mažesnis, negu tokioje, kur vaikus augina vieniša motina, tačiau vaikai atviriau linkę bendrauti su motina nei su tėvu [183]. Paaugliai (ypač mergaitės) labiau jaučia pasitikėjimą motina, o tai labai glaudžiai siejasi su paauglio tolimesniu pasirinkimu, polinkiu į retesnę psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą.

Tačiau tėvo vaidmuo šeimoje taip pat yra neginčijamas. Jo bendravimo su paaugliu stoka ir autoritarinis auklėjimo stilius yra susijęs su didesne rizikingo elgesio galimybe [234]. Tačiau nustatyta, kad tie paaugliai, kurie lengvai bendrauja su tėvu, marihuaną per pastarąsias 30 dienų vartojo rečiau [227].

Bendraujant yra labai svarbi kokybė, o ne kiekybė. Sunku rasti kokybiško bendravimo apibrėžimą, tačiau daugelis mokslininkų kokybiškų linę laikyti tokį bendravimą, kuris leidžia patenkinti socialinius poreikius, sudaryti sąlygas keistis informacija, daryti įtaka [63, 165]. Siekiant bendravimo kokybės daug vertingiau aktyviai su vaiku užsiimti tris valandas per dieną, negu nenoromis su juo leisti aštuonias ir daugiau valandų [132]. Vaikui, kuris yra mylimas, su kuriuo praleidžiama daug laiko ir nuoširdžiai bendraujama, nekyla antriniai jausmai: pyktis, agresija, abejingumas, neapykanta [182]. Svarbiausia, kad tėvai šeimoje priimtų vaiką tokį, koks jis yra, nes tai yra gerų tarpusavio santykių sąlyga. Tėvai, užimdami bendradarbiavimo poziciją, yra visada pasiryžę besąlygiškai dalyvauti vaiko gyvenime, kartu spręsti problemas ir sunkumus. Tai ugdo jo pasitikėjimą savimi, teigiamai veikia jo savijautą [165].

Šiuolaikinėje visuomenėje vis labiau didėja tėvų užimtumas [146]. Jiems vis mažiau lieka laiko vaikų auklėjimui, bendram laisvalaikiiui ir poilsiui. Tėvai, grįžę namo, ne tik nebendrauja tarpusavyje, bet ir nuošalyje palieka vaikus ir jų problemas. Toks elgesys yra labai nepalankus vaikų asmenybės vystymosi procese. Dėl to atsiranda ne itin gera tendencija, kai gana kultūringose ir materialiai apsirūpinusiose šeimose auga „probleminiai“ vaikai. Ir nuo to, kaip tėvai bendrauja su savo vaikais, priklauso, kokie jie išaugs žmonės ir piliečiai.

Jei vaikui nepavyksta lengvai bendrauti su abiem tėvais, dažniausiai jam yra lengviau bendrauti su vienu iš tėvų. Tyrimo duomenimis nustatyta, kad paaugliai yra atviriau linkę bendrauti su motina nei su tėvu. Atviras, nesutrikęs bendravimas su motina susijęs su retesniu paauglių polinkiu rūkyti [241]. Atviro bendravimo, tėvų kontrolės ir emocinės paramos stoka šeimoje yra susijusi su paauglių mergaičių polinkiu į rizikingą elgseną [1,199]. Paaugliai, ypač mergaitės, kurie blogai jaučiasi šeimoje bendraudami ir negalintys atvirai su tėvais pasikalbėti apie juos slegiančias problemas, turi didesnę galimybę pradėti vartoti psichotropines medžiagas [145].

Iš atliktų tyrimų sunku nustatyti, kiek ir kaip tėvai kalbasi su vaikais apie sveikatą ir rizikingą elgesį. Atliktos kai kurios studijos pateikia tokius rezultatus, kad visgi tėvai retai kalba su savo paaugliais apie rūkymą ir jo daromą žalą [86]. Todėl norint įvertinti tėvų bendravimą su paaugliais apie

rūkymą, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimą, reikalinga išsamesnė analizė.

Ne ką mažiau svarbus bendravime ir pasitikėjimas, kuris vertinamas teigiamai, nes susijęs su mažesne paauglių rizikingo elgesio tikimybe [23]. Paaugliai yra linkę nepasitikėti žmonėmis ir tuo, kas jiems sakoma, jie labiau linkę viską išbandyti patys, tad pasitikėjimas ir tėvų autoritetas labai glaudžiai siejami.

Kitas neatsiejamas šeimos veiksnys yra tėvų kontrolė, kuri paauglių rizikingo elgesio apraiškoms turi ne mažesnę poveikį už emocinę paramą [200]. Pastebėta, kad tas poveikis labiau išreikštas tarp mergaičių nei tarp berniukų [194]. Vertinant tėvų kontrolę vaikams, atlikti tyrimai parodė, kad kuo daugiau tėvai bendrauja su vaikais ir kuo daugiau žino apie juos (kur ir su kuo jie leidžia laiką ir pan.), tuo mažesnė tikimybė, kad paauglys vartos alkoholį ar kitas psichoaktyviasias medžiagas [23, 207].

Peržiūrėta literatūra rodo, kad vaikų ir tėvų bendravimas yra svarbus paauglių elgesio raidos veiksnys: visuose tyrimuose pažymimos atviro ir nuoširdaus bendravimo teigiamosios pusės. Tačiau tai – labai plati tyrimų sritis, kurioje būdinga bendravimo formų įvairovė, priklausanti nuo paauglių lytiškumo, amžiaus, šeimos socialinių veiksnių. Todėl tyrimai šioje srityje visada išliks aktualūs.

2.2.3. Vaikų auklėjimo stiliai

Literatūroje, skirtoje auklėjimo stilių analizei, gausu įvairių auklėjimo stiliaus apibrėžimų. Dauguma tyrėjų, apibūdindami auklėjimo stilių, iškelia auklėtojų vaidmenį. Vieni jį įvardija kaip sudėtinę veiklą, pasireiškiančią specifiniu elgesiu ir darančių įtaką vaikų ugdymui [7].

Vienas svarbiausių šeimos veiksnių yra tėvų požiūris į vaiką. Jis reiškiasi tėvų elgesiu su vaiku ir auklėjimo priemonėmis, t. y. auklėjimo stiliumi. Kiekvienoje šeimoje vaikai auklėjami įvairiai, tačiau tėvai auklėdami savo vaikus stengiasi suprasti savo vaiką ir paveikti jį taip, kaip tai darydavo jų tėvai. Jie dažniausiai remiasi savo sukauptą patirtimi, įgytomis psichologinėmis ar pedagoginėmis žiniomis ar tiesiog perimdami kitų tėvų patirtį ir auklėjimo būdus. Vaikų auklėjimo būdai šeimoje gali sutapti, jei abu tėvai buvo auklėjami panašiai. Tokiu atveju vaiko auklėjimo rezultatas dažniausiai vienareikšmiškai siejamas su auklėjimo stiliumi. Tačiau, jei tėvų pasirinkti vaiko auklėjimo būdai radikaliai skiriasi, bendras auklėjimo rezultatas dažniausiai nenusipėjamas [252].

Pagal tai, kas vadovauja šeimos veiklai, išskiriami keturi šeimos tipai [252]:

1. šeimoje autoritetas yra tėvas, kuris vykdo vaiko elgesio kontrolės funkcijas;
2. vaiko elgesio kontrolės funkcijas vykdo motina;
3. yra pusiausvyra tarp tėvo ir motinos (vyro ir žmonos);
4. šeimoje susikuria tarpinė padėtis tarp vyro ir žmonos priklausomai nuo to, kuris iš jų šeimoje vyrauja.

Tėvo ir motinos asmeninės savybės nulemia, koks vaikų auklėjimo stilius vyraus šeimoje. Pastebėta, kad šeimoje, kurioje tėvai yra vieningi, atvirai bendraujantys, stengiasi derintis vienas prie kito, pasitaikančius auklėjimo sunkumus įveikia lengviau ir paprasčiau.

Nemažai šiuolaikinės pedagogikos atstovų remiasi elgesio psichologijos teorijos principais, akcentuoja tėvų vadovavimo vaikams ir jų elgesio būdus, kurie daugiau ar mažiau yra priimtini, ir išmoko vaikus tam tikru būdu elgtis. Auklėjimo stilius įvairiuose kultūrose gali reikštis „sankcijomis“: apdovanoti, ignoruoti, modeliuoti, bausti [192].

Pedagoginėje ir psichologinėje literatūroje pateikiami įvairūs auklėjimo stiliai. Lyginant įvairių autorių darbus, iš dalies jie sutampa, bet esama ir skirtumų. Zambacevičienė (2002) išvelgia, kad, norint charakterizuoti vaiko auklėjimo stilių, pakanka išvelgti du svarbius aspektus: vaiko kontrolės lygį bei pobūdį ir emocinį santykį su vaiku [247]. Ji, remdamasi užsienio autorių darbais, aptaria auklėjimo stilių klasifikacijos įvairovę. Anot Zambacevičienės, įvairūs autoriai dažniausiai įvardija demokratinį stilių, kuriam būdinga dažnas vaikų ir tėvų bendravimas, vaiko įtraukimas į šeimos problemų sprendimus, vaiko nuomonės paaiskinimas ir tikėjimas jo savarankiškos veiklos sėkme, bei kontroliuojantį auklėjimo stilių, kuriam būdingas griežtas vaikų elgesio taisyklių apibrėžimas.

Rajackas (2002) gana panašiai išskiria autoritarinį, laisvąjį ir demokratinį stilių [181]. Demokratinis, arba autoritetingas, stilius pasižymi dažnu tėvų ir vaikų bendravimu, palankumu, širdingumu, dėmesingumu jam, leidžiama vaikams patiems siūlyti, spręsti, rinktis veiklą, sumanymą, atlikimo būdą, priemones. Demokratiškai auklėjamiems labiau nei kitiems vaikams, būdingas intelektualumas, turtingesnis žodynas, noras dirbti, tikėjimas sėkme, ryžtingumas, sumanumas, aktyvumas, empatiškumas, vaiko įtraukimas į šeimos problemų svarstymą, atsižvelgiama į jo nuomonę. Šie tėvai iš dalies panašūs į autoritarinius tėvus, nes jie taip pat nustato tam tikras ribas ir taisykles, tačiau šeimos taisyklės šiuo atveju labiau demokratiškos nei autoritariškos. Autoritarinis stilius, anot V. Rajacko, pasireiškia vienvaldyste, kai vienas žmogus daro sprendimus, tiksliai nurodo, kas turi būti atlikta, griežtai kontroliuoja vykdymą, už tinkamą veiklą, poelgius

atlygina, už netinkamus – baudžia, dažnai naudoja prievartą, pažemina. Tokioje aplinkoje vaikai auga darbingi, bet be iniciatyvos, konkuruojantys, nepakantūs, pikti. Tėvų žodis šiuo atveju vaikams yra neginčytinas įstatymas, o už blogą elgesį griežtai baudžiama. Vaikai, kuriuos auklėjant dominuoja kontrolė, draudimai, auga labiau užsisklendę, laukia nurodymų, neišmoksta savarankiškai dirbti, laikytis drausmės, nesugeba patys priimti sprendimų ir už juos atsakyti.

Kai vaiko elgesio kontrolė ir vertinimas yra nevienodas, šeimoje įsigali nenuoseklus auklėjimo stilius. Nenuoseklūs tėvai elgiasi su vaiku be jokios sistemos, vadovaudamiesi nuotaika. Jį lydi poveikio vaikui nepastovumas ir atsitiktinumas. Vaikai stengiasi išvengti skausmo, tačiau dažnai jiems nepasiseka. Kai auklėjimas nenuoseklus ir mažiausiai veiksmingas, tėvai keičia taktiką: reikalavimus ir bausmes skiria pagal savo įgeidžius. Vaikai jaučiasi vieniši ir nelaimingi, emocinio prieglobsčio ieško kitur. Kartais vaikai tampa agresyvūs arba baikštūs, nuolat bando įtikti kitiems arba ima jais manipuliuoti. Nepasitiki savimi ir kitais, jaučiasi tarsi užspęsti į kampa [181].

Vienos labiausiai pripažintų tėvų auklėjimo stilių klasifikacijų pradininkė buvo amerikiečių psichologė Baumrind (1971) [11]. Ji aprašė tris vaikų auklėjimo stilius: autoritetinį, autoritarinį ir atlaidų. Vėliau Maccoby ir Martin (1983) šiuos tris stilius išskaidė į dvi dimensijas [148]. Pirmoji dimensija vertina tėvus pagal jų reiklumą ir rikiuoja juos nuo tų, kurie daug tikisi ir reikalauja, iki tų, kurie visiškai nieko nesitiki ir nieko nereikalauja iš savo vaikų. Antroji dimensija vertina tėvus pagal jų jautrumą vaikams ir rikiuoja tėvus nuo tų, kurie išklauso vaikus ir priima jų nuomonę aptardami kartu su vaikais, iki tų, kurie kategoriškai atmeta vaikų nuomonę ir nerodo jokio dėmesio, kai vaikams reikia pagalbos. Šių dviejų dimensijų kombinacija, kaip parodyta 2.2.1 lentelėje, sudaro keturias tėvų grupes, kuriose pasirinkti šie vaikų auklėjimo stiliai: autoritetingas, atlaidus, valdingas (arba autoritarinis) ir atsainus. Manoma, jog šias tėvų elgesio grupes apsprendžia šie auklėjimo aspektai: vaikų drausminimas ir kontrolė, tėvų ir vaikų bendravimas, reikalavimai vaikui ir šiluma, artumas.

2.2.1 lentelė. Vaikų auklėjimo stiliai pagal Maccoby ir Martin [45]

Auklėjimo stiliai	Didelis jautrumas	Mažas jautrumas
Didelis reiklumas	Autoritetingas (angl. <i>Authoritative- Reciprocal</i>)	Valdingas, arba autoritarinis (angl. <i>Authoritarian- repressive</i>)
Mažas reiklumas	Atlaidus (angl. <i>Permissive-Indulgent</i>)	Aplaidus (atsainus) (angl. <i>Permissive-Neglectful</i>)

Pateiktoji vaikų auklėjimo stilių klasifikacija buvo panaudota ir šiame darbe, todėl remdamiesi literatūros duomenimis [11, 54, 163, 171] pateiksime išsamesnę auklėjimo stilių charakteristiką.

Autoritetingas auklėjimo stilius. Kaip ir autoritariški tėvai, autoritetingą vaikų auklėjimo stilių pasirinkę tėvai nustato aiškias taisykles, kurių reikia laikytis, kontroliuoja, kaip jų laikomasi, paaiškina jų priežastis, tačiau yra kur kas demokratiškesni. Skirtingai nuo autoritarinių tėvų, jie linkę išklausyti ir atsižvelgti į savo vaiko prašymus bei klausimus. Drausminimo metodai labiau palaikantys ir skatinantys pasitaisyti, o ne nubausti. Tėvai yra užsispyrę, tačiau linkę į kompromisus. Tėvų ir vaikų bendravimas nėra ribojantis ir liepiantis paklusti, o kviečiantis bendradarbiauti. Autoritetingų tėvų vaikai yra atsakingi, savarankiški, pasitikintys savimi, altruistiški. Autoritetingas auklėjimo stilius palankus vaiko asmenybės vystymuisi. Vaikai įtraukiami į kasdieninius šeimos reikalus, skatinamas jų savarankiškumas ir sveikintina bet kokia parodyta iniciatyva. Vaikai žino savo pareigas šeimoje, pasitiki savimi, palankiau save vertina, jaučiasi svarbūs, mylimi, savarankiški. Yra labiau prisirišę prie tėvų, laiko juos pavyzdžiu. Sukuriama tėvų ir vaikų tarpusavio santykių harmonija.

Valdingas (autoritariškas) auklėjimo stilius. Šio auklėjimo stiliaus vaikai turi laikytis griežtų taisyklių, o nesugebėjimas jų laikytis sukelia bausmes. Reikalaujama visiško paklusnumo, o paklausus paaiškinimo, įprastas atsakymas – „Nes aš taip sakau!“. Autoritariniai tėvai kelia aukštus reikalavimus, tačiau iš tiesų jiems labiau rūpi jų pačių idėjos ir lūkesčiai nei vaikų poreikiai ir interesai. Tėvai atrodo nutolę nuo savo vaikų, griežti, bijo parodyti vaikams švelnumą, geri vaiko poelgiai vertinami kaip savaiame suprantami. Tokių tėvų vaikai yra atsakingi, tačiau stokoja savarankiškumo, bijo suklysti. Dauguma tokių tėvų yra nekūrybingi, taiko tuos pačius pedagoginio poveikio būdus. Autoritarinių tėvų vaikai retai pasitiki savo jėgomis, nesugeba savarankiškai mąstyti ir veikti. Šis auklėjimo stilius riboja vaiko savarankiškumą ir iniciatyvą. Vaikams būdinga savęs niekinimo tendencija, liguistas jautrumas, užsisklendimas, dorovinės brandos stoka, smalsumo nebuvimas.

Atlaidus (viską leidžiantis, nuolaidžiauojantis) auklėjimo stilius. Vaikui duodama laisvė, jis mylimas, su juo jautriai elgiamasi. Iš principo tarpusavio bendravimas labiau primena draugų nei tėvų – vaikų santykį. Tėvai atlaidūs, retai drausmina savo vaikus, daug nereikalauja ir neskatina atsakyti už savo elgesį. Nuolaidžiauojantys tėvai mano, kad jie neturi jokių teisių ir privalo tenkinti visas savo atžalų užgaidas. Vaikai neišmoksta elgtis savarankiškai, priimti sprendimus ir už juos atsakyti. Nesitiki brandžių vaiko poelgių, tėvai neįprastai švelnūs, vengiantys konfliktų. Šeima, kurioje nėra aiškių taisyklių, atrodo nedisciplinuota, chaotiška. Tokių tėvų vaikai pasižymi prastes-

niais socialiniais įgūdžiais, nėra orientuoti ką nors pasiekti, dažnai turi problemų mokykloje. Kartais vaikams suteikiama visiška laisvė, kuriai jie neparuošti, ir dažnai ją panaudoja blogiems tikslams. Į vaiko reikalus įsikišama tik tada, kai jis pažeidžia elgesio normas. Tačiau ir tada apribojimai būna nedideli ir švelnūs. Apskritai, šie vaikai yra mažiau laimingi nei jų bendraamžiai.

Aplaidus (atsainus) auklėjimo stilius. Šiam auklėjimo stiliui, panašiai kaip ir atlaidžiam, būdinga mažai reikalavimų vaikams, abejingas reagavimas į vaikų poelgius ir ribotas bendravimas. Nors šie tėvai tarsi patenkina pagrindinius vaiko poreikius, tačiau tuo jų dalyvavimas vaiko gyvenime ir apsiriboja. Ypatingais atvejais šie tėvai gali net atsisakyti užtikrinti arba apskritai pamiršti apie vaikų poreikius. Atsainių tėvų vaikai stokoja savitvardos, prastai save vertina, taip pat yra mažiau kompetentingi nei jų bendraamžiai.

Panaši vaikų auklėjimo stilių klasifikacija sutinkama ir Lietuvos mokslininkų darbuose: Seliokienės (2004) [192], Bajoriūno (2004) [7], Miškinio (2003) [154], Žukauskienės (2002) [252]. Bulotaitė (2014) išskiria dar vieną stilių, kurį pavadino: „Tėvai pernelyg lepina savo vaiką“. Šiam stiliui būdinga, kad tėvai vaikui beveik nieko nedraudžia, tenkina beveik visus jo norus. Tėvai stengiasi išpirkti kaltę prieš save ir vaiką dėl to, kad per mažai laiko leidžia su juo. Apribojimai ir baismės beveik netaikomi [29].

Mokslinėje literatūroje randama duomenų apie auklėjimo stilių sąsajas su vaikų gyvensena. Nustatyta, kad auklėjimo stiliai yra susiję su priklausomybę sukeliančiu medžiagų vartojimu [3, 4, 37, 82, 163, 235]. Auklėjimo stilių analizei skirtoje literatūroje autoritetingas auklėjimo stilius dažniausiai įvardijamas kaip svarbus veiksnys, apsaugantis paauglius nuo rūkymo [20, 104, 176], alkoholio [87, 104, 176] ir narkotinių medžiagų [28, 64, 251] vartojimo.

Apibendrinant galima teigti, kad tėvo ir motinos asmenybės turi ypatingą įtaką vaikų auklėjimui šeimoje. Koks auklėjimo stilius šeimoje vyraus, priklauso nuo asmeninių tėvų savybių. Tėvų švietimas gali padėti tėvams koreguoti vaikų auklėjimo stilių. Egzistuojantys vaikų auklėjimo stiliai neturi griežtų klasifikacijos kriterijų, todėl kartais sunku nuspręsti, koks tai auklėjimo stilius. Tačiau vienas iš jų visada vyrauja, kurdamas savitą šeimos gyvenimo atmosferą, klimatą. Visi vaikų auklėjimo stiliai turi tam tikrą prasmę: turi ir plusų, ir minusų. Kažkuris stilius nėra vienintelis veiksnys, lemiantis vaiko asmenybę. Jo poveikis vaikui pasireiškia kartu su tėvų elgesiu, bendra atmosfera šeimoje, emociniais šeimos narių ryšiais, bendravimu, o suaugęs vaikas, jau turėdamas savo vaikų, kopijuoja, bando šiuos auklėjimo stilius taikyti jiems. Kadangi vaikų auklėjimas šeimoje yra daugiau edukologų ir psichologų tyrimų sritis, todėl vaiko visuomenės

sveikatos požiūriu auklėjimo stilių reikšmė vaiko ir paauglio sveikatos ir gyvenenos raidai kol kas nedaug tyrinėta.

2.2.4. Šeimos ekonominis statusas

Šeimos ekonominis statusas yra vienas svarbiausių veiksnių, sąlygojančių vaikų gyvenenos ir sveikatos netolygumus. Jų vertinimui, analizei ir šalinimui skiriamas vis didesnis dėmesys [102, 156].

Tyrimų duomenimis nustatyta, kad menkas tėvų išsilavinimas bei mažos pajamos lemia prastesnį vaikų sveikatos potencialą ir gyvenimo įgūdžius. Aukštesnę socialinę padėtį užimančių tėvų vaikai miršta rečiau, serga mažiau nei žemo išsimokslinimo, mažas pajamas turinčių šeimų vaikai [75]. Mokinių gyvenenos ir sveikatos tyrimo (HBSC) duomenys rodo, kad turtingesnių tėvų vaikai jaučiasi sveikesni ir laimingesni, jie dažniau sulaukia tėvų pagalbos, atviriau bendrauja su tėvais [243, 237, 239]. Tačiau tarp turtingesnių tėvų vaikų labiau paplitęs rūkymas, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas. Ekonominė šeimos būklė lemia ir mokinių laisvalaikio užimtumą: turtingų šeimų vaikai, palyginti su neturtingų šeimų vaikais, laisvalaikiu dažniau mankštinais ir sportuoja, dažniau įtraukiami į sveikatą stiprinančią veiklą [170]. Nustatyta, kad vaikai, gyvenantys skurstančiose, nedarniose šeimose, dažniau patiria smurtą [152]. Kai kurių tyrimų duomenys rodo, kad prastos socialinės – ekonominės sąlygos gali būti vaikų elgesio ir emocinių problemų priežastimi [76].

Yra atlikta tyrimų, kurie prieštaringai vertina šeimos socialinių ir ekonominių veiksnių įtaka dažnesniam paauglių polinkiui į rizikingą elgseną, ypač alkoholio vartojimą. HBSC tyrimas rodo, kad šeimos socialinė-ekonominė situacija turėjo labai mažą įtaką paauglių dažnam alkoholio vartojimui [214]. Nors kai kurie tyrimai nustatė, kad šeimoje, kurioje yra mažesnės pajamos paaugliai labiau yra linkę į alkoholio vartojimą [106, 142], tačiau kiti tyrimai to neišskiria ir rodo, kad tai nepriklauso nuo socialinių ir ekonominių šeimos veiksnių [179, 185].

Didžiausią grėsmę šeimai kelia ilgalaikis nedarbas. Dėl jo sumažėja ne tik šeimos pajamos, bet ir nuvertinamas žmogaus profesinis parengimas, keičiasi žmogaus asmeninis gyvenimas, sumažėja visuomeninis aktyvumas. Psichologiniai tėvų bedarbystės padariniai, tokie kaip emociniai sutrikimai ir socialinė izoliacija, pirmiausia paveikia vaikus. Psichologiškai nestabili šeimos padėtis – prastas pagrindas visavertei asmenybės socializacijai. Išaugus nedarbui, didelei daliai šeimų skurstant, padidėjo įvairaus pobūdžio teritorinis mobilumas, padaugėjo darbo ieškojimas kituose, tolimesniuose miestuose, ar net nelegalios išvykos dirbti užsienyje. To pasėkoje vėl kenčia vaikai, nes vienas iš tėvų ar net abu tėvai yra priversti išvykti, nebūna na-

muose ilgą laiką ir vaikas auga nestabilioje šeimoje. Sutrinka bendravimas, saugumo jausmas [150, 222]. Išgyvendami atsiskyrimo nuo brangių žmonių krizę, vaikai ne tik patiria trumpalaikį stresą, bet jiems atsiranda ir rimtesnių ir didesnių emocinių sutrikimų [250]. Nors tėvai ir pasirūpina, kad likusiems vaikams nieko netrūktų, tačiau materialinė gerovė tėvų šilumos neatstoja. Mažeikienė (2007) tyrė vaiko išgyvenimų po tėvų išvykimo uždariauti etapus ir jų reikšmę vaiko savijautai [150]. Autorės duomenys bylojo, kad uždariauti išvykusių tėvų netektis atžalai kelia sielvartą ir baimę dėl ateities. Vaikui kyla pykčio ir depresijos problemų. Jis pradeda blogai mokytis, bėgti iš pamokų, vartoti alkoholį, narkotikus bei lengvai įsitraukia į įvairias asocialias grupuotes.

Apskritai, ekonominė situacija šeimoje taip pat yra labai svarbus vaikų auklėjimo, ugdymo, elgesio, sveikatos ir gyvenimo kokybės veiksnys. Turtingose šeimose vaikai turi platesnes galimybes tobulėti, mokytis, pažinti, turi geresnį laisvalaikio užimtumą, priešingai nei vargingose, asocialiose šeimose. Tačiau yra duomenų, nors ir nevienareikšmiškų, jog turtingų šeimų vaikai yra labiau linkę į rūkymą ir alkoholio vartojimą. Nesvarbu kokioje šeimoje vaikas auga, pasiturinčioje ar ne, tačiau turi būti užtikrinta, kad vaikas toje šeimoje jaustųsi saugus, mylimas ir pilnavertis šeimos narys.

2.3. Rizikingo paauglių elgesio ryšys su šeimos veiksniais

2.3.1. Rūkymas

Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos (HBSC) tyrimai Lietuvoje per laikotarpį nuo 1994 iki 2010 m. parodė reikšmingą rūkymo paplitimo padidėjimą tiek tarp berniukų (nuo 11,3 proc. iki 21,5 proc.), tiek ir tarp mergaičių (nuo 3,3 proc. iki 14,8 proc.) [214, 238, 242]. Nežiūrint didelių pastangų vykdant aktyvią tabako kontrolės veiklą šalyje (pvz., tabako reklamos draudimas ir draudimas rūkyti viešose vietose, tabako mokesčių didinimas, įspėjimai ant tabako gaminių ir kitos sveikatos politikos intervencijos, jaunimo rūkymo prevencijos programos mokyklose), tačiau žymesnio teigiamo poveikio tiriamuoju laikotarpiu nebuvo pastebėta [214, 238]. Pastarojo HBSC tyrimo, atlikto 2014 m., duomenys parodė, kad rūkymo paplitimas tarp Lietuvos 11–15 metų amžiaus paauglių buvo reikšmingai mažesnis negu ankstesniuose tyrimuose [241]. Rūkymo paplitimo tarp mokyklinio amžiaus vaikų mažėjimas buvo užregistruotas visose HBSC tyrime dalyvavusiose Europos ir Šiaurės Amerikos šalyse [88, 102].

Atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad vaikų rūkymo prevencijos programos, pagrįstos šeimos aplinkos veiksniais gali pritraukti visuomenės svei-

katos specialistų ir visuomenės sveikatos politikos dėmesio ir gali būti ne tik deklaruojamos, bet ir realiai įgyvendinamos [13, 59, 60, 218]. Šeimos aplinkos veiksniai, tokie kaip tėvų auklėjimo stilius, bendravimo šeimoje kokybė, tėvų kontrolė, turi neatsiejamą ryšį su paauglių retesnių polinkiu į rūkymą [241]. Literatūros apžvalga rodo, kad mažesnę rūkymo galimybę turi tie paaugliai, kurie išsiskiria lengvu ir kokybišku bendravimu šeimoje, gauna stiprų emocinį motinos ir tėvo palaikymą, patiria stiprią tėvų kontrolę [39, 78, 86]. Lietuvos mokslininkai, taip pat bandė įrodyti šių veiksnių svarbą rizikingai paauglių elgsenai [41, 42, 70, 242, 246], tačiau atlikti tyrimai nebuvo išsamūs. Siekiant patvirtinti ar paneigti tėvų bendravimo svarbą rūkymui, būtina išsamesnė rūkymo ir šeimos veiksnių ryšio analizė.

2.3.2. Alkoholio vartojimas

Gausus alkoholio vartojimas tarp Lietuvos gyventojų laikytinas viena skaudžiausių socialinių ir visuomenės sveikatos problemų [6]. Problema neaplenkia ir jaunosios šalies populiacijos. Daugėja girtumo atvejų tarp mokinių ir su tuo susijusių elgsenos ir bendravimo problemų [196, 197, 208, 217, 240]. Lietuvos 15–16 metų amžiaus mokinių, bet kokio alkoholio vartojimas ir girtumas per paskutinius 12 mėnesių jau 1999 metais viršijo Europos vidurkį, o pastarieji tyrimai rodo dar didesnę padidėjimą. Lietuvos ESPAD 2011 m. tyrimo duomenimis, visi alkoholio vartojimo (taip pat ir rūkymo ir kitų narkotikų vartojimo) rodikliai buvo didesni nei Europos vidurkis [95]. HBSC tyrimo, atlikto 2014 m., duomenys parodė, kad alkoholinių gėrimų vartojimas daugelyje tyrime dalyvavusių Europos ir Šiaurės Amerikos šalių buvo mažesnis nei 2010 m., tačiau Lietuvos paaugliai alkoholiniais gėrimais piktnaudžiavo labiausiai lyginant su kitų šalių bendraamžiais [95].

Daugelis atliktų tyrimų aiškinosi tėvų ir vaikų santykių, vaikų priežiūros ir kontrolės, artimos aplinkos, vaikų auklėjimo stilių ir kitų šeimos veiksnių sąsajas su vaikų ir paauglių alkoholio vartojimu [171, 193, 215, 226].

Ištirti paaugliai, kurie nurodė, kad jiems sunku bendrauti su tėvais, buvo linkę į depresiškumą (ypač mergaitės), dažniau jautėsi nelaimingi, alkoholinius gėrimus vartojo dažniau [115, 116, 121]. Prasti tėvų ir vaikų santykiai buvo susiję su vaikų nusikalstamumu ir polinkiu į alkoholio vartojimą vaikystėje ir paauglystėje [39, 84]. Tyrimų rezultatai parodė, kad tiek mergaitėms, tiek ir berniukams tėvų ir vaikų bendravimo ir kontrolės stoka padidina polinkio į rizikingą elgseną galimybę, įskaitant galimybę linkti į alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimą [65]. Griežta tėvų kontrolė teigiamai susijusi su mažesniu alkoholio vartojimu berniukų tarpe.

Gerai santykiai tarp tėvų ir mergaičių bei tarpusavio pasitikėjimas rasti kaip alkoholio vartojimo apsauginiai veiksniai [23, 39]. Šeimose, kuriose abu tėvai mažai kontroliavo vaikus ir rodė žemą emocinę tėvų paramą, paaugliai turėjo didesnę tikimybę pradėti vartoti alkoholį [101, 229].

Kitas tyrimas pateikė priešingus duomenis, jog paaugliai, gyvenantys nepilnoje šeimoje (su vienu iš tėvų), kur yra atviras ir glaudus bendravimas, šeimoje nustatytos taisyklės, gali lengviau atsisipirti kitų paauglių daromai įtakai pradėti vartoti alkoholį bei išvengti kitų elgesio problemų [25].

Taigi šio nedidelio skaičiaus paskelbtų mokslinių straipsnių apžvalga rodo, kad nėra vieningos nuomonės apie paauglių alkoholio vartojimo ir šeimos socialinių veiksnių sąsajas, pasigendama išsamesnės analizės, skirtos įvertinti šeimos ypatumų reikšmę vaikų ir paauglių polinkiui į alkoholio vartojimą.

2.3.3. Nelegalių narkotikų (kanapių) vartojimas

Lietuvoje nuo 1994 m. vykdomi du tarptautiniai jaunų žmonių gyvenamosios tyrimai – HBSC [91] ir ESPAD [95], kuriuose vertinamas tabako, alkoholio ir nelegalių narkotikų vartojimo paplitimas tarp paauglių, ieškoma šio negatyvaus reiškinio priežasčių ir veiksnių. Šių abiejų tyrimų duomenys rodo didelį ir vis dar didėjančią nelegalių narkotikų vartojimo paplitimą tarp šalies mokinių [26, 96, 97, 159, 160, 214, 246]. Duomenų palyginimui buvo pasirinkti populiariausio tarp jaunų žmonių nelegalaus narkotiko – kanapių – vartojimo rodikliai.

ESPAD (2011 m.) duomenimis, populiariausias narkotikas tarp Lietuvos 15–16 metų paauglių yra kanapės, bent kartą gyvenime jų yra vartoję 20 proc. moksleivių (25 proc. berniukų ir 14 proc. mergaičių). Kanapių vartojimo paplitimas (bent kartą gyvenime) nuo 2007 m. Lietuvoje padidėjo beveik 2 proc., nuo 18,2 proc. iki 20 proc. Šis rodiklis viršija ESPAD vidurkį (17 proc.). Nemaža dalis paauglių pirmą kartą pabando vartoti narkotines ir psichotropines medžiagas būdami labai jauni (9–11 m.) [96].

Tyrėjai atkreipia dėmesį į tėvų kontrolės veiksnį, kaip vieną iš pagrindinių veiksnių, apsaugojančių paauglius nuo kanapių vartojimo [22]. Keleto tyrimų rezultatai teigia, kad vaikai, kurie jaučia didelę tėvų kontrolę, buvo mažiau likę į rizikingą elgesį, įskaitant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą [22, 36, 67]. Tėvų žinojimas apie savo vaikus, kur ir su kuo jie būna, nuolatinis domėjimasis jų veikla gali sumažinti galimybę paaugliams pradėti rūkyti kanapes [22]. Tėvai gali formuoti paauglių neigiamą požiūrį į kanapių vartojimą arba gali riboti vaikų bendravimą su neigiamą įtaką darančių bendraamžių grupėmis [47]. Visuose čia cituotuose straipsniuose daroma išvada, jog tėvų ir vaikų glaudus ryšys, emocinė tėvų parama,

pagalba ir pasitikėjimas yra vieni iš labiausiai paauglių elgesį veikiančių veiksnių, mažinančių polinkį į narkotinių medžiagų vartojimą.

2.3.4. Suicidiniai veiksmai

Statistika rodo, kad savižudybės šiuo metu yra viena iš pirmaujančių mirties priežasčių tarp jaunų ir vidutinio amžiaus žmonių ir sudaro didelę visuomenės sveikatos problemą visame pasaulyje [33, 51, 61, 126, 164]. Daugelyje šalių tai kelia didžiulį nerimą, nes šis klausimas tampa vis labiau ir labiau susijęs su jaunesnio amžiaus žmonėmis [18, 52, 210]. Lietuva buvo tarp šalių, turinčių didžiausią savižudybių rodiklį, daugiau nei 20 pastarųjų metų [209, 248, 249].

Paauglystės laikotarpiu yra didžiausia rizika pasireikšti pirmiems suicidiniams veiksams, tačiau prognozuoti galimą savižudybę jauname amžiuje yra labai sudėtinga ir sunku [143, 168], nes polinkis į savižudybę yra laikomas daugiaveiksniumi reiškiniu [164]. Nemirtinas savižudiškas elgesys, pavyzdžiui, rimtai apsvarstytas bandymas nusižudyti, savižudybės plano parengimas ar bandymas nusižudyti, įvyksta nuo 10 iki 20 kartų dažniau nei savižudybė [66]. Ankstesni tyrimai parodė rizikos veiksnių, susijusių su savižudybę paauglystėje, įvairovę [33, 52, 55]. Santykis tarp psichikos sutrikimų (pvz., depresijos) ir paauglių savižudybių yra gerai žinomas [31, 124]. Nuotaikos sutrikimai, piktnaudžiavimas psichoaktyviais medžiagomis ir išankstiniai bandymai žudyti yra glaudžiai susiję su jaunimo savižudybėmis [55, 56, 74, 124]. Sąsajos su socialiniu susvetimėjimu ir vyraujančiomis problemomis taip pat padidina savižudybės [30, 117, 167, 206] tikimybę.

Kad išsiaiškinti rizikos veiksnius, susijusius su jaunų žmonių savižudybėmis, ir tuo remiantis plėtoti strategijas ir intervencijas, svarbu analizuoti paauglių polinkio į savižudybę ir jų šeimų socialinio ir psichologinio klimato asociacijas.

Keletas tyrimų bandė ištirti šeimos aplinkos [56, 149] ir kitų veiksnių, susijusių su šeimos nelaimėmis, poveikį vaikų ir paauglių psichologinei savijautai ir psichinei sveikatai [34, 126, 190]. Vienas tokių veiksnių yra tėvų skyrybos. Statistika rodo, kad vaikų, augančių pilnoje šeimoje kartu su abiem biologiniais tėvais, dalis sumažėjo per pastarąjį dešimtmetį. Šie akivaizdūs pokyčiai galėjo turėti įtakos vaikų ugdymui ir socializacijai, nes nepilnos šeimos yra mažiau pajėgios kontroliuoti destruktivų vaikų elgesį, pvz., rūkymą, alkoholio ir narkotikų vartojimą [170], polinkį į savižudišką elgesį [35, 73]. Šeimoje vyraujanti gera bendravimo kokybė, pasitenkinimas šeimos santykiais, tėvų kontrolė ir tinkamas vaikų auklėjimas glaudžiai siejasi su mažesniu paauglių polinkiu į rizikingą elgesį (pvz., mažesne

savižudybės rizika). [19] Atviras bendravimas su tėvais, emocinė tėvų parama ir kontrolė yra vieni iš svarbiausių šeimos veiksmų, galinčių sumažinti paauglių polinkį į savižudybę [68, 230, 248, 249].

Apžvelgę mokslinę literatūrą paauglių rizikingo elgesio – rūkymo, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo ir polinkio į savižudybę – ryšio su šeimos veiksniais temomis, galime teigti, kad šeimos socialinių veiksmų ir vaikų bendravimo su tėvais kokybės svarba yra neginčijama. Tėvų atviras ir nuoširdus bendravimas, tinkama kontrolė, gera bendravimo kokybė šeimoje, emocinė tėvų parama, tinkamai pasirinktas vaikų auklėjimo stilius bei geri tarpusavio santykiai šeimoje yra puiki prevencinė priemonė paauglių rizikingai elgsenai. O blogas mikroklimatas šeimoje, bendravimo stoka, emocinės paramos nebuvimas tiek iš tėvo, tiek iš motinos pusės didina galimybę paaugliams grimsi į rizikingą elgseną, keliančią problemas jų sveikatai ir gyvenimo kokybei ir, apskritai, visos visuomenės gerbūviui. Todėl tolesni ir gilesni šios krypties tyrimai turi didelę perspektyvą. Kitose šalyse tokie tyrimai jau turi kelių dešimčių patirtį, tuo tarpu Lietuvoje aptinkamos šios krypties tyrimų užuomazgos.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Disertacinio darbo tyrimo medžiagą sudaro Pasaulio sveikatos organizacijos koordinuojamos programos „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensena ir sveikata“ (angl. *Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC*) tyrimų, atliktų 2006, 2010 ir 2014 metais Lietuvoje, duomenys [43, 46, 102]. Šalyje šiuos tyrimus vykdė Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos tyrimų instituto Vaikų ir jaunimo sveikatos laboratorija. Tyrėjų komandos nare buvo ir šio darbo autorė.

Atsižvelgus į didelę surinktų duomenų gausą, šiame darbe išsamiai analizuoti naujausi, 2014 metais surinkti duomenys. Toks sprendimas pagrįstas dar ir tuo, jog šiame tyrime buvo naudotas žymiai didesnis šeimos veiksmų skaičius. Šio tyrimo duomenų analizei paskirti pirmieji penki „Tyrimo rezultatai“ dalies skyriai. Šeštajame šios dalies skyriuje palyginami visų trijų tyrimų duomenys – ieškota bendrų tendencijų ir laiko pokyčių.

3.1. Tiriamųjų atranka ir atrankos kriterijai

Kiekvienais metais vykdyti tyrimai atlikti vadovaujantis vieningu HBSC tyrimo protokolu, kuriuo privalėjo vadovautis visos tarptautiniame tyrime dalyvaujančios šalys. 2013/2014 mokslo metais HBSC tyrimų programoje dalyvavo 42 šalys [102]. Protokole, kurį parengė tarptautinė paauglių gyvensenos ekspertų grupė, nurodyti pagrindiniai reikalavimai tiriamųjų atrankai, tyrimo instrumentams, apklausos vykdymui ir kitoms procedūroms.

HBSC tyrimo dėmesio centre – 11, 13 ir 15 metų asmenys, mokyklinio amžiaus vaikai. Pasirinktas amžius atitinka paauglystės tarpsnio pradžią ir vidurį, kada jauna asmenybė sparčiai bręsta, formuojasi jo gyvensena ir kartu yra labai pažeidžiama ir priklausoma nuo išorės veiksmų [102]. Lietuvos mokyklose daugiausia tokio amžiaus vaikų mokosi penktosiose, septintosiose ir devintosiiose klasėse. Lietuvoje, kaip tai buvo daroma ir daugelyje kitų HBSC šalių, pasirinktos klasės buvo atrenkamos ir bendrojo lavinimo mokyklų.

Siekiant reprezentuoti šalį, ekspertų apskaičiavimu, kiekvienoje šalyje buvo privaloma ištirti ir pateikti tarptautiniam duomenų bankui ne mažiau kaip 1500 kiekvienos amžiaus grupės (11, 13 ir 15 metų) tiriamųjų, t.y. iš viso kokybiškai surinktų ne mažiau kaip 4500 mokinių apklausos duomenų.

Analizei planuota atrinkti duomenis, kurie tenkintų šiuos kriterijus:

- Savanoriškas dalyvavimas apklausoje.
- Kokybiškas apklausos anketos užpildymas (neatsakytų klausimų ne daugiau 10 proc.; logiškas atsakymų suderinamumas ir kt.).
- Tiriamųjų amžius – 11, 13 ir 15 metų. Amžius skaičiuojamas pilnais metais. Leista, kad 10 proc. tiriamųjų amžius gali būti už atitinkamos amžiaus grupės ribų, bet skirtis nuo leistinos ribos ne daugiau kaip 6 mėnesiais. Pvz., mokinys, kurio amžius 10 metų ir 7 mėnesiai dar gali būti įtrauktas į 11 metų amžiaus grupę, tačiau mokinys, kurio amžius 10 metų ir 5 mėnesiai, – ne.

Įvertinus tai, kad vykdant tyrimus (apklausas) mokykloje vidutiniškai dalyvauja 80 proc. mokinių, šis skaičius privalėjo būti padidintas 20 proc., t. y. 1,2 karto (iki 5400 mokinių). Dėl to, kad tikslinėse 5, 7 ir 9 klasėse galėjo būti ir kitokio amžiaus mokinių, tiriamųjų imtis buvo padidinta iki 6000 mokinių (po 2000 mokinių iš kiekvienos klasių grupės).

Tiriamųjų atrankos vienetas buvo klasė. Visa tiriamųjų imtis suformuota atsitiktinės hierarchinės atrankos metodu: savivaldybės – mokyklos – klasės. Pirmajame žingsnyje pasirinktos Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių miestų savivaldybės ir dar nemažiau 20 atsitiktiniu būdu atrinktų savivaldybių. Taigi kiekvienais metais planuota tyrimus vykdyti ne mažiau kaip 24 savivaldybių. Po to, kiekvienoje savivaldybėje atsitiktiniu būdu buvo atrinktos mokyklos ir, galiausiai, klasės mokykloje, jei joje buvo kelios paralelinės to paties lygio klasės. Imties dalys pagal savivaldybes nustatytos laikantis vaikų skaičiaus savivaldybėse proporcijų.

Iš viso kiekvienam HBSC tyrimui Lietuvoje atrenkama per 100 mokyklų, o jose – per 300 penktųjų, septintųjų ir devintųjų klasių (2014 m. vykdytame tyrime buvo atrinktos 25 savivaldybės, 134 mokyklos, o jose – 334 penktosios, septintosios ir devintosios klasės).

3.2. Duomenų rinkimas ir tiriamasis kontingentas

Visuose tyrimuose, vykdytuose 2006, 2010 ir 2014 metais, mokinių apklausos mokyklose vyko balandžio ir gegužės mėnesiais. Buvo apskaičiuota, kad vykdant duomenų rinkimą šiais mėnesiais, galima tikėtis, kad atrinktų klasių mokinių amžius labiausiai atitiks keliamiems reikalavimams.

Duomenų rinkimas buvo suderintas su Lietuvos Respublikos Švietimo ir mokslo ministerija ir atrinktų savivaldybių švietimo skyriais bei mokyklų vadovai. Siekiant nepažeisti tiriamųjų orumo ir asmens duomenų apsaugos,

vadovautasi Kauno regioninio biomedicinos tyrimų etikos komiteto nuorodomis (išsamiau žr. „3.5. Tyrimo etika“).

Siekiant užtikrinti savanorišką mokinių dalyvavimą tyrime ir informuoti jų tėvus bei gauti jų sutikimus, vieną savaitę prieš vykdant tiriamųjų apklausą 5, 7 ir 9 klasių mokiniams buvo išdalyti laišakai, adresuoti jų tėvams. Laiške buvo pateikiama informacija apie numatomą tyrimą ir prašymas leisti jų vaikui dalyvauti tyrime.

Vykdyti mokinių apklausas padėjo klasių auklėtojai. Jų buvo prašoma laikytis nurodymų, pateiktų apklausos vykdymo instrukcijoje. Tyrime dalyvavusių mokinių anonimiškumas buvo visapusiškai užtikrintas.

Mokinių apklausa buvo vykdoma klasėje ir priklausomai nuo jų amžiaus truko 1–2 pamokas. Pradedant tyrimą mokiniai buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir kviečiami savanoriškai bei geranoriškai dalyvauti tyrime. Ši informacija taip pat buvo patalpinta apklausos anketos pradžioje. Mokiniai, kurie patys nesutiko dalyvauti tyrime arba jų apklausai nepritarė tėvai, buvo atleidžiami nuo šios užduoties.

Mokiniai atsakinėjo raštu į atspausdintos anketos klausimus. Baigus apklausą, tiriamieji patys įdėdavo užpildytas anketas į vokus, juos užklijuodavo. Surinkta medžiaga buvo perduota tyrimo vykdytojams kompiuteriniam apdorojimui. Kartu su šia medžiaga apklausą vykdęs mokytojas perduodavo informaciją apie mokinių skaičių klasėje ir tyrime dalyvavusių bei nedalyvavusių mokinių skaičių.

Be mokinių apklausos, anketos buvo pateiktos ir mokyklų vadovams bei klasių auklėtojams. Taikant šias anketas buvo surinkti duomenys, charakterizuojantys mokyklą (jos tipas, dydis, materialinė ir techninė būklė, priimti potvarkiai ir kt.) bei klasę (mokinių dalyvavimas įvairiose veiklose, mokymosi būdai, psichologinė atmosfera klasėje ir kt.). Šie duomenys leidžia pagilinti mokinių gyvenimo analizę, bet šiame darbe neteikiami.

Atlikus 2014 metų tyrimą, buvo surinkta iš viso 6040 kokybiškai užpildytų anketų (atsako dažnis 85,8 proc. nuo visų pakviestų dalyvauti tyrime mokinių skaičiaus). Pagrindinės nedalyvavimo priežastys – tyrimo dieną mokinyms nebuvo mokykloje (10,0 proc.) ir tėvų nesutikimas, kad vaikas dalyvautų tyrime (3,3 proc.). Atlikus duomenų patikrą tarptautiniame duomenų centre (Norvegija, Bergeno universitetas) ir atrinkus 11, 13 ir 15 metų tiriamuosius, tolimesnei duomenų analizei buvo panaudota 5730 anketų (galutinis atsako dažnis 81,4 proc.).

Apibendrinti duomenys apie 2006, 2010 ir 2014 metais atliktus tyrimus pateikti 3.2.1 lentelėje. Iš jų galima spręsti, kad kiekvienais metais buvo ištirtos pakankamai didelės mokinių imtys iš nemažo skaičiaus savivaldybių. Galutinis tyrimo atsako dažnis (santykis tarp analizei panaudotų anketų skaičiaus ir planuoto apklausti mokinių skaičiaus) buvo

ne mažesnis už 80 proc. Todėl galima teigti, kad ištirtosios imtys reprezentuoja visos šalies mokinius.

3.2.1 lentelė. 2006, 2010 ir 2014 metais vykdytų HBSC tyrimų imtys ir surinktų bei analizei panaudotų anketų skaičius

Tyrimo metai	Savivaldybių skaičius	Mokyklų skaičius	Klasių skaičius	Surinktų kokybiškai užpildytų anketų skaičius	Analizei atrinktų anketų skaičius	Galutinis atsako dažnis, proc.
2006	23	108	307	5746	5632	87,3
2010	25	114	315	5912	5323	80,2
2014	25	134	334	6040	5730	81,4

3.2.2 lentelėje pateiktas ištirto kontingento (į analizę įtrauktų tiriamųjų) skirstinys pagal lytį ir amžių 2006, 2010 ir 2014 tyrimuose. Jis rodo itin tolygų tiriamųjų pasiskirstymą pagal lytį ir amžių: jų dažnis kito nuo 13,9 proc. iki 18,0 proc., kai tikėtina reikšmė lygi 16,7 proc. Be to, abiejų lyčių tiriamųjų skirstiniai pagal amžių reikšmingai nesiskyrė. Šie abu faktai leidžia tolimesnėje analizėje atsakyti grupių dydžių išbalansavimui reikalingų svorių.

3.2.2 lentelė. Tiriamųjų skirstinys pagal lytį ir amžių 2006, 2010 ir 2014 tyrimuose

Tyrimo metai	Amžius	Berniukai	Mergaitės	Iš viso	p*
		abs. sk. (proc. ¹)	abs.sk. (proc. ¹)	abs.sk. (proc. ¹)	
2006	11 metų	951 (16,9)	913 (16,2)	1864 (33,1)	0,235
	13 metų	1013 (18,0)	894 (15,9)	1907 (33,9)	
	15 metų	940 (16,7)	921 (16,4)	1861 (33,0)	
	Iš viso	2904 (51,6)	2728 (48,4)	5632 (100,0)	
2010	11 metų	923 (17,3)	888 (16,7)	1811 (34,0)	0,419
	13 metų	872 (16,4)	848 (15,9)	1720 (32,3)	
	15 metų	945 (17,8)	847 (15,9)	1792 (33,7)	
	Iš viso	2740 (51,5)	2583 (48,5)	5323 (100,0)	
2014	11 metų	1008 (17,6)	1007 (17,6)	2015 (35,2)	0,051
	13 metų	998 (17,4)	1019 (17,8)	2017 (35,2)	
	15 metų	904 (15,8)	794 (13,9)	1698 (29,6)	
	Iš viso	2910 (50,8)	2520 (49,2)	5730 (100,0)	

¹ – procentai skaičiuoti nuo visų tiriamųjų, ištirtų atitinkamais metais. * χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių grupes.

3.3. Apklauso anketa ir kintamieji

Pagrindinis mokinių tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Kiekvienais metais vykdyto tyrimo anketa buvo parengta pagal standartizuotos tarptautinio HBSC tyrimo anketos pavyzdį. Joje teikiami klausimai buvo išversti iš anglų kalbos į lietuvių kalbą. Siekiant patikrinti vertimo kokybę, profesionalus vertėjas lietuviškos anketos klausimus išvertė atgal į anglų kalbą, o tarptautinė ekspertų komisija patikrino, ar tai sutampa su anketos originalu. Anketa buvo parengta tokiu būdu, kad užtikrintų tiriamųjų anonimiškumą.

Ruošiantis tyrimui vienos mokyklos tikslinėse klasėse, parinkus po vieną kiekvieno lygio klasę, buvo atliktas žvalgomasis tyrimas, kurio metu patikrinta, ar tiriamieji gerai supranta anketos klausimus ir galimus atsakymus. Išaiškinti anketos trūkumai buvo pataisyti.

Lietuviškus HBSC anketos variantus sudarė per 100 klausimų. Klausimai grupuoti pagal tematiką, pvz., sveikata ir laimingumas, valgymas ir maistas, rūkymas, alkoholis ir narkotikai, savižudiški ketinimai, šeima, mokykla ir t. t. Žemesniųjų klasių mokiniams (2006 ir 2010 metų tyriuose – penktųjų ir septintųjų klasių, 2014 metų tyrime – tik penktųjų klasių) mokiniams, atsisakius kai kurių šiai amžiaus grupei nebūdingų klausimų (pvz., apie narkotikų vartojimą, savižudiškus ketinimus), buvo paruošti trumpesni anketų variantai. Atsakant į anketų klausimus tiriamiesiems reikėdavo išrinkti, jų nuomone, labiausiai tinkamus pasiūlytus atsakymus arba užrašyti reikiamus duomenis.

Disertaciniame darbe analizuotų klausimų santrauka iš 2014 metų tyrime naudotos anketos pateikta 3 priede.

HBSC tyrimo metodika maksimaliai siekia, kad klausimų formuluotės išliktų tos pačios kiekvienos apklauso metu. Deja, prieš vykdant kiekvieną apklausą, tarptautiniai ekspertai įvertina visų klausimų vertę, todėl kai kurie klausimai toliau yra nenaudojami. Ypač daug „kritikos“ sulaukia klausimai apie šeimą. Lietuvoje 2006, 2010 ir 2014 metais vykdytuose HBSC tyriuose buvo panaudotas visas klausimų apie šeimą paketas. Taip tyrimas buvo vykdytas ir kelete kitų šalių, kurios sudarė taip vadinamą „šimos kultūros“ (angl. *Family Culture*) grupę.

Kaip matome, HBSC anketos apimtis yra didelė, todėl šiame darbe buvo analizuoti ne visi klausimai. Iš pasirinktųjų klausimų ir galimų atsakymų į juos sudaryti kintamieji.

3.3.1. Paauglių rizikingą elgesį aprašantys kintamieji

Rūkymas. Šiam rizikingam elgesiui skirti trys klausimai: 1) „Ar esi kada nors rūkęs per visą savo gyvenimą?“ 2) „Ar esi kada nors rūkęs per pastarąsias dienas?“ 3) „Ar dabar dažnai rūkai?“. Pirmaisiais dviem klausimais siekta išsiaiškinti apie rūkymą praeityje ir padėti būti atviresniu atsakant į pagrindinį trečiąjį klausimą, į kurį atsakydami respondentai galėjo pasirinkti tokius variantus: a) „kiekvieną dieną“; b) „mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kiekvieną dieną“; c) „rečiau nei kartą per savaitę“; d) „aš visai nerūkau“. Remiantis atsakymais į šį klausimą, respondentai buvo suskirstyti į dvi grupes: „nerūkančius“ (pasirinko d atsakymų variantą) ir „rūkančius“ (pasirinko pirmuosius tris atsakymų variantus).

Alkoholinių gėrimų vartojimas ir svaiginimasis alkoholiu. Šis paauglio rizikingas elgesys vertintas dviem požūriais: ar dažnai vartojami įvairūs alkoholiniai gėrimai ir ar išgeriama tiek, kad apsvaigtų nuo alkoholio.

Tiriant paauglių elgesį pirmuoju požūriu, respondentams buvo pateiktas sąrašas alkoholinių gėrimų rūšių: alus, vynas, šampanas, likeris, degtinė ir kiti stiprūs gėrimai, alkoholiniai kokteiliai (pvz., sidras, „Fizz“) ir jų paprašyta pažymėti, kiek dažnai kiekvieną iš išvardytų rūšių geria. Atsakymų variantai kito nuo „niekada“ iki „kiekvieną dieną“. Peržiūrėjus atsakymus, respondentai buvo suskirstyti į dvi grupes: 1) „reguliariai vartojantys alkoholinius gėrimus“ (paaugliai, geriantys bet kuriuos iš išvardytų alkoholinių gėrimų rūšių nors kartą per savaitę) ir 2) „nereguliariai vartojantys alkoholinius gėrimus“ (kiti atsakymų variantai).

Tiriant paauglių elgesį antruoju požūriu, respondentų buvo prašoma atsakyti į klausimą „Ar kada nors (per visą savo gyvenimą) buvai išgėręs tiek daug alkoholinių gėrimų, kad pasijustum apsvaigęs?“. Atsakydami į šį klausimą mokiniai turėjo galimybę pasirinkti vieną iš šių atsakymo variantų: a) „ne, niekada“; b) „taip, vieną kartą“; c) „taip, 2–3 kartus“; d) „taip, 4–10 kartų“; e) „taip, daugiau nei 10 kartų“. Šiame darbe domėtasi, kiek kartų per visą savo gyvenimą paaugliai jautėsi apsvaigę nuo alkoholio, ir pagal tai tiriamieji buvo suskirstyti į dvi grupes: 1) „niekada nebuve arba buve apsvaigę nuo alkoholio tik vieną kartą“; 2) „buve apsvaigę nuo alkoholio du ir daugiau kartų (ne vieną kartą)“.

Narkotinių medžiagų (kanapės) vartojimas. Šis rizikingas elgesys vertintas tik 15 metų amžiaus mokiniams remiantis atsakymais į klausimą: „Ar tu kada nors rūkei kanapes („žolę“, marihuaną, hašišą) per visą savo gyvenimą?“. Galimi atsakymai kito nuo „niekada“ iki „40 ir daugiau dienų (kartų)“. Analizės metu požymis buvo perkoduotas į dvi kategorijas, reiškiančias „vartojo“ (nors vieną kartą gyvenime) ir „nevartojo“ (niekada)

kanapės savo gyvenime. Papildomai buvo domėtasi, kada pirmą kartą užsirūkė kanapės, jei iš viso tai darė.

Polinkis į savižudybę (savižudiški ketinimai). Klausimų paketas apie polinkį į savižudybę, arba savižudiškus ketinimus, prasidėjo įvadu, kuriame paaiškinta, kas yra savižudybės ir kad tai yra svarbi jaunų žmonių sveikatos problema. Toliau buvo prašoma atsakyti į penkis klausimus, išrikiuotus logine seka vis sunkėjančia savižudiška apraiškos forma ir prisiminti, ar per pastaruosius 12 mėnesių buvo, kad: 1) nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio ir nusiminimo; 2) rimtai svarstė bandymą nusižudyti; 3) kūrė savižudybės planą; 4) bandė nusižudyti; 5) bandė nusižudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba. Galimi atsakymai: „taip“ arba „ne“. Šios pirmosios trys logine seka išrikiuotos apraiškos yra dar tik savižudiškos mintys, likusios dvi – jau atliekami veiksmai.

3.3.2. Paauglių šeimos socialiniai veiksniai

Šeimos turtingumas pagal FAS. HBSC tyrime šeimos, kuriame paauglys auga, gerbūviui vertinti naudojama 6 klausimų šeimos turtingumo skalė (angl. *Family Affluence Scale, FAS*). Ši skalė laikoma patikimu instrumentu vertinant šeimų, kuriose auga vaikai ir paaugliai, socialinę-ekonominę padėtį [44]. Siekta, kad paaugliui būtų nesunku atsakyti į klausimus apie šiam laikmečiui aktualias turimas šeimos materialines vertybes: automobilius, kompiuterius, atskirus vaikui skirtus kambarius, vonios/dušo kambarius, indaploves, tolimas keliones kartu su vaiku. Atsakymų balų suma galėjo kisti nuo 0 (visiškai neturtinga šeima) iki 13 (ypatingai turtinga šeima). Šis įvertis gautas tiriamųjų atsakymams priskyrus atitinkamus balus:

„Kiek kompiuterių turi tavo šeima (įskaitant nešiojamus ir planšetinius; neįskaitant žaidimų kompiuterių)?“ („nė vieno“ – 0; „viena“ – 1; „du“ – 2; „daugiau negu du“ – 3 balai);

„Ar tavo šeima turi automobilį?“ („nė vieno“ – 0; „viena“ – 1; „du ar daugiau“ – 2 balai);

„Ar turi sau atskirą kambarį?“ („ne“ – 0; „taip“ – 1 balas);

„Kiek kartų per pastaruosius 12 mėnesių tu kartu su šeima vykai poilsiauti toliau nuo namų (prie jūros, ežero, į užsienį)?“ („nė karto“ – 0; „viena kartą“ – 1; „du kartus“ – 2; „daugiau negu du kartus“ – 3 balai);

„Kiek vonios arba dušo kambarių yra tavo namuose?“ („nė vieno“ – 0; „vienas“ – 1; „du“ – 2; „daugiau negu du“ – 3 balai);

„Ar tavo namuose yra indaplovė?“ („ne“ – 0; „taip“ – 1 balas).

Analizuojant duomenis, balų suma buvo perkoduota į tris reikšmes: 1) 0–6 balai – neturtinga šeima; 2) 7–9 balai – vidutiniškai turtinga šeima; 3) 10–13 balų – turtinga šeima.

Šeimos struktūra (gyvena su abiem ar ne su abiem biologiniais tėvais). Tiriamiesiems šeima buvo apibrėžta „kaip asmenys, kurie kartu gyvena su tavimi“. Jiems buvo pateiktas sąrašas suaugusių asmenų (tėvas, patėvis, motina, pamotė ir t. t.) ir prašoma pažymėti tuos asmenis, kurie gyvena kartu. Tiriamieji, kurie nurodė ir „tėvą“, ir „motiną“, buvo priskirti grupei, gyvenančių su abiem biologiniais tėvais, arba nepažeistos struktūros šeimoje. Visi likusieji buvo priskirti grupei, negyvenančių su abiem tėvais, arba gyvenantys pažeistos struktūros šeimoje. Antrajai grupei taip pat buvo priskirti ir tiriamieji, augantys su įtėviais, vaikų namuose ir pan. Šeimos struktūra buvo validuota remiantis atsakymais į kitus klausimus, kurių galimų atsakymų sąrašė buvo atsakymas „tėvo/motinos neturiu arba nesutinku“, ir remiantis atsakymu į klausimą: „*Kuris iš žemiau pateiktų apibūdinimų geriausiai nusako dabartinę Tavo šeimos padėtį?*“, kurio galimi atsakymo variantai: a) „gyvenu su abiem savo tėvais“; b) „gyvenu ne su abiem savo tėvais, nes ...“

3.3.3. Paauglių bendravimo su tėvais veiksniai

Tiesioginis bendravimas su tėvu ir motina. Siekiant išsiaiškinti, kaip sekasi paaugliams tiesiogiai bendrauti su tėvu ir motina, tiriamųjų buvo prašoma atsakyti į klausimus (atskirai apie tėvą ir motiną): „*Ar tau lengva kalbėtis su tėvu/motina apie dalykus, kurie tau yra labai svarbūs ir Tave jaudina?*“ Galimi atsakymai buvo: a) „labai lengva“; b) „lengva“; c) „sunku“; d) „labai sunku“; e) „jo/jos neturiu arba nesutinku“. Šie atsakymų variantai buvo perskirstyti į: 1) „lengva“ (a ir b variantai) ir 2) „sunku“ (c ir d variantai). Paaugliams, gyvenantiems su abiem tėvais, e atsakymo variantas neanalizuotinas.

Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje. Šis veiksnys buvo vertinamas pagal pateiktą atsakymą į vieną klausimą: „*Apskritai, kiek tu esi patenkintas savitarpio santykiais šeimoje?*“, kuris galėjo būti išreikštas balais nuo 0 (visiškai nepatenkintas) iki 10 (labai patenkintas). Atsakymai nuo 0 iki 6 balų buvo vertinami kaip „žemas“ pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje, o atsakymai nuo 7 iki 10 balų – kaip „aukštas“ pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje.

Bendravimo šeimoje kokybė. Kintamasis naudotas tik 2014 metų HBSC tyrime. Bendravimo šeimoje kokybė buvo vertinama taikant sutrumpintą „Šeimos dinamikos vertinimo skalę II“ (angl. *Family Dynamics Measure II*) [44]. Respondentų buvo prašoma įvertinti keturis teiginius:

„Manau, kad šeimoje aptariame visus svarbius reikalus“; „Kai aš kalbu, mane visada išklauso“; „Mes klausinėjame, jei nesuprantame vienas kito“; „Jei kas nors neaišku, mes šnekamės tol, kol viską išsiaiškiname“. Apie šiuos teiginius respondentai galėjo atsiliiepti: a) „tikrai sutinku“; b) „sutinku“; c) „nei taip, nei ne“; d) „nesutinku“, e) „tikrai nesutinku“. Mūsų tyrimo duomenys parodė, jog ši skalė turi gerą vidinį suderinamumą: visoje imtyje ir grupėje respondentų, gyvenančių su abiem tėvais, *Cronbach*'o alfa buvo lygi 0,87. Vykdamas duomenų analizę, buvo pritaikyta faktorinė analizė, kuri leido kiekvieno respondento atsakymus į skalės klausimus transformuoti į teigiamas ir neigiamas reikšmes. Teigiamos reikšmės buvo siejamos su „gera“, neigiamos – su „prasta“ bendravimo šeimoje kokybe. Tokia metodika taikyta ir kitų šeimos veiksnių, nustatomų klausimų grupėmis, vertinimui (išsamiau žr. „3.4. Statistinė duomenų analizė“).

Tėvų vykdoma vaiko kontrolė. Respondentai buvo klausiami apie tai, kiek jų tėvas ir motina (kartojamas kiekvienam iš jų) žino apie šiuos penkis dalykus: 1) „Kas yra Tavo draugai“; 2) „Kam išleidi savo pinigus?“; 3) „Kur būni po mokyklos“; 4) „Kur vaikštinėjai vakarais“ ir 5) „Ką veiki laisvalaikiu“. Atsakymų variantai: a) „žino daug“; b) „žino truputį“; c) „nieko nežino“. Skalės vidinis suderinamumas abiem tėvams buvo aukštas: klausimams apie tėvą *Cronbach*'o alfa lygi 0,90, klausimams apie motiną – 0,79. Išsamiau analizuojant šią klausimų grupę taikyta faktorinė analizė, kurios pagalba sukurti tėvo ir motinos vykdomos vaiko kontrolės veiksniai, įgiję dvi reikšmes: „didelė“ ir „maža“. Šios reikšmės atitinkamai reiškė didesnę ir mažesnę žinojimą apie vaiką, t. y. jo kontrolę (monitoravimą).

Tėvų emocinio ryšio su vaiku faktoriai. HBSC tyrime tėvų emocinio ryšio su vaiku vertinimui buvo pasinaudota *Parker et al.* sukurta 8 klausimų skale [45]. Tiek apie tėvą, tiek ir apie motiną buvo klausama, kaip dažnai tėvai: 1) „Man padeda, kai reikia“; 2) „Leidžia daryti viską, kas man patinka“; 3) „Rodo meilę ir švelnumą“; 4) „Supranta mano problemas ir rūpesčius“; 5) „Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (pati)“; 6) „Tikrina viską, ką darau“; 7) „Elgiasi su manimi, kaip su kūdikiu“; 8) „Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)“. Atsakymų variantai buvo: a) „beveik visada“; b) „kartais“; c) „niekada“. Respondentų atsakymotins į šiuos klausimus vertinti buvo panaudota faktorinė analizė, kuri leido nustatyti du faktorius: „tėvų emocinio ryšio su vaiku“ faktorių, kuris jungė 6 klausimus, ir „nepasitikėjimo vaiku“ faktorių, kuris jungė 2 klausimus. Pirmojo faktoriaus klausimų vidinis suderinamumas buvo aukštas: klausimams apie tėvą *Cronbach*'o alfa lygi 0,84, klausimams apie motiną – 0,78, antrojo – nepakankamas: klausimams apie tėvą *Cronbach*'o alfa lygi 0,55, klausimams apie motiną – 0,40, todėl pastarasis faktorius ryšių su paauglių

rizikingu elgesiu tyrimui nebuvo pasirinktas. Kaip ir kitų skalių, apskaičiuotas faktorines reikšmes sugrupavome į teigiamas ir neigiamas ir pavadinome atitinkamai „aukštas emocinis faktorius“ ir „žemas emocinis faktorius“. Šios reikšmės atitiko stipresnį ir silpnesnį emocinį tėvų palaikymą, kurį jautė paaugliai.

Su mokykla susijusi tėvų pagalba vaikui. Mokinių buvo prašoma pasakyti, kiek jie sutinka ar nesutinka su šiais penkiais teiginiais: 1) „*Mano tėvai domisi, kas man nutinka mokykloje*“; 2) „*Mano tėvai visada pasirengę padėti paruošti namų darbus*“; 3) „*Jei turiu problemų mokykloje, mano tėvai pasirengę man padėti*“; 4) „*Mano tėvai noriai ateina į mokyklą pasikalbėti su mokytojais*“; 5) „*Mano tėvai padrąsina mane gerai mokytis*“. Atsakymų kodai kito nuo 1 „tikrai nesutinku“ iki 5 „tikrai sutinku“. Klausimų vidinis suderinamumas buvo aukštas ir visoje imtyje, ir paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, grupėje (abiem atvejais Cronbach'o alfa lygi 0,85). Faktorinės analizės būdu skaičiuotos vieno faktoriaus reikšmės ir sukurtas išvestinis kintamasis, įgyjantis dvi reikšmes: „didelė“ ir „maža“ su mokykla susijusi tėvų pagalba.

Tėvų pasirinktas vaiko auklėjimo stilius. Kintamasis naudotas tik 2014 HBSC tyrime. Šio ypatumo matavimui pasirinkta Maccoby ir Martin [147] strategija, leidžianti nustatyti vieną iš keturių klasikinių vaiko auklėjimo stilių: a) autoritetinę (angl. *authoritative-reciprocal*); b) atlaidų (angl. *permissive-indulgent*); c) valdingą (angl. *authoritarian-repressive*); d) atsainų (angl. *permissive-neglectful*). Apie tai, kokį vaiko auklėjimo stilių renkasi tėvas ir motina, sprendėme iš respondento atsakymų į klausimą: „Kaip dažniausiai elgiasi tavo tėvai, kai, jų nuomone, tu padarai kažką blogo?“ Buvo galima rinktis tokius atsakymus: a) „paaikšina man, ką padariau blogai ir kodėl esu nubaustas“; b) „pasako, kad elgiausi blogai, bet manęs nebaudžia“; c) „nedelsiant mane nubaudžia nepaaikškindami kodėl“; d) „manęs nebaudžia ir nekreipia dėmesio“. Padaryta prielaida, kad šie atsakymai atitinka aukščiau išvardytus vaiko auklėjimo stilius.

Kartu leidžiamas laikas šeimoje. Šis šeimos veiksnys buvo vertinamas remiantis atsakymais į klausimą: „Kaip dažnai tu kartu su savo šeima taip leidžiate laiką?: a) *žiūrite televizorių arba vaizdajuostes*; b) *kartu žaidžiate namuose*; c) *kartu valgote*; d) *kartu einate pasivaikščioti*; e) *kartu lankote įvairias vietas*; f) *kartu svečiuojatės pas draugus ir gimines*; g) *kartu sportuojate*; h) *kartu aptariate įvairius dalykus*.“ Atsakymai apie visas 8 bendros veiklos formas kito nuo 1 „niekada“ iki 5 „kasdien“. Klausimų vidinis suderinamumas buvo aukštas ir visoje imtyje, ir paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, grupėje (abiem atvejais Cronbach'o alfa lygi 0,85). Išsamesnei analizei atsakymai į šios skalės klausimus faktorinės

analizės metodu buvo transformuoti į teigiamas ir neigiamas faktorines reikšmes, atitinkančias „dažnai“ ir „retai“ kartu su šeima leidžiamą laiką.

Bendravimas su tėvais naudojantis elektroninėmis ryšio priemonėmis. 2013–2014 HBSC tyrime buvo sukurtas naujas klausimas, padedantis įvertinti, kaip dažnai vaikai bendrauja su tėvais naudodamiesi telefonu ir kompiuterį. Paauglių buvo paprašyta atsakyti, kaip dažnai jie bendrauja su tėvais šiais būdais: 1) kalba telefonu; 2) rašo trumpąsias žinutes (SMS); 3) rašo elektroninius laiškus; 4) bendrauja realiame laike (pvz.: „Skype“). Galimi atsakymų variantai: a) „niekada“; b) „kartą per savaitę“; c) „kelis kartus per savaitę“; d) „vieną kartą per dieną“ ir e) „kelis kartus per dieną“. Šios skalės Cronbach'o alfa buvo 0,61. Faktorinės analizės metodu respondentų atsakymai į šios skalės klausimus buvo perskirstyti į „dažnai“ ir „retai“.

Matymasis su tėvais. Kintamasis naudotas tik 2014 HBSC tyrime. Dėl darbo ar išvykus tėvams (pvz., dirbti į užsienį), vaikas gali kurį laiką nematyti tėvų ir dėl to nebendrauti su tėvais. Siekdami tai išsiaiškinti, apklausos anketoje pateikėme klausimą (atskirai apie tėvą ir motiną): „Ar dažnai dėl tėvų darbo tu negali su jais matytis?“ ir paprašėme pasirinkti vieną iš šių atsakymų: a) „mes matomės su tėvu/motina kasdien“; b) „dėl darbo aš jo/jos nematau po kelias dienas per savaitę“; c) „dėl darbo aš jo/jos nematau po kelias savaites“; d) „aš jo/jos nemačiau daugiau kaip mėnesį, nes jis/ji dirba užsienyje“; e) „aš jo/jos nemačiau daugiau kaip metus, nes jis/ji dirba užsienyje“. Šiame darbe atsakymus grupavome į „matomės kasdien“ (pirmasis atsakymo variantas) ir „matomės ne kasdien“ (visi kiti atsakymų variantai).

3.4. Duomenų statistinė analizė

Duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų analizės paketą „IBM SPSS Statistics 20.0“.

Aprašomoji statistika. Bendrieji paauglių rizikingo elgesio ir jo veiksnių ypatumai buvo kategoriniai požymiai, todėl jie buvo aprašomi paskaičiuojant absoliutų (n) ir procentinį atsakymų pasiskirstymą pagal atskirus klausimus, išlaikant originalias arba taikant išvestines atsakymų grupes.

Analitinė statistika. Rūkymo, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo, polinkio į savižudybes, amžiaus, lyties ir šeimos psichosocialinių veiksnių sąsajos vertintos tikrinant statistines hipotezes. Pasirinktas statistinio patikimumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Hipotezių reikšmingumai p , nedi-

desni už šį lygį, lentelėse pateikti paryškintu šifru, grafikuose – žvaigždutėmis (*).

Išvadų patikimumas įvertintas remiantis statistiniais kriterijais, pasirinktais atsižvelgus į duomenų pobūdį. Taikyti šie testai:

- Hipotezės apie kokybinių požymių tarpusavio priklausomybę buvo patikrintos, remiantis χ^2 (Chi-Square) testu.
- Hipotezės apie dviejų proporcinų dydžių (pvz., procentų) lygybę patikrintos z testu.
- Veiksnių įtaka priklausomotin kintamajam įvertinta galimybių (šansų) santykiu (GS). Jo reikšmė laikyta statistiškai reikšminga, jei į jo 95 proc. pasikliautinąjį intervalą (PI) nepateko vieneto reikšmė.

Galimybių santykis (GS) (angl. *Odds Ratio* – *OR*) parodo, kiek kartų asmenys, veikiami aplinkos veiksnio, lyginant su tais asmenimis, kurie nesusiję su tokiu veiksnio, turi didesnę nepageidautino (rizikingo) elgesio (pvz., rūkymo, alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimo ir t. t.) galimybę. Šio įverčio skaičiavimui taikyta logistinė regresinė analizė, kuri vykdyta dviem būdais. Pirmasis būdas – vienaveiksni logistinė regresinė analizė – leido įvertinti ryšį tarp pasirinkto rizikingo elgesio (priklausomo kintamojo) ir tik vieno kurio nors aplinkos veiksnio, neatsižvelgus į kitus aplinkos veiksnus. Antrasis būdas – daugiaveiksni logistinė regresija – leido įvertinti ryšį tarp pasirinkto rizikingo elgesio ir kiekvieno iš dominančių aplinkos veiksnių (nepriklausomų kintamųjų), atsižvelgus į likusių veiksnių reikšmes. Taikytas *Enter* metodas, kuriuo remiantis į modelį įtraukiami visi nepriklausomi kintamieji. Tačiau šio būdo panaudojimą riboja stiprus nepriklausomų kintamųjų sąryšis, literatūroje vadinamas multikolinearumo problema [48]. Mūsų tyrime tokia problema gana tikėtina, nes tėvo ir motinos elgesys vaiko atžvilgiu gali būti labai panašus, pvz., pasirinktas vienodas auklėjimo stilius.

Tirdami požymių tarpusavio priklausomybę iš pradžių χ^2 testo pagalba patikrinome, ar tiriamųjų atsakymai apie tuos pačius motinos ir tėvo veiksmus skiriasi. Išsamiau multikolinearumo problema buvo įvertinta tiesinės regresijos metodu. Šiai problemai įvertinti skirti matavimai (tolerancija ir dispersijos mažėjimo daugiklis) [48]. Šie matavimai kito leistinos ribose, todėl multikolinearumo hipotezė buvo atmesta.

Išvestinių požymių sudarymas. Išvestiniai požymiai buvo sudaromi dviem būdais:

- Perkoduojant požymius į naujus požymius, turinčius mažesnę, dažniausiai dviejų, kategorijų skaičių.
- Taikant faktorinę analizę. Šis būdas taikytas klausimų grupių (skalių) analizei. Ši analizė pradedama nuo klausimų vidinio

suderinanumo (angl. *Internal Reliability*) įvertinimo, taikant *Cronbach'o* alfa. Skalės vidinis suderinamumas laikytas geru, kai *Cronbach'o* alfa reikšmė buvo ne mažesnė kaip 0,7. Toliau taikyta faktorinė analizė, ieškant vieno arba dviejų faktorių (faktorius – tai tarpusavyje susiję požymiai). Faktorių išskyrimui taikytas pagrindinių komponentų (angl. *Principal components*) metodas ir koordinacinių pasukimui (jei buvo surastas ne vienas faktorius) – *Varimax* metodas. Duomenų tinkamumas analizei tikrintas Bartleto sferiškumo ir Kaizerio-Mejerio-Olkinio (KMO) kriterijais. Požymiai buvo priskiriami faktoriui, jei jo svoris jame buvo ne mažesnis už 0,4 [48]. Faktorinė analizė leido kiekvieno respondento atsakymus į skalės klausimus transformuoti į faktorines reikšmes. Toliau šios reikšmės buvo grupuojamos į teigiamas ir neigiamas. Atsižvelgus į skalės klausimų atsakymų kodus buvo randama teigiamų ir neigiamų reikšmių prasmė. Dažniausiai teigiamos reikšmės buvo siejamos su „gera“, neigiamos – su „bloga“ šeimos aplinkos ypatybe.

3.5. Tyrimo etika

Tyrimo vykdymas buvo suderintas su Lietuvos Respublikos Švietimo ir mokslo ministerija ir atrinktų savivaldybių švietimo skyriais bei mokyklų vadovai. Siekiant nepažeisti tiriamųjų orumo ir asmens duomenų apsaugos, vadovautasi Kauno regioninio biomedicinos tyrimų etikos komiteto nuorodomis (leidimas Nr. BE-2-16, išduotas 2014-04-01 vykdyti tyrimą „Tarpautinė mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos apklausa – HBSC“).

Pagal galiojančius Lietuvos Respublikos teisės aktus (Biomedicininiių tyrimų etikos įstatymas (Žin., 2000, Nr. 44-1247); Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas (Žin., 1996, Nr. 63-1479)) tiriamųjų dalyvavimas atliktame biomedicininiam tyrimo buvo savanoriškas. Kad jame dalyvautų vaikai iki 16 metų amžiaus, buvo gautas abiejų tėvų pasirašytas sutikimas.

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Socialinė šeimų charakteristika ir paauglių bendravimo su tėvais ypatumai

Šiame skyriuje analizuosime 2014 m. tyrimo metu surinktus duomenis. Analizės rezultatai apibendrina 5730 mokinių apklausos duomenis ir leidžia palyginti socialinę šeimų charakteristiką ir paauglių bendravimo su tėvais ypatumus pagal lytį ir tris amžiaus grupes (11, 13 ir 15 metų).

Apklausos duomenimis (4.1.1 lentelė), 29,3 proc. tyrime dalyvavusių mokinių gyveno ne su abiem biologiniais tėvais (pažeistos struktūros šeimoje); maždaug tokia pat dalis atvejų buvo abejose lyčių grupėse. Neturtingose (žemo FAS) šeimose gyveno 35,3 proc., vidutinio turtingumo šeimose – 44,8 proc. ir turtingose (aukšto FAS) šeimose – 19,9 proc. apklaustų respondentų. Šeimos turtingumo vertinimo rodikliai berniukų ir mergaičių grupėse skyrėsi; lygindami šeimos turtingumo vertinimo FAS rodiklius tarp lyčių galime įžvelgti, kad berniukų šeimos buvo dažniau „turtingos“ negu mergaičių.

4.1.1 lentelė. Šeimų, kuriose augo ištirti paaugliai, socialinė charakteristika pagal lytį (abs.sk. ir proc.)

	Berniukai	Mergaitės	Iš viso
Šeimos struktūra:			
abu tėvai	2053 (70,9)	1985 (70,4)	4038 (70,7)
ne abu tėvai	844 (29,1)	833 (29,6)	1677 (29,3)
p*			0,723
Šeimos turtingumas pagal FAS:			
neturtinga	925 (33,3)	1034 (37,4)	1959 (35,3)
vidutiniškai turtinga	1259 (45,3)	1224 (44,3)	2483 (44,8)
turtinga	594 (21,4)	507 (18,3)	1101 (19,9)
p*			0,001

* χ^2 testas tikrinti hipotezę apie požymio skirstinių lygybę berniukų ir mergaičių grupėse.

4.1.2 lentelėje pateiktas šeimų, kuriose augo ištirtieji paaugliai, skirstinys pagal šeimos struktūrą ir turtingumą, atsižvelgiant į tiriamųjų amžių. Aiškiai matoma, kad didėjant tiriamųjų amžiui, vis mažesnė dalis paauglių nurodė, kad gyvena su abiem tėvais (11 metų amžiuje 74,4 proc. ir 15 metų amžiuje 67,3 proc.; $p < 0,001$). Su amžiaus metais didėjo šeimų,

vertintų pagal FAS neturtingomis, dalis tėvais (11 metų amžiuje 32,5 proc. ir 15 metų amžiuje 40,6 proc.; $p < 0,001$).

4.1.2 lentelė. Šeimų, kuriose augo ištirti paaugliai, socialinė charakteristika pagal amžių (abs.sk. ir proc.)

	11 metų	13 metų	15 metų
Šeimos struktūra:			
abu tėvai	1496 (74,4)	1402 (69,7)	1140 (67,3)
ne abu tėvai	514 (26,6)	610 (30,3)	553 (32,7)
p*			<0,001
Šeimos turtingumas pagal FAS:			
neturtinga	631 (32,5)	654 (33,6)	674 (40,6)
vidutiniškai turtinga	908 (46,8)	872 (44,9)	703 (42,3)
turtinga	401 (20,7)	417 (21,5)	283 (17,1)
p*			<0,001

* χ^2 testas tikrinti hipotezę apie požymio skirstinių lygybę tarp amžiaus grupių.

Aprašytoji šeimos turtingumo priklausomybė nuo amžiaus iškelia hipotezę apie šio požymio sąryšį su šeimos struktūra. Atlikti skaičiavimai šią hipotezę patvirtino. Kaip matyti iš 4.1.3 lentelės, paaugliai, augantys pažeistos struktūros šeimose, palyginti su bendraamžiais, augančiais su abiem tėvais, reišmingai dažniau prastai vertina savo šeimos turtinę padėtį ir rečiau – gerai.

4.1.3 lentelė. Šeimų, kuriose augo ištirti paaugliai, turtingumo ir struktūros ryšys

	Tiriamųjų dalis (abs. sk. ir proc.) šeimos turtingumo pagal FAS grupėse		
	Neturtinga	Vidutiniškai turtinga	Turtinga
Šeimos struktūra:			
abu tėvai	1191 (30,4)	1805 (46,1)	919 (23,5)
ne abu tėvai	762 (47,1)	675 (41,7)	182 (11,2)
p*			<0,001

* χ^2 testas tikrinti hipotezę apie šeimos turtingumo skirstinių lygybę tarp šeimos struktūros grupių.

Analizuojant psichologinį klimatą šeimoje buvo remtasi keliais esminiais klausimais. Manome, kad iš jų pats svarbiausias – kokie yra paauglio santykiai su tėvais. Apklausos duomenys parodė, kad vaikai yra

linkę atviriau ir lengviau bendrauti su motina nei su tėvu: kas trečias (33,8 proc.) paauglys teigė, kad sunku bendrauti su tėvu ir kas penktas (22,2 proc.) paauglys teigė, kad sunku bendrauti su motina ($p < 0,001$). Santykiuose su tėvais stebėti ryškūs lyčių skirtumai: 24,9 proc. berniukų ir 43,5 proc. mergaičių ($p < 0,001$) prisipažino, kad sunku kalbėti su tėvu apie svarbius jiems dalykus, kai tuo tarpu su motina sunku bendrauti tik 22,9 proc. berniukų ir 19,4 proc. mergaičių ($p = 0,002$) (4.1.4 lentelė.). Dalis paauglių buvo mažai patenkinti tarpusavio santykiais šeimoje. Iš viso tokių buvo 14,8 proc., o vertinant pagal lytį, matyti, kad mergaitės, lyginant su berniukais, yra labiau linkusios būti nepatenkintomis tarpusavio santykiais šeimoje. Remiantis keturiais teiginiais apie bendravimo būdus šeimoje ir jų kokybę, apskaičiuotas bendravimo šeimoje kokybės faktorius, kurio neigiamos reikšmės rodė prastą kokybę, o teigiamos reikšmės – gerą kokybę. Palyginę šį rodiklį tarp lyčių, reikšmingo skirtumo neradome.

4.1.4 lentelė. Bendravimas šeimoje ir jo kokybė pagal lytį, abs. sk. (proc.)

	Berniukai	Mergaitės	Iš viso	p*
Bendrauti su motina:				
lengva	2025 (77,1)	2128 (80,6)	4153 (78,8)	0,002
sunku	603 (22,9)	513 (19,4)	1116 (22,2)	
Bendrauti su tėvu:				
lengva	1853 (75,1)	1296 (56,5)	3149 (66,2)	<0,001
sunku	613 (24,9)	996 (43,5)	1609 (33,8)	
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:				
didelis	2477 (87,5)	2304 (82,8)	4781 (85,2)	<0,001
mažas	353 (12,5)	479 (17,2)	832 (14,8)	
Bendravimo šeimoje kokybė:				
gera	1450 (49,8)	1350 (47,9)	2930 (51,1)	0,139
prasta	1460 (50,2)	1470 (52,1)	2800 (48,9)	

* χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių atsakymus.

Analizė, vykdyta atsižvelgus į tiriamųjų amžių (4.1.5 lentelė), parodė, kad lengviau su tėvais bendrauja jaunesni (11 metų amžiaus) nei vyresni (15 metų amžiaus) paaugliai. Paauglių, kurie nurodė, kad sunku bendrauti su motina, dalis padidėjo nuo 13,4 proc. iki 26,5 proc. (padidėjo 2 kartus), ir paauglių, kurie nurodė, kad sunku bendrauti su tėvu, dalis šiame amžiaus tarpsnyje padidėjo nuo 27,6 proc. iki 36,9 proc. ($p < 0,001$). Su amžiumi kito ir pasitenkinimas šeimos santykiais: 11-mečių grupėje mažas pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje nustatytas 9,3 proc., o 15-mečių grupėje –

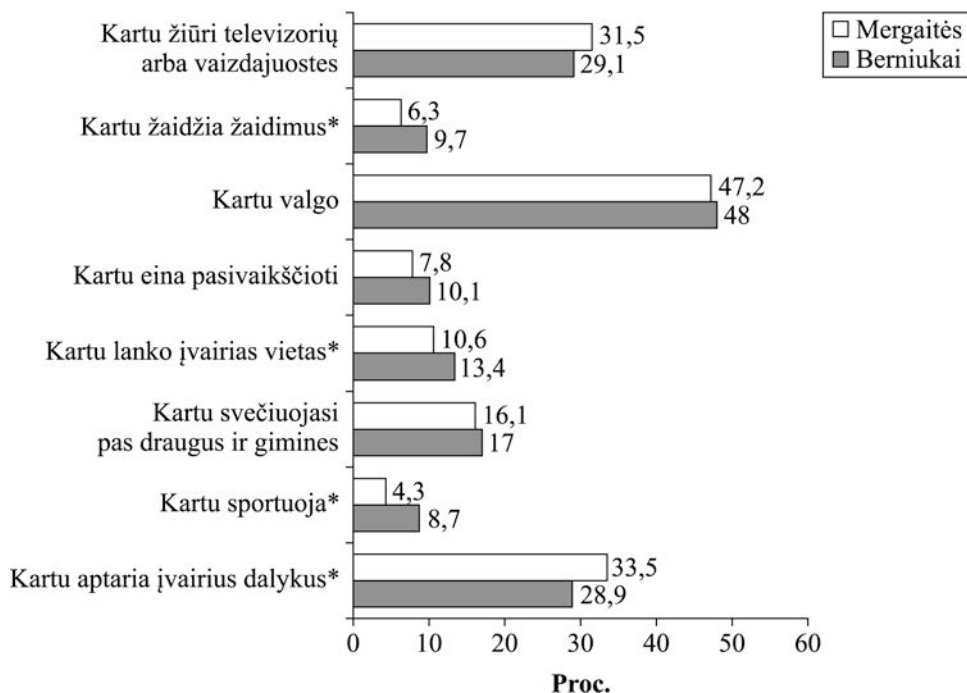
21,6 proc. ($p < 0,001$). Įvertinus paauglių nuomonę apie bendravimo šeimoje kokybę, pastebima, kad tarp 11 metų amžiaus paauglių prasta bendravimo šeimoje kokybė pasireiškė 42,1 proc. atvejų, o tarp 15 metų amžiaus paauglių – 61,2 proc. ($p < 0,001$). Taigi bendravimo šeimoje kokybė su tiriamųjų amžiumi taip pat reikšmingai blogėjo.

4.1.5 lentelė. Bendravimas šeimoje ir jo kokybė pagal amžių, abs. sk. (proc.)

	11 metų	13 metų	15 metų	p*
Bendrauti su motina:				
lengva	1612 (86,6)	1395 (75,5)	1146 (73,5)	<0,001
sunku	249 (13,4)	453 (24,5)	414 (26,5)	
Bendrauti su tėvu:				
lengva	1235 (72,4)	1042 (62,4)	872 (63,1)	<0,001
sunku	471 (27,6)	629 (37,6)	509 (36,9)	
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:				
didelis	1788 (90,7)	1683 (85,4)	1310 (78,4)	<0,001
mažas	184 (9,3)	288 (14,6)	360 (21,6)	
Bendravimo šeimoje kokybė:				
gera	1166 (57,9)	976 (48,4)	658 (38,8)	<0,001
prasta	849 (42,1)	1041 (51,6)	1040 (61,2)	

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

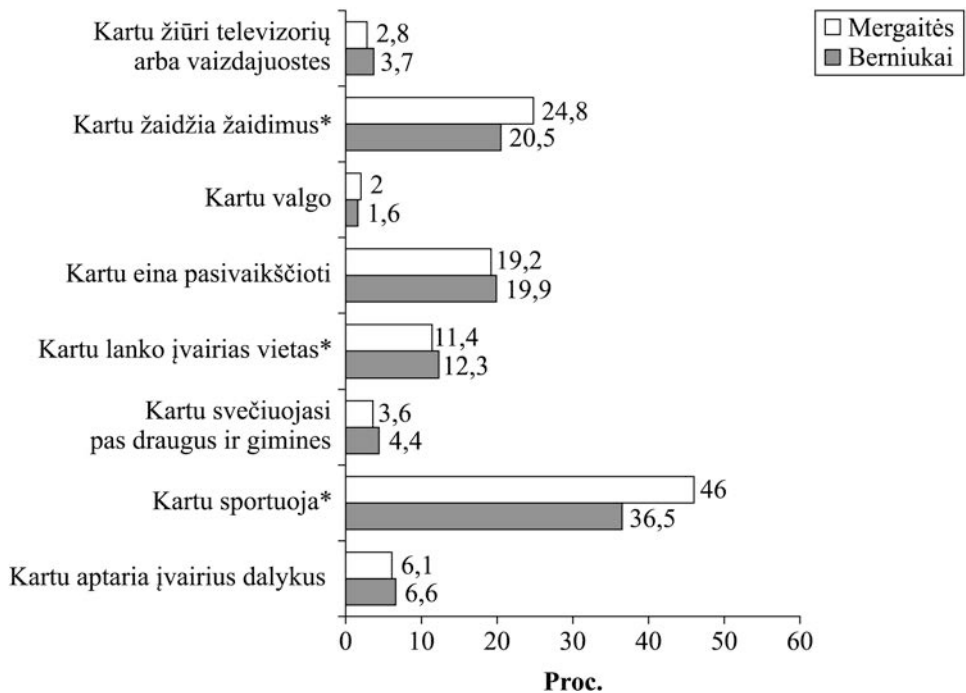
Apie vaikų bendravimą su tėvais galima spręsti ir iš to, ar dažnai vaikai ir tėvai užsiima bendra veikla. Apklausos duomenys apie kartu su šeima leidžiamą laiką rodo, kad paaugliai, tiek berniukai, tiek ir mergaitės, dažniausiai kartu su tėvais valgo bei žiūri televizorių arba vaizdajuostes, tačiau ir tokiomis bendromis veiklomis, kurios turėtų pasitaikyti kasdien, galėjo didžiuotis vos pusė respondentų (4.1.1 pav.). Kartu su tėvais tik kas ketvirtas vaikas kasdien su tėvais aptaria įvairius rūpimus dalykus. Iš apklaustų mokinių kasdien kartu su tėvais žaidžia tik 6,3 proc. mergaičių ir 9,2 proc. berniukų, o kartu su tėvais sportuoja 4,3 proc. apklaustųjų mergaičių ir 8,7 proc. berniukų ($p < 0,001$).



4.1.1 pav. *Berniukų ir mergaičių, kurie kasdien su tėvais atlieka bendras veiklas, dalis (proc.)*

* $p < 0,05$ tarp lyčių, z testas.

Pateiktieji duomenys rodo, kad paaugliai su tėvais labai mažai laiko bendrauja, o kartais ir visai nebendrauja. Pastarąją prielaidą patvirtina ir 4.1.2 pav. pateiktieji duomenys. Remiantis paauglių teikiamais atsakymais, rasta, kad niekada su tėvais nesportuoja 41,2 proc. respondentų, iš kurių buvo 36,5 proc. berniukų ir 46,0 proc. mergaičių ($p < 0,001$). Niekada neina kartu su tėvais pasivaikščioti 19,6 proc. mokinių; niekada namuose kartu su tėvais nežaidžia žaidimų 22,7 proc. mokinių (20,5 proc. berniukų ir 24,8 proc. mergaičių; $p < 0,001$).



4.1.2 pav. *Berniukų ir mergaičių, kurie teigė, kad niekada kartu su tėvais neatlieka veiklų, dalis (proc.)*

* $p < 0,05$ tarp lyčių, z testas.

Kartu su šeima leidžiamas laikas priklausė nuo paauglių amžiaus (4.1.6 lentelė). Apklauso duomenys liudija, kad vyresni paaugliai rečiau nei jaunesni būna kartu su tėvais ir rečiau kartu vykdo įvairias veiklas. Lentelėje pateikti duomenys rodo, kad kasdieninis įvairių bendrų veiklų vykdymas, netgi valgymas kartu, 11–15 metų paauglystės tarpsnyje sumažėjo du tris kartus.

4.1.6 lentelė. *Kasdien su šeima atliekančių bendras veiklas paauglių dalis (abs. sk. ir proc.) pagal amžių*

Kasdien kartu su šeima vykdomos veiklos	11 metų	13 metų	15 metų	p
Kartu aptaria įvairius dalykus	793 (39,6)	575 (29,4)	377 (23,0)	<0,001
Kartu sportuoja	195 (9,8)	116 (5,9)	53 (3,2)	<0,001
Kartu svečiuojasi pas draugus ir gimines	464 (23,2)	314 (16,0)	148 (9,0)	<0,001
Kartu lanko įvairias vietas	373 (18,7)	214 (11,0)	84 (5,1)	<0,001
Kartu eina pasivaikščioti	297 (14,8)	140 (7,1)	65 (4,0)	<0,001
Kartu valgo	1152 (57,4)	902 (46,1)	616 (37,4)	<0,001
Kartu žaidžia žaidimus	241 (12,1)	151 (7,7)	57 (3,5)	<0,001
Kartu žiūri televizorių arba vaizdajuostes	701 (34,8)	626 (31,7)	379 (23,0)	<0,001

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

Analizuojant vaiko ir tėvų emocinį ryšį buvo remtasi vaikų atsakymais į klausimus apie motinos ir tėvo elgesį bendraujant su jais, ar tėvai supranta jų problemas, ar skatina jų savarankiškumą ir pan. Atkreiptas dėmesys į atsakymus „beveik visada“ (kiti galimi atsakymai buvo „kartais“, „niekada“ ir „motinos/tėvo neturiu arba jų nematau“; atsakymų dažnis vertintas be pastarojo atsakymo varianto).

Nagrinėjant motinos elgseną šeimoje su savo vaikais, ką ji „beveik visada“ daro, aptikti reikšmingi skirtumai tarp berniukų ir mergaičių nuomonių, atsakant į kai kuriuos klausimus (4.1.7 lentelė). Mergaitės dažniau už berniukus teigė, kad jų motina rodo meilę ir švelnumą, pradžiugina, kai yra nusiminusi, o berniukai dažniau už mergaites tvirtino, kad jų motina mėgsta, kai viską nusprendžia pats, bet tikrina viską, ką daro, ir elgiasi su jais kaip su kūdikiu.

4.1.7 lentelė. Berniukų ir mergaičių, kurie teigė, kad jų tėvai „beveik visada“ daro, kas nurodyta lentelėje, dalis (abs. sk. ir proc.) pagal lytį

	Berniukai	Mergaitės	p*
Motina „beveik visada“:			
Padedą kiek reikia	2279 (81,2)	2232 (81,2)	0,805
Leidžia daryti viską kas patinka	598 (21,5)	594 (21,6)	0,684
Rodo meilę ir švelnumą	2185 (78,3)	2236 (81,1)	0,034
Supranta problemas	1978 (71,0)	1902 (68,9)	0,234
Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (-i)	1172 (42,2)	868 (31,6)	<0,001
Tikrina viską, ką aš darau	841 (30,3)	684 (24,8)	<0,001
Elgiasi kaip su kūdikiu	308 (11,2)	228 (8,3)	0,001
Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)	1348 (48,6)	1423 (51,8)	0,039
Tėvas „beveik visada“:			
Padedą kiek reikia	1645 (64,0)	1436 (58,3)	<0,001
Leidžia daryti viską kas patinka	766 (30,0)	752 (30,7)	0,333
Rodo meilę ir švelnumą	1375 (54,0)	1544 (62,6)	<0,001
Supranta problemas	1460 (57,3)	1052 (42,7)	<0,001
Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (-i)	1153 (45,3)	787 (32,0)	<0,001
Tikrina viską, ką aš darau	696 (27,4)	466 (19,0)	<0,001
Elgiasi kaip su kūdikiu	289 (11,5)	157 (6,4)	<0,001
Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)	1145 (45,1)	1171 (47,6)	0,138

* χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių atsakymus.

Iš apklausos duomenų matyti, kad tėvo vaidmuo šeimoje ir jo elgesys su savo vaikais yra taip pat svarbus, tačiau kai kuriais atvejais kiek menkesnis už motinos (4.1.7 lentelė). Berniukai dažniau nei mergaitės (64,0 proc. ir 58,3 proc.; $p < 0,001$) teigė, kad tėvas beveik visada jiems padeda kiek reikia, supranta problemas (57,3 proc. ir 42,7 proc.; $p < 0,001$); šių atvejų palyginti su motina buvo rečiau ($p < 0,001$). Kaip atsakydami klausimus apie motiną, taip atsakydami ir į klausimus apie tėvą, berniukai dažniau už mergaites skundėsi, kad tėvas jais nepasitiki (tikrina viską, ką jie daro, 27,4 proc. ir 19,0 proc.; $p < 0,001$); ir kad tėvas elgiasi su jais kaip su kūdikiu, 11,5 proc. ir 6,4 proc.; $p < 0,001$), bei teigė, kad tėvas mėgsta, kai viską nusprendžia pats (45,3 proc. ir 32,0 proc.; $p < 0,001$); šių atvejų palyginti su motina buvo dažniau. Tėvo meilę ir švelnumą teigė dažniau patiriančios mergaitės nei berniukai (62,6 proc. ir 54,0 proc.; $p < 0,001$), bet reikšmingai ($p < 0,001$) rečiau, negu tai jautė iš motinos.

Toliau analizuota tėvų elgsena su vaikais, vertinant ją pagal respondentų amžių (4.1.8 lentelė). Gauti rezultatai parodo, kad motinos

labiau linkusios nepasitikėti (“tikrina viską, ką aš darau“) jaunesniais (11 metų) paaugliais negu vyresniais (15 metų) paaugliais (35,6 proc. ir 19,7 proc.; $p < 0,001$), bet dažniau supranta jaunesnių nei vyresnių paauglių problemas (79,3 proc. ir 60,1 proc.; $p < 0,001$). Kita vertus, vyresni paaugliai reikšmingai rečiau nei jaunesni paaugliai jaučia jiems skiriamą motinos dėmesį: motina rečiau padeda kiek reikia, rodo meilę ir švelnumą, pradžiugina būnant nusiminus, skatina savarankiškumą (“mėgsta, kai viską nusprendžiu pats“).

4.1.8 lentelė. *Berniukų ir mergaičių, kurie teigė, kad jų tėvai „beveik visada“ daro, kas nurodyta lentelėje, dalis (abs. sk. ir proc.) pagal amžių*

	11 metų	13 metų	15 metų	p*
Motina „beveik visada“:				
Padedą kiek reikia	1670 (85,0)	1581 (80,8)	1260 (77,1)	<0,001
Leidžia daryti viską kas patinka	395 (20,2)	409 (21,0)	388 (23,8)	0,072
Rodo meilę ir švelnumą	1704 (86,8)	1551 (79,5)	1166 (71,3)	<0,001
Supranta problemas	1556 (79,3)	1343 (68,8)	981 (60,1)	<0,001
Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (-i)	809 (41,6)	676 (34,8)	555 (34,0)	<0,001
Tikrina viską, ką aš darau	696 (35,6)	507 (26,0)	322 (19,7)	<0,001
Elgiasi kaip su kūdikiu	172 (8,9)	195 (10,1)	169 (10,4)	0,306
Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)	1285 (65,8)	907 (46,6)	579 (20,6)	<0,001
Tėvas „beveik visada“:				
Padedą kiek reikia	1131 (62,6)	1087 (61,5)	863 (59,2)	0,195
Leidžia daryti viską, kas patinka	492 (27,4)	565 (32,2)	461 (31,7)	0,015
Rodo meilę ir švelnumą	1226 (68,1)	1008 (57,4)	685 (47,0)	<0,001
Supranta problemas	1069 (59,3)	864 (49,1)	579 (40,0)	<0,001
Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (-i)	729 (40,5)	674 (38,4)	537 (37,2)	0,241
Tikrina viską, ką aš darau	528 (29,4)	374 (21,3)	260 (18,0)	<0,001
Elgiasi kaip su kūdikiu	168 (9,4)	155 (8,9)	123 (8,5)	0,702
Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)	1053 (58,6)	770 (43,8)	493 (34,1)	<0,001

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

Vertinant tėvo elgseną pagal apklaustųjų amžių (4.1.3.2 lentelė), rasta, kad 15 metų paaugliai yra rečiau tikrinami, nei 11 metų paaugliai (18,0 proc. ir 29,4 proc.; $p < 0,001$). Tokia tendencija rasta nagrinėjant ir atsakymus apie motiną, tačiau jaunesnių amžiaus grupių (11 ir 13 metų)

paaugliai teigė, kad juos motina „tikrina viską“ reikšmingai dažniau negu tėvas. Penkiolikmečių problemas tėvas supranta rečiau nei 11 metų paauglių (40,0 proc. ir 59,3 proc.; $p < 0,001$), tačiau tėvas jiems dažniau leidžia daryti viską, kas patinka (31,7 proc. ir 27,4 proc.; $p = 0,015$). Vyresnio (15 metų) amžiaus respondentams, lyginant su jauniausiais (11 metų), tėvas rečiau rodo meilės ir švelnumo (47,0 proc. ir 68,1 proc.; $p < 0,001$), tėvas juos yra linkęs rečiau pradžiuginti, kai būna nusiminę (atitinkamai 34,1 proc. ir 58,6 proc.; $p < 0,001$).

Respondentų atsakymų į šios grupės klausimus įvairovė paskatino atlikti vaiko ir tėvų emocinių ryšių skalės faktorinę analizę. Ji buvo įvykdyta atskirai klausimams apie motiną ir klausimams apie tėvą. Abiems atvejams buvo gauti panašūs rezultatai: išaiškinti 2 faktoriai, jungiantys tuos pačius klausimus. Pirmasis faktorius jungė 6 klausimus, rodančius tėvų supratingumą, meilę ir pagalbą vaikui, todėl šis faktorius buvo pavadintas „emociniu faktoriumi“. Klausimų apie motiną ir tėvą grupėse šio faktoriaus pagrindinis klausimas buvo „Kiek motina/tėvas supranta tavo rūpesčius ir problemas?“ (klausimų apie motiną grupėje faktorinis svoris lygus 0,814; klausimų apie tėvą grupėje – 0,812). Antrasis faktorius jungė 2 klausimus: „Kiek motina/tėvas elgiasi su tavimi kaip su kūdikiu“ (klausimų apie motiną ir tėvą grupėse faktoriai svoriai atitinkamai lygūs 0,841 ir 0,832) ir „Kiek motina/tėvas tikrina viską, ką tu darai?“ faktoriai svoriai atitinkamai lygūs 0,730 ir 0,589). Sprendžiant iš klausimų konteksto, šis faktorius buvo pavadintas „nepasitikėjimo vaiku faktoriumi“. Apskaičiuotos faktorių reikšmės buvo sugrupuotos į aukštas, jungiančias teigiamas reikšmes, ir žemas, jungiančias neigiamas reikšmes. Šių grupių dažnis buvo palygintas tarp berniukų ir mergaičių (4.1.9 lentelė) ir tarp skirtingo amžiaus paauglių (4.1.10 lentelė).

Faktorinės analizės būdu gauti rezultatai apibendrina aukščiau tirtu vaiko ir tėvų emocinio ryšio duomenis. Jie rodo, kad abiejų lyčių paaugliai dažniau jautė motinos negu tėvo emocinį palaikymą, bet tuo pačiu dažniau jautė ir jos nepasitikėjimą. Skirtumas tarp paauglių lyčių nebuvo itin didelis. Duomenų analizė pagal amžių parodė ypač reikšmingą abiejų tėvų emocinio palaikymo bei nepasitikėjimo paaugliais mažėjimą didėjant paauglių amžiui.

4.1.9 lentelė. Paauglių ir tėvų emocinio ryšio palyginimas tarp berniukų ir mergaičių, abs. sk. (proc.)

	Berniukai	Mergaitės	Iš viso	p*
Motinos emocinis faktorius:				
aukštas	1764 (60,6)	1778 (63,0)	3542 (61,8)	0,058
žemas	1146 (39,4)	1042 (37,0)	2188 (38,2)	
Motinos nepasitikėjimo vaiku faktorius:				
aukštas	1305 (44,8)	1159 (41,1)	2464 (43,0)	0,004
žemas	1605 (55,2)	1661 (58,9)	3266 (67,0)	
Tėvo emocinis faktorius:				
aukštas	1568 (53,9)	1432 (50,8)	3000 (52,4)	0,019
žemas	1342 (46,1)	1388 (49,2)	2730 (47,6)	
Tėvo nepasitikėjimo vaiku faktorius:				
aukštas	1112 (38,2)	921 (32,7)	2033 (35,5)	<0,001
žemas	1798 (61,8)	1899 (67,3)	3697 (64,5)	

* χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių grupes.

4.1.10 lentelė. Paauglių ir tėvų emocinio ryšio palyginimas tarp amžiaus grupių, abs. sk. (proc.)

	11 metų	13 metų	15 metų	p*
Motinos emocinis faktorius:				
aukštas	1445 (71,7)	1214 (60,2)	883 (52,0)	<0,001
žemas	570 (28,3)	803 (39,8)	815 (48,0)	
Motinos nepasitikėjimo vaiku faktorius:				
aukštas	980 (48,6)	844 (41,8)	640 (37,7)	<0,001
žemas	1035 (51,4)	1173 (58,2)	1058 (62,3)	
Tėvo emocinis faktorius:				
aukštas	1205 (59,8)	1039 (51,5)	756 (44,5)	<0,001
žemas	810 (40,2)	978 (48,5)	942 (55,5)	
Tėvo nepasitikėjimo vaiku faktorius:				
aukštas	806 (40,0)	690 (34,2)	537 (31,6)	<0,001
žemas	1209 (60,0)	1327 (65,8)	1161 (68,4)	

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

Apie vaiko veiklos kontrolę (monitoringą) buvo sprendžiama iš tiriamųjų atsakymų, kiek, jų nuomone, motina ir tėvas žino apie jų veiklas, būdingas paauglystėje. Domėtasi atsakymais „žino daug“ (kiti atsakymai

buvo „žino truputį“, „nieko nežino“ ir „motinos/tėvo neturiu arba jų nemtau“; atsakymų dažnis vertintas be pastarojo atsakymo varianto).

4.1.11 lentelėje pateikti apklaustų mokinių duomenys, kokia dalis, jų nuomone, motina ir tėvas „žino daug“ apie įvairias jų veiklas, sugretinant berniukų ir mergaičių atsakymus. Šie duomenys akivaizdžiai byloja, kad motinos akyliau seka savo dukras, o tėvas – savo sūnus. Abiejų lyčių vaikų nuomone, motina juos kontroliuoja labiau nei tėvas (skirtumai reikšmingi, $p < 0,001$).

4.1.11 lentelė. *Berniukų ir mergaičių, kurie manė, kad jų tėvai „žino daug“ apie lentelėje nurodytas veiklas, dalis (abs. sk. ir proc.) pagal lytį*

	Berniukai	Mergaitės	p*
Motina „žino daug“:			
Kas yra tavo draugai	1666 (58,9)	1896 (68,6)	<0,001
Kam išleidi savo pinigus	1394 (49,9)	1613 (58,6)	<0,001
Kur būni po mokyklos	1911 (68,4)	2218 (80,6)	<0,001
Kur vaikštinėji vakarais	1643 (59,9)	2020 (74,2)	<0,001
Ką veiki laisvalaikiu	1720 (61,6)	1932 (70,2)	<0,001
Tėvas „žino daug“:			
Kas yra tavo draugai	1152 (44,5)	807 (32,3)	<0,001
Kam išleidi savo pinigus	1036 (40,3)	851 (34,2)	<0,001
Kur būni po mokyklos	1236 (48,0)	1125 (45,3)	0,006
Kur vaikštinėji vakarais	1188 (47,0)	1137 (46,2)	0,035
Ką veiki laisvalaikiu	1363 (53,3)	1147 (46,3)	<0,001

* χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių atsakymus.

4.1.12 lentelėje pateikti duomenys rodo, kaip keičiasi pagal amžių paauglių nuomonė apie tai, kiek tėvai žino apie jų veiklas. Akivaizdžiai matyti, kad 11–15 metų paauglystės tarpsnyje vis mažesnė dalis respondentų yra įsitikinusi, kad jų motina ir tėvas „žino daug“, ką jie veikia, t. y. esą kontroliuojami.

4.1.12 lentelė. Berniukų ir mergaičių, kurie manė, kad jų tėvai „žino daug“ apie lentelėje nurodytas veiklas, dalis (abs. sk. ir proc.) pagal amžių

	11 metų	13 metų	15 metų	p*
Motina „žino daug“:				
Kas yra tavo draugai	1399 (70,9)	1199 (60,9)	964 (58,5)	<0,001
Kam išleidi savo pinigus	1276 (65,4)	975 (49,8)	756 (46,0)	<0,001
Kur būni po mokyklos	1599 (82,0)	1420 (72,6)	1110 (67,6)	<0,001
Kur vaikštinėjai vakarais	1485 (78,0)	1242 (64,3)	936 (57,4)	<0,001
Ką veiki laisvalaikiu	1500 (76,8)	1210 (62,0)	942 (57,5)	<0,001
Tėvas „žino daug“:				
Kas yra tavo draugai	822 (44,9)	649 (36,4)	488 (33,2)	<0,001
Kam išleidi savo pinigus	841 (46,4)	624 (35,1)	422 (28,8)	<0,001
Kur būni po mokyklos	1018 (56,2)	779 (43,8)	564 (38,5)	<0,001
Kur vaikštinėjai vakarais	1038 (58,4)	761 (43,4)	526 (36,2)	<0,001
Ką veiki laisvalaikiu	1117 (61,8)	799 (45,1)	594 (40,8)	<0,001

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

Siekdami apibendrinti tiriamųjų nuomonę apie jų tėvų vykdomą kontrolę, taikėme faktorinę analizę, kurios metu išskyrėme po vieną faktorių, charakterizuojantį atskirai motinos ir tėvo kontrolę. Motinos kontrolę labiausiai atspindėjo klausimas „Kiek motina žino, kur vaikštinėjai vakarais?“ (faktorinis svoris 0,784), tėvo kontrolę – klausimas „Kiek tėvas žino, kur būni po mokyklos?“ (faktorinis svoris 0,872). Neigiamos faktorių reikšmės rodė žemą kontrolės lygį, teigiamos faktorių reikšmės – aukštą kontrolės lygį.

4.1.13 lentelėje pateiktas motinos ir tėvo vykdomos kontrolės lygių dažnis tarp berniukų ir mergaičių. Iš šių duomenų matyti, kad aukštą motinos kontrolę dažniau jautė mergaitės, o aukštą tėvo kontrolę – berniukai. Šie duomenys taip pat rodo, kad aukšta kontrolė būdingesnė motinai negu tėvui (atitinkamai 63,2 proc. ir 45,8 proc.; $p < 0,001$). Taigi paauglių veiklos kontrolės požiūriu motinos vaidmuo yra svarbesnis nei tėvo.

4.1.13 lentelė. Tėvų vykdomos kontrolės lygių dažnis (abs. sk. ir proc.) tarp berniukų ir mergaičių

	Berniukai	Mergaitės	Iš viso	p*
Motinos vykdoma kontrolė:				
aukšta	1617 (55,6)	2004 (71,1)	3621 (63,2)	<0,001
žema	1293 (44,4)	816 (28,9)	2109 (38,8)	
Tėvo vykdoma kontrolė:				
aukšta	1391 (47,8)	1234 (43,8)	2625 (45,8)	0,002
žema	1519 (52,2)	1586 (56,2)	3105 (54,2)	

* χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių grupes.

4.1.14 lentelėje pateiktas motinos ir tėvo vykdomos kontrolės lygių dažnis priklausomai nuo paauglių amžiaus. Čia pateikti duomenys asocijuojasi su 4.1.12 pateiktais duomenimis, rodančiais, kad vyresnio amžiaus paaugliai rečiau jaučiasi kontroliuojami savo tėvų.

4.1.14 lentelė. Tėvų vykdomos kontrolės lygių dažnis (abs. sk. ir proc.) priklausomai nuo paauglių amžiaus

	11 metų	13 metų	15 metų	p*
Motinos vykdoma kontrolė:				
aukšta	1484 (73,6)	1209 (59,9)	928 (54,7)	<0,001
žema	531 (26,4)	808 (40,1)	770 (45,3)	
Tėvo vykdoma kontrolė:				
aukšta	1132 (56,2)	872 (43,2)	621 (36,6)	<0,001
žema	883 (43,8)	1145 (56,8)	1077 (63,4)	

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

Šiame tyrime mokinių buvo prašoma atsakyti ir į klausimą, kaip jų tėvai (atskirai motina ir tėvas) elgiasi, kai padaroma kas nors bloga. Buvo galima pasirinkti vieną iš keturių atsakymų: 1) „man paaiškina, ką padariau blogai ir kodėl esu nubaustas“; 2) „pasako, kad elgiausi blogai, bet manęs nebaudžia“; 3) nedelsiant mane nebaudžia nepaaiškindami kodėl“; 4) „manęs nebaudžia ir nekreipia dėmesio“. Remdamiesi Maccoby and Martin [148] tyrimų išvadomis, šios tėvų elgesio charakteristikos leidžia spręsti apie vaiko auklėjimui pasirinktą stilių. Todėl aukščiau nurodyti atsakymai į klausimą atitinka šiuos vaiko auklėjimo stilius: 1) autoritetinę; 2) atlaidų; 3) valdingą; 4) atsainų.

Mokinių apklausos duomenys atskleidė, kad šeimose dažniausiai vyrauja autoritetingas auklėjimo stilius, kada tėvai paaiškina, ką vaikas padarė blogai ir kodėl jis yra nubaustas. Toks auklėjimo būdas būdingas tiek motinoms, tiek ir tėvams (49,2 proc. ir 43,0 proc., $p < 0,001$) (4.1.15 lentelė). Motina ir tėvas tokiu auklėjimo stiliumi labiau linkę auklėti berniukus nei mergaites (motina: 53,1 proc. ir 45,2 proc.; $p < 0,001$; tėvas: 46,9 proc. ir 38,9; $p < 0,001$; z testas). Mergaitėms abu tėvai labiau linkę atleisti, pasako, kad elgėsi blogai, tačiau nebaudžia. Toks atlaidus motinos auklėjimo stilius būdingas 45,0 proc. mergaičių ir 34,4 proc. berniukų, o analizuojant tėvo atlaidų auklėjimo stilių nustatyta, kad tai būdinga 41,6 proc. mergaičių ir 35,4 proc. berniukų. Valdingas, kai vaikai auklėjami ypatingai griežtai, ir atsainus auklėjimo stilius, kada nekreipiama dėmesio ir nebaudžiama, buvo rečiau taikomi vaikų auklėjimo stiliai, kurie dažniau būdingi tėvo nei motinos pasirinkimui.

4.1.15 lentelė. *Vaikų auklėjimo stiliai, kuriuos taiko motina ir tėvas, pagal respondentų lytį (abs. sk. ir proc.)*

	Berniukai	Mergaitės	Iš viso	p*
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:				
autoritetingas	1486 (53,1)	1241 (45,2)	2727 (49,2)	<0,001
atlaidus	961 (34,4)	1235 (45,0)	2196 (39,6)	
valdingas	186 (6,6)	183 (6,7)	369 (6,7)	
atsainus	164 (5,9)	87 (3,2)	251 (4,5)	
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:				
autoritetingas	1210 (46,9)	972 (38,9)	2182 (43,0)	<0,001
atlaidus	913 (35,4)	1038 (41,6)	1951 (38,4)	
valdingas	223 (8,6)	206 (8,2)	429 (8,4)	
atsainus	236 (9,1)	281 (11,3)	517 (10,2)	
p**	<0,001	<0,001	<0,001	

* χ^2 testas lyginant berniukų ir mergaičių grupes. ** χ^2 testas lyginant paauglių atsakymus apie motiną ir tėvą.

4.1.16 lentelės duomenys rodo, kaip keičiasi tėvų pasirinktas vaiko auklėjimo stilius paaugliams nuo 11 iki 15 metų. Nesunku pastebėti, kad paaugliams bręstant abiejų tėvų autoritetingas vaiko auklėjimo stilius pamažu „užleidžia vietą“ atlaidžiam – vyresni paaugliai už pražangą yra rečiau baudžiami. Be to, pastebima, kad vyresniems (15 metų) paaugliams, lyginant su jaunesniais (11 metų), būdingesnis ir atsainus tėvo auklėjimo stilius (tėvas nebekreipia jokio dėmesio, jei paauglys padaro ką nors blogo).

Taip manė 8,9 proc. 11 metų ir 12,0 proc. 15 metų paauglių ($p=0,002$, z testas).

4.1.16 lentelė. *Vaikų auklėjimo stiliai, kuriuos taiko motina ir tėvas, pagal respondentų amžių (abs. sk. ir proc.)*

	11 metų	13 metų	15 metų	p*
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:				
autoritetingas	1040 (53,1)	990 (50,8)	697 (42,7)	<0,001
atladus	708 (36,1)	753 (38,6)	735 (45,0)	
valdingas	123 (6,3)	124 (6,4)	122 (7,5)	
atsainus	88 (4,5)	83 (4,3)	80 (4,9)	
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:				
autoritetingas	850 (46,4)	768 (43,4)	564 (38,1)	<0,001
atladus	643 (35,1)	687 (38,9)	621 (42,0)	
valdingas	176 (9,6)	136 (7,7)	117 (7,9)	
atsainus	163 (8,9)	177 (10,0)	177 (12,0)	
p**	<0,001	<0,001	<0,001	

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus. ** χ^2 testas lyginant paauglių atsakymus apie motiną ir tėvą.

Žvelgdami į visumą šioje darbo dalyje pateiktų tyrimo rezultatų galime teigti, kad didelei daliai ištirtų paauglių teko susidurti su socialinėmis problemomis šeimoje: augo ne su abiem tėvais (29,3 proc.), jų šeima pasižymėjo neturtu (35,3 proc.). Daugeliui paauglių bendravimas su tėvais taip pat nėra sėkmingai susiklostęs. Sunku kalbėtis su tėvu kas trečiam, su motina – kas penktam paaugliui. Bendravimo su tėvais sunkumus lydi retos bendros veiklos. Paaugliams labiau svarbus motinos nei tėvo vaidmuo: su ja lengviau bendrauja, dažniau jaučia jos emocinį palaikymą, ji dažniau auklėja autoritetingu stiliumi, tačiau paaugliai dažniau jaučia ir motinos nepasitikėjimą bei kontrolę. Paauglių ir jų tėvų santykiuose stebėti lyčių skirtumai, pasireiškiantys stipresniais mergaičių ir motinos bei berniukų ir tėvo santykiais. Vyresni paaugliai dažniau nei jaunesni pareiškė bendravimo su tėvais sunkumus, žemesnį abiejų tėvų emocinį palaikymą, retesnes bendras su tėvais veiklas bei mažiau demokratišką jų auklėjimo stilių, bet teigė, kad tėvai jais labiau pasitiki ir mažiau kontroliuoja

4.2. Paauglių rūkymas ir jo ryšys su šeimos veiksniais

Paauglystės 11–15 metai – amžiaus tarpsnis, kai pradėdama rūkyti ir bandžusių rūkyti paauglių dalis sparčiai didėja. 2014 m. atliktos mokinių apklausos duomenimis (šie duomenys bus naudojami visoje šiame skyriuje pateiktoje analizėje), tarp 11 metų berniukų, kada nors per gyvenimą bandžusių rūkyti, buvo 20,2 proc., o tarp 15 metų berniukų – jau 64,9 proc. Nuo berniukų nedaug atsiliko ir mergaitės; tarp jų ši dalis atitinkamai padidėjo nuo 10,6 proc. iki 53,0 proc.

4.2.1 lentelėje pateiktas mokinių skirstinys pagal rūkymą dabartiniu metu. Tarp visų tyrime apklaustų 11 – 15 metų mokinių dabartiniu metu rūkančiais prisipažino 14,9 proc. berniukų ir 8,0 proc. mergaičių ($p < 0,001$). Rūkančių paauglių dalis su amžiaus metais sparčiai didėjo. Tarp vienuolikmečių rūkančiais prisipažino 3,7 proc. berniukų ir 0,9 proc. mergaičių. Tarp penkiolikmečių rūkančių buvo 27,7 proc. berniukų ir 18,3 proc. mergaičių ($p < 0,001$). Tarp šių mokinių beveik kas antras respondentas apklausos anketoje pažymėjo, kad rūko kiekvieną dieną.

4.2.1 lentelė. *Mokinių atsakymai apie rūkymą dabartiniu metu (abs. sk. ir proc.)*

Lytis ir amžiaus grupė	Kiekvieną dieną	Kartą per savaitę, bet ne kiekvieną dieną	Rečiau nei kartą per savaitę	Rūko (iš viso)
Berniukai (11–15 metų):	191 (6,6)	104 (3,6)	135 (4,7)	430 (14,9)
11 metų	10 (1,0)	11 (1,1)	16 (1,6)	37 (3,7)
13 metų	59 (6,0)	38 (3,8)	47 (4,8)	144 (14,6)
15 metų	122 (13,6)	55 (6,1)	72 (8,0)	249 (27,7)
p*	p<0,001			p<0,001
Mergaitės (11–15 metų):	77 (2,7)	54 (1,9)	94 (3,3)	225 (8,0)
11 metų	2 (0,2)	1 (0,1)	6 (0,6)	9 (0,9)
13 metų	17 (1,7)	19 (1,9)	35 (3,4)	71 (7,0)
15 metų	58 (7,3)	34 (4,3)	53 (6,7)	145 (18,3)
p*	p<0,001			p<0,001

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus.

Kadangi vienuolikmečių paauglių grupėje rūkančių paauglių dalis buvo maža (3,7 proc. berniukų ir 0,9 proc. mergaičių), todėl tolesnėje analizėje nutarėme šios grupės duomenų nenaudoti, nes tai būtų sumažinę statistinių išvadų reikšmingumą. Tarp įtrauktų į analizę 13 ir 15 metų respondentų

rūkymas (kasdien, kas savaitę, mažiau nei kartą per savaitę) buvo paplitęs tarp 20,8 proc. berniukų ir 11,9 proc. mergaičių ($p < 0,001$).

Rūkymas buvo reikšmingai susijęs su šeimos struktūra. Rūkančių paauglių, gyvenančių su abiem tėvais (nepažeistoje šeimoje), buvo 12,9 proc., o pažeistos struktūros šeimoje, kur yra tik vienas iš tėvų – 24 proc. Rūkymo paplitimas priklausė ir nuo šeimos turtingumo: turtingesnėse šeimose rūkė mažesnė dalis paauglių. Todėl analizuojant rūkymo sąsajas su šeimos veiksniais tikslinga suvienodinti duomenis atsižvelgiant į šį veiksnį.

Vienaveiksni logistinė regresinė analizė leido nustatyti, kad paauglio, augančio šeimoje tik su vienu iš tėvų, galimybė rūkyti yra 2,13 karto didesnė negu gyvenant su abiem tėvais (4.2.2 lentelė). Mergaitės turėjo du kartus mažesnę galimybę ($GS=0,52$) rūkyti nei berniukai. Vyresnio amžiaus (15 metų) paaugliai turėjo 2,53 karto didesnę galimybę rūkyti nei 13 metų amžiaus paaugliai. Turtingose šeimose gyvenantys paaugliai turėjo mažesnę galimybę rūkyti, lyginant su tais, kurie gyvena neturtingose šeimose ($GS=0,68$).

Vertinant daugiaveiksni logistinės regresinės analizės rezultatus, matyti, kad paaugliai, gyvenantys ne su abiem biologiniais tėvais, lyginant su paaugliais, gyvenančiais pilnose šeimose, turi 2,10 karto didesnę galimybę pradėti rūkyti. Taip analizuojant duomenis šeimos turtingumo rodiklis taip pat išliko reikšmingu požymiu, nors šis požymis, kaip rodo mūsų duomenys (žr. 4.1 sk.), yra susijęs su šeimos turtingumu. Taigi paaugliai, augantys mažiau turtingose šeimose ir ne su abiem biologiniais tėvais, sudaro aukštos rūkymo rizikos grupę.

4.2.2 lentelė. Rūkymo paplitimas tarp 13 ir 15 metų paauglių ir sąsajos su šeimos turtingumu ir struktūra: vienaveiksni ir daugiaveiksni logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį ir amžių

Veiksniai	Rūko, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksni logistinė regresija		Daugiaveiksni logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	393 (20,8)	1,00		1,00	
mergaitės	216 (11,9)	0,52	0,43-0,62	0,53	0,44-0,64
Amžius:					
13 metų (ref.)	215 (10,7)	1,00		1,00	
15 metų	394 (23,3)	2,53	2,11-3,03	2,55	2,11-3,08

4.2.2 lentelės tęsinys

Veiksniai	Rūko, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Šeimos turtingumas pagal FAS:					
žemas (ref.)	253(19,1)	1,00		1,00	
vidutinis	231(14,7)	0,73	0,60-0,89	0,80	0,65-0,98
aukštas	97(13,9)	0,68	0,53-0,88	0,86	0,67-1,12
Šeimos struktūra:					
abu tėvai (ref.)	327 (12,9)	1,00		1,00	
ne abu tėvai	278 (24,0)	2,13	1,78-2,54	2,10	1,74-2,54

Tolesnė paauglių rūkymo sąsajų su šeimos veiksniais analizė buvo prasminga tik tarp tų paauglių, kurie augo su abiem biologiniais tėvais, t.y. kurių šeimos struktūra buvo nepažeista. Tik tokiose šeimose galima lyginti abiejų tėvų – motinos ir tėvo – veiksmų reikšmę paauglio elgsenai. Šios analizės imtį sudarė 2528 paaugliai, kurių amžius buvo 13 ir 15 metų, gyveno su abiem biologiniais tėvais ir apklausos metu atsakė į klausimą apie rūkymą dabartiniu metu. Šioje imtyje rūkė 327 (12,9 proc.) paauglių (žr. 4.2.1 lentelę).

Šeimos veiksmų charakteristika, nustatyta pasirinktoje imtyje, pateikta 4.2.3 lentelėje. Skaitant jos duomenis atkreiptinas dėmesys į tai, ar tiriamieji, vertindami savo santykius su tėvais, vienodai atsakė į klausimus, užduotus atskirai apie tėvą ir motiną (pvz., kaip sekasi bendrauti su tėvu ir motina, kiek apie juos žino (kontroliuoja) tėvas ir motina). Šis faktas labai svarbus norint patikrinti, ar tiriamosiose sąsajose egzistuoja į analizę įtrauktų veiksmų stipraus tarpusavio ryšio (multikolinearumo) problema (žr. 3.4 sk.). Remdamiesi χ^2 testu, skirtu palyginti paauglių atsakymus apie motiną ir tėvą, matome, kad nebuvo nei vieno klausimo, į kuri atsakant nuomonė apie motiną ir tėvą nesiskirtų (visiems tokio pobūdžio klausimams $p < 0,001$). Kiti šiai problemai įvertinti skirti matavimai (tolerancija ir dispersijos mažėjimo daugiklis) taip pat kito leistinose ribose, todėl multikolinearumo hipotezė buvo atmesta.

4.2.3 lentelė. Tiriamųjų imties (N=2528), naudotos rūkymo ir šeimos veiksnių ryšio analizei, charakteristika

Veiksniai		abs. sk. (proc.)	p*
Lytis	berniukai	1290 (51,0)	
	mergaitės	1238 (49,0)	
Amžius	13 metų	1392 (55,1)	
	15 metų	1136 (44,9)	
Šeimos turtingumas pagal FAS	neturtinga	779 (31,7)	
	vidutiniškai turtinga	1110 (45,2)	
	turtinga	566 (23,1)	
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje	didelis	2144 (86,2)	
	mažas	342 (13,8)	
Bendrauti su tėvu	lengva	1484 (63,0)	<0,001
	sunku	870 (37,0)	
Bendrauti su motina	lengva	1791 (75,8)	
	sunku	572 (24,2)	
Bendravimo šeimoje kokybė	gera	1567 (62,5)	
	prasta	941 (37,5)	
Tėvo vykdoma vaiko kontrolė	aukšta	1234 (49,2)	<0,001
	žema	1274 (50,8)	
Motinos vykdoma vaiko kontrolė	aukšta	1549 (61,8)	
	žema	959 (38,2)	
Su mokykla susijusi pagalba vaikui	didelė	1294 (51,6)	
	maža	1214 (48,4)	
Kartu su tėvais leidžiamas laikas	dažnai (ref.)	1177 (46,7)	
	retai	1345 (53,3)	
Tėvo emocinis faktorius	aukštas	1445 (57,2)	0,002
	žemas	1083 (42,8)	
Motinos emocinis faktorius	aukštas	1555 (61,5)	
	žemas	973 (38,5)	
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius	autoritetingas	1045 (42,2)	<0,001
	atladus	1017 (41,2)	
	valdingas	194 (7,8)	
	atsainus	218 (8,8)	

4.2.3 lentelės tęsinys

Veiksniai		abs. sk. (proc.)	p*
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius	autoritetingas	1147 (46,1)	
	atladus	1085 (43,6)	
	valdingas	158 (6,4)	
	atsainus	98 (3,9)	
Bendrauja su tėvais naudodami elektronines ryšio priemones	dažnai	1099 (43,5)	
	retai	1428 (56,5)	
Matosi su tėvu	kiekvieną dieną	1912 (77,4)	<0,001
	ne kiekvieną dieną	559 (22,6)	
Matosi su motina	kiekvieną dieną	2333 (94,0)	
	ne kiekvieną dieną	148 (6,0)	

χ^2 testas lyginant paauglių atsakymus apie tėvą ir motiną.

4.2.4 lentelėje pateikti duomenys rodo, koks buvo rūkymo paplitimas esant įvairiems veiksniams ir kokio stiprumo buvo šios sąsajos, įvertintos vienaveiksnės ir daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės metodais.

Vienaveiksnė logistinė regresinė analizė identifikavo daug šeimos aplinkos veiksnių, su kuriais nustatytos reikšmingos sąsajos su rūkymu. Tarp šių veiksnių, kurie didino rūkymo galimybę, buvo: mažas pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje (GS=2,14), sunkus bendravimas su motina (GS=1,32), maža tėvo ir motinos vykdoma vaiko kontrolė (atitinkamai GS=2,05 ir GS=3,31), prasta bendravimo šeimoje kokybė (GS=1,59), maža su mokykla susijusi pagalba vaikui (GS=2,19), žemi tėvo ir motinos emociniai faktoriai (atitinkamai GS=1,71), (GS=1,55), valdingas ir atsainus tėvo pasirinkti vaiko auklėjimo stiliai (atitinkamai GS=1,93 ir GS=1,89), motinos valdingas auklėjimo stilius (GS=1,70), matymasis su motina ne kasdien (GS=1,66).

Daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės išdavoje, suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą pagal FAS, aukščiau pateiktame reikšmingai susijusių su padidėjusia paauglių rūkymo rizika veiksnių sąrašė liko tik trys nepriklausomi šeimos veiksniai: maža motinos vykdoma vaiko kontrolė (GS=2,79), mažas pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje (GS=1,89), maža su mokykla susijusi pagalba vaikui (GS=1,40). Be šių veiksnių, buvo identifikuoti dar du veiksniai, viena-veiksnėje analizėje buvę kaip nereikšmingi, bet daugiaveiksnėje analizėje rasti kaip reikšmingi. Tai – sunkus bendravimas su tėvu ir retas bendravimas su tėvais naudojantis elektroninėmis ryšio priemonėmis. Abiejų šių veiksnių

ryšys su paauglių rūkymo galimybe buvo kontraversiškas: atitinkamai GS=0,56 ir GS=0,66.

4.2.4 lentelė. 13 ir 15 metų amžiaus paauglių rūkymo sąsajos su šeimos veiksniais: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą (skaičiuota respondentams, kurie gyvena su abiem tėvais, N=2528)

Veiksniai		Rūko, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
			GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis	berniukai (ref.)	215 (16,7)	1,00		1,00	
	mergaitės	112 (9,0)	0,50	0,39–0,63	0,61	0,45–0,83
Amžius	13 metų (ref.)	109 (7,8)	1,00		1,00	
	15 metų	218 (19,2)	2,80	2,19–3,57	2,58	1,92–3,45
Šeimos turtingumas pagal FAS	neturtinga (ref.)	114 (14,6)	1,00		1,00	
	vidutiniškai turtinga	125 (11,3)	0,74	0,56–0,97	0,81	0,56–1,18
	turtinga	73 (12,9)	0,86	0,63–1,19	1,15	0,83–1,60
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje	aukštas (ref.)	245 (11,4)	1,00		1,00	
	žemas	74 (21,4)	2,14	1,60–2,86	1,89	1,27–2,83
Bendrauja su tėvu	lengvai (ref.)	203 (13,7)	1,00		1,00	
	sunkiai	96 (11,0)	0,78	0,60–1,02	0,56	0,38–0,80
Bendrauja su motina	lengvai (ref.)	214 (11,9)	1,00		1,00	
	sunkiai	87 (15,2)	1,32	1,01–1,73	1,18	0,81–1,71
Tėvo vykdoma vaiko kontrolė	didelė (ref.)	111 (9,0)	1,00		1,00	
	maža	215 (16,9)	2,05	1,61–2,62	1,19	0,83–1,69
Motinos vykdoma vaiko kontrolė	didelė (ref.)	119 (7,7)	1,00		1,00	
	maža	207 (21,6)	3,31	2,60–4,22	2,72	1,98–3,92
Bendravimo šeimoje kokybė	gera (ref.)	172 (11,0)	1,00		1,00	
	prasta	154 (16,4)	1,59	1,26–2,01	0,99	0,71–1,38
Su mokykla susijusi pagalba vaikui	didelė (ref.)	114 (8,8)	1,00		1,00	
	maža	212 (17,5)	2,19	1,61–2,92	1,40	1,01–1,95
Kartu su tėvais leidžiamas laikas	dažnai (ref.)	122 (10,4)	1,00		1,00	
	retai	204 (15,2)	1,54	1,21–1,96	0,98	0,71–1,35
Tėvo emocinis faktorius	aukštas (ref.)	149 (10,3)	1,00		1,00	
	žemas	178 (16,4)	1,71	1,35–2,16	1,36	0,96–1,91

4.2.4 lentelės tęsinys

Veiksniai		Rūko, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė lo- gistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
			GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Motinos emocinis faktorius	aukštas (ref.)	171 (11,0)	1,00		1,00	
	žemas	156 (16,0)	1,55	1,22–1,95	0,72	0,51–1,01
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius	autoritetingas (ref.)	114 (10,9)	1,00		1,00	
	atlaidus	121 (11,9)	1,10	0,84–1,45	0,78	0,45–1,33
	valdingas	37 (19,1)	1,93	1,28–2,89	0,80	0,47–1,35
	atsainus	41 (18,8)	1,89	1,23–2,80	1,21	0,64–2,28
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius	autoritetingas (ref.)	129 (11,2)	1,00		1,00	
	atlaidus	146 (13,5)	1,23	0,95–1,59	1,07	0,49–2,35
	valdingas	28 (17,7)	1,70	1,09–2,66	1,20	0,55–2,68
	atsainus	16 (16,3)	1,54	0,87–2,71	0,91	0,37–2,24
Bendrauja su tėvais naudodami elektronines ryšio priemones	dažnai (ref.)	156 (14,2)	1,00		1,00	
	retai	171 (12,0)	0,82	0,66–1,04	0,66	0,50–0,88
Matosi su tėvu	kasdien (ref.)	245 (12,8)	1,00		1,00	
	ne kasdien	67 (12,0)	0,93	0,70–1,24	1,20	0,85–1,70
Matosi su motina	kasdien (ref.)	288 (12,3)	1,00		1,00	
	ne kasdien	28 (18,9)	1,66	1,08–2,55	0,90	0,53–1,53

Apibendrinti šiame skyriuje 2014 metais atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, jog paauglių rūkymas priklauso ne tik nuo jų lyties ir amžiaus, bet ir nuo jų šeimos socialinių veiksnių ir bendravimo su tėvais ypatumų. Aukštos rūkymo rizikos grupę sudarė paaugliai, augantys mažiau turtingose šeimose ir ne su abiem biologiniais tėvais. O tarp paauglių, augančių su abiem tėvais, rūkymo galimybę reikšmingai didino šie bendravimo su tėvais veiksniai: maža motinos vykdoma vaiko kontrolė, mažas pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje, nepakankama pagalba vaikui, kai iškyla mokyklinės problemos.

4.3. Alkoholinių gėrimų vartojimas ir jo ryšys su šeimos veiksniais

Šiame skyriuje bus nagrinėjamos paauglių alkoholinių gėrimų reguliarumo ir svaiginimosi alkoholiu sąsajos su jų šeimų socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais. Analizei panaudoti 2014 metais atlikto HBSC tyrimo duomenys.

Pagal įvairių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnį, kaip apibrėžta tyrimo metodikoje, tiriamieji buvo suskirstyti į reguliariai vartojančius (nors kartą per savaitę bet kokius) ir nereguliariai vartojančius (likusieji). Atsižvelgus į svaiginimąsi alkoholiu, išskirta grupė paauglių, kurie teigė, kad nė karto gyvenime nebuvo ar tik vieną kartą buvo apsvaigę nuo alkoholio, ir grupė paauglių, kurie prisipažino per gyvenimą buvę apsvaigę nuo alkoholio ne vieną kartą (du ir daugiau kartų). 4.3.1 lentelėje parodytas tiriamųjų skirstinys pagal pasirinktus kriterijus, priklausomai nuo lyties ir amžiaus. Akivaizdu, kad alkoholio vartojimo problema tarp mūsų šalies paauglių berniukų žymiai dažnesnė nei tarp mergaičių. Vartojančių alkoholinius gėrimus ir nuo jų apsvaigusių paauglių dalis su amžiaus metais sparčiai didėjo. Tarp penkiolikmečių reguliariai vartojančių alkoholinius gėrimus buvo 14,1 proc. berniukų ir 6,6 proc. mergaičių ($p < 0,001$) ir buvusių apsvaigusių nuo alkoholio du ar daugiau kartų – 40,8 proc. berniukų ir 32,7 proc. mergaičių ($p < 0,001$). Išanalizavus įvairių alkoholinių gėrimų rūšių vartojimo dažnį, galima spręsti, kad tai dažniausiai nutiko vartojant alų.

Kadangi tarp 11 metų paauglių alkoholinius gėrimus vartojančiųjų dalis buvo nedidelė, todėl toliau analizavome tik 13 ir 15 metų paauglių tyrimo duomenis. Šioje grupėje reguliariai vartojo alkoholinius gėrimus 11,5 proc. berniukų ir 4,6 proc. mergaičių ($p < 0,001$) ir prisipažino buvę apsvaigę nuo alkoholio du ar daugiau kartų 28,1 proc. berniukų ir 19,0 proc. mergaičių ($p < 0,001$).

4.3.1 lentelė. Apibendrinti paauglių atsakymai apie alkoholinių gėrimų vartojimo dažnį ir apsvaigimą nuo alkoholio (abs. sk. ir proc.)

Lytis ir amžiaus grupė	Reguliariai vartoja bet kurious alkoholinius gėrimus	Per gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų
Berniukai (11–15 metų):	260 (9,3)	556 (19,3)
11 metų	53 (5,4)	28 (2,8)
13 metų	86 (9,1)	163 (16,5)
15 metų	121 (14,1)	365 (40,8)
p*	<0,001	<0,001
13–15 metų	207 (11,5)	528 (28,1)
Mergaitės (11–15 metų):	105 (3,8)	349 (12,4)
11 metų	25 (2,5)	6 (0,6)
13 metų	29 (2,9)	84 (8,3)
15 metų	51 (6,6)	259 (32,7)
p*	<0,001	<0,001
13–15 metų	80 (4,6)	343 (19,0)
p**	<0,001	<0,001

* χ^2 testas lyginant trijų amžiaus grupių paauglių atsakymus. ** z testas lyginant 13–15 metų amžiaus berniukų ir mergaičių atsakymus.

Analizuojant alkoholinių gėrimų vartojimo sąsają su šeimos turtingumu, priešingai nei analizuojant rūkymo sąsajas, nebuvo rasta reikšmingų sąsajų. Šis faktas nustatytas tiriant alkoholinių gėrimų vartojimą pagal abu kriterijus: reguliarumą (4.3.2 lentelė) ir svaiginimąsi (4.3.3 lentelė).

Nagrinėjant alkoholinių gėrimų vartojimo sąsajas su šeimos struktūra, rastas reikšmingas ryšys, analogiškas rūkymui. Paaugliai, augantys pažeistos struktūros šeimose, palyginti su bendraamžiais iš šeimų, kuriose yra abu tėvai, vienaveiksnės logistinės regresijos duomenimis, buvo 2,13 karto, o daugiaveiksnės logistinės regresijos duomenimis, 1,69 karto labiau linkę reguliariai vartoti alkoholinius gėrimus. Panašus sąryšis aptiktas ir svaiginimosi alkoholiu atžvilgiu: paaugliai, augantys ne su abiem tėvais, turėjo 1,5 karto didesnę galimybę, jog gyvenime bus apsvaigę nuo alkoholio ne vieną kartą.

4.3.2 lentelė. Reguliarus alkoholinių gėrimų vartojimas tarp 13 ir 15 metų paauglių ir sąsajos su šeimos turtingumu ir struktūra: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį ir amžių

Veiksniai	Reguliariai vartoja bet kuriuos alkoholinius gėrimus, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	207 (11,5)	1,00		1,00	
mergaitės	80 (4,6)	0,37	0,28–0,48	0,39	0,29–0,51
Amžius:					
13 metų (ref.)	115 (5,9)	1,00		1,00	
15 metų	172 (10,6)	1,87	1,46–2,39	1,89	1,46–2,44
Šeimos turtingumas pagal FAS:					
neturtinga (ref.)	103 (8,2)	1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	115 (7,6)	0,92	0,70–1,22	0,97	0,73–1,29
turtinga	56 (8,3)	1,02	0,73–1,43	1,17	0,82–1,66
Šeimos struktūra:					
abu tėvai (ref.)	167 (6,8)	1,00		1,00	
ne abu tėvai	119 (10,7)	2,13	1,78–2,54	1,69	1,30–2,19

4.3.3 lentelė. Svaiginimasis alkoholiu tarp 13 ir 15 metų paauglių ir sąsajos su šeimos turtingumu ir struktūra: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį ir amžių

Veiksniai	Per gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	528 (28,1)	1,00		1,00	
mergaitės	343 (19,0)	0,60	0,52–0,70	0,62	0,53–0,73
Amžius:					
13 metų (ref.)	247 (12,3)	1,00		1,00	
15 metų	624 (37,0)	4,18	3,54–4,93	4,25	3,58–5,05

4.3.3 lentelės tęsinys

Veiksniai	Per gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Šeimos turtingumas pagal FAS:					
neturtinga (ref.)	313 (23,7)	1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	373 (23,8)	1,01	0,85–1,20	1,14	0,95–1,37
turtinga	158 (22,7)	0,94	0,76–1,17	1,18	0,93–1,49
Šeimos struktūra:					
abu tėvai (ref.)	535 (21,2)	1,00		1,00	
ne abu tėvai	333 (28,8)	1,51	1,29–1,77	1,53	1,29–1,82

Kaip ir rūkymo atveju, tolesnė paauglių alkoholinių gėrimų vartojimo sąsajų su šeimos veiksniais analizė buvo vykdoma tarp tų paauglių, kurie augo su abiem biologiniais tėvais, t. y. kurių šeimos struktūra buvo nepažeista. Šios analizės imtį sudarė paaugliai, kurių amžius buvo 13 ir 15 metų, gyveno su abiem biologiniais tėvais ir apklausos metu atsakė į klausimus apie įvairių rūšių alkoholinių gėrimų vartojimo dažnumą (N=2440) arba į klausimą, kiek kartų gyvenime jautėsi apsvaigę nuo alkoholio (N=2525). Šioje imtyje reguliariai vartojo alkoholinius gėrimus 167 (6,8 proc.) paaugliai (žr. 4.3.2 lentelę) ir prisipažino buvę apsvaigę nuo alkoholio ne vieną kartą 535 (21,2 proc.) paaugliai (žr. 4.3.3 lentelę). Šeimos veiksmų charakteristika, nustatyta šioje imtyje, buvo artima pateiktajai 4.2.3 lentelėje.

4.3.4 lentelėje pateikti analizės rezultatai, įvertinantys ryšį tarp reguliaraus alkoholinių gėrimų vartojimo ir šeimos veiksnių tarp 13 ir 15 metų paauglių, augančių su abiem tėvais. Vienaveiksnė logistinė regresinė analizė parodė, kad reguliarius alkoholinių gėrimų vartojimas sietinas su visa eile šeimos veiksnių: žemu pasitenkinimu tarpusavio santykiais šeimoje, maža abiejų tėvų vykdoma vaiko kontrole, prasta bendravimo šeimoje kokybe, maža su mokykla susijusia pagalba, žemu motinos emociniu faktoriumi, abiejų tėvų pasirinktu valdingu ir atsainiu vaiko auklėjimo stiliumi (tėvo atveju, dar ir atlaidžiu auklėjimo stiliumi). Retas bendravimas su tėvais naudojantis elektroninėmis ryšio priemonėmis pasireiškė priešingu, mažinančiu reguliaraus alkoholinių gėrimų vartojimo riziką. Daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą, atskleidė tik tris šeimos veiksmus, reikšmingai susijusius su padidėjusia reguliaraus alkoholinių gėrimų vartojimo galimybe: maža motinos vykdoma vaiko kontrolė (GS=1,66), valdingas tėvo (GS=2,51) ir

atsainus motinos (GS=3,46) pasirinkti vaiko auklėjimo stiliai. Tačiau retai su tėvais kartu leidžiamas laikas (GS=0,64) ir retas bendravimas su tėvais naudojantis elektroninėmis ryšio priemonėmis (GS=0,47) pasireiškė kontraversišku efektu.

4.3.4 lentelė. 13 ir 15 metų amžiaus paauglių reguliaraus alkoholinių gėrimų vartojimo sąsajos su šeimos veiksniais: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė (skaičiuota respondentams, kurie gyvena su abiem tėvais, N=2440)

Veiksniai	Reguliariai vartoja bet kuriuos alkoholinius gėrimus, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	121 (9,7)	1,00		1,00	
mergaitės	46 (3,8)	0,37	0,26–0,53	0,39	0,25–0,60
Amžius:					
13 metų (ref.)	66 (4,9)	1,00		1,00	
15 metų	101 (19,2)	1,98	1,44–2,73	2,33	1,58–3,44
Šeimos turtingumas pagal FAS:					
žemas (ref.)	47 (6,3)	1,00		1,00	
vidutinis	72 (6,7)	1,07	0,73–1,57	1,34	0,84–2,12
aukštas	40 (7,3)	1,19	0,77–1,83	1,52	0,90–2,57
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:					
aukštas (ref.)	132 (6,4)	1,00		1,00	
žemas	30 (9,3)	1,51	1,00–2,29	1,19	0,67–2,14
Bendrauja su tėvu:					
lengvai (ref.)	102 (7,1)	1,00		1,00	
sunkiai	52 (6,1)	0,85	0,60–1,20	1,05	0,65–1,69
Bendrauja su motina:					
lengvai (ref.)	109 (6,3)	1,00		1,00	
sunkiai	45 (8,1)	1,30	0,91–1,87	1,00	0,61–1,66

4.3.4 lentelės tęsinys

Veiksniai	Reguliariai vartoja bet kuriuos alkoholinius gėrimus, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Bendravimo šeimoje kokybė:					
gera (ref.)	87 (5,8)	1,00		1,00	
prasta	79 (8,6)	1,54	1,13–2,12	1,29	0,82–2,03
Su mokykla susijusi pagalba vaikui:					
didelė (ref.)	73 (5,8)	1,00		1,00	
maža	93 (7,9)	1,40	1,02–1,92	0,94	0,61–1,46
Kartu su tėvais leidžiamas laikas:					
dažnai (ref.)	87 (7,7)	1,00		1,00	
retai	79 (6,1)	0,78	0,57–1,07	0,64	0,42–0,97
Tėvo emocinis faktorius:					
aukštas (ref.)	87 (6,3)	1,00		1,00	
žemas	80 (7,6)	1,24	0,90–1,69	0,81	0,51–1,30
Motinos emocinis faktorius:					
aukštas (ref.)	83 (5,5)	1,00		1,00	
žemas	84 (8,9)	1,66	1,21–2,28	1,06	0,67–1,69
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:					
autoritetingas (ref.)	46 (4,5)	1,00		1,00	
atlaidus	65 (6,6)	1,50	1,02–2,21	1,36	0,84–2,19
valdingas	20 (10,5)	2,48	1,43–4,29	2,51	1,27–4,95
atsainus	29 (13,6)	3,32	2,03–5,42	1,96	0,96–4,00
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:					
autoritetingas (ref.)	60 (5,4)	1,00		1,00	
atlaidus	65 (6,2)	1,16	0,81–1,67	1,29	0,83–2,02
valdingas	17 (11,0)	2,16	1,22–3,80	1,07	0,49–2,36
atsainus	21 (22,6)	5,11	2,94–8,87	3,46	1,48–8,09

4.3.4 lentelės tęsinys

Veiksniai	Reguliariai vartoja bet kuriuos alkoholinius gėrimus, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Bendrauja su tėvais naudodami elektronines ryšio priemones:					
dažnai (ref.)	87 (8,3)	1,00		1,00	
retai	80 (5,8)	0,68	0,50–0,93	0,47	0,32–0,69
Matosi su tėvu:					
kasdien (ref.)	126 (6,8)	1,00		1,00	
ne kasdien	34 (6,3)	0,93	0,63–1,37	0,90	0,57–1,43
Matosi su motina:					
kasdien (ref.)	146 (6,5)	1,00		1,00	
ne kasdien	15 (10,4)	1,68	0,96–2,94	0,93	0,44–1,94

4.3.5 lentelėje pateikti analogiški duomenys, rodantys ryšį tarp svaiginimosi alkoholiu ir šeimos veiksnių. Vienaveiksnė logistinė regresinė analizė parodė, kad paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, svaiginimasis alkoholiu, kaip ir reguliarius alkoholinių gėrimų vartojimas, yra susijęs su daugeliu šeimos veiksnių, tačiau ankstesnį šeimos veiksnių sąrašą dar galima papildyti tokiais veiksniais: sunkus bendravimas su motina, žemas tėvo emocinis faktorius, retai kartu su tėvais leidžiamas laikas, ne kasdienninis matymasis su motina. Čia atlikta daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą, išryškino šeimos turtingumo pagal FAS prognostinę reikšmę, rodančią, kad svaigintis alkoholiu turi daugiau galimybių aukšto turtingumo šeimose augantys paaugliai negu žemo turtingumo šeimose augantys bendraamžiai. Iš šeimos veiksnių buvo išryškinti tik trys, turintys reikšmingą ryšį su padidėjusia paauglių rizika svaigintis alkoholiu. Tai – maža tėvo (GS=1,36) ir motinos (GS=2,15) vykdoma vaiko kontrolė, ne autoritetinis (reikšmingai, atlaidus (GS=1,63) ir valdingas (GS=1,57)) tėvo vykdomas vaiko auklėjimas. Retas bendravimas su tėvais naudojantis elektroninėmis ryšio priemonėmis, kaip ir reguliaraus alkoholinių gėrimų vartojimo analizės atveju, išliko kontraversišku požymiu (GS=0,74).

4.3.5 lentelė. 13 ir 15 metų amžiaus paauglių svaiginimosi alkoholiu sąsajos su šeimos veiksniais: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą (skaičiuota respondentams, kurie gyvena su abiem tėvais, N=2525)

Veiksniai	Per gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų, abs.sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	334 (25,9)	1,00		1,00	
mergaitės	201 (16,8)	0,56	0,46–0,68	0,60	0,47–0,78
Amžius:					
13 metų (ref.)	143 (10,3)	1,00		1,00	
15 metų	392 (34,6)	4,63	3,75–5,72	4,45	3,48–5,68
Šeimos turtingumas pagal FAS:					
neturtinga (ref.)	166 (21,4)	1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	233 (21,0)	0,98	0,78–1,23	1,28	0,97–1,67
turtinga	122 (21,5)	1,01	0,77–1,31	1,44	1,04–1,98
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:					
aukštas (ref.)	414 (19,3)	1,00		1,00	
žemas	114 (33,3)	2,09	1,63–2,68	0,74	0,52–1,04
Bendrauja su tėvu:					
lengvai (ref.)	302 (20,4)	1,00		1,00	
sunkiai	196 (22,6)	1,14	0,93–1,39	1,01	0,76–1,35
Bendrauja su motina:					
lengvai (ref.)	344 (19,2)	1,00		1,00	
sunkiai	151 (26,4)	1,51	1,21–1,88	1,03	0,76–1,40
Tėvo vykdoma vaiko kontrolė:					
didelė (ref.)	176 (14,3)	1,00		1,00	
maža	358 (28,2)	2,36	1,93–2,89	1,36	1,03–1,81
Motinos vykdoma vaiko kontrolė:					
didelė (ref.)	225 (14,5)	1,00		1,00	
maža	309 (32,3)	2,81	2,31–3,42	2,15	1,64–2,82
Bendravimo šeimoje kokybė:					
gera (ref.)	276 (17,6)	1,00		1,00	
prasta	258 (27,4)	1,76	1,45–2,14	1,13	0,86–1,49

4.3.5 lentelės tęsinys

Veiksniai	Per gyvenimą buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų, abs.sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Su mokykla susijusi pagalba vaikui:					
didelė (ref.)	203 (15,7)	1,00		1,00	
maža	331 (27,3)	2,02	1,66–2,45	1,14	0,88–1,50
Kartu su tėvais leidžiamas laikas:					
dažnai (ref.)	194 (16,6)	1,00		1,00	
retai	340 (25,4)	1,71	1,41–2,09	1,13	0,87–1,47
Tėvo emocinis faktorius:					
aukštas (ref.)	249 (17,3)	1,00		1,00	
žemas	286 (26,4)	1,71	1,41–2,08	1,08	0,82–1,44
Motinos emocinis faktorius:					
aukštas (ref.)	265 (17,1)	1,00		1,00	
žemas	270 (27,7)	1,87	1,54–2,26	0,96	0,73–1,27
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:					
autoritetingas (ref.)	175 (16,7)	1,00		1,00	
atladus	236 (23,3)	1,51	1,21–1,88	1,63	1,23–2,15
valdingas	54 (27,7)	1,91	1,34–2,71	1,57	1,01–2,45
atsainus	58 (26,6)	1,80	1,28–2,54	1,36	0,85–2,18
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:					
autoritetingas (ref.)	224 (19,5)	1,00		1,00	
atladus	229 (21,1)	1,10	0,90–1,36	0,78	0,60–1,02
valdingas	51 (32,3)	1,96	1,37–2,83	0,95	0,59–1,54
atsainus	22 (22,7)	1,21	0,74–1,99	0,75	0,37–1,53
Bendrauja su tėvais naudodami elektronines ryšio priemones:					
dažnai (ref.)	236 (21,5)	1,00		1,00	
retai	299 (21,0)	0,97	0,80–1,17	0,74	0,59–0,94
Matosi su tėvu:					
kasdien (ref.)	398 (20,9)	1,00		1,00	
ne kasdien	129 (23,0)	1,13	0,70–1,42	1,04	0,79–1,37
Matosi su motina:					
kasdien (ref.)	482 (20,7)	1,00		1,00	
ne kasdien	41 (27,5)	1,46	1,01–2,11	1,10	0,70–1,74

Apibendrinami šiame skyriuje pateiktus tyrimo rezultatus galime teigti, kad piktnaudžiavimas alkoholiu tarp paauglių išlieka aktualia problema. Alkoholinių gėrimų vartojimas nebuvo reikšmingai susijęs su šeimos turtingumu, tačiau siejosi su šeimos struktūra: reikšmingai dažniau alkoholinius gėrimus vartojo paaugliai, gyvenantys ne su abiem tėvais. Tuo tarpu paaugliai, gyvenantys su abiem tėvais, labiau linko vartoti alkoholinius gėrimus, kai buvo maža jų tėvų, ypač motinos, kontrolė, jų auklėjimui tėvai buvo pasirinkę valdingą ar atsainų stilius.

4.4. Kanapių vartojimas ir jo ryšys su šeimos veiksniais

Vykdam HBSC tyrimą 2014 metais klausimai apie kanapių ir kitų narkotinių medžiagų vartojimą buvo užduoti 13 ir 15 metų mokiniam. Šioje darbo dalyje nagrinėsime tik vienos narkotinės medžiagos, kanapės („žolės“) – mėgstamiausio paauglių narkotiko, vartojimo problemą.

Apklauso duomenys parodė, kad nedidelė dalis trylikamečių paauglių (5,1 proc.; iš jų 7,5 berniukų ir 2,8 proc. mergaičių; $p < 0,001$), prisipažino kada nors gyvenime yra vartoję kanapių. Tarp penkiolikmečių paauglių šio narkotiko vartojimas buvo reikšmingai daugiau išplitęs: prisipažino nors kartą gyvenime vartoję kanapių 15,1 proc. paauglių (19,2 proc. berniukų ir 10,4 proc. mergaičių; $p < 0,001$). Per paskutines 30 dienų vartojusių kanapes buvo 6,0 proc. iš jų: 8,5 proc. berniukų ir 3,2 proc. mergaičių. 77,8 proc. vartojusių kanapes penkiolikamečių prisipažino, kad pirmą kartą rūkyti kanapes pradėjo būdami trylikos metų ir jaunesni. Ryšium su dažnesniu kanapių vartojimu 15 metų amžiuje toliau bus nagrinėjami tik šios paauglių grupės tyrimo duomenys (4.4.1 lentelė).

4.4.1 lentelė. Kanapių vartojimo paplitimas tarp 15 metų berniukų ir mergaičių (abs. sk. ir proc.)

Paplitimo rodikliai	Berniukai (N=894)	Mergaitės (N=790)	Iš viso (N=1684)	p*
	abs. sk. (proc.)	abs. sk. (proc.)	abs. sk. (proc.)	
Vartojo nors kartą per gyvenimą	172 (19,2)	82 (10,4)	254 (15,1)	<0,001
Vartojo per paskutines 30 dienų	76 (8,5)	25 (3,2)	101 (6,0)	<0,001
Vartojo pirmą kartą būdami 13 metų ar jaunesni	122 (71,8) ^a	74 (90,2) ^a	196 (77,8) ^a	0,001

^a procentas nuo prisipažinusių, kad kada nors gyvenime vartojo narkotiką. * z testas lyginant berniukų ir mergaičių atsakymus.

4.4.2 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad penkiolikmečiai, gyvenantys turtingose šeimose, yra linkę reikšmingai dažniau vartoti kanapes, nei tie, kurie gyvena neturtingose šeimose (19,2 proc. ir 13,3 proc. $p < 0,001$). Vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė šį ryšį vertino reikšmingu ir pakankamai stipriu (atitinkamai $GS = 1,55$ ir $GS = 1,74$).

Tarp paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, vartojusių per visą savo gyvenimą kanapių buvo 12,8 proc., o tarp paauglių, gyvenančių su vienu iš tėvų (pažeistos struktūros šeimoje) – 19,5 proc., t.y. 1,5 karto daugiau. Vienaveiksnė logistinė regresinė analizė parodė, kad gyvenimas ne su abiem tėvais galimybę vartoti kanapes padidino 1,65 karto ($p < 0,001$). Atsižvelgus į paauglių lytį ir jų šeimos turtingumą, kaip rodo daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės rezultatai, ši galimybė buvo dar aukštesnė – 1,76 karto ($p < 0,001$).

Taigi tarp penkiolikmečių, nepriklausomai nuo lyties, padidintos kanapių vartojimo rizikos grupę sudarė paaugliai, gyvenantys turtingose ir pažeistos struktūros šeimose.

4.4.2 lentelė. Kanapių vartojimo paplitimo tarp 15 metų paauglių sąsajos su šeimos turtingumu ir struktūra: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį

Veiksniai	Vartojo kanapes nors kartą per gyvenimą, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	172 (19,2)	1,00		1,00	
mergaitės	82 (10,4)	0,49	0,37–0,65	0,51	0,38–0,67
Šeimos turtingumas pagal FAS:					
neturtinga (ref.)	89 (13,3)	1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	104 (14,8)	1,14	0,84–1,54	1,18	0,87–1,62
turtinga	54 (19,2)	1,55	1,07–2,25	1,74	1,18–2,55
Šeimos struktūra:					
abu tėvai (ref.)	145 (12,8)	1,00		1,00	
ne abu tėvai	107 (19,5)	1,65	1,26–2,17	1,76	1,33–2,35

Penkiolimečių paauglių kanapių vartojimo sąsajos su bendravimu su tėvais, auklėjimo bei kitais šeimos veiksniais buvo analizuotos tarp ištirtų asmenų, kurie augo su abiem biologiniais tėvais. Šios analizės imtį sudarė 1134 paaugliai, kurių amžius buvo 15 metų, gyveno su abiem biologiniais tėvais ir apklausos metu atsakė į klausimą apie kanapių vartojimą per visą

gyvenimą. Tarp šių paauglių buvo 145 (12,8 proc.), kurie apklausos metu prisipažino kada nors gyvenime vartoję kanapių (žr. 4.4.2 lentelę). Nustatius šeimos veiksnį charakteristiką šioje paauglių grupėje (duomenys neteikiami) ir palyginus ją su 4.2.3 lentelės, kurioje charakterizuojami 13 ir 15 metų respondentai, duomenimis, esminių skirtumų tarp požymių skirstinių nerasta.

Penkiolikmečių paauglių kanapių vartojimo per gyvenimą sąsają su šeimos veiksniais suvestinė pateikta 4.4.3 lentelėje. Pastebėta, kad šeimos turtingumo vertinimo pagal FAS, kaip kanapių vartojimo prediktorius, reikšmė ypač išryškėjo, atlikus daugiaveiksni logistinę regresinę analizę. Ji parodė, kad paaugliai, augantys turtingose šeimose, turi 2,28 karto didesnę galimybę tapti kanapės per savo gyvenimą (t. y. iki 16 metų amžiaus) vartotoju nei jų bendraamžiai, gyvenantys nepasiturinčiose šeimose.

Kiti atskleisti ypatingai svarbūs šeimos veiksniai, dėl ko paaugliai, gyvenantys su abiem tėvais, tampa kanapės vartotojais – prasta bendravimo šeimoje kokybė ir maža motinos vykdoma paauglio veiklos kontrolė (pastarąją savybę pasižymintys respondentai teigė, kad jų motina mažai arba nieko nežino, ką jie veikia). Tyrimo duomenys byloja, jog paaugliams, turintiems pirmąją arba antrąją iš šių požymių, galimybė vartoti kanapes padidėjo daugiau nei du arba tris kartus atitinkamai. Be šių šeimos veiksnų, rasta, kad retai su tėvais vykdomos bendros veiklos taip pat didino kanapės vartojimo galimybę (GS=1,67).

Vykdyta analizė atskleidė ir atvirkštinių sąsają, rodančių, kad kai kurie hipotetiškai nepalankūs šeimos veiksniai reikšmingai sumažina kanapių vartojimo galimybę. Tai – sunkus bendravimas su tėvu (GS=0,50), žemas motinos emocinis faktorius (GS=0,53), retas bendravimas su tėvais elektroninių ryšio priemonių pagalba (GS=0,58). Pasireiškus šiems veiksniams, kanapių vartojimo galimybė iki 15 metų sumažėjo perpus.

4.4.3 lentelė. Penkiolikmečių paauglių kanapių vartojimo per visą gyvenimą sąsajos su šeimos veiksniais: vienaveiksnė ir daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį ir šeimos turtingumą (skaičiuota respondentams, kurie gyvena su abiem tėvais, N=1134)

Veiksniai	Vartojo kanapes nors kartą per gyvenimą, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Lytis:					
berniukai (ref.)	97 (16,1)	1,00		1,00	
mergaitės	48 (9,0)	0,52	0,36–0,75	0,60	0,38–0,95
Šeimos turtingumas pagal FAS					
turtinga (ref.)	44 (11,1)	1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	61 (12,4)	1,13	0,75–1,71	1,34	0,82–2,19
turtinga	37 (16,4)	1,57	0,98–2,52	2,28	1,30–3,99
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:					
aukštas (ref.)	112 (12,1)	1,00		1,00	
žemas	31 (15,7)	1,36	0,88–2,09	1,07	0,60–1,94
Bendrauja su tėvu:					
lengvai (ref.)	95 (14,0)	1,00		1,00	
sunkiai	40 (10,3)	0,70	0,47–1,04	0,50	0,29–0,86
Bendrauja su motina:					
lengvai (ref.)	93 (11,6)	1,00		1,00	
sunkiai	43 (16,0)	1,44	0,98–2,14	1,27	0,74–2,15
Tėvo vykdoma vaiko kontrolė:					
didelė (ref.)	46 (9,1)	1,00		1,00	
maža	99 (15,7)	1,86	1,28–2,69	1,04	0,61–1,76
Motinos vykdoma vaiko kontrolė:					
didelė (ref.)	50 (7,5)	1,00		1,00	
maža	95 (20,3)	3,14	2,18–4,52	3,26	1,97–5,41
Bendravimo šeimoje kokybė:					
gera (ref.)	59 (8,8)	1,00		1,00	
prasta	86 (18,4)	2,33	1,63–3,32	2,17	1,34–3,51
Su mokykla susijusi pagalba vaikui:					
didelė (ref.)	48 (9,5)	1,00		1,00	
maža	97 (15,5)	1,75	1,21–2,53	0,87	0,54–1,41

4.4.3 lentelės tęsinys

Veiksniai	Vartojo kanapes nors kartą per gyvenimą, abs. sk. (proc.)	Vienaveiksnė logistinė regresija		Daugiaveiksnė logistinė regresija	
		GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Kartu su tėvais leidžiamas laikas:					
dažnai (ref.)	40 (9,3)	1,00		1,00	
retai	105 (14,9)	1,70	1,16–2,50	1,67	1,03–2,72
Tėvo emocinis faktorius:					
aukštas (ref.)	58 (9,8)	1,00		1,00	
žemas	87 (16,0)	1,74	1,22–2,48	1,39	0,84–2,29
Motinos emocinis faktorius:					
aukštas (ref.)	74 (11,5)	1,00		1,00	
žemas	71 (14,5)	1,30	0,92–1,84	0,53	0,32–0,88
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:					
autoritetingas (ref.)	48 (11,2)	1,00		1,00	
atlaidus	50 (10,4)	0,92	0,61–1,40	0,91	0,55–1,52
valdingas	21 (21,6)	2,19	1,24–3,86	1,90	0,92–3,92
atsainus	19 (17,1)	1,64	0,92–2,92	1,17	0,54–2,57
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:					
autoritetingas (ref.)	51 (11,1)	1,00		1,00	
atlaidus	69 (13,1)	1,20	0,82–1,77	1,21	0,75–1,96
valdingas	13 (15,1)	1,43	0,74–2,76	0,95	0,41–2,18
atsainus	8 (17,4)	1,69	0,75–3,82	1,40	0,42–4,67
Bendrauja su tėvais naudodami elektronines ryšio priemones:					
dažnai (ref.)	72 (15,4)	1,00		1,00	
retai	73 (10,9)	0,68	0,48–0,96	0,58	0,38–0,87
Matosi su tėvu:					
kasdien (ref.)	109 (12,6)	1,00		1,00	
ne kasdien	34 (13,4)	1,08	0,71–1,63	0,89	0,55–1,46
Matosi su motina:					
kasdien (ref.)	129 (12,4)	1,00		1,00	
ne kasdien	15 (19,7)	1,74	0,96–3,16	1,19	0,58–2,44

Apibendrinami šiame skyriuje pateiktus duomenis matome, kad dar viena paauglių rizikingo elgesio forma – narkotinių medžiagų vartojimas – siejasi su paauglio šeimos veiksniais. Čia nagrinėjome tik vienos narkotinės medžiagos – kanapių – vartojimą, kuri tarp mūsų šalies paauglių tampa problema. Naujausio (2014 metu) tyrimo duomenimis, kada nors gyvenime

vartoję kanapes prisipažino 19,2 proc. penkiolikmečių berniukų ir 10,4 proc. bendraamžių mergaičių. Padidintos kanapių vartojimo rizikos grupę sudarė paaugliai, augantys turtingose šeimose ir ne su abiem tėvais. Paaugliams, gyvenantiems su abiem tėvais, kanapių rūkymo galimybę reikšmingai didino maža motinos vykdoma vaiko kontrolė, prasta bendravimo šeimoje kokybė, retai su tėvais kartu leidžiamas laikas.

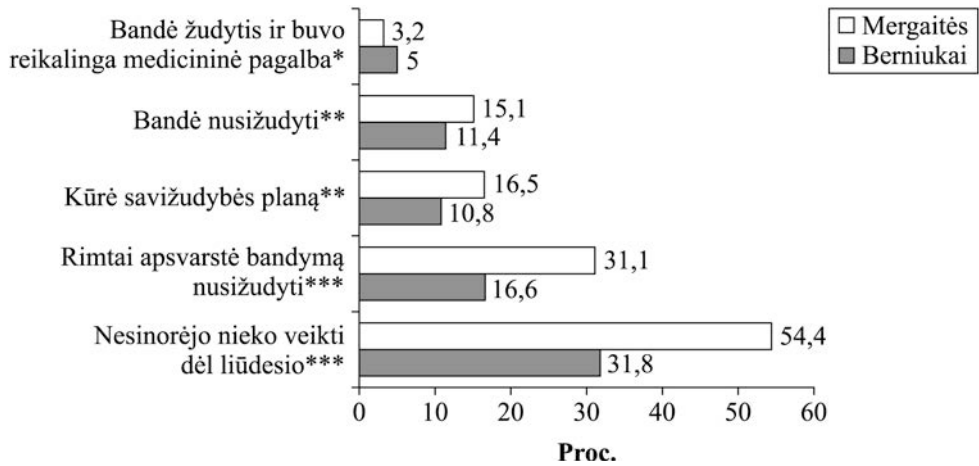
4.5. Paauglių polinkis į savižudybę ir jo ryšys su šeimos veiksniais

Vykdam 2014 metų tyrimą, klausimai apie savižudiškas mintis ir veiksmus (bandymus) buvo pateikti tik 7 ir 9 klasių mokiniams, todėl šioje darbo dalyje bus nagrinėjamas 13 ir 15 metų amžiaus paauglių suicidiškumas. Jis vertintas pagal penkias logine seka išrikiuotas, stiprėjančias suicidines apraiškas, pasireiškusias per pastaruosius 12 mėn.: 1) nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio ir nusiminimo; 2) rimtai svarstė bandymą nusižudyti; 3) kūrė savižudybės planą; 4) bandė nusižudyti; 5) bandė nusižudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba. Pirmosios trys suicidinės apraiškos yra dar tik ketinimai ir mintys, likusios dvi – jau atliekami veiksmai.

Susumavus apklausos rezultatus, rasta, kad iš visų apklaustųjų 13 ir 15 metų paauglių per pastaruosius 12 mėn. 43,0 proc. jautė liūdesį ir nusiminimą tiek, jog nenorėjo visiškai nieko veikti. Rimtai apsvačiusių bandymą nusižudyti buvo 23,8 proc., kūrė savižudybės planą 13,8 proc. ir bandė nusižudyti – 13,2 proc. Rimos bandymo žudyti pasekmės, jog medikams teko suteikti pagalbą, ištiko 4,1 proc. visų paauglių, arba kas trečiam (31,2 proc.) bandžiusiam nusižudyti.

Lyginant berniukų ir mergaičių atsakymus (4.5.1 pav. ir 3.5.1 lentelė), rasta, jog mergaitės dažniau už berniukus reiškė mintis ir polinkį į savižudybę (nenorėjo nieko veikti dėl liūdesio ir nusiminimo, rimtai apsvačiusių bandymą nusižudyti, kūrė savižudybės planą) ir bandė nusižudyti. Tačiau rimtas bandymo nusižudyti pasekmes dažniau patyrė berniukai nei mergaitės (5,0 proc. ir 3,2 proc.; $p=0,025$).

13 ir 15 metų paauglių duomenys apie savižudiškus ketinimus reikšmingai nesiskyrė, išskyrus bandymų nusižudyti dažnį, kuris buvo didesnis tarp 13 metų nei tarp 15 metų paauglių (14,3 proc. ir 11,9 proc.; $p=0,037$).



4.5.1 pav. Savižudiškų polinkių ir bandymų per pastaruosius 12 mėn. dažnis (proc.) tarp 13–15 metų paauglių.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

4.5.1 lentelė. 13 ir 15 metų paauglių polinkis į savižudybę ir bandymas nusižudyti per pastaruosius 12 mėn. pagal lytį ir amžių (abs. sk. ir proc.)

Veiksniai	Nenorėjo nieko veikti dėl liūdesio ir nusiminimo		Rimtai apsvairstė bandymą nusižudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusižudyti		Bandė nusižudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	abs. sk. (proc.)	p*	abs. sk. (proc.)	p*	abs. sk. (proc.)	p*	abs. sk. (proc.)	p*	abs. sk. (proc.)	p*
Iš viso:	1525 (43,0)		844 (23,8)		486 (13,7)		471 (13,2)		147 (4,1)	
Lytis:										
berniukai	568 (31,8)	<0,001	297 (16,6)	<0,001	195 (10,9)	<0,001	205 (11,4)	0,002	91 (5,0)	0,025
mergaitės	957 (54,4)		547 (31,1)		291 (16,5)		266 (15,1)		56 (3,2)	
Amžius:										
13 metų	805 (42,7)	0,690	459 (24,4)	0,414	248 (13,1)	0,287	272 (14,3)	0,037	71 (3,7)	0,217
15 metų	720 (43,3)		385 (23,2)		238 (14,3)		199 (11,9)		76 (4,6)	

* z-testas.

4.5.2 lentelėje parodyta, kiek skyrėsi paauglių atsakymų apie jų polinkį į savižudybę ir bandymus tai padaryti dalis, priklausomai nuo šeimos turtingumo ir jos struktūros. Duomenys akivaizdžiai byloja, jog paauglių, nurodžiusių bet kurias suicidinio pasireiškimą formas, dalis didėja mažėjant šeimos turtingumui. Suicidinėms mintims (ketinimotims) toks sąryšis buvo statistiškai reikšmingas, o bandymui nusižudyti bei rimtoms jo pasekmėms šis sąryšis išreikštas tik tendencija.

Pažeista šeimos struktūra – kitas reikšmingas paauglių suicidiškumo veiksnys. Paaugliai, kurie gyvena ne su abiem tėvais, lyginant su bendraamžiais, kurie gyvena su abiem tėvais, reikšmingai dažniau nurodė visas tiriamas suicidines apraiškas.

4.5.2 lentelė. 13 ir 15 metų paauglių polinkis į savižudybę ir bandymas nusižudyti per pastaruosius 12 mėnesių pagal šeimos turtingumą ir šeimos struktūrą (abs. sk. ir proc.)

Veiksniai	Nenorėjo nieko veikti dėl liūdesio ir nusiminimo		Rimtai apsvarstė bandymą nusižudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusižudyti		Bandė nusižudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	abs. sk. (proc.)	p*	abs.sk. (proc.)	p*	abs.sk. (proc.)	p*	abs.sk. (proc.)	p*	abs. sk. (proc.)	p*
Šeimos turtingumas pagal FAS:										
neturtinga	598 (46,8)	0,001	346 (27,1)	0,001	212 (16,6)	<0,001	187 (14,6)	0,117	59 (4,6)	0,538
vidutiniškai turtinga	644 (42,3)		341 (22,4)		179 (11,7)		191 (12,5)		60 (3,9)	
turtinga	255 (37,9)		135 (20,0)		78 (11,5)		79 (11,6)		25 (3,7)	
Šeimos struktūra										
abu tėvai	993 (40,8)	<0,001	534 (21,9)	<0,001	299 (12,3)	0,001	277 (11,3)	<0,001	87 (3,5)	0,014
ne abu tėvai	528 (47,8)		306 (27,8)		183 (16,6)		191 (17,2)		59 (5,3)	

* z arba χ^2 testas.

4.5.3 lentelėje pateiktas paauglių polinkio į savižudybę ir bandymo nusižudyti per pastaruosius 12 mėn. ryšio su lytimi, amžiumi, šeimos turtingumu ir struktūra vertinimas, patvirtintas vienaveiksnės ir daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės metodais. Abu šie metodai pateikė panašius ryšio stiprumo įvertinimus. Matyti, kad mergaitės, lyginant su berniukais, 2,5 karto buvo labiau linkusios į liūdesį, lydimą nenoro nieko veikti, daugiau nei du kartus labiau linkusios apsvarstyti bandymą nusižudyti, daugiau nei 1,6 karto – kurti savižudybės planus, 1,4 karto – bandyti nusižudyti, tačiau mergaitės turėjo tris kartus mažesnę galimybę bandyti nusižudyti, kada prireikia kvalifikuotos medikų pagalbos. 15 metų amžiaus paaugliai turėjo mažesnę galimybę ($GS=0,81$) bandymo nusižudyti, tačiau jie turėjo 1,75 karto didesnę galimybę, kad po jų bandymo nusižudyti bus reikalinga medikų pagalba.

Šeimos turtingumo sąsaja su polinkiu į savižudybę, kaip rodo tyrimo duomenys, yra taip pat neiginčytina, nes turtingose šeimose gyvenantys paaugliai turėjo mažesnę galimybę rimtai svarstyti apie savižudybę ($GS=0,67$) ir jos plano kūrimą ($GS=0,66$). Gyvenimas su vienu iš tėvų bandymo nusižudyti riziką padidina 1,63 karto ir tokiose šeimose gyvenantys paaugliai labiau linkę į liūdesį ir nenorą nieko veikti (1,33 karto). Daugiaveiksnė logistinė regresija patvirtino pateiktų ryšių reikšmingumą.

4.5.3 lentelė. 13 ir 15 metų paauglių polinkio į savižudybę ir bandymo nusižudyti per pastaruosius 12 mėn. ryšio su šeimos veiksniais vertinimas vienaveiksnės ir daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės metodais

Veiksniai	Nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio		Rimtai apsvarstė bandymą nusižudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusižudyti		Bandė nusižudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
<i>Vienaveiksnė logistinė regresija</i>										
Lytis:										
berniukai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
mergaitės	2,56	2,2–2,9	2,26	1,9–2,7	1,62	1,3–2,0	1,38	1,1–1,7	0,33	0,2–0,5
Amžius:										
13 metų (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
15 metų	1,03	0,9–1,2	0,94	0,8–1,1	1,11	0,9–1,3	0,81	0,7–1,0	1,75	1,2–2,6
Šeimos turtingumas pagal FAS:										
neturtinga (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	0,83	0,7–1,0	0,78	0,7–0,9	0,67	0,5–0,8	0,83	0,7–1,0	0,99	0,6–1,5
turtinga	0,69	0,6–0,8	0,67	0,5–0,8	0,66	0,5–0,9	0,77	0,6–1,0	1,01	0,6–1,8
Šeimos struktūra:										
abu tėvai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
ne abu tėvai	1,33	1,2–1,5	1,37	1,2–1,6	1,42	1,2–1,7	1,63	1,3–2,0	0,98	0,7–1,5
<i>Daugiaveiksnė logistinė regresija</i>										
Lytis:										
berniukai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
mergaitės	2,61	2,3–3,0	2,35	2,0–2,8	1,75	1,4–2,1	1,42	1,2–1,7	0,31	0,2–0,5

4.5.3 lentelės tęsinys

Veiksniai	Nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio		Rimtai apsvarstė bandymą nusizudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusizudyti		Bandė nusizudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Amžius:										
13 metų (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
15 metų	1,04	0,9–1,2	0,93	0,8–1,1	1,08	0,9–1,3	0,80	0,7–1,0	1,85	1,2–2,8
Šeimos turtingumas pagal FAS:										
neturtinga (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	0,89	0,8–1,0	0,83	0,7–1,0	0,72	0,6–0,9	0,89	0,7–1,1	0,97	0,6–1,5
turtinga	0,77	0,6–0,9	0,74	0,6–0,9	0,74	0,6–1,0	0,88	0,7–1,2	1,05	0,6–1,9
Šeimos struktūra:										
abu tėvai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
ne abu tėvai	1,32	1,1–1,5	1,35	1,1–1,6	1,34	1,1–1,7	1,70	1,4–2,1	1,03	0,7–1,6

* Pateikiamos tik reikšmingos ($p < 0,05$) priklausomybės.

Toliau, kaip ir ankstesnėse tyrimo dalyse, analizę vykdėme ištirtų mokinių, kurie gyveno su abiem tėvais, pogrupyje (N=2542). Kiek šiame pogrupyje buvo suicidinių apraiškų, galime matyti iš 4.5.2 lentelės. Nedidelė dalis (3,4 proc.) tiriamųjų neatsakė į visus klausimus apie suicidines apraiškas, tačiau tiriamojo pogrupio paauglių bendravimo su tėvais ypatumai beveik nesiskyrė nuo 4.2.3 lentelėje pateiktų duomenų.

Atlikus vienaveiksę logistinę regresinę analizę rasta, kad paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, suicidiniai ketinimai ir bandymas žudyti yra reikšmingai susiję su beveik visais šiame darbe nagrinėjama šeimoms veiksniais (4.5.4 lentelė). Tarp šių veiksnių pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje ir tėvų pasirinktas vaiko auklėjimo stilius gali būti identifikuoti kaip patys reikšmingiausi, turintys stipriausią ryšį su perklausomu kintamuoju, šeimos veiksniais. Bandymai žudyti, kai reikėjo medikų pagalbos, buvo reikšmingai susiję tik su keturiais šeimos veiksniais: sunkiu bendravimu su tėvu ir motina, žema bendravimo šeimoje kokybe ir reta bendra su tėvais veikla. Tačiau visi pastarieji ryšiai buvo atvirkštinio pobūdžio, rodantys, kad rimti bandymai žudyti rečiau pasitaiko (turi mažesnę riziką) esant neigiamiems bendravimo su tėvais pokyčiams.

4.5.4 lentelė. 13 ir 15 metų amžiaus paauglių polinkių į savižudybę sąsajos su šeimos veiksniais (skaičiuota respondentams, kurie gyvena su abiem tėvais, N=2542). Vienaveiksnė logistinė regresinė analizė

Veiksniai	Nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio		Rimtai apsvartė bandymą nusižudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusižudyti		Bandė nusižudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
Lytis:										
berniukai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
mergaitės	2,64	2,2–3,1	2,16	1,8–2,6	1,46	1,2–1,9	1,18	0,9–1,5	0,33	0,2–0,6
Amžius:										
13 metų (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
15 metų	0,99	1,0–1,2	0,93	0,8–1,1	1,25	1,0–1,6	0,80	0,6–1,0	2,06	1,2–3,4
Šeimos turtingumas pagal FAS										
neturtinga (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
vidutiniškai turtinga	0,82	0,7–1,0	0,77	0,6–1,0	0,60	0,5–0,8	0,86	0,6–1,2	0,80	0,4–1,4
turtinga	0,70	0,6–0,9	0,64	0,5–0,8	0,64	0,5–0,9	0,86	0,6–1,2	0,84	0,4–1,7
Tėvo vykdoma vaiko kontrolė:										
aukšta (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žema	1,64	1,4–1,9	1,63	1,3–2,0	1,83	1,4–2,4	1,50	1,2–1,9	0,72	0,4–1,2
Motinos vykdoma vaiko kontrolė:										
aukšta (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žema	1,40	1,2–1,7	1,57	1,3–1,9	1,92	1,5–2,5	1,85	1,4–2,4	0,96	0,6–1,6

4.5.4 lentels tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:										
didelis (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
mažas	3,70	2,9–4,7	3,54	2,8–4,5	3,49	2,6–4,6	2,84	2,1–3,8	0,83	0,5–1,5
Bendrauti su tėvu:										
lengva (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
sunku	1,99	1,7–2,4	1,98	1,6–2,4	1,72	1,3–2,2	1,53	1,2–2,0	0,34	0,2–0,6
Bendrauti su motina:										
lengva (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
sunku	1,75	1,5–2,1	1,79	1,4–2,2	2,15	1,7–2,8	1,77	1,3–2,3	0,51	0,3–0,9
Bendravimo šeimoje kokybė:										
gera (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
prasta	1,87	1,6–2,2	1,97	1,6–2,4	2,17	1,7–2,8	2,01	1,6–2,6	0,56	0,3–0,9
Su mokykla susijusi pagalba vaikui:										
didelė (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
maža	1,44	1,2–1,7	1,66	1,4–2,0	1,66	1,3–2,1	1,91	1,5–2,5	1,07	0,6–1,8
Tėvo emocinis faktorius:										
aukštas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žemas	1,65	1,4–1,9	1,94	1,6–2,4	2,16	1,7–2,8	1,78	1,4–2,3	0,70	0,4–1,2
Motinos emocinis faktorius:										
aukštas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žemas	1,61	1,4–1,9	1,94	1,6–2,4	2,26	1,8–2,9	1,88	1,5–2,4	0,86	0,5–1,4

4.5.4 lentels tēsinys

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tēvo pasirinktas vaiko auklējimo stilius:										
autoritetingas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
atļaidus	1,11	0,9–1,3	0,98	0,8–1,2	0,91	0,6–1,3	0,92	0,7–1,2	0,89	0,5–1,6
valdingas	2,58	1,9–3,6	2,15	1,5–3,0	2,84	1,9–4,2	1,96	1,3–3,0	0,64	0,3–1,6
atsainus	2,01	1,5–2,7	1,71	1,2–2,4	1,64	1,1–2,5	1,87	1,2–2,8	1,13	0,5–2,5
Motinos pasirinktas vaiko auklējimo stilius:										
autoritetingas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
atļaidus	1,23	1,0–1,5	1,05	0,9–1,3	1,08	0,8–1,4	0,93	0,7–1,2	0,87	0,5–1,6
valdingas	2,16	1,5–3,0	2,53^c	1,8–3,6	3,43	2,3–5,2	1,94	1,2–3,1	0,55	0,2–1,5
atsainus	2,03	1,3–3,1	2,09	1,7–4,2	3,48	1,7–4,2	3,39	2,1–5,5	1,19	0,5–2,9
Kartu su tēvais leidžiamas laikas:										
dažnai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
retai	1,64	1,4–1,9	1,38	1,1–1,7	1,22	1,0–1,6	0,99	0,8–1,3	0,47	0,3–0,8
Bendrauja su tēvais naudodami elektroniskās ryšio priekmes:										
dažnai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
retai	0,89	0,8–1,1	0,99	0,8–1,2	0,90	0,7–1,1	0,87	0,7–1,1	0,85	0,5–1,4
Matosi su tēvu:										
kasdien (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
ne kasdien	1,17	1,0–1,4	0,96	0,8–1,3	0,97	0,7–1,3	0,93	0,7–1,3	0,71	0,4–1,4
Matosi su motina:										
kasdien (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
ne kasdien	1,31	0,9–1,8	1,47	1,0–2,1	1,32	0,8–2,1	1,71	1,1–2,7	1,02	0,4–2,5

Daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė, vykdyta suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą, leido patikslinti reikšmingų veiksnių sąrašą (4.5.5 lentelė). Suicidinės apraiškos pasirodė labiau tikėtinos tiems 13 ir 15 metų paaugliams, gyvenantiems su abiem tėvais, kurie apklausos metu nurodė žemą pasitenkinimą tarpusavio ryšiais šeimoje, žemą tėvo ir motinos emocinį palaikymą (reikšminga tarp paauglių, kurie rimtai svarstė apie savižudybę arba kūrė jos įvykdymo planą), žemą motinos vykdomą kontrolę ir mažą su mokykla susijusią tėvų pagalbą (reikšminga tik tarp paauglių kurie bandė įvykdyti savižudybę). Daugelis savižudiškų ketinimų formų taip pat buvo susiję su tėvo valdingu ir atsainiu bei motinos atsainiu vaiko auklėjimo stiliumi. Savižudiški ketinimai ir retos paauglio ir tėvų bendros veiklos (reikšminga, kai tiriamieji bandė įvykdyti savižudybę) bei reti bendravimai su tėvais naudojantis elektroninėmis ryšio priemonėmis (reikšminga, kai tiriamieji nenorėjo nieko veikti dėl liūdesio arba bandė įvykdyti savižudybę) buvo susiję atvirkštine priklausomybe (esant šiems šeimos veiksniams, tiriamos paauglių suicidinės formos pasireiškė rečiau). Prisipažinti savižudybės bandymai, kai reikėjo medicininės pagalbos, kaip jau aptarėme aukščiau, reikšmingai rečiau pasireiškė tarp mergaičių ir 13 metų paauglių. Tarp šeimos veiksnių tik vienas veiksnys – kiek dažnai vykdomos bendros veiklos su tėvais – buvo reikšmingai susijęs su šia paauglių suicidiškumo forma, kurios galimybė buvo mažesnė, jei paaugliai nurodė retai vykdančias bendras veiklas su tėvais.

4.5.5 lentelė. 13 ir 15 metų amžiaus paauglių polinkių į savižudybę sąsajos su šeimos veiksniais (skaičiuota respondentams, kurie gyvena su abiem tėvais, N=2542). Daugiaveiksniė logistinė regresinė analizė, suvienodinus duomenis pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą*

Veiksniai	Nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio		Rimtai apsvarstė bandymą nusizudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusizudyti		Bandė nusizudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Motinos vykdoma vaiko kontrolė:										
aukšta (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žema	1,20	1,0–1,5	1,20	0,9–1,6	1,16	0,8–1,6	1,42	1,0–2,0	0,94	0,4–2,2
Pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje:										
didelis (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
mažas	2,57	1,9–3,5	2,03	1,5–2,8	1,57	1,1–2,3	2,00	1,4–3,0	1,29	0,5–3,2
Su mokykla susijusi pagalba vaikui:										
didelė (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
maža	1,05	0,9–1,3	1,15	0,9–1,5	0,82	0,6–1,2	1,42	1,0–2,0	1,41	0,6–3,5
Tėvo emocinis faktorius:										
aukštas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žemas	1,04	0,8–1,3	1,35	1,0–1,8	1,55	1,1–2,2	1,19	0,8–1,7	0,93	0,4–2,3
Motinos emocinis faktorius:										
aukštas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
žemas	1,10	0,9–1,4	1,32	1,0–1,7	1,55	1,1–2,2	1,33	0,9–1,9	1,39	0,6–3,3

4.5.5 lentelės tęsinys

Veiksniai	Nesinorėjo nieko veikti dėl liūdesio		Rimtai apsvarstė bandymą nusizudyti		Kūrė savižudybės planą		Bandė nusizudyti		Bandė nusizudyti ir buvo reikalinga medicininė pagalba	
	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI	GS	95 proc. PI
Tėvo pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:										
autoritetingas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
atladus	1,05	0,8–1,3	1,02	0,8–1,3	0,90	0,6–1,3	0,97	0,7–1,4	0,51	0,2–1,3
valdingas	1,91	1,3–2,8	1,38	0,9–2,1	1,64	1,0–2,7	1,55	0,9–2,6	0,74	0,2–2,5
atsainus	1,53	1,0–2,3	1,05	0,7–1,6	0,67	0,4–1,2	1,09	0,6–1,9	1,04	0,3–4,2
Motinos pasirinktas vaiko auklėjimo stilius:										
autoritetingas (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
atladus	0,99	0,8–1,2	0,86	0,7–1,1	0,97	0,7–1,8	0,85	0,6–1,2	1,60	0,7–3,9
valdingas	1,08	0,7–1,7	1,22	0,8–1,9	1,57	0,9–2,7	0,86	0,5–1,6	1,07	0,3–4,5
atsainus	1,11	0,6–2,0	1,89	1,0–3,5	3,48	1,8–6,9	2,36	1,2–4,6	0,51	0,1–2,5
Kartu su tėvais leidžiamas laikas:										
dažnai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
retai	1,19	1,0–1,5	0,88	0,7–1,1	0,72	0,5–1,0	0,61	0,4–0,9	0,39	0,2–0,9
Bendrauja su tėvais naudodami elektronines priemones:										
dažnai (ref.)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
retai	0,79	0,7–1,0	0,89	0,7–1,1	0,79	0,6–1,1	0,73	0,5–1,0	1,12	0,5–2,3

* Pateikiami tik veiksniai, turintys reikšmingų ($p < 0,05$) ryšių.

Baigiant šį skyrių norėtusi pažymėti, kad savižudiški ketinimai tarp 13 ir 15 metų paauglių yra dažni. 2014 m. tyrime nustatyta, kas per pastaruosius 12 mėn. 43,0 proc. paauglių jautė liūdesį ir nusiminimą, lydimą nenoro nieko veikti, rimtai apsvarsčiusių bandymą nusižudyti buvo 23,8 proc. paauglių, kūrė savižudybės planą 13,8 proc. paauglių ir bandė nusižudyti 13,2 proc. paauglių. Rimos bandymo žudyti pasekmės, jog medikams teko suteikti pagalbą, išliko kas trečiam bandžiusiam nusižudyti. Mergaitės dažniau už berniukus reiškė savižudiškus ketinimus, tačiau rimtas bandymo nusižudyti pasekmes dažniau patyrė berniukai nei mergaitės. Savižudiškų ketinimų padidintos rizikos grupę sudarė paaugliai, gyvenantys mažiau turtingose šeimose ir ne su abiem tėvais. Paaugliams, gyvenantiems su abiem tėvais, daugelio savižudiškų ketinimų formų galimybė padidėja, jei jie pareiškia žemą pasitenkinimą tarpusavio santykiais, žemą tėvo ir motinos emocinį palaikymą, mažą motinos kontrolę, mažą su mokykla susijusių tėvų pagalbą, tėvo valdingą arba atsainų bei motinos atsainų auklėjimo stilių.

4.6. Sąsajų tarp paauglių rizikingo elgesio ir šeimos socialinių veiksnių bei bendravimo su tėvais ypatumų kitimas nuo 2006 iki 2014 metų

Ši analizė atlikta norint patikrinti, kiek 2014 m. atskleistos sąsajos galėjo pasireikšti ankstesniais (2006 ir 2010) metais atliktuose HBSC tyrimuose ir ar kito tėvo ir motinos vaidmuo šiose sąsajose. Kad išvengtų nekontroliuojamų paklaidų, analizei buvo panaudoti šeimos veiksniai, matuoti ir vertinti tais pačiais metodais visuose trijuose tyrimuose. Duomenų palyginimui atlikta daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė kiekvieno tyrimo duomenų bazėje. Tiriamųjų amžiaus grupės išliko tos pačios kaip ir 2014 m. atliktame tyrime, išskyrus savižudiškus ketinimus, kurie ankstesniais tyrimo metais buvo analizuoti tik tarp penkiolikmečių. Kadangi šeimos veiksnių skaičius buvo mažesnis negu naudotas aukščiau aprašytose tyrimų rezultatų dalyse, todėl 2014 m. apskaičiuoti nauji sąsajų įvertinimai nebūtinai turėjo sutapti su anksčiau pateiktosiomis.

Reguliariai, kas 4 metai vykdomi HBSC tyrimai leidžia identifikuoti šalies paauglių gyvenamosios pokyčius. 4.6.1 lentelėje pateiktas įvairių rizikingo elgesio formų paplitimas tarp paauglių, ištirtų 2006, 2010 ir 2014 m., tose amžiaus grupėse, kuriose buvo vykdoma analizė. Matyti, kad 2014 m., palyginti su ankstesniais tyrimais, ypač 2010 m. tyrimu, tirtose paauglių grupėse užregistruotas mažesnis rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotinių medžiagų (kanapių) vartojimo dažnis. Tuo tarpu paauglių, turėjusių rimtų

savižudiškų ketinimų bei bandžusių nusižudyti per pastaruosius 12 mėn., dalis kas ketveri metai didėjo.

4.6.1 lentelė. Įvairių rizikingo elgesio formų dažnis, abs.sk. (proc.), tarp paauglių, ištirtų 2006, 2010 ir 2014 metais, atsirinktuose pogrupiuose pagal amžių

Tyrimo metai	Rūko dabartiniu metu	Reguliariai vartoja alkoholinius gėrimus	Buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų gyvenime	Vartojo kanapes nors kartą gyvenime	Bandė nusižudyti per pastaruosius 12 mėn.
	13 ir 15 metų paaugliai			15 metų paaugliai	
2006	796 (21,1)	493 (13,2)	1370 (36,5)	267 (14,6)	92 (5,1)
2010	910 (26,0)	507 (14,5)	1250 (35,8)	373 (21,3)	116 (6,7)
2014	609 (16,5)*	287 (8,1)*	871 (23,6)*	254 (15,1)*	199 (11,9)*

* $p < 0,05$ lyginant su 2010 metų tyrimu.

Daugiaveiksni logistinė regresinė analizė, skirta įvertinti paauglių rizikingo elgesio ryšį su jų šeimos materialine padėtimi ir šeimos struktūra, buvo pakartota ir 2006 bei 2010 m. duomenims (4.6.2 lentelė). Čia daugumos ryšių įvertinimai buvo panašūs į 2014 m. tyrime rastus įvertinimus. Visuose tyrimuose buvo stebėti aiškūs lyčių ir amžiaus skirtumai rūkymo, alkoholinių gėrimų ir kanapės vartojimo dažnio požiūriu, tačiau prisipažinti savižudiškų bandymų atvejai, reikšmingai dažnesni tarp penkiolikmečių mergaičių negu tarp berniukų, buvo rasti tik 2014 m. tyrime.

Šeimos turtingumo sąsajos su vairiomis paauglių rizikingo elgesio formomis nebuvo vienodo pobūdžio. Du (2006 ir 2014 m.) iš trijų tyrimų bylojo, kad neturtingųjų šeimų paaugliai, lyginant su bendraamžiais iš vidutinio turtingumo šeimų, yra labiau linkę rūkyti. Paauglių alkoholinių gėrimų vartojimo bei svaiginimosi alkoholiu ryšys su jų šeimos turtingumu yra abejotinas, nors 2006 m. tyrimo duomenys parodė, kad piktnaudžiauti alkoholiu labiau linkę turtingųjų šeimų paaugliai. Visi trys tyrimai parodė, kad tokio pobūdžio priklausomybė ypač stipri analizuojant kanapių vartojimą. Bandymai žudyti paauglystėje, priešingai kanapių vartojimui, labiau tikėtini tarp paauglių, gyvenančių neturtingose šeimose (statistiškai reikšminga sąsaja nustatyta 2010 m. tyrime, kituose tyrimuose rasta tokio pat ryšio tendencija).

Išskyrus nedideles išimtis, kaip matyti iš 4.6.2 lentelės, visų trijų tyrimų duomenys bylojo, kad paaugliai, gyvenantys pažeistos struktūros šeimose, palyginti su bendraamžiais, gyvenančiais su abiem biologiniais tėvais, sudarė padidintos rizikos grupę visų šiame darbe nagrinėjamų rizikingo elgesio formų atžvilgiu.

4.6.2 lentelė. Rizikingo elgesio ryšio su lytimi, amžiumi, šeimos turtingumu ir struktūra vertinimas daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės metodu tarp paauglių, ištirtų 2006, 2010 ir 2014 metais, atsirinktuose pogrupiuose pagal amžių

Veiksniai	Tyrimo metai	GS (95 proc. PI)				
		Rūko dabartiniu metu	Reguliariai vartojama alkoholinius gėrimus	Buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų gyvenime	Vartojo kanapes nors kartą gyvenime	Bandė nusižudyti per pastaruosius 12 mėn.
		13 ir 15 metų paaugliai			15 metų paaugliai	
Lytis ¹	2006	0,65 (0,55–0,77)	0,98 (0,81–1,20)	0,67 (0,57–0,77)	0,45 (0,33–0,60)	1,27 (0,80–1,99)
	2010	0,68 (0,58–0,80)	0,63 (0,52–0,77)	0,71 (0,61–0,83)	0,39 (0,30–0,50)	0,96 (0,65–1,42)
	2014	0,53 (0,44–0,64)	0,39 (0,29–0,51)	0,62 (0,53–0,73)	0,51 (0,38–0,67)	1,61 (1,19–2,20)
Amžius ²	2006	3,32 (2,78–3,97)	2,38 (1,93–2,93)	4,80 (4,13–5,59)		
	2010	3,86 (3,25–4,59)	3,23 (2,60–4,01)	4,84 (4,14–5,66)		
	2014	2,55 (2,11–3,08)	1,89 (1,46–2,44)	4,25 (3,58–5,05)		
Vidutiniškai turtinga pagal FAS šeima ³	2006	0,83 (0,69–0,99)	0,95 (0,76–1,19)	0,92 (0,78–1,08)	1,26 (0,91–1,74)	0,69 (0,43–1,30)
	2010	1,02 (0,83–1,26)	0,95 (0,73–1,23)	0,95 (0,78–1,15)	0,88 (0,64–1,21)	0,51 (0,32–0,82)
	2014	0,80 (0,65–0,98)	0,97 (0,73–1,29)	1,14 (0,95–1,37)	1,18 (0,87–1,62)	0,91 (0,66–1,26)
Turtinga pagal FAS šeima ³	2006	0,99 (0,77–1,26)	1,60 (1,22–2,10)	1,29 (1,04–1,60)	2,24 (1,52–3,29)	0,58 (0,28–1,19)
	2010	1,02 (0,81–1,27)	1,16 (0,88–1,52)	1,03 (0,84–1,27)	1,39 (1,01–1,93)	0,53 (0,32–0,89)
	2014	0,86 (0,67–1,12)	1,17 (0,82–1,66)	1,18 (0,93–1,49)	1,74 (1,18–2,55)	0,70 (0,43–1,14)
Gyvena ne su abiem tėvais ⁴	2006	1,42 (1,18–1,71)	1,07 (0,86–1,33)	1,18 (1,01–1,39)	1,95 (1,45–2,63)	1,12 (0,69–1,82)
	2010	1,58 (1,33–1,88)	1,38 (1,12–1,70)	1,19 (1,02–1,41)	1,67 (1,29–2,16)	1,97 (1,32–2,95)
	2014	2,10 (1,74–2,54)	1,69 (1,30–2,19)	1,53 (1,29–1,82)	1,76 (1,33–2,35)	1,66 (1,22–2,27)

¹ Mergaitės palyginti su berniukais; ² 15 metų paaugliai palyginti su 13 metų paaugliais; ³ palyginti su neturtinga pagal FAS šeima; ⁴ palyginti su paaugliais, gyvenančiais su abiem tėvais.

4.6.3 lentelėje pateikti daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės rezultatai, įvertinantys paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, rizikingo elgesio sąsajas su bendravimo su tėvais veiksniais 2006, 2010 ir 2014 metais. Panagrinėjus šiuos duomenis, pirmiausia, pastebima, kad dauguma apskaičiuotų ryšio įverčių visuose tyrimuose, nors ir skyrėsi statistiniu reikšmingumu, buvo vienodo pobūdžio: paauglių risikingo elgesio galimybė didėjo (arba nedidėjo) susiklosčius nepalankiam bendravimui su tėvais. Toks tyrimo rezultatų atsikartojimas skirtingu laiku atliktuose tyrimuose padidina išvadų, pateiktų pirmesnėse darbo dalyse, patikimumą.

4.6.3 lentelė. Rizikingo elgesio ir bendravimo su tėvais ryšio vertinimas daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės metodu tarp paauglių, ištirtų 2006, 2010 ir 2014 metais ir gyvenančių su abiem tėvais (duomenys suvienodinti pagal lytį, amžių ir šeimos turtingumą pagal FAS)

Veiksniai	Tyrimo metai	GS (95 proc. PI)				
		Rūko dabartiniu metu	Reguliariai vartoja alkoholinius gėrimus	Buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų gyvenime	Vartojo kanapes nors kartą gyvenime	Bandė nusižudyti per pastaruosius 12 mėn.
		13 ir 15 metų paaugliai			15 metų paaugliai	
Mažas pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje ¹	2006	1,52 (1,16–1,99)	1,32 (0,97–1,80)	1,21 (0,95–1,54)	1,20 (0,77–1,87)	1,79 (1,17–2,73)
	2010	1,48 (1,08–2,03)	1,17 (0,81–1,71)	1,25 (0,93–1,69)	1,24 (0,77–2,01)	2,77 (1,52–5,05)
	2014	1,82 (1,25–2,65)	1,37 (0,79–2,36)	1,45 (1,05–2,00)	1,29 (0,74–2,25)	2,11 (1,20–3,70)
Sunku bendrauti su tėvu ²	2006	1,20 (0,94–1,42)	1,12 (0,83–1,51)	1,31 (1,05–1,63)	1,41 (1,01–2,18)	1,01 (0,64–1,58)
	2010	1,13 (0,86–1,48)	1,12 (0,80–1,56)	1,22 (0,95–1,57)	1,09 (0,72–1,64)	1,47 (0,80–2,68)
	2014	0,57 (0,40–0,81)	0,99 (0,63–1,55)	1,05 (0,79–1,38)	0,55 (0,33–0,92)	1,03 (0,59–1,78)
Sunku bendrauti su motina ²	2006	1,28 (0,97–1,69)	0,88 (0,63–1,21)	0,93 (0,72–1,19)	0,87 (0,55–1,40)	1,77 (1,13–2,76)
	2010	1,07 (0,80–1,44)	1,34 (0,95–1,89)	1,43 (1,08–1,88)	1,21(0,79–1,84)	1,62 (0,91–2,86)
	2014	1,11 (0,78–1,57)	1,01 (0,63–1,60)	1,05 (0,79–1,40)	1,36 (0,82–2,25)	1,09 (0,63–1,90)
Maža tėvo vykdoma vaiko kontrolė ³	2006	1,39 (1,06–1,80)	1,76 (1,29–2,41)	1,21 (0,97–1,52)	0,95 (0,61–1,48)	0,98 (0,62–1,56)
	2010	1,35 (1,03–1,77)	1,17 (0,84–1,62)	1,62 (1,26–2,07)	1,14 (0,76–1,71)	0,75 (0,42–1,35)
	2014	1,17 (0,84–1,65)	1,52 (0,97–2,36)	1,37 (1,05–1,81)	0,98 (0,60–1,62)	0,83 (0,47–1,47)
Maža motinos vykdoma vaiko kontrolė ³	2006	2,01 (1,54–2,57)	2,29 (1,71–3,06)	2,59 (2,09–3,20)	1,62 (1,07–2,47)	1,61 (1,04–2,47)
	2010	2,29 (1,76–2,99)	1,88 (1,36–2,60)	2,02 (1,59–2,57)	1,67 (1,29–2,16)	1,31 (0,73–2,34)
	2014	2,71 (1,96–3,75)	1,64 (1,07–2,51)	2,12 (1,63–2,75)	3,20 (1,98–5,17)	1,83 (1,07–3,13)

4.6.3 lentelės tęsinys

Veiksniai	Tyrimo metai	GS (95 proc. PI)				
		Rūko dabartiniu metu	Reguliariai vartoja alkoholinius gėrimus	Buvo apsvaigę nuo alkoholio 2+ kartų gyvenime	Vartojo kanapes nors kartą gyvenime	Bandė nusižudyti per pastaruosius 12 mėn.
		13 ir 15 metų paaugliai			15 metų paaugliai	
Žemas tėvo emocinis faktorius ⁴	2006	0,88 (0,68–1,15)	0,99 (0,73–1,34)	0,98 (0,78–1,22)	1,08 (0,69–1,68)	1,69 (1,07–2,68)
	2010	0,95 (0,74–1,23)	1,04 (0,76–1,42)	0,85 (0,67–1,08)	0,72 (0,49–1,93)	0,67 (0,38–1,19)
	2014	1,37 (0,99–1,90)	0,87 (0,56–1,34)	1,05 (0,80–1,37)	1,57 (1,00–2,50)	0,82 (0,47–1,42)
Žemas motinos emocinis faktorius ⁴	2006	0,85 (0,66–1,10)	0,80 (0,60–1,07)	0,99 (0,79–1,23)	0,84 (0,55–1,28)	1,15 (0,74–1,78)
	2010	0,81 (0,62–1,06)	1,21 (0,88–1,66)	0,95 (0,75–1,21)	0,97 (0,66–1,42)	1,53 (0,85–2,73)
	2014	0,71 (0,51–0,98)	1,26 (0,82–1,93)	0,98 (0,75–1,28)	0,58 (0,36–0,92)	1,53 (0,89–2,62)
Maža su mokykla susijusi pagalba vaikui ⁵	2006	1,06 (0,83–1,36)	1,67 (1,26–2,23)	1,28 (1,04–1,57)	1,10 (0,73–1,67)	0,92 (0,60–1,42)
	2010	0,93 (0,72–1,19)	1,16 (0,88–1,52)	1,16 (0,92–1,45)	0,91 (0,63–1,31)	1,22 (0,69–2,16)
	2014	1,31 (0,96–1,79)	0,94 (0,63–1,41)	1,12 (0,86–1,44)	0,98 (0,63–1,53)	1,72 (1,00–3,03)
Retai kartu su tėvais leidžiamas laikas ⁶	2006	0,91 (0,71–1,17)	0,68 (0,51–0,91)	1,00 (0,81–1,23)	0,87 (0,58–1,32)	0,75 (0,48–1,16)
	2010	1,19 (0,92–1,53)	1,05 (0,77–1,43)	1,09 (0,87–1,38)	1,68 (1,15–2,45)	0,84 (0,47–1,50)
	2014	0,94 (0,70–1,27)	0,58 (0,39–0,86)	1,12 (0,87–1,44)	1,55 (1,00–2,43)	0,60 (0,36–1,00)

¹ palyginti su dideliu pasitenkinimu; ² palyginti su lengva bendrauti; ³ palyginti su didele vaiko kontrole; ⁴ palyginti su aukštu emociniu faktoriumi; ⁵ palyginti su didele pagalba vaikui; ⁶ palyginti su dažnai kartu su tėvais leidžiamu laiku.

Antra, iš analizuotų bendravimo su tėvais veiksmų išsiskyrė keletas, kurie daugumoje atvejų reikšmingai didino visų nagrinėjamų paauglių rizikingo elgesio formų galimybę visuose tyrimuose. Tai – mažas pasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje ir maža motinos vykdoma vaiko kontrolė.

Galiausiai, peržvelgus lentelės duomenis, matyti, kad paauglių rizikingas elgesys labiau siejasi su motinos nei su tėvo vaidmeniu. Maža tėvo vykdoma vaiko kontrolė didino paauglių rūkymo, alkoholinių gėrimų vartojimo ir svaiginimosi alkoholiu galimybes, tačiau ne tiek daug, kiek tai pasireiškė motinos atžvilgiu, ir visiškai nebuvo susijusi su kanapių vartojimu ir savižudišku elgesiu. Be to, galima įžvelgti kai kuriuos tėvo vaidmens pokyčius nagrinėjamu laikotarpiu. Pavyzdžiui, 2006 m. tyrime paaugliai, atsakę, kad jiems sunku bendrauti su tėvu, palyginti su priešingai atsakiusiais, buvo labiau linkę rūkyti, svaigintis alkoholiu ir vartoti kanapes. Tačiau 2014 m. tyrime šis ryšys tapo atvirkštinu: dažniau rūkė cigaretes ir kanapes tie paaugliai, kurie pareiškė, kad su tėvu jiems lengva bendrauti.

Vykdam šią analizę taip pat buvo patikrinta, ar ir kituose tyrimuose pasireiškė 2014 m. tyrimo metu rastos inversiškos sąsajos, tokios kaip „dažniau vartoja alkoholinius gėrimus arba bando žudyti tie paaugliai, kurie dažniau pažymėjo įvairias bendras veiklas kartu su tėvais” ir „žemas motinos emocinis faktorius siejasi su mažesne rūkymo ir kanapių vartojimo galimybe”. Atlikus analizę paaiškėjo, kad toks sąsajų pobūdis, nors silpniau išreikštas, egzistavo ir 2006 ir 2010 metais atliktuose tyrimuose.

Apibendrinus paauglių rizikingo elgesio sąsajų su šeimos socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais analizę HBSC tyrimuose, atliktuose 2006, 2010 ir 2014 metais, galima teigti, kad pažeista šeimos struktūra (gyvenimas ne su abiem biologiniais tėvais, turi nekintantį paauglių elgesį žalojantį poveikį. Tačiau ir tose šeimose, kuriose paaugliai gyvena su abiem tėvais, visuose trijuose tyrimuose pasireiškė, kad paauglių nepasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje, silpna tėvų vykdoma vaikų kontrolė (paaugliai teigė, kad tėvai nieko nežino, ką jie veikia) yra reikšmingi paauglių rizikingo elgesio veiksniai, didinantys tokio elgesio galimybę daugiau nei pažeista šeimos struktūra. Visuose tyrimuose paauglių įvairių rizikingo elgesio formų ir bendravimo su tėvais sąsajos buvo stipresnės motinos negu tėvo atžvilgiu. Rasta prielaidų, kad tiriamuoju laikotarpiu šios sąsajos tėvo atžvilgiu kito – geri paauglio ir tėvo santykiai darėsi mažiau reikšmingi apsaugant paauglį nuo rizikingo elgesio.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šeimos reikšmė vaikų ir paauglių sveikatos, gyvenamos ir socializacijos raidai yra ypatinga. Kiek sėkmingai šis procesas vyksta, galima spręsti iš paauglio elgesio formavimosi. Siektina, kad jis nekeltų rizikos asmens sveikatai ir visuomenės gerbūviui. Deja, aukštas ir vis dar didėjantis paauglių rizikingo elgesio įvairių formų paplitimas kelia didelį nerimą mokslininkams, politikams, visuomenės sveikatos specialistams ir visuomenei.

Daugelis autorių, tyrinėjusių paauglių rizikingo elgesio (rūkymo, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo bei polinkio į savižudybę veiksnius, sutaria, kad toks paauglių elgesys neatsiejamas nuo šeimos socialinių veiksnių ir bendravimo su tėvais ypatumų [27, 35, 108, 122, 251]. Nepaisant užsienio autorių literatūroje skiriamo didelio dėmesio minėtos problemos analizei, Lietuvoje šiandien dar nedaug galime pasakyti apie tai, kaip bendravimo su tėvais ypatumai ir kiti šeimos veiksniai siejasi su paauglių sveikata ir gyvenimu.

Atliktas tyrimas – pirmasis tokio pobūdžio tyrimų Lietuvoje, kuriame bandyta įvertinti sąsajas tarp paauglio rizikingo elgesio, pasireiškiančio rūkymu, alkoholio ir narkotinių medžiagų („kanapių“) vartojimu bei polinkiu į savižudybę, ir šeimos socialinių veiksnių bei bendravimo su tėvais ypatumų.

Lietuvoje paauglių rizikinga elgsena sistemingai vertinama nuo 1994 m., kai LSMU įsitraukė į tarptautinę HBSC tyrimų programą, skirtą mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamos ir sveikatos veiksnių vertinimui [239, 245]. Šių tyrimų duomenys buvo nagrinėti moksliniuose darbuose, siejant juos su įvairiais gyvenamos ir sveikatos veiksniais [128, 214, 215, 237–246, 248, 249]. Tačiau paauglių rūkymas, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas, bei savižudiškų ketinimų turintis elgesys ir jo sąsajos su šeimos veiksniais išsamiai nagrinėjamos nebuvo. Taigi, atsižvelgiant į tai, kad paauglių rizikingos sveikatai elgsenos ir šeimos veiksnių tematika Lietuvoje dar nėra pakankami išvystyta, šis disertacinis darbas yra vienas pirmųjų, kuriame buvo iškeltas tikslas išanalizuoti, kaip paauglių rizikingas elgesys siejasi su šeimos socialiniais veiksniais ir bendravimo su tėvais ypatumais.

Tyrimui iškelti šeši uždaviniai buvo sprendžiami panaudojus trijų tarptautinio HBSC tyrimo apklausų, vykdytų 2006, 2010 ir 2014 metais, duomenis. Kiekvienoje apklausoje dalyvavo pakankamai didelis skaičius 11, 13 ir 15 metų tiriamųjų, kurie pagal lytį, amžių, gyvenamąją vietą ir kitas demografines ir socialines charakteristikas reprezentavo Lietuvos paauglių populiaciją. Duomenys buvo renkami griežtai laikantis vieningo tarptautinio

protokolo reikalavimų, duomenų kokybė patikrinta tarptautiniame duomenų centre, todėl Lietuvoje gautus tyrimo rezultatus galima palyginti su kitų HBSC tyrime dalyvavusių Europos ir Šiaurės Amerikos šalių tyrimų rezultatais (2005/2006 mokslo metais HBSC tyrime dalyvavo 38 šalys, 2009/2010 mokslo metais – 39 šalys, 2013/2014 mokslo metais – 42 šalys). Šiuo metu tarptautinis HBSC tyrimas, kurį koordinuoja PSO, yra vienas labiausiai prestižinių ir žinomų pasaulyje jaunų žmonių gyvensenos tyrimo projektų. HBSC tyrimo rezultatus spausdina aukšto mokslinio lygio žurnalai ir tarptautinių organizacijų – PSO, UNISEF, ES – leidiniai.

Kitas HBSC tyrimo privalumas, kuris būdingas ir šiam disertaciniam darbui – tai unikali ir visapusiškai apčiuota tyrimo metodika. Tyrimui naudotas originalus klausimynas, kurį parengė tarptautinė tyrėjų ir ekspertų grupė. Klausimyne pritaikytos ir kituose tyrimuose išbandytos klausimų skalės (pvz., bendravimo šeimoje kokybės skalė, tėvų vykdomos vaiko kontrolės skalė ir kitos). Skalės klausimų vidinis suderinamumas, apskaičiuotas taikant *Cronbach* alfa, buvo aukštas. Prieš patvirtinant galutinį klausimyno variantą, jis buvo patikrintas bandomuosiuose tyrimuose. Klausimyno vertimas į lietuvių kalbą taip pat buvo atliktas pagal nustatytus tarptautinius standartus.

Tarptautinis HBSC tyrimas dar unikalus ir tuo požiūriu, kad tiria paauglių gyvenseną plačiame socialiniame kontekste [102, 187]. Čia ypač daug dėmesio skiriama šeimos aplinkos veiksnių analizei [27]. Todėl, vykdydami HBSC tyrimą, galime labiau pažinti ir šeimą bei jos problemas, geriau suprasti šeimos narių tarpusavio santykius, t.y. šeimos psichologinį klimatą.

Per pastaruosius du dešimtmečius Lietuvoje, kaip ir kitose Vidurio ir Rytų Europos šalyse, įvyko daug pokyčių, kuriuos lėmė staigus perėjimas iš totalitarinio režimo į demokratinį. Šeima šiandien yra vis dar besikeičiančioje aplinkoje ir todėl tam reikalingos dar išsamesnės įžvalgos [21, 175]. Pavyzdžiui, šis tyrimas parodė, kad tik 62,8 proc. respondentų gyvena pilnose (su abiem tėvais) šeimose, o prieš du dešimtmečius, 1994 metais, per pirmąjį HBSC tyrimą Lietuvoje, šis skaičius buvo žymiai didesnis – 82,7 proc. [245]. Tai – itin didelis ir reikšmingas pokytis, kuris galėjo neigiamai pakeisti augančios kartos gyvenseną, nes mūsų ir kitų autorių [53, 100, 127, 131, 166, 183] atlikti tyrimai parodė, kad pažeista šeimos struktūra, gyvenimas su vienu iš tėvų, yra glaudžiai susijęs su didesne paauglių rizikingo elgesio galimybe.

Analizuojant psichologinį klimatą šeimoje buvo remtasi keliais esminiais klausimais. Manome, kad iš jų pats svarbiausias – kokie yra paauglio santykiai su tėvais. Apklausos duomenys parodė, kad ne visiems vaikams lengva bendrauti su tėvais, o tokių vaikų dalis yra palyginti didelė.

Tyrimė dalyvavę paaugliai teigė, kad jiems lengviau bendrauti su motina nei su tėvu: kas trečias (33,8 proc.) paauglys teigė, kad sunku bendrauti su tėvu ir kas penktas (22,2 proc.) paauglys teigė, kad sunku bendrauti su motina. Tai sutampa su kitų tyrimų rezultatais, rodančiais, kad paaugliams yra sunkiau bendrauti su tėvu [145, 216]. Santykiuose su tėvu stebėti ryškūs lyčių skirtumai, rodantys kad mergaitėms dažniau nei berniukams sunku kalbėtis su tėvu. Palyginti didelė dalis (14,8 proc.) paauglių buvo mažai patenkinti savo santykiais su tėvais. Mergaitės, lyginant su berniukais, buvo dažniau linkusios būti nepatenkintomis tarpusavio santykiais šeimoje. Tai būdinga ir kitų autorių pateiktuose rezultatuose [121, 243]. Psichologai tai bando paaiškinti. Pavyzdžiui, Žukauskienė ir kt. (2008) teigia, kad emociniai ir elgesio sunkumai, asmenybės bruožai bei tėvų auklėjimo stilius skiriasi pagal pauglių lytį: mergaitės pasižymi aukštesniais emocinių sunkumų bei asmenybės bruožų įverčiais nei berniukai, o tėvai emocinę šilumą labiau naudoja dukterų, o ne sūnų atžvilgiu [251].

Pastebėjome, kad vaikų bendravimo su tėvais sunkumus lydi retos bendros veiklos šeimoje, netinkami auklėjimo stiliai. Bendravimo šeimoje ir santykių su tėvais sunkumus dažniau pareiškė vyresni (15 metų) nei jaunesni (11 metų) paaugliai. Toks dėsningumas paaiškinamas tuo, jog vyresni paaugliai siekia didesnio savarankiškumo ir mažiau pakenčia tėvų išskeltus apribojimus [29,252].

Analizuojant vaiko ir tėvų emocinį ryšį buvo remtasi vaikų atsakymais į klausimus apie motinos ir tėvo elgesį bendraujant su jais, ar tėvai supranta jų problemas, ar skatina jų savarankiškumą ir pan. Šioje analizėje taip pat nustatyti skirtumai tarp berniukų ir mergaičių nuomonių, atsakant į kai kuriuos klausimus. Bet, įdomiausia, buvo pastebėta, kad vaikai, vertindami tėvo ir motinos vaidmenis savo gyvenime, motinai skyrė didesnę reikšmę negu tėvui. Panašių išvadų jau yra padarę ir kiti autoriai [2].

Paauglių bendravimo su tėvais ypatumams ir jų ryšiui su rizikingu paauglių elgesiu mokslo literatūroje skirta daug dėmesio [127, 153, 174, 181, 182, 229, 250]. Tačiau vienodų atsakymų į daugelį klausimų negauta. Mūsų nuomone, tai galėjo būti susiję su tiriamų paauglių imčių nehomogeniškumu. Norėdami to išvengti, duomenų analizę vykdėme dviem etapais. Pirmajame etape analizavome dviejų šeimos socialinių veiksnių – šeimos turtingumo (vertinto pagal FAS) ir šeimos struktūros (gyvena su abiem ar ne su abiem biologiniais tėvais) – reikšmę paauglių rizikingam elgesiui. Šiai analizei tiriamieji nebuvo skirstomi į pogrupius. Antrajame etape buvo atrinkta paauglių, kurie gyvena su abiem tėvais, grupė. Taip analizuojant duomenis buvo eliminuoti neapibrėžti atvejai, kai, pvz., vertinama bendravimo su tėvu reikšmė, o šeimoje tėvo nėra, arba lieka neaišku, ką paauglys vertina: biologinį tėvą ar patėvį. Taip analizuodami duomenis galėjome tiksliau

įvertinti bendravimo su tėvais ypatumų (veiksnių) reikšmę paauglių rizikingam elgesiui. Tokią duomenų analizės taktiką yra taikę ir kiti tyrėjai [183].

Analizei pasirinkome keturias elgesio formas, būdingas paauglystės laikotarpiui, aktualias laikmečiui ir visuomenei: rūkymą, alkoholinių gėrimų ir kanapių vartojimą, savižudiškų ketinimų turintį elgesį. Siekdami aukštesnio statistinio išvadų reikšmingumo, analizavome vyresnes paauglių grupes (13 ir 15 metų, arba tik 15 metų amžiaus), kuriose nagrinėjamos elgesio formos pasireiškia pakankamai dažnai.

Rūkymas. Lietuvoje paauglių rūkymas yra labiau paplitęs tarp berniukų nei tarp mergaičių [214, 241, 242], tačiau atskleisti jo ryšiai su šeimos veiksniais buvo vienodai stiprūs tarp abiejų lyčių. Šeimos struktūra, gyvenimas su vienu iš tėvų, yra glaudžiai susijęs su didesne paauglių rūkymo galimybe [39, 78, 86]. Atlikto tyrimo rezultatai tai patvirtino: paaugliai, kurie gyveno ne su abiem tėvais buvo daugiau nei du kartus labiau linkę rūkyti nei jų bendraamžiai, kurie gyveno šeimoje su abiem tėvais. Prieš du dešimtmečius, 1994 metais [242], tarp rūkymo ir šeimos struktūros ryšys buvo reikšmingas taip pat, bet daug silpnesnis nei pastaruoju metu.

Šeimos socialinių veiksnių ryšys su paauglių rūkymu neginčijamas, tačiau kiti šeimos veiksniai, kurie gali turėti ryšį vis dar neaiškus. Iš kitų atliktų tyrimų žinoma, kad blogi tėvų ir vaikų santykiai, sutrikęs bendravimas turi ryšį su paauglių rizikinga elgsena ir, priešingai, šiltas ir atviras bendravimas yra vienas iš apsaugančių veiksnių nuo paauglių rūkymo [241]. Ankstesni tyrimai, kurie buvo grindžiami HBSC tyrimų duomenimis, 2002 m. [45] ir 2006 m. [43] patvirtino, kad tokia asociacija yra dėsninga tiek bendraujant su tėvu, tiek bendraujant su motina. Šiuose tyrimuose taip pat buvo nustatyta, kad, apsaugant paauglius nuo rūkymo, lengvas bendravimas su tėvais yra daug svarbesnis veiksnys nei gyvenimas su abiem tėvais. Kaip ir kitų autorių tyrimai [14, 86, 153, 191], dabartinis tyrimas parodė, kad paaugliai lengviau bendrauja su savo motina, o ne su tėvu. Deja, pastarajame tyrime bendravimas su tėvu paaugliams nebebuvo tiek reikšmingas, kiek tai buvo ankstesniuose tyrimuose. Manoma, kad tėvas dažniausiai nelaiko rūkymo didele blogybe, neįvertindamas šio įpročio žalos paauglio organizmui. Tai patvirtino ir Juškienės ir Ustilaitės tyrimas (2004), kurio metu nustatyta, kad dažniau rūko tie paaugliai, kurie gyvena tik su tėvu lyginant su pilnose šeimose gyvenančiais paaugliais [112]. Taigi kyla hipotezė, kad dabartinėje visuomenėje keičiasi tėvo vaidmuo šeimoje, ir tai reiktų tyrinėti išsamiau.

Tačiau mūsų tyrimas tėvo vaidmens paauglių rūkymui nepaneigė kitais požiūriais. Tai – tėvo vykdoma paauglio kontrolė. Kitų autorių tyrimai taip pat nustatė, kad tėvo vykdoma paauglių kontrolė yra vienas stipriausiai apsaugančių veiksnių nuo polinkio į rizikingą elgesį [22, 23, 36, 194, 205].

Šis tyrimas taip pat patvirtino tokią išvadą, tačiau taip pat pabrėžia ir motinos kontrolės vaidmenį vykdant paauglių rūkymo prevenciją šeimoje.

Buvo iškelta hipotezė, kad dažnas bendravimas su tėvais telefonu ir kitomis elektroninėmis ryšio priemonėmis gali palengvinti bendravimą su tėvais, bei padėti lengviau kontroliuoti paauglius. Todėl dažnas bendravimas, turėtų būti apsauginis veiksnys [120], tačiau gauti tyrimo rezultatai nepatvirtino šios hipotezės: paaugliai, kurie dažnai kalba su tėvais naudodamiesi elektroninėmis ryšių priemonėmis turi 1,5 karto didesnę galimybę pradėti rūkyti.

Nėra lengva paaiškinti šiuos gautus rezultatus, susijusius pokyčius tarp tėvų vaidmenų ir paauglių rūkymo asociacijos. Tam galėjo turėti įtakos per pastarąjį dešimtmetį vykstantys politiniai, socialiniai ir ekonominiai pokyčiai šalyje, kurie paveikė ir šeimą, kaip visuomenės ląstelę. Be to, tai gali būti ir sumažėjusi paauglių baimė būti nubaustiems tėvų už blogą jų elgesį, liberalėjantis auklėjimas šeimoje ir silpnėjanti tėvų vykdoma vaiko kontrolė (nežinojimas, kur yra ir su kuo jų vaikas, ką jis daro, kur išleidžia duotus pinigus).

Alkoholio vartojimas. Šiomis dienomis vis dažniau dėmesys krypsta ir į paauglių alkoholio vartojimo problemą ir šeimos veiksnius, galinčius apsaugoti nuo šios elgesio [196, 197, 208, 217, 240]. Konstatuojama, kad šeimos struktūra, gyvenimas su vienu iš tėvų, yra glaudžiai susijusi su didesne paauglių alkoholio vartojimo galimybe [171, 193, 215, 226]. 2014 m. atlikto tyrimo rezultatai patvirtino kitų autorių tyrimų rezultatus, kad paaugliai, kurie gyvena ne su abiem tėvais, nepilnoje šeimoje, buvo daugiau nei du kartus labiau linkę pradėti vartoti alkoholį nei jų bendraamžiai, gyvenantys su abiem tėvais. Tačiau mūsų tyrimo rezultatai neįrodė, kad paaugliams alkoholinių gėrimų vartojimas būtų susijęs su šeimos turtingumu. Apskritai, šiuo klausimu mokslininkai yra pasidaliję per pusę: vieni teigia, kad dažniau alkoholinius gėrimus vartoja paaugliai, gyvenantys turtingesnėse šeimose, kiti, kaip rodo ir mūsų tyrimas, teigia, kad paauglių alkoholinių gėrimų vartojimas nėra susijęs su šeimos turtingumu [58, 142, 186].

Šeimos struktūros sąsajos su paauglių alkoholio vartojimu labai glaudžios, tačiau ne ką mažiau svarbesni ir kiti šeimos veiksniai, kaip tėvų ir vaikų bendravimas, kartu su šeima leidžiamas laikas ir t. t. [174]. Literatūroje randama duomenų, kad tėvo vykdoma vaiko kontrolė yra vienas stipriausiai apsaugančių veiksnių nuo paauglių polinkio į alkoholinių gėrimų vartojimą [145, 234]. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad ne tik tėvo, bet ir motinos vykdoma aukšta kontrolė yra vienas iš labiausiai apsaugančių veiksnių nuo 13 ir 15 metų paauglių reguliaraus alkoholio vartojimo. Vaikų auklėjimo stilius – kita šeimos charakteristika, susijusi su paauglių alkoholio vartojimu. Mūsų tyrimas atskleidė, kad paauglių alkoholinių gėrimų vartojimo riziką didino valdingas (autoritarinis) ir aplaidus vaikų auklėjimo

stilius. Fletcher ir Jefferies (1999) duomenimis, paauglių alkoholio vartojimą skatina tėvų autoritarinis auklėjimo stilius [64]. Adekvati kontrolė ir vaiko autonomijos bei nepriklausomybės pripažinimas įtvirtina atsakomybę už savo elgesį bei savikontrolės įgūdžius, kurie padeda atsispirti negatyviam bendraamžių spaudimui. Šeimose, kuriose paaugliams nustatytos griežtos alkoholio vartojimo taisyklės ir apribojimai, mažina jo vartojimą, tačiau nuolatinės tėvų kalbos apie alkoholio daromą žalą nėra efektyvios [224].

Kanapių vartojimas. Šiomis dienomis vis labiau tarp paauglių įsigali žalinga sveikatai elgsena, pasireiškianti narkotinių medžiagų, tokių kaip marihuanos („kanapių“) vartojimu [85, 96, 97, 214, 246]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis labai nedidelė dalis trylikamečių paauglių (5,1 proc.) prisipažino kada nors gyvenime yra vartoję kanapių, tačiau tarp penkiolikamečių kanapių vartojimas buvo 3 kartus dažnesnis. Atsižvelgus į tiriamųjų amžių ir tyrimo metus, tai iš dalies sutampa su kito tarptautinio tyrimo, vykdomo Lietuvoje, ESPAD duomenimis [96]. Dažniau į šią žalingą sveikatai elgseną yra linkę berniukai, nei paauglės mergaitės [121].

Šeimos vaidmenį paauglių narkotikų vartojime tyrė daug specialistų. Štai ESPAD (1995, 1999, 2003, 2007, 2011) tyrimuose užduoti klausimai, padedantys išsiaiškinti, kaip nuo tėvų išsilavinimo, šeimos sudėties, brolių ir seserų girtavimo bei narkotinių medžiagų vartojimo ir šeimos ekonominės padėties priklauso, ar jaunuoliai vartoja narkotikus [96].

Literatūroje nurodoma, jog paaugliai, gyvenantys nepilnose šeimose, dažniau nei paaugliai, gyvenantys su abiem tėvais, patikimai dažniau vartojo psichotropines medžiagas, įskaitant ir kanapes [47, 246]. Šio darbo duomenimis, tarp paauglių, gyvenančių su abiem tėvais, vartojusių per visą savo gyvenimą kanapių buvo 1,5 karto mažiau, nei tarp tų paauglių, kurie gyveno nepilnose (su vienu iš tėvų) šeimose. Šios srities tyrinėtojai mano, kad nepilnoje šeimoje užaugusiems vaikams trūksta dėmesio arba jo yra per daug. Neigiami jausmai gali peraugti į destruktivius protrūkius, uždaramą, narkotikų ieškojimą, norą sau pakenkti ir taip atkreipti į save dėmesį [49].

Mūsų tyrimas taip pat patvirtino, kad paaugliai iš turtingų šeimų turėjo didesnę galimybę į kanapių vartojimą per visą savo gyvenimą. Tokį dėsningumą yra atskleidę daugelis tyrinėtojų [15].

Kaip ir kitos rizikingos elgsenos sąsajos su šeimos veiksniais, taip ir su kanapių vartojimu yra neginčijamas. Tėvų kontrolės vaidmuo paauglių kanapių vartojimo rizikai jau buvo tyrinėtas kitų autorių [122, 227]. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad prasta bendravimo kokybė ir žema motinos vykdoma kontrolė šeimoje (pastarąja savybe pasižymintys respondentai teigė, kad jų motina mažai arba nieko nežino, ką jie veikia) byloja, jog paaugliams, turintiems tokius požymius, galimybė vartoti kanapes padidėjo daugiau nei du arba tris kartus atitinkamai.

Savižudiškas elgesys. Savižudiškam paauglių elgesiui Lietuvos mokslininkai skirias taip pat didelį dėmesį ne vien tik dėl vis dar didelio savižudybių skaičiaus tarp suaugusių žmonių šalyje, o tarp jaunų žmonių, ypač paauglių [18, 52, 210]. Naujausi tyrimai apibūdino šeimos funkcijos ir tėvų auklėjimo ryšį su paauglių savižudišku elgesiu ir patvirtino svarbų teigiamą apsauginį vaidmenį [68, 230, 248, 249].

Garnefski ir Diekstra tyrimo, paskelbto prieš du dešimtmečius, rezultatai jau parodė, kad paaugliai, gyvenantys su vienu iš tėvų, mažiau pasitiki savimi, dažniau jaučia nerimą ir vienatvę, turi daugiau minčių apie savižudybę ir net bandė žudytis lyginat su tais, kurie gyvena pilnoje šeimoje [73]. Mūsų tyrimas patvirtino ankstesnio tyrimo duomenis: savižudiškų ketinimų padidintos rizikos grupę sudarė paaugliai, gyvenantys mažiau turtingose šeimose ir ne su abiem tėvais. Šis faktas derinasi su daugelio kitų autorių nuomone, kad bandymai žudytis, ypač paauglėms, gali būti susijęs su negatyvia patirtimi, tėvų skyrybomis ir socialinės paramos stoka šeimoje, kurie gali būti vertinami kaip kritiniai gyvenimo įvykiai [21, 212, 225, 236].

Gerai tėvų ir vaikų santykiai ir atviras bendravimas yra pagrindinis veiksnys, lemiantis gero psichologinio klimato ir pozityvaus jaunų žmonių elgesio apraiškas [205–207]. Tyrimai teigia, kad geras bendravimas su tėvu ir motina yra susijęs su mažesne tikimybe į savižudišką elgesį [169, 173]. Ankstesni tyrimai, kurie buvo grindžiami HBSC tyrimų duomenimis, 2002 m. [45] ir 2010 m. [46] taip pat patvirtino šią sąsają. 2014 m. atlikto tyrimo analizė parodė, kad sunkus bendravimas su abiem tėvais reikšmingai padidino 13 ir 15 metų amžiaus paauglių savižudiško elgesio riziką. Maža tėvo ir motinos emocinė parama padidino riziką rimtai svarstyti apie bandymą nusižudyti ir kurti savižudybės planą. Bandymo nusižudyti riziką tarp tirtų respondentų taip pat didino maža motinos vykdoma vaikų kontrolė ir žema su mokykla susijusi tėvų parama. Paauglio žemas pasitenkinimas šeimos santykiais didino savižudybės tikimybę net du kartus. Kitų autorių atlikti tyrimai taip pat parodė, kad tėvų emocinė parama ir meilė apsaugo paauglius nuo mėginimo nusižudyti [111, 208, 209].

Vertinant tėvų auklėjimo stilių įtaką rizikingos sveikatai elgsenos prevencijai, buvo remtasi kitų autorių atliktai tyrimais, kurie parodė, kad paaugliai, kurie šeimose auklėjami autoritetingu stiliumi, turi geresnius rodiklius keliose srityse, tuo tarpu paaugliai, kurie šeimoje auklėjami autoir-tariniu ir aplaidžiu stiliumi, dažniau turi vystymosi problemų, padidėjusi impulsyvumą, dažniau prasikalsta ir yra labiau linkę į ankstyvą rizikingą elgesį, pavyzdžiui, narkotinių medžiagų vartojimą [210, 106]. Kitų autorių darbų, kuriuose būtų tirtos sąsajos tarp auklėjimo stilių ir savižudiško elgesio, yra nedaug [34, 66]. Skirtingai nuo kitų autorių, šiame tyrime buvo naudota keturių auklėjimo stilių klasifikacija, pasiūlyta Maccoby ir Martin

[148]. Duomenų analizė parodė padidėjusią tikimybę į savižudišką paauglių elgesį tarp tų paauglių, kurie šeimoje yra tėvo auklėjami autoritariniu stiliumi, o motinos – aplaidžiu stiliumi. Tai vėl patvirtina tėvo ir motinos skirtingą vaidmenį šeimoje.

Kitų autorių tyrimai teigia, kad dažnas bendravimas su tėvais atlieka apsauginę rizikingo elgesio funkciją [212, 213], tačiau šio tyrimo rezultatai parodė, kad dažnas su šeima kartu leidžiamas laikas ir dažnas bendravimas su tėvais, naudojant elektronines ryšių priemones, žymiai padidino bandymo nusižudyti galimybę. Šiam faktui paaiškinti reikėtų išsamesnių tyrimų.

Analizuojant paauglių bandymus nusižudyti, kada prireikė medikų pagalbos, buvo gauti rezultatai, kurie reikšmingai skyrėsi pagal lytį (iš apklaustųjų paauglių 5 proc. berniukų ir 3,2 proc. mergaičių prisipažino bandę nusižudyti ir jiems buvo reikalinga medikų pagalba). Kitų autorių rezultatai rodo, kad savižudybių didesnis paplitimas yra tarp berniukų, o mergaitės dažniau linkusios tik į savižudiškus ketinimus ir kurti savižudybės planus [158]. Kann ir kitų autorių (2014) atlikto tyrimo JAV [114] rezultatai teigia, kad bandymai nusižudyti, kurie baigėsi rimta medikų pagalba buvo dažnesni tarp mergaičių (3,6 proc.) nei tarp berniukų (1,8 proc.), o atlikto tyrimo rezultatai teigia priešingai.

Apibendrinimas. Paauglių rizikingo elgesio ir šeimos veiksnių sąsajos, atskleistos remiantis 2014 m. apklausos duomenimis, buvo patikrintos panaudojus anksčiau, 2006 ir 2010 m., atliktų HBSC tyrimų duomenis. Gautosios išvados buvo labai panašios. Kita vertus, nors analizei buvo pasirinktos keturios gana skirtingos paauglių rizikingo elgesio formos (rūkymas, alkoholinių gėrimų ir kanapės vartojimas bei savižudiškas elgesys), šios visos formos reikšmingai siejosi su pažeista šeimos struktūra ir beveik tais pačiais bendravimo su tėvais ypatumais. Daug studijų patvirtina, jog tarp paauglių savižudiško elgesio, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimo, rūkymo ir kitokio rizikingo elgesio esama glaudžių sąsajų [29]. Todėl apibendrintai galima kalbėti apie paauglio rizikingos elgsenos fenomeną ir jo sąsajas su šeimos veiksniais.

Taigi atlikto tyrimo rezultatai atskleidė stiprų ryšį tarp paauglių rizikingo elgesio ir jo šeimos sudėties bei jų bendravimo su tėvais kokybės. Tyrimas patvirtino, kad tėvo ir motinos buvimas šeimoje, darnūs tėvų ir vaikų santykiai, ryšiai ir parama šeimoje yra labai būtini normalios paauglystės raidos komponentai. Darnaus bendravimo su tėvais stoka, gyvenimas nepilnoje šeimoje bei nepalankus sveikatai tėvų elgesys reikšmingai didina paauglių rizikingo elgesio ir, apskritai, nepalankios sveikatos gyvenimo formavimosi galimybę. Sukaupti duomenys taip pat pademonstravo auklėjimo, emocinės pagalbos ir bendravimo šilumos reikšmę paauglių sveikatos raidai ir patvirtino, jog šeimoje diegiami demokratiški vaikų auklėjimo

principai gali tapti rimta atsvara ankstyvoms paauglių rizikingos elgsenos ir sveikatai nepalankios gyvensenos apraiškoms.

Atliktas tyrimas pateikė nemažai įrodymų, jog harmoningų tėvų ir vaikų santykių skatinimas bei šeimos motyvacijos sveikai gyventi didinimas visuomenės sveikatos požiūriu yra itin svarbus uždavinys. Todėl galime teigti, kad šeimos institucijos stiprinimas turėtų tapti prioritetine veiklos kryptimi vystant šalies socialinę ir sveikatos politiką, bendravimo šeimoje veiksniai yra esminiai komponentai, kurie turėtų būti įtraukti į vaikų ir paauglių rizikingo elgesio prevencijos ir intervencijos programas Lietuvoje.

Tyrimo ribotumas ir gairės kitiems tyrimams. Atliktas tyrimas buvo vykdomas griežtai laikantis tarptautinio HBSC tyrimo protokolo reikalavimų. Tarptautinis duomenų centras, vykdydamas surinktų duomenų patikrą, gerai įvertino Lietuvoje surinktų duomenų kokybę: nebuvo pastebėta trūkumų dėl tiriamųjų imties sudarymo, tyrimo atsakas ir iširtų asmenų skaičius buvo pakankamo dydžio ir reprezentavo šalies 11–15 metų amžiaus populiaciją pagal pagrindinius demografinius ir socialinius rodiklius, centrui pateiktos anketos buvo užpildytos kokybiškai. Taigi iš tyrėjų pusės tyrimas nebuvo ribotas. Tačiau galima pastebėti tyrimo ribotumą išoriniu jo aspektu.

Pirma. Tyrimo duomenys buvo renkami anketinės apklausos metodu. Anketinis tyrimas gali turėti tam tikrų trūkumų, susijusių su tuo, kad darbe analizuoti klausimai apie rizikingą elgesį ir šeimą priklauso psichologiškai jautrių klausimų grupei. Siekiant to išvengti, atliekant tyrimą buvo stengiamasi maksimaliai užtikrinti tiriamųjų anonimiškumą. Daugelis tyrinėtojų pažymi, kad lyginant su biocheminiais validizavimo metodais, paauglių, kaip respondentų, atsakymai apie priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimą yra pakankamai geri rodikliai, atspindintys tikrąją epidemiologinę situaciją [32, 41]. Visgi, kai kurie tyrinėtojai pažymi, kad toks metodas gali būti atskleidžia mažesnę rizikingos elgsenos paplitimą [162]. Mažesnis tiriamųjų elgesio formų paplitimas gali būti ir dėl kai kurių potencialių (nelanko mokyklos ar metė mokyklą) respondentų nedalyvavimo priežasčių [99]. Tačiau HBSC tyrimo apklausos anketas kaskart užpildo ne mažiau 90 proc. atrinktų respondentų, todėl paminėtinos priežastys mažai tikėtinos.

Antra. Šiame darbe analizuotas klausimų paketas buvo gana didelis (per 50 klausimų, kuriuos transformavus į analizę įtraukta 18 kintamųjų). Tačiau tarp šių kintamųjų pasigendama tokių svarbių veiksnių, kaip tėvų išsilavinimas, tėvų žalingi įpročiai ir kt., kurie galbūt turi didelę prognostinę reikšmę vaikų ir paauglių rizikingos elgsenos raidai. Manome, kad planuojant tolimesnes šeimų studijas tikslinga įtraukti ir minėtųjų veiksnių analizę.

Trečia. Nors šiame darbe analizuojami trijų HBSC tyrimų (2006, 2010 ir 2014 metų) duomenys, bet iš esmės šie duomenys yra trijų momentinių tyrimų visuma. Kaip žinia, momentinis tyrimas siaurina tyrimui keliamus

uždavinius, apriboja juos tik ryšių, arba sąsajų, analize ir neleidžia nustatyti priežastinių ryšių. Darbe buvo atskleisti stiprūs ryšiai tarp paauglių rizikingo elgesio ir šeimos charakteristikų. Be abejo, logiška įvykių seka bei įvairūs teoriniai modeliai gali padėti nustatyti šių ryšių „priežastis“ ir „pasekmes“, tačiau būtų prasminga vykdyti ilgalaikius vaikų – paauglių elgsenos bei jų šeimų aplinkos tyrimus, siekiant patvirtinti šeimos aplinkos veiksnių prognostinę reikšmę paauglių gyvenimo raidai.

Sudėtingam priežastinių ryšių nustatymui galėtų būti pasitelkiami kiti tyrimo metodai (pvz., daugialygis modeliavimas, struktūrinis lygčių modeliavimas). Neabejotina ir tai, kad tėvų auklėjimo stilius yra daug sudėtingesnis fenomenas ir išsamiam jo apibūdinimui nepakanka vien mūsų tirtų veiksnių bei jų sąveikos aspektų. Gilesniam sudėtingos auklėjimo ir gyvenimo sąveikos proceso pažinimui reikalingos sudėtingesnės tyrimo schemas bei vertinimo metodikos. Atliktas tyrimas parodė, jog, siekiant giliau pažinti paauglių gyvenimą sąlygojančius veiksniai, ypatingą dėmesį reikėtų skirti lyčių skirtumams bei tėvo ir motinos vaidmenims paauglių gyvenimo formavimesi.

Ketvirta. Atlikto tyrimo rezultatai patvirtina daugelio užsienio autorių atliktų studijų išvadas, nors visada kyla abejonių, kiek tinkamos ir ar gali būti perkeltos tyrimų, atliekamų kitoje kultūroje, išvados. Tarptautinis HBSC tyrimas yra stiprus tuo, jog paauglių tyrimas vykdomas pagal vieną metodiką tuo pačiu metu daugelyje šalių, kad leidžia palyginti tyrimų rezultatus, gautus skirtingose šalyse (kultūrose). Klausimų paketas apie šeimą (ang. *Family Culture*) nebuvo privalomas visoms HBSC tyrime dalyvavusioms šalims, tačiau kas kartą jį pasirenka apie 10 šalių. Šiame darbe dėl ribotos jo apimties negalėjome analizuoti ir tų šalių duomenis, todėl tokią analizę paliekame ateičiai.

Penkta. Atliktas tyrimas apsiribojo epidemiologiniu stebėjimo tyrimu. Jis pateikė įrodymų, kad bendravimo šeimoje veiksniai yra esminiai komponentai, kurie turėtų būti įtraukti į paauglių rūkymo prevencijos ir intervencijos programas. Deja, vaikų ir paauglių rizikingo elgesio prevencijos galimybės šeimoje iki šiol mažai tirtos ir nėra duomenų apie pakankamos apimties vykdytas programas. Šeima dažniausiai nagrinėjama kaip bendrosios prevencijos programos dalis, kurios funkcijos apsiriboja grupių susitikimais. Akivaizdus Šiaurės projektas, vykęs Minesotoje septynerius metus, parodė, kad tėvų dalyvavimas sustiprina bendravimą su vaikais alkoholio vartojimo klausimais [172]. Todėl manome, kad Lietuvoje tikslinga planuoti vaikų ir paauglių rizikingo elgesio prevencijos šeimoje ilgalaikę intervencijos studiją. Kol tai nedaroma, tikslinga vykdyti nuolatinę šeimos, visuomenės ir vaikų gyvenimo kaitos ir sąsajų stebėseną bei mokslinį vertinimą.

IŠVADOS

1. Didelei daliai ištirtų paauglių teko susidurti su socialinėmis problemomis šeimoje: augo ne su abiem tėvais (29,3 proc.), jų šeima pasižymėjo neturtu (35,3 proc.). Daug paauglių taip pat nurodė, kad jiems santykiai su tėvais nėra sėkmingai susiklostę: sunku kalbėtis su tėvu kas trečiam (33,8 proc.), su motina – kas penktam (22,2 proc.) paaugliui. Vaikų bendravimo su tėvais sunkumus lydi retos bendros veiklos šeimoje, netinkami auklėjimo stiliai. Bendravimo šeimoje ir santykių su tėvais sunkumus dažniau pareiškė vyresni (15 metų) nei jaunesni (11 metų) paaugliai. Paaugliams labiau svarbus motinos nei tėvo vaidmuo: su ja lengviau bendrauja, dažniau jaučia jos emocinį palaikymą, ji dažniau auklėja autoritetingu stiliumi, tačiau paaugliai dažniau jaučia ir motinos kontrolę.
2. Paauglystėje rūkymo paplitimas priklauso nuo amžiaus ir lyties: 2014 metais atlikto tyrimo duomenimis, tarp trylikamečių rūkė 14,6 proc. berniukų ir 7,0 proc. mergaičių; tarp penkiolikmečių – 27,7 proc. berniukų ir 18,3 proc. mergaičių. Paauglių rūkymo galimybė siejosi ir su jų šeimos socialiniais veiksniais bei bendravimo su tėvais ypatumais. Aukštos rūkymo rizikos grupę sudarė paaugliai, augantys mažiau turtingose šeimose ir ne su abiem biologiniais tėvais. Paaugliams, augantiems su abiem tėvais, rūkymo galimybę reikšmingai didino šie veiksniai: maža motinos vykdoma vaiko kontrolė, mažas pasitenkinimas tarpusavyo santykiais šeimoje, nepakankama tėvų pagalba vaikui, kai iškyla mokyklinės problemos.
3. Piktnaudžiaujančių alkoholiu paauglių dalis nuo 11 iki 15 amžiaus metų sparčiai didėja. 2014 metais atlikto tyrimo duomenimis, tarp penkiolikmečių alkoholinius gėrimus reguliariai vartojo 14,1 proc. berniukų ir 6,6 proc. mergaičių; prisipažino buvę apsvaigę nuo jų ne vieną kartą gyvenime 40,8 proc. berniukų ir 32,7 proc. mergaičių. Alkoholinių gėrimų vartojimas nebuvo reikšmingai susijęs su šeimos turtingumu, tačiau siejosi su šeimos struktūra: reikšmingai dažniau alkoholinius gėrimus vartojo paaugliai, gyvenantys ne su abiem tėvais. Tuo tarpu paaugliai, gyvenantys su abiem tėvais, labiau linko vartoti alkoholinius gėrimus, kai buvo maža jų tėvų, ypač motinos, kontrolė, jų auklėjimui tėvai buvo pasirinkę valdingą ar aplaidų stiliumi.
4. Kada nors gyvenime vartoję kanapes prisipažino 19,2 proc. penkiolikamečių berniukų ir 10,4 proc. bendraamžių mergaičių (2014 m.). Padidintos kanapių vartojimo rizikos grupę sudarė paaugliai, augantys

turtingose šeimose ir ne su abiem tėvais. Paaugliams, gyvenantiems su abiem tėvais, kanapių rūkymo galimybę reikšmingai didino maža motinos vykdoma vaiko kontrolė, prasta bendravimo šeimoje kokybė, retai su tėvais kartu leidžiamas laikas.

5. Savižudiški ketinimai tarp 13 ir 15 metų paauglių yra dažni. 2014 m. tyrime nustatyta, kas per pastaruosius 12 mėn. 43,0 proc. paauglių jautė liūdesį ir nusiminimą, lydimą nenoro nieko veikti, rimtai apsvarsčiusių bandymą nusižudyti buvo 23,8 proc. paauglių, kūrė savižudybės planą 13,8 proc. paauglių ir bandė nusižudyti 13,2 proc. paauglių. Rimtos bandymo žudytis pasekmės, jog medikams teko suteikti pagalbą, ištiko kas trečiam bandžiusiam nusižudyti. Mergaitės dažniau už berniukus reiškė savižudiškus ketinimus, tačiau rimtas bandymo nusižudyti pasekmes dažniau patyrė berniukai nei mergaitės. Savižudiškų ketinimų padidintos rizikos grupę sudarė paaugliai, gyvenantys mažiau turtingose šeimose ir ne su abiem tėvais. Paaugliams, gyvenantiems su abiem tėvais, daugelio savižudiškų ketinimų formų galimybė padidėja, jei jie pareiškia žemą pasitenkinimą tarpusavio santykiais, žemą tėvo ir motinos emocinį palaikymą, mažą motinos kontrolę, mažą su mokykla susijusią tėvų pagalbą, tėvo valdingą arba aplaidų bei motinos aplaidų auklėjimo stilių.
6. Visi HBSC tyrimai, atlikti 2006, 2010 ir 2014 metais, vienodai patvirtino, kad gyvenimas ne su abiem biologiniais tėvais reikšmingai padidina paauglių rizikingo elgesio galimybę. Šeimose, kuriose paaugliai gyvena su abiem tėvais, paauglių nepasitenkinimas tarpusavio santykiais šeimoje, silpna tėvų vykdoma kontrolė yra reikšmingi paauglių rizikingo elgesio veiksniai, didinantys tokio elgesio galimybę daugiau nei pažeista šeimos struktūra. Visuose tyrimuose paauglių įvairių rizikingo elgesio formų ir bendravimo su tėvais sąsajos buvo stipresnės motinos nei tėvo atžvilgiu.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Tyrimo rezultatai parodė, kad tinkamas vaikų auklėjimas, darnūs tėvų ir vaikų santykiai, ryšiai ir parama šeimoje yra reikšmingi veiksniai, suteikiantys galimybę formuoti sveikai vaikų gyvenimai. Deja, nemažas paauglių rizikingo elgesio paplitimas rodo, kad, matyt, tėvai nepakankamai išnaudoja šeimos teikiamas galimybes vaikų sveikatos ugdymui. Todėl svarbu tėvus įgalinti aktyviai dalyvauti paauglių sveikos gyvensenos ugdyme ir rizikingos elgsenos prevencijoje. Tai priklauso ne tik nuo pačių tėvų, bet ir nuo valstybinių institucijų veiklos ir visos visuomenės požiūrio.

Pagrindinės tėvų įgalinimo kryptys:

1. Sisteminio požiūrio į sveikos gyvensenos ugdymą ir rizikingos elgsenos prevenciją formavimas.
2. Tėvų vaidmens stiprinimas paauglių sveikos gyvensenos ugdyme ir rizikingos elgsenos prevencijoje mokyklinio ugdymo įstaigoje.
3. Tėvų švietimas ir vaikų sveikatai palankių auklėjimo įgūdžių ugdymas.

Sisteminio požiūrio į sveikos gyvensenos ugdymą ir rizikingos elgsenos prevencijos formavimas. Paauglių gyvenimai susiformuoja veikiant daugeliui veiksnių. Šeima yra vienas iš pagrindinių minėtų veiksnių, kurios galimybės vaikų sveikos gyvensenos ugdymui yra nepakankamai išnaudotos. Šią spragą užpildyti padėtų glaudesnis visų vaikų sveikatos ugdyme dalyvaujančių specialistų bendradarbiavimas su šeima. Vieninga vaikų ir paauglių gyvenimos rizikos veiksnių samprata ir sisteminis požiūris į elgesio problemų sprendimą galėtų būti formuojamas:

- Pripažįstant itin žalojančių jaunosios kartos sveikatą visuomenės problemų (rūkymo, alkoholio ir kitų priklausomybės sukeliančių medžiagų vartojimo, polinkio į savižudybę ir kt.) prevenciją nacionalinės reikšmės uždaviniu bei skiriant reikiamą valstybės dėmesį šeimai kaip pagrindinei institucijai, vykdančiai vaikų ir paauglių rizikingo elgesio prevenciją.
- Vykdamt veiksmingas, mokslo žiniomis ir vertybėmis pagrįstas prevencijos bei intervencijos programas, adekvačiai atliepiančias itin pažeidžiamų šeimų poreikius.
- Vykdamt nuolatinę šeimos, visuomenės ir vaikų gyvenimos kaitos ir sąsajų stebėseną bei mokslinį vertinimą.
- Tobulinant visuomenės sveikatos ir kitų su vaikais bei paaugliais dirbančių specialistų ruošimą, į diplominių ir po diplominių studijų

programas įtraukiant teorinius ir praktinius bendradarbiavimo bei šeimos vaidmens stiprinimo vaikų gyvenimo ugdyme modulius.

Tėvų vaidmens stiprinimas vykdant paauglių sveikos gyvenimo ugdymą ir rizikingos elgsenos prevenciją mokyklinio ugdymo įstaigose. Norint apsaugoti vaikus nuo žalingų įpročių visa šeima turi būti įsitraukusi į nenutrūkstamą ugdymo procesą ne tik namuose, bet ir už jų. Mokyklinio ugdymo įstaigose būtina išvystyti tarpsektorinį dalyvavimą ir darbe taikyti komandinio darbo principus. Į komandas turėtų būti įtraukiami ne tik visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, psichologai, socialiniai pedagogai, bet ir tėvų aktyvo atstovai. Tėvų vaidmens stiprinimas, ugdant sveiką vaikų gyvenimą ir vykdant rizikingos elgsenos prevenciją, turėtų tapti svarbiu tokių komandų veiklos prioritetu. Priemonės, kurios padėtų įgyvendinti šį siekinį:

- Nuolatinė vaikų ir paauglių gyvenimo bei rizikingos elgsenos paplitimo stebėseną ir tėvų informavimas apie esamą situaciją bei pokyčius.
- Tėvų įtraukimas ir glaudus bendradarbiavimas, sprendžiant sveikos vaikų gyvenimo ugdymo ir rizikingos elgsenos prevencijos problemas mokyklinio ugdymo įstaigoje.
- Organizuojant sveiką gyvenimą ugdančią tėvų ir vaikų kartu praleidžiamą po pamokinę veiklą ir laisvalaikį.
- Vystant individualų darbą su paauglių, įtariamų rizikingu elgesiu, tėvais.

Tėvų švietimas. Tėvų švietimas, tėvų ir vaikų bendravimo įgūdžių ugdymas galėtų būti vienas pagrindinių paauglių sveikos gyvenimo ugdymo ir rizikingos elgsenos problemų sprendimo būdų. Tam tinka panaudoti populiariausius visuomenės informavimo kanalus: radiją, televiziją, spaudą, internetą, socialinę reklamą. Vykdant tėvų švietimą būtina atsižvelgti ne tik į vaikų ir paauglių sveikatos problemas, bet ir į tai, kaip šias problemas supranta bei vertina tėvai, kokie jų prioritetai ir poreikiai.

Galiausiai, nuo pat ankstyvos vaikystės būtina ugdyti vaiko pasitikėjimą savimi, mokyti savarankiškai ieškoti sprendimų susidūrus su problemomis, priimti teisingus sprendimus, įdiegti tinkamas vertybes, sukurti tinkamą aplinką, skatinti vaiką tobulėti, mokytis, augti, užsiimti mėgstama veikla ir kt.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Aalsma MC, Liu GC, Wiehe S E. The role of perceived parent monitoring and support on urban child and adolescent problem behavior. *Com Ment Health J* 2011;47:61–66.
2. Ackard DM., Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Am J Prev Med* 2006;30:59-66.
3. Adalbjarnardottir S, Hafsteinsson GL. Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: concurrent and longitudinal analyses. *J Res Adolesc* 2001; 11(4):401-423.
4. Ajilchi B, Kargar FR. The impact of a parenting skills training program on stressed mothers and their children's depression level., *Proc Soc Behav Scien* 2013;84:450-456.
5. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes* 1991; 50:179-211.
6. Anderson P, Moller L, Galea G. Et al. (Eds). *Alkoholis Europos Sąjungoje: vartojimas, žala ir politikos priemonės*. Vilnius: Nacionalinė tabako ir alkoholio kontrolės koalicija; 2014.
7. Bajoriūnas Z. *Šeimos ugdymo mokslas ir praktika*. Vilnius: Kronta; 2004.
8. Bajoriūnas Z. *Šeimos edukologija*. Vilnius; 1997.
9. Bandura A. Self-efficacy. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. p. 71-81.
10. Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact: social cognitive theory. In K.Glanz, B.K.Rimer, F.M.Levis et al. (Eds.), *Health behavior and health education*. San Fransisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint; 2002.p.165-184.
11. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Devel Psycho Mon* 1971;4(1-2):1-103.
12. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescents competence and substance use. *J Earl Adolesc* 1991;11(1):59-95.
13. Baxi R, Sharma M, Roseby R, Polnay A, Priest N, Waters E et al. (Eds). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Co Data Syst Rev* 2014;3:1736-1746.
14. Beatty SE, Cross DS, Shaw TM. The impact of a parent-directed intervention on parent-child communication about tobacco and alcohol. *Drug Alco Rev* 2008; 27-6:591-601.
15. Beck F, Guignard R, Richard JB. Epidemiological news in cannabis. *Rev Prat* 2013;63(10):1420-1424.
16. Behrman R, Kliegman RM, Jenson HalB. *Nelson TextBook of Pediatrics*: 16yh edition; 1999.
17. Beresnevičienė D, Baniienė L. Tėvų ir vaikų sąveikos įtaka vaikų savivertei. *Ugdymo psichologija*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas, 2000;3(1).p.11-20.
18. Berman AL, Schwartz RH. Suicide attempts among adolescent drug users. *Am J Dis Child* 1990;144:310-40.
19. Bertelloni S. Factors influencing adolescent risk-taking behavior. *Ped Adolesc* 2003;29:247-253.
20. Byrne KK, Haddock CK, Poston WS. Parenting style and adolescent smoking. *J Adoles Health* 2002;30(6):418-425.

21. Blebienė A. Lietuvos gyventojai ir šeima per 18 atkurtos nepriklausomybės metų (1990 – 2007 m.). Kaunas: 2008.
22. Bohnert KM, Anthony JA, Breslau N. Parental monitoring at age 11 and subsequent onset of cannabis use up to age 17: Results from a prospective study. *J Stud Alco Drugs* 2012;73:173–177.
23. Borawski EA, Ievers-Landis C, Lovegreen LD, Trapl ES. Parental monitoring, negotiated unsupervised time and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 2003;33:60–70.
24. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psych* 1989; 22(2):723-742.
25. Bronte-Tinkew J, Moore KA, Carrano J. The father-child relationship, parenting styles and adolescent risk behaviors in intact families. *J Fam Issues* 2006;27(6):850-881.
26. Brook JS, Whiteman M, Finch S, Cohen P. Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: adolescent personality and social-environmental antecedents. *J Ge Psych* 2000;161(1):37-51.
27. Brooks F, Tabak I, Zaborskis A, Granado D, Alcón M, Zemaitiene N, de Roos S et al.(Eds). Family Culture. In: Health Behaviour in School-aged Children Study: a World Health Organization Cross-National Study. Internal Research Protocol for the 2013/2014 Survey. Section 2 Part 2. Scotland: University of St. Andrews; 2013. p. 97-113.
28. Bulotaitė L. Narkotikai ir narkomanija. Iliuzijos ir realybė. Vilnius: Tyto alba; 2004.
29. Bulotaitė L. Rizikingas elgesys: samprata, paplitimas, veiksniai. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2014
30. Burrows S, Laflamme L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2010;17(1):23-40.
31. Campos RC, Mesquita C. Testing a model of suicidality in community adolescents: a brief report. *J Child Adolesc Behav* 2014; 2(4):100-147.
32. Carballo RS, Giovino GA, Pechacek TF. Self-reported cigarette smoking vs. serum cotinine among U.S. adolescents. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(1):19-25.
33. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* 2009;21(5):613-619.
34. Chau K, Kabuth B, Chau N. Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *Biomed Res Int.* 2014;1452-1463.
35. Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, Tian B, Hu J, Chen D. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child Care Health Dev.* 2009;35(3):313-322.
36. Chilcoat HD, Anthony JC. Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2006; 35: 91–100.
37. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alco Alcoholism* 2008;43(1):73–80.
38. Clark LS. Parental mediation theory for the digital age. *Comm Theory* 2011; 21(4):323–343.
39. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Ped* 2004;(3):368-75.
40. Colman AM. Dictionary of Psychology.(3rd ed.).Oxford: Oxford University Press; 2006.

41. Connor Gorber S, Schofield-Hurwitz S, Hardt J, Levasseur G, Tremblay M. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine Tob Res* 2009;11(1):12-24.
42. Crawford LA, Novak KB. Parent-child relations and peer associations as mediators of the family structure-substance use relationship. *J Family Issues* 2008;29(2):155-184.
43. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Currie D, Pickett W, et al. (Eds). *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: WHO/Europe; 2008. (Health Policy for Children and Adolescents, No.5.)
44. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med* 2008;66(6):1429-36.
45. Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith R, et al. (Eds.). *Health behaviour in school-aged children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh; 2001.
46. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. (Eds). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
47. Čaplinskas S. Lietuvos moksleivių psichotropinių medžiagų (narkotikų) vartojimo, pasekmių ir priežastinių ryšių tyrimas. *Sveikatos mokslai* 2013;23(2):43-48
48. Čekanavičius V, Murauskas G. *Statistika ir jos taikymai. II*. Vilnius:TEV;2002.
49. Černiauskiene M. Apie priklausomybę sukeliančias medžiagas ir jų vartojimo prevenciją ugdymo institucijose. Vilnius: UAB „Efrata“; 2001.
50. Danielsson AK, Romelsjö A, Tengstrom A: Heavy episodic drinking in early adolescence: gender-specific risk and protective factors. *Subst Use Misuse* 2011, 46(5):633–643.
51. Davidavičienė A G. Ar paauglių narkotikų vartojimas yra problema? ESPAD tyrimų medžiaga. Vilnius; 2003.
52. Davidson L, Linnoila M. *Risk factors for youth suicide*. NY: Routledge, Taylor and Francis Group; 2011.
53. Del Carmen M, Alcón G, Pedersen JM, María A, González C. Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behavior. *Inter J Circump Health* 2002; 61:327-338.
54. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2005;17(4):460-500.
55. Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Marni C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Ital J Pediatr* 2015;41:49.
56. Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S, Hillemecher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics* 2014;14:113.
57. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Fulkerson JA, Story M: Family meals and substance use: is there a long-term protective association? *J Adolesc Health* 2008, 43(2):151–156.

58. Elgar FJ, Roberts C, Parry-Langdon N., Boyce W. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *Eur J Public Health* 2005; 25(3): 245-50.
59. Erguder T, Soydal T, Ugurlu M, Cakir B, Warren CW. Evaluation of the use of global youth tobacco survey (GYTS) data for developing evidence-based tobacco control policies in Turkey. *BMC Public Health* 2008;8:189-196.
60. Erguder T, Soydal T, Ugurlu M, Cakir B, Warren CW. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. *Soz Prev Med* 2006;51(2):91-8.
61. European Health for All Database (HFA-DB) . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2014. Available at: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
62. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos protokolai Nr. 75 (Žin., 2000, Nr. 96-3016).
63. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescents' parent and peer relationships. *Adolesc* 2002;37(145):121-130.
64. Fletcher AC, Jefferies BC. Parental mediators of associations between perceived authoritative parenting and early adolescent substance use. *J Early Adolesc* 1999;19(4):465-487.
65. Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental influences on adolescent problem behaviour: revisiting Stattin and Kerr. *Child Dev* 2004;75:781-796.
66. Fotti SA, Katz LY, Afifi TO, Cox BJ. The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Can J Psych* 2006;51(11):698-703.
67. Francis LJ, Mullen K. Denominational and sectarian influence on adolescent attitude towards drug use in England and Wales. *J Alco Drug Educ* 1997;42(3):81-96.
68. Fuller-Thomson E, Dalton AD. Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: findings from a representative Canadian community survey. *Psych Res* 2011;187(1-2):150-5.
69. Garcia C, Skay C, Sieving R, Naughton S, Bearinger LH. Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among latino students. *J Sch Health* 2008;78(9):487-495.
70. Garmiene A, Zemaitiene N, Zaborskis A. Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health* 2006;23:6:287.
71. Garmienė A, Žemaitienė N, Zaborskis A. Šeimos struktūra bei tėvų ir vaikų bendravimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2004;8(11):708-712.
72. Garmienė A, Žemaitienė N, Zaborskis A. Tėvų ir vaikų konfliktai, jų reikšmė vaiko savijautai šeimoje bei priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimui. *Visuomenės sveikata* 2006,2(33):32-36.
73. Garnefski N, Diekstra RF. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: Emotional problems and suicide attempts. *J Adolesc* 1997;20:201-208.
74. Gart R, Kelly S. How Illegal Drug use, alcohol use, tobacco use and depressive symptoms affect adolescent suicidal ideation: A secondary analysis of the 2011 youth risk behavior survey. *Issues Ment Health Nurs* 2015;36(8):614-620.
75. Geckova A, Van Dijk JP, Groothoff JW, Post D. Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Soz Prev Med* 2002;47:233-239.
76. Goodman E, Huang B. Socio-economic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:448-453.

77. Grabauskas V, Zaborskis A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvenamosios pokyčiai 1994-2002 metais. *Medicina* 2004;40(9):884-890.
78. Granado MC, Pedersen JM. Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2001;60:52-63.
79. Gregory RG, Hunter B. The macro economy and the growth of ghettos and urban poverty in Australia, The national Press Club Telecom Address (Discussion Paper No. 325), Canberra: Centre for Economic Policy Research, Australian National University;1995.
80. Griebler R, Molcho M, Samdal O, Inchley I, Dur W Currie C et al.(Eds). Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study. Research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna: LBIHPR and Edinburgh:CAHRU. Available from: URL: <http://www.hbsc.org>.
81. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med* 2003;56(1):41-52.
82. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Diaz T, Miller NL. Parenting practices as predictors of substance use, delinquency and aggression among urban minority youth: moderating effects of family structure and gender. *Psych Addict Behav* 2000;14:174-184.
83. Griškaitytė S. Vienuoliktokų priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo ir aplinkybių šeimoje sąsajos. Magistro baigiamasis darbas. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas; 2008.
84. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Turrisi R, Johansson M. Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. *Am J Public Health* 2005;95(5):894-899.
85. Gurevičius M. Psichoaktyvių medžiagų paplitimo tyrimų apžvalga. Vilnius, Narkotikų kontrolės departamentas, 2006. Prieiga per internetą: www.nkd.lt.
86. H. de Leeuw RN, Scholte RHJ, Harakeh Z, J. van Leeuwe JF and Engels RCME. Parental smoking specific communication, adolescents' smoking behavior and friendship selection, *J Youth Adolesc* 2008;37(10):1229-1241.
87. Hayes L, Smart D, Toumbourou JW, Sanson A. Parenting influences on adolescent alcohol use. Research report no. 10, Australian Institute of Family Studies; 2004.
88. Hammond SK. Global patterns of nicotine and tobacco consumption. *Handbook of Experimental Pharmacology*; 2009;192:3-38. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373(9672):1372-1381.
90. Health Behaviour in School-aged Children (2009-2010). A World Health Organization Collaborative Cross-national Study, 2010. Available at: <http://www.hbsc.org> (2009/2010 protocol for the internal use only).
91. Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study. 2016. Available at: <http://www.hbsc.org>.
92. Health Behaviour in School-aged Children. HBSC Protocol for 2001/02 Survey. Available at: https://drive.google.com/a/hbsc.org/folderview?id=0B1Zk_rFSVsyDbnNmVTJaYVZ4STg&usp=sharinig.
93. Health indicators of Lithuania (including ECHI). Health information centre, Institute of Hygiene. Available at: <http://sic.hi.lt/webdps/index.php?lang=en>.
94. Hetherington EM, Clingempeel WG. Coping with marital transitions: a family systems perspective. *Monogr Soc Res Child Dev* 1992;57:2-3.

95. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlstrom S, Balakireva O, Kokkevi A et al.(Eds.) The 2003 ESPAD report – alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Swedish Council for information on alcohol and other drugs CAN and Council of Europe (Pompidou group). Stockholm; 2004. Available at: http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf
96. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A et. al. (Eds.). The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries.
97. Honawar V. Student drug use. *Educ Week* 2005;25(1):17–25.
98. Horton EG. Effects of family factors on the development of alcohol-related problems among males from pre-adolescence to adulthood. *Florida Public Health Rev* 2006;3:26-34.
99. Hublet A, De Bacquer D, Valimaa R, Godeau E, Schmid H, Rahav G, Maes L. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health* 2006;6:280.
100. Hummel A, Shelton KH, Heron J, Moore L, van den Bree MB. A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addict* 2013;108(3):487-496.
101. Hung CC, Yen LL, Wu WC: Association of parents' alcohol use and family interaction with the initiation of alcohol use by sixth graders: A preliminary study in Taiwan. *BMC Public Health* 2009;9:172.
102. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al. (Eds.) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour i School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. (Health policy for children and adolescents, No.7). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2016.
103. Yeh M Y, Chiang IC, Huang SY. Gender differences in predictors of drinking behavior in adolescents. *Addict Behav* 2006;31:1929–1938.
104. Jackson C. Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *J Adolesc Health* 2002;31(5):425-432.
105. Jaruševičienė L, Valius L, Veryga A, Žemaitis M. Paauglių ir šeimos narių elgsenos sąsajos su medžiagų, sukeliančių priklausomybę, vartojimu paauglystėje. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2009; tomas XIII(4): 216-222.
106. Jeremy WL, Farhat T, Wang I, Simons-Morton BG. Social – demographic variability in adolescent substance use: mediation by parents and peers. *Prev Sci* 2009;10(4):387-396.
107. Jessor R. Adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991;12:507-605.
108. Jones G, Chen X, Stanton B, Dinaj-Koci V, Deveaux L, Lunn S, Brathwaite N, Gomez MP. Parental monitoring and risky behavior in Bahamian youth. *Inter J Child Youth Family Studies* 2012;4:376–395.
109. Jovaiša L. Enciklopedinis edukologijos žodynas. Vilnius; 2007.
110. Ju-Yu Y, Cheng-Fang Y, Cheng-Chung Ch, Sue-Huei Ch, Chih-Hung K. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyber Psych Behav* 2006;10(3):323-329.
111. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. (Žin., 1995, Nr. 60-1501).

112. Juškeliėnė V, Ustilaitė S. Skirtingų Lietuvos edukacinių kontingentų rūkymo įpročių socialinės prielaidos. Ugdymo proceso problemos. Prieiga per internetą: <http://etalpykla.lituanistikadb.lt/fedora/objects/LT-LDB-0001:J.04~2004~1367176543050/datastreams/DS.002.0.01.ARTIC/content>
113. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa; 1999.
114. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, et al. (Eds). Youth risk behavior surveillance. United States-2013. MMWR Surveillance Summaries. 2014;63(4):1-172.
115. Keijsers L, Loeber R, Branje S, Meeus W. Bidirectional links and concurrent development of parent-child relationships and boys offending behavior. J Abnormal Psych 2011;120(4):878–889.
116. Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse and dependence in the United States population. Drug Alco Depend 2008;93(1-2):21-29.
117. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. Arch Suicide Res 2008;12(3):181-196.
118. Kondrotaitė G. Socialinės rizikos šeimos Lietuvoje: atvejo studija. Filosofija. Sociologija;2006;4:55-60.
119. Kosterman R, Hawkins JD, Spoth R, Haggerty KP, Zhu KM. Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from preparing for the drug free years. J Com Psych 1997;25:337-352.
120. Kregždienė I. Šeimos ir mokyklos bendradarbiavimas sprendžiant vaiko problemas. Projekto medžiaga. Vilnius;2007.
121. Kumpfer KL, Smith P, Summerhays JF. A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? Substances Use Misuse 2008;43(8-9):978-1001.
122. Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use: a systematic literature review. Clin Psychol Rev 2016;45: 89-101.
123. Kvieskienė G. Pozityvioji socializacija. Vilnius; Vilniaus Pedagoginis Universitetas; 2005.
124. Lamis DA, Malone PS, Langhinrichsen-Rohling J, Ellis TE. Body investment, depression and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. Crisis 2010;31(3):118-127.
125. Lamontagne Y. Būti tėvais pamišusiame pasaulyje. Vilnius: Tyto alba; 2001.
126. Law BM, Shek DT. A Six-year longitudinal study of self-harm and suicidal behaviors among Chinese adolescents in Hong Kong. J Pediatr Adolesc Gynecol 2015;15:1083-3188.
127. Lenčiauskienė I, Zaborskis A. The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. Scand J Public Health 2008;36(6):607-618.
128. Lenčiauskienė I. Paauglių rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotinių medžiagų vartojimo sąsajos su individo, mokyklos ir šalies veiksniais. Daktaro disertacija. Kauno medicinos universitetas. Kaunas, 2009.
129. Leonavičius J. Sociologijos žodynas. Vilnius: Academia; 1993.
130. Leventhal T, Brooks-Gunn J. Changes in neighborhood poverty from 1990 to 2000 and youth's problem behaviors. Develop Psych 2011;47(6):1680–1698.

131. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ* 2010;110(3):152-158.
132. Liepuonius A. *Psichologiniai auklėjimo stiliai*. Vilnius: Švietimo naujovės;1998. p.24-27.
133. Lietuvos Respublikos Civilinis kodeksas: penktoji laida. Vilnius; 2006. p. 984.
134. Lietuvos Respublikos Konstitucija – 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas. Vilnius; 2005. p. 212.
135. Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas. (Žin., 1997;30-711, 2003;38-1712).
136. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl valstybinės šeimos politikos koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 69-2624).
137. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl valstybinės šeimos politikos koncepcijos patvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 10-1569).
138. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašų patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 4-113).
139. Lietuvos sveikatos programa. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija; 1998.
140. Lintonen T, Rimpela M, Vikat A, Rimpela A. The effect of societal changes on drunkenness trends in early adolescence. *Health Educ Res* 2000;15:261-269.
141. Litrownik AJ, Elder JP, Campbell NR, Ayala GX, Slymen DJ, Parra-Medina D, et al. (Eds). Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: promoting the protective factor of parent-child communication. *Prev Med* 2000;31:124-133.
142. Liu Y, Wang M, Tynjälä J, Villberg J, Lv Y, Kannas L. Socioeconomic inequalities in alcohol use of adolescents: the differences between China and Finland. *Int J Public Health* 2013;58(2):177-185.
143. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psych Res* 2013;206(2-3):273-281.
144. Loke AY, Mak YW. Family process and peer influences on substance use by adolescents. *Intern J Envir Res Public Health* 2013;10(9):3868-3885.
145. Luk JM, Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addict Behav* 2010;35:426-431.
146. Lūžaitė-Kajėnienė J. Šiuolaikinė šeima: tendencijos. 2015. Prieiga per internetą: <http://www.bernardinai.lt/straipsnis/2015-05-15-jurga-luzaitė-siuolaikine-seima-tendencijos/94216>.
147. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, Mussen PH, et. Al. (Eds.). *Handbook of child psychology* 2009;4:97-102.
148. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM. (Ed.), Mussen PH. (Series Ed.). *Handbook of child psychology*, 4^a ed., Wiley, New York, 1983;4:1-102.
149. Mark L, Samm A, Tooding LM, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A, et al. (Eds.) Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. An HBSC study on school children in Estonia, Lithuania, and Luxembourg. *Crisis* 2013;34(1):3-12.
150. Mažeikienė V. Uždarbiauti išvykusių tėvų netektis atžalai kelia sielvartą ir baimę dėl ateities. *Klaipėda*; 2007.

151. McArdle P, Wiegiersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M et al. (Eds.). European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction* 2002;97:329-336.
152. Mikalajūnaitė R. Fizinės baismės šeimoje – tradicinis vaikų auklėjimo būdas. Ar teišis stipresnis? Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Smurto prieš vaikus apžvalga Lietuvoje. Vilnius;1999:8-12.
153. Miller-Day MA. Parent-adolescent communication about alcohol, tobacco and other drug use. *J Adolesc Res* 2002;17(6):604–616.
154. Miškinis K. Šeima žmogaus gyvenime. Kaunas: Aušra, 2003.
155. Myers DG. *Psichologija*. Kaunas: Poligrafija ir informatika; 2000.
156. Mocevičienė R. Lietuvos moksleivių mityba ir jos socialiniai-ekonominiai netolygumai. Daktaro disertacija. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2015.
157. Morrish J, Kennedy P, Groff P. Parental influence over teen risk-taking: A review of the literature. Toronto: Smartrisk; 2011.
158. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005. Nacionalinė sveikatos taryba. Vilnius; 2006.
159. Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 metinis pranešimas. Vilnius; 2013.
160. Narkotikų teismai JAV: patirtis ir reikšmė kompleksiniam narkomanijos gydymui. Tarptautinis mokslinis-praktinis seminaras. Vilnius; 2005.
161. Navaitis G. *Psichologinis šeimos konsultavimas: teorijos ir metodai*. Vilnius, 2002.
162. Newell S, Girgis A, Sanson-Fisher R. The accuracy of selfreported health behaviors and risk factors relating to cancer and cardiovascular disease in the general population: a critical review. *Am J Prev Med* 1999;17:211-229.
163. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Latinoam Enfermagem* 2008;16(1):142-150.
164. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-154.
165. Offer S. Family time activities and adolescents' emotional well-being. *J Marriage Family* 2013;75:26-41.
166. Oman RF, Vesely SK, Tolma E, Aspy CB. Does family structure matter in relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use? *J Res Adoles* 2007;17(4):743–766.
167. Onishi K. Risk factors and social background associated with suicide in Japan: A review. *Jpn Hosp* 2015;(34):35-50.
168. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *J Clin Psychol* 2012;68(3):349-361.
169. Paschall MJ, Flewelling RL, Russell T. Why is work intensity associated with heavy alcohol use among adolescents? *J Adolesc Health* 2004;34(1):79–87.
170. Pastavkaitė G. Jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų psichinė sveikata ir sąsajos su socialiniais veiksniais. Daktaro disertacija, KMU, Kaunas;2005.
171. Patock-Peckham JA, Cheong J, Balhorn ME, Nagoshi CT. A social learning perspective: a model of parenting styles, self-regulation, perceived drinking control and alcohol use and problems. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25(9):1284-1292.
172. Perry CL, Williams CL, Komro KA, Veblen-Mortenson S, Stigler MH, Munson KA et al.(Eds.). Project Northland: long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Educ Res* 2002;17(1):117-132.

173. Petrauskienė A, Zaborskis A. Aukime sveiki. Sveikatos ugdymas vaikų darželyje. Auklėtojos knyga. Kaunas: Leidykla „Farmacija“; 2000.
174. Petrulytė A, Jaunesniojo paauglio socialinė raida. Presvika; 2003.
175. Philipov D. Major trends affecting families in Central and Eastern Europe. Included in Major Trends Affecting Families: A Background Document, Report for United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, Program on the Family, 2003. Available at: <http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtphilipov.pdf>.
176. Piko BF, Balázs MÁ. Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addict Behav* 2012;37(3):353-356.
177. Piko BF, Kovács E. Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addict Behav* 2010;35(1):53-56.
178. Pokhrel P, Unger JB, Wagner KD, Ritt-Olson A, Sussman S. Effects of parental monitoring, parent-child communication and parents' expectation of the child's acculturation on the substance use behaviors of urban, Hispanic adolescents. *J Ethnicity Sub Abuse* 2008;7:200-213.
179. Prattala R, Helakorpi S, Sipila N, Sippola R, Saaksjarvi K. Social determinants of health behaviours – Finbalt Health Monitor 1998–2008. Report 25/2011. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2011. Available from: URL: <http://www.thl.fi/finbalt>.
180. Psichologijos žodynas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla; 1993.
181. Rajeckas V. Ugdymo tikslai ir uždaviniai. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas; 2002.
182. Ramanauskienė D. Tėvų ir vaikų bendravimas – sėkmingo vaikų ugdymo(si) sąlyga. Respublikinė mokslinė-praktinė konferencija. Prasmingas dialogas su ugdytinių tėvais – vaiko sėkmingos socializacijos prielaida; Panevėžys.
183. Recker A. Examining the father-child relationship: intact vs. not intact families and child. Outcomes of Academic Performance, Conduct and Self-Esteem. Available at: <http://psych.hanover.edu/research/thesis07/ReckerPaper.pdf>.
184. Rice FP. Human development: a life-span approach – 4th ed.; 2001.
185. Richter M, Leppin A, Gabhainn SN. The relationship between parental socio-economic status and episodes of drunkenness among adolescents: findings from a cross-national survey. *BMC Public Health* 2006;6:284-289.
186. Richter M, Vereecken CA, Boyce W, Maes L, Gabhainn SN, Currie CE. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health* 2009;54(4):203-212.
187. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, Nic Gabhainn S, et al. (Eds.). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health* 2009;54(2):140-150.
188. Rosnati R, Iafrate R, Scabini E. Parent-adolescent communication in foster, inter-country adoptive and biological Italian families: gender and generational differences. *Intern J Psych* 2007;42:36-45.
189. Sameroff AJ, Peck SC, Eccles JS. Changing ecological determinants of conduct problems from early adolescence to early adulthood. *Devel Psych* 2004;16(4):873-896.
190. Samm A, Tooding LM, Sisask M, Kõlves K, Aasvee K, Värnik A. Suicidal thoughts and depressive feelings among Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19(5):457-468.

191. Scheer SD, Borden LM, Donnermeyer JF. The Relationship between family factors and adolescent substance use in rural, suburban and urban settings. *J Child Fam Studies* 2000;9(1):105-115.
192. Seliokienė, L. Šeimios pedagogika. Marijampolė; 2004.
193. Shortt AL, Hutchinson DM, Chapman R, Toumbourou JW. Family, school, peer and individual influences on early adolescent alcohol use: first-year impact of the Resilient Families programme. *Drug Alco Rev* 2007;26(6):625-634.
194. Sieverding JA, Adler N, Witt S, Ellen J. The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159(8):724–729.
195. Silburn S, Zubrick SR, Garton A, Gurrin L, Burton P, Dalby R, Carlton J, Sheperd C, Lawrence D. Fetal growth and subsequent mental health problems in children aged 4 to 13 years. *Dev Med Child Neurology* 2000;42:14–20.
196. Simons-Morton B, Haynie DL, Crump AD, Eitel SP, Saylor KE. Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Educ Behav* 2001;28(1):95-107.
197. Simons-Morton B: Prospective association of peer influence, school engagement, drinking expectancies and parent expectations with drinking initiation among sixth graders. *Addict Behav* 2004, 29(2):299–309.
198. Sleddens EF, O'Connor TM, Watson KB, Hughes SO, Power TG, Thijs C, De Vries NK, Kremers SP. Development of the comprehensive general parenting questionnaire for caregivers of 5-13 year olds. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014;11:15.
199. Small SP, Kushner KE, Neufeld A. Dealing with a latent danger: parents communicating with their children about smoking Hindawi Publish Corpora Nur Res Prac 2012;10:15-21.
200. Smetana JG, Daddis C. Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: the role of parenting beliefs and practices. *Child Dev* 2002;73(2): 563–580.
201. Sniečkutė M. Nepilnamečių nusikalstamumas ir šeima. Prieiga per internetą: http://www.sociumas.lt/Lt/Nr16/nepilnamec_iai.asp.
202. Soenens B, Vansteenkiste M, Luyckx K, Goossens L. Parenting and adolescent problem behavior: an integrated model with adolescent self-disclosure and perceived parental knowledge as intervening variables. *Dev Psychol* 2006;42(2):305-318.
203. Stankūnienė V, Eidukienė V, Gruževskis B. ir kt. Paramos šeimai politika. Samprata ir patyrimas. Vilnius; 2001.
204. Starkuvienė S, Zaborskis A. Lietuvos moksleivių nelaimingų atsitikimų ir gyvenamosios veiksmų sąsaja. *Medicina* 2005;41(1).
205. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Dev* 2000;71(4): 1072-1085.
206. Steer RA, Rissmiller DJ, Ranieri WF, Beck AT. Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. *Behav Res Ther* 1993;31(2):229–36.
207. Steinberg L, Fletcher A, Darling N. Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Ped* 2004;93:1060–1064.
208. Strandheim A, Holmen TL, Coombes L, Bentzen N. Alcohol intoxication and mental health among adolescents – a population review of 8983 young people, 13–19 years in North-Trøndelag, Norway: the Young-HUNT Study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2009;3:18.
209. Strukcinskiene B, Andersson R, Janson S. Suicide mortality trends in young people aged 15 to 19 years in Lithuania. *Acta Ped* 2011;100(11):1476-1480.

210. Sullivan EM, Annett JL, Simon TR, Luo F, Dahlberg LL; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicide trends among persons aged 10-24 years-United States, 1994-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2015;64(8):201-205.
211. Sveikata 21. Sveikata visiems XXI amžiuije. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija; 2000.
212. Sweeney MM. Stepfather families and the emotional well-being of adolescents. *J Health Soc Behav* 2007;48(1):33-49.
213. Širvytė D, Zaborskis A. Paauglių sveikatai žalinga elgsena ir jų bendravimas su tėvais. Kurio iš tėvų vaidmuo svarbesnis? Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2011;15(3):179-184.
214. Šumskas L, Zaborskis A, Grabauskas V. Social determinants of smoking, alcohol and drug use among Lithuanian School-aged children: results from 5 consecutive HBSC surveys, 1994-2010. *Medicina* 2012;48(11):595-604.
215. Šumskas L, Zaborskis A. Alcohol consumption in Lithuanian school – aged children during 1994–2002. *Medicina* 2004;40(11):1117–23.
216. Tabak I, Mazur J, Alcón MDCG, Orkenyi A, Zaborskis A, Aasvee K, Moreno C. Examining trends in parent-child communication in Europe over 12 years. *J Early Adoles* 2012; 32(1):26-54.
217. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Institutes of Health Public Health Service U.S. Department Of Health and Human Services. The alcohol and other drug thesaurus. A guide to concepts and terminology in substance abuse and addiction. 3rd ed. 2000. Available at: <http://etoh.niaaa.nih.gov/aodvol1/titlepage.htm>
218. Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Coch Database Syst Rev* 2007;(1):231-240.
219. Throckmorton-Belzer L, Tyc VL, Robinson LA, Klosky JL, Lensing S, Booth AK. Anti-smoking communication to preadolescents with and without a cancer diagnosis: parents and health care providers as important communicators. *Children Health Care* 2009;38(4):283–300.
220. Todd J, Smith R, Levin K, Inchley J, Currie D, Currie C. Family structure and relationships and health among schoolchildren. HBSC Briefing Paper 12. University of Edinburgh; 2007;15:69-81.
221. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. U.S. Teens in Our World Rockville, Maryland: Available at: http://www.mchb.hrsa.gov/mchirc/_pubs/us_teens/main_pages/ch_3.htm.
222. Urbonienė G. Prarastieji vaikai: Emigrantų paliktų vaikų dalia. Vilnius: Lietuvos vytyrys;(11);2006.
223. Vaitkevičiūtė V. Tarptautinių žodžių žodynas. Vilnius; 2001.
224. Van der Vorst H, Engels RCME, Meeus W, Dehovic M, Van Leeuwe J. The role of alcohol-specific socialization in adolescents drinking behaviour. *Addic* 2005;100: 1464-1476.
225. Varnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9(3):760-771.
226. Vereecken CA, Maes L, Bacquer D: The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviours among adolescents in Belgium. *J Adolesc Health* 2003;34:330-338.
227. Vermeulen-Smit E, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. The role of general parenting and cannabis-specific parenting practices in adolescent cannabis and other illicit drug use. *Drug Alcohol Depend* 2015;147:222-228.

228. Visser L, Winter FA, Reijneveld SA, Andrews JA, Hampson S, Barckley M. The effect of subjective normative social images of smokers on children's intentions to smoke. *NIH Public Access. Nicotine Tob Res* 2008;10(4):589–597.
229. Visser L, Winter FA, Reijneveld SA. The parent–child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health* 2012;12:886.
230. Wan GW, Leung PW. Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: a model building. *J Adolesc* 2010;33(5):575–582.
231. Wasserman D, Qi Cheng, Guo-Xin Jiang. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psych* 2005;4(2):114–120.
232. WHO. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
233. Williams LR, Ayers S L, Garvey MM, Marsiglia F. Efficacy of a culturally based parenting intervention: strengthening open communication between Mexican-Heritage parents and adolescent children. *J Society Soc Work Res* 2012;3:296–307.
234. Williams SK, Kelly FD. Relationships among involvement, attachment and behavioral problems in adolescence: examining father's influence. *J Early Adolesc* 2005;25:168–96.
235. Willoughby T, Hamza C. A longitudinal examination of the bidirectional associations among perceived parenting behaviors, adolescent disclosure and problem behavior across the high school years. *J Youth Adolesc* 2011;40(4):463–478.
236. Winnicot D.W. *Vaikas, šeima ir išorinis pasaulis*. Vilnius; 2000.
237. Zaborskis A, Cirtautienė L, Žemaitienė N. Moksleivių patyčios Lietuvos mokyklose 1994–2002 m. *Medicina* 2005;41(7).
238. Zaborskis A, Makari J. Lietuvos moksleivių gyvensena: raida 1994–1998 metais ir vertinimas tarptautiniu požiūriu. *Panevėžys: E. Vaičekausko leidykla*; 2001.
239. Zaborskis A, Makari J. Mokyklos ir šeimos aplinkos ryšys su moksleivių sveikata. *Vaičių pulmonologija ir alergologija*, 2000;3(2):829–838.
240. Zaborskis A, Šumskas L, Maser M, Pudule I. Trends in drinking habits among adolescents in the Baltic Countries over the period of transition: HBSC survey results, 1993–2002. *BMC Public Health* 2006;6:67.
241. Zaborskis A, Širvytė D. Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health* 2015;15(1):889.
242. Zaborskis A, Šumskas L, Žemaitienė N, Grabauskas V, Veryga A, Petkevičius R. Trends of smoking prevalence among Lithuanian school-aged children in 1994–2006. *Medicina* 2009;45(10):798–806.
243. Zaborskis A, Žemaitienė N, Garmienė A. Bendravimo su tėvais darba ir jos reikšmė paauglių elgsenai ir savijautai. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* 2005;9:169–174.
244. Zaborskis A, Žemaitienė N, Garmienė A. Vaikų ir tėvų santykių reikšmė sveikatai. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2005; Vilnius; 2006. p. 69–71.
245. Zaborskis A, Žemaitienė N, Šumskas L, Diržytė A. Moksleivių gyvenimo būdas ir sveikata. Vilnius: Švietimo ir mokslo ministerija, 1996.
246. Zaborskis A. Rūkymas, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimas paauglystėje. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas „Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados“. Vilnius, 2011. p.65–68.
247. Zambacevičienė E. P. Auklėjimo stiliaus šeimoje įtaka vaiko adaptacijai mokykloje/ Pradinis ugdymas. Nr. 2, 2002.p.79–83.

248. Žemaitienė N, Zaborskis A. Suicidal tendencies and attitude towards freedom to choose suicide among Lithuanian schoolchildren: results from three cross-sectional studies in 1994, 1998, and 2002. *BMC Public Health* 2005;5:83.
249. Žemaitienė N. Suicidinių polinkių turinčių Lietuvos paauglių psichosocialiniai ypatumai ir jų pokyčiai 1994-1998 metais. Daktaro disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas, 2000.
250. Žukauskienė R, Kalinauskienė R, Sirvydytė A. ir kt. Apie vaikų pyktį, baimę, nepasitikėjimą ir svajones. Vilnius: Žvirblių takas. 1999.p.2-12.
251. Žukauskienė R, Malinauskienė O. Skirtumai tarp lyčių, prognozuojant elgesio ir emocinius sunkumus paauglystėje pagal asmenybės bruožus ir tėvų auklėjimo stilių. *Psichologija* 2008;38:63-83.
252. Žukauskienė R. Raidos psichologija. Vilnius: Margi raštai; 2002.

PUBLIKACIJOS

Sąrašas straipsnių, kuriuose skelbiami disertacijos rezultatai

1. ŠIRVYTĖ D, ZABORSKIS A. Paauglių sveikatai žalinga elgsena ir jų bendravimas su tėvais. Kurio iš tėvų vaidmuo svarbesnis? Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. ISSN 1392-3218. 2011;15(3): 179-184.
2. ZABORSKIS A, ŠIRVYTĖ D. Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014. BMC Public Health. ISSN 1471-2458. 2015;15(1):1-12.
3. ŠIRVYTĖ D. Vaikų ir tėvų bendravimo šeimoje stiprinimas – pirmas žingsnis į sėkmingą paauglio žalingos elgsenos prevenciją: sisteminė straipsnių apžvalga. Visuomenės sveikata. ISSN 1392-2696. 2015; 4(71): 62-66.
4. ZABORSKIS A, ŠIRVYTĖ D, ŽEMAITIENĖ N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. BMC Public Health. ISSN 1471-2458. 2016;16(1):1-15.

Kitos publikacijos

1. ARGUSTAITĖ-ZAILSKIENĖ G, ZABORSKIS A, VAIČIŪNAS T, ŠIRVYTĖ D. Suicidiškumas ir lytiniai santykiai tarp 15 metų moksleivių. XI jaunųjų mokslininkų psichologų konferencija „Psichologiniai tyrimai tarptautiniame kontekste: jaunojo mokslininko vaidmuo“ pranešimų santraukų leidinys. Vilniaus universiteto leidykla, 2015. ISBN 9786094595004. p. 9-9.
2. ŠIRVYTĖ D, ZABORSKIS A. Sutrikęs paauglių bendravimas su tėvais didina alkoholio vartojimo riziką. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2014. Vilnius; 2014. p. 65-67.

Sąrašas konferencijų, kuriuose skelbiami disertacijos rezultatai

- 2014 m. balandžio 27–28 d. Ukmergėje. Comenius Regio partnerysčių projekto tarptautinėje konferencijoje „Aktyvūs vaikai – sveiki piliečiai“. Skaitytas pranešimas: „Mokinių gyvensena ir jos problemos“.
- 2015 m. liepos 22 d. Ukmergėje. Comenius Regio partnerysčių projekto tarptautinėje konferencijoje „Aktyvūs vaikai – sveiki piliečiai“. Nr. LLP-COM_RP-2013-LT-00008. Skaitytas pranešimas: „Mokinių ir jaunimo sveikatos situacija ir problemos Ukmergės rajone.“
- 2015 m. lapkričio 18 d. Kauno miesto savivaldybėje tarptautinėje konferencijoje „Paauglių svaigiųjų medžiagų vartojimas Kauno mieste“.

ir tarptautinės prevencijos perspektyvos“. Skaitytas pranešimas: „Psichoaktyvių medžiagų vartojimas tarp Kauno miesto ir rajono moksleivių“.

- 2016 m. balandžio 13 d. Ukmergėje tarptautinėje – praktinėje konferencijoje „Jaunimo sveikatos problemos ir jų sprendimo būdai“. Pagal Lietuvos Respublikos ir 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ priemonę „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse prienamumo ir kokybės gerinimas įdiegiant jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį“. Skaitytas pranešimas: „Žalingos sveikatai gyvenamosios aplinkos paplitimas Ukmergės rajone“.
- 2016 m. birželio 2–3 d. Mykolo Riomerio universitete tarptautinėje konferencijoje International Scientific Conference for Young Researchers „SOCIAL TRANSFORMATIONS IN CONTEMPORARY SOCIETY 2016“ (STICS 2016). Skaitytas pranešimas: „Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania“.

Paauglių sveikatai žalinga elgsena ir jų bendravimas su tėvais. Kurio iš tėvų vaidmuo svarbesnis?

HARMFUL HEALTH BEHAVIOUR OF ADOLESCENTS AND THEIR COMMUNICATION WITH PARENTS: WHICH OF THE PARENTS IS MORE RESPONSIBLE?

Dainora Širvytė, Apolinaras Zaborskis
LSMU Medicinos akademija



Santrauka

Tikslas – įvertinti, kiek paauglių rūkymui ir alkoholio vartojimui reikšmės turi sutrikęs bendravimas šeimoje su tėvu ir motina, kokie yra šio reiškinio lyčių skirtumai mūsų šalies sąlygomis. **Metodika.** Analizuoti Lietuvos mokinių anoniminės apklausos duomenys, surinkti 2006 m. kovo – balandžio mėn. vykdant tarptautinį mokyklinio amžiaus vaikų sveikatos ir gyvenimo tyrimą HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC*). Tyrimo dalyvavo 11, 13 ir 15 metų (5, 7 ir 9 klasių) mokiniai, atsitiktinės atrankos būdu atrinkti iš šalies bendrojo lavinimo mokyklų. Analizei panaudotos 5632 anketos. **Tyrimo rezultatai** parodė, kad 27,4 proc. paauglių gyvena pažeistos struktūros šeimose (ne su abiem tėvais). Sunkus bendravimas su tėvu nustatytas 41,3 proc. paauglių, sunkus bendravimas su motina – 20,1 proc. paauglių. Darnaus ir atviro bendravimo su tėvais stoka didino paauglių, ypač mergaičių, rūkymo ir svaiginimosi alkoholiu riziką. Kai kuriais atvejais šis poveikis pasireiškė stipriau nei vieno biologinių tėvų trūkumas šeimoje. **Išvada.** Už vaikų sveikos gyvenimo formavimą vienodai atsakingi abu tėvai – ir motina, ir tėvas, todėl tarpusavio darnos siekis šeimoje tarp sutuoktinių (skyrų prevencija) bei tarp tėvų ir vaikų (sveikatai žalingos elgsenos prevencija) turėtų tapti svarbiu šalies socialinės politikos siekiu.

Reikšminiai žodžiai: paaugliai, rūkymas, alkoholis, šeima, tėvų ir vaikų bendravimas.

Summary

The study was **aimed** to assess gender-specific variations in the associations between communication with father and mother, cigarette smoking and alcohol drinking in adolescents of Lithuania. **Methods.** Cross-sectional data were collected in March–April, 2006, by the methods of the international HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) study. The study was focussed on 11-, 13- and 15-year-old students (the fifth, seventh and ninth graders); they were randomly drawn from schools of general education in our country. 5632 questionnaires were used for analyze. **Results** of the present study show that 27.4% of adolescents live in not intact families (not with both parents). Difficulties to talk to their father were observed in 41.3% of adolescents, while difficulties to talk to their mother were observed in 20.1% of adolescents. The easy communication between parents and children, especially among girls, was protective against smoking and intoxication in alcohol. In some cases, this effect gets stronger than the lack of one of the biological parent in family. **Conclusion.** Both mother and father are responsible for their children in making healthy lifestyle. The pursuit of mutual harmony between the spouses in the family (divorce prevention), and between parent and their children (health damaging behaviour prevention) should become an important social policy challenge for the country.

Key words: adolescents, smoking, alcohol, family, parent – children communication.

Šeima yra vaiko asmenybės raidos ir socializacijos pagrindas [1]. Atviras, nuoširdus tėvų ir vaiko bendravimas laikomas svarbiu veiksmu, apsaugančiu paauglį nuo sveikatai žalingos

elgsenos, dažniausiai pasireiškiančios rūkymu bei alkoholinių gėrimų vartojimu [2]. Atlikti tyrimai rodo, kad sutrikęs vaiko bendravimas su tėvais, nenoras kalbėti apie jam iškilusias

Dainora Širvytė, LSMU MA Visuomenės sveikatos antro kurso magistrantė. Šis straipsnis – debiutas mokslinėje spaudoje. Taip pat dirba Ukmergės rajono savivaldybės Visuomenės sveikatos biure, visuomenės sveikatos stebėsenos ir vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialiste, Klaipėdos g. 19, Ukmergė. El. paštas d.sirvyte@gmail.com
 Prof. habil. dr. Apolinaras Zaborskis dirba LSMU MA Biomedicininii tyrimų institute vyriausiuoju mokslo darbuotoju ir vadovauja Socialinės pediatrijos laboratorijai. Profesorius taip pat dėsto LSMU MA Profilaktinės medicinos katedroje, yra daugelio magistrantų ir doktorantų mokslinis vadovas. Kartu su kolegomis tiria įvairias vaikų sveikatos problemas visuomenės sveikatos požiūriu, rengia ir įgyvendina vaikų sveikatos stiprinimo programas. Yra per 200 mokslinių straipsnių, vaikų sveikatos ugdymo vadovėlių autorius ir bendraautorius. Eivenių g. 4, 513 kab., 50009, Kaunas. El. paštas apolinaras.zaborskis@kmu.lt

problemas didina riziką vartoti psichotropines medžiagas [3], tuo tarpu kartu su tėvais praleistas laikas ir dažnas bendravimas su jais yra glaudžiai susiję su retesniu alkoholinių gėrimų ir tabako vartojimu [4]. Ryšium su tuo tėvų ir vaikų harmoningo bendravimo skatinimas yra keliamas kaip vienas svarbiausių psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijos uždavinių [5–7].

Daugelyje atliktų mokslinių tyrimų nustatytos sąsajos tarp tėvų ir vaikų bendravimo, paauglių rūkymo ir alkoholinių gėrimų vartojimo, tačiau tėvų lyties skirtumų reikšmė paauglių rizikingai elgsenai iki šiol kelia daug klausimų. Be to, naujausi tyrimai parodė, kad tėvo ir motinos vaidmens paaugliams linkstant rūkyti [8, 9] arba vartoti alkoholinius gėrimus [10–12] skirtumai pastebimi vis jaunesniame amžiuje. Deja, daugelis šiuo metu egzistuojančių alkoholio ir tabako vartojimo prevencijos programų nėra orientuotos pagal lytis ir neatsižvelgia į skirtingus tėvo ir motinos vaidmenis [13].

Mokslininkai jau yra atkreipę dėmesį į šių tyrimų spragą. Keletas tyrimų atlikta siekiant išsiaiškinti, kuris iš tėvų – tėvas ar motina turi lemiamos įtakos paauglių žalingai elgsenai [14–16]. Teigiama, kad šeimoje tėvas dažniausiai yra mažiau svarbus ir reikšmingas nei motina [17]. Be to, motina yra linkusi atviriau glaudrauti su savo vaikais nei tėvas [18]. Taip pat daugiau mergaičių nei berniukų jaučiasi blogai ir negali atvirai pasikalbėti apie iškilusias problemas su tėvu, ko nebūna bendraujant su motina [3]. Kita vertus, pastebėta, kad tėvo kontrolė ir emocinės paramos stoka yra labiau susijusi su paauglių mergaičių, o ne paauglių berniukų polinkiu į žalingą elgseną [15].

Taigi, tėvų ir vaikų atviras bendravimas yra vienas svarbesnių veiksnių, lemiančių tolesnę paauglių elgsenos raidą ir tarpasmeninius santykius, todėl tai galėtų būti vienas pagrindinių veiksnių, apsaugančių paauglius, ypač paaugles, nuo žalingos sveikatai elgsenos [5–7]. Todėl, tirdami tėvų ir vaikų bendravimą, iš esmės siekiame daugiau sužinoti, kaip efektyviai sumažinti vis labiau tarp paauglių įsigalintį rūkymą bei alkoholinių gėrimų vartojimą.

Lietuvoje sutrikusio tėvų ir vaikų bendravimo pasekmės paauglio gyvenimo raidai mažai tyrinėtoms, tačiau, remiantis mūsų anksčiau atliktais tyrimais, galima padaryti išvadą apie didelę šios problemos svarbą [19–21]. Atsižvelgę į pateiktus mokslo duomenis, išklėme šio tyrimo tikslą – įvertinti, kiek paauglių rūkymui ir alkoholinių gėrimų vartojimui reikšmės turi sutrikęs bendravimas šeimoje su tėvu ir motina, kokie yra šio reiškinio lyčių skirtumai mūsų šalyje.

TIRTŲJŲ KONTINGENTAS IR TYRIMO METODAI

Atliekant šį tyrimą, panaudoti Lietuvos mokinių apklausos apie jų sveikatą bei gyvenimą duomenys, surinkti 2006 m. kovo–balandžio mėn. įgyvendinant PSO koordinuojamą programą HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) [21–23]. Tyrimas vykdytas vadovaujantis tarptautiniu tyrimų protokolu [23].

Iš didžiųjų Lietuvos miestų ir rajonų arba savivaldybių atsitiktinės atrankos būdu buvo atrinktos 108 mokyklos, iš jų – 322 penktokų, septintokų ir devintokų klasės. Apklausa vyko klasėse, ją vedė klasių vadovai, vadovaudamiesi instrukcija. Mokiniai atsakė į anoniminės anketos klausimus. Tyrimų duomenys buvo perduoti į tarptautinį duomenų centrą, kur buvo patikrinta jų kokybė ir tolesnei analizei atrinkti 5632 respondentai, kurių amžius – buvo 11, 13 ir 15 metų, anketos. Tai sudarė apie 85 proc. tyrimui atrinktų mokinių skaičiaus.

Alkoholinių gėrimų vartojimas buvo vertinamas remiantis mokinių atsakymais į klausimą: „Ar kada nors buvai išgėręs tiek daug alkoholinių gėrimų, kad pasijutum apsvaigęs?“ Atsakydami į šį klausimą, mokiniai galėjo pasirinkti iš šių atsakymo variantų: „ne“, „niekada“; „taip“, „vieną kartą“; „taip, 2–3 kartus“; „taip, 4–10 kartų“; „taip daugiau nei 10 kartų“. Atliekant analizę, šis požymis buvo perkoduotas į dvi kategorijas: „nebuvo apsvaigęs“, jungęs pirmą ir antrą atsakymų variantus, ir „buvo apsvaigęs 2 ir daugiau kartų“, jungęs likusius variantus.

Paauglių rūkymui įvertinti buvo remtasi klausimu: „Ar dabar dažnai rūkai?“, kuriam atsakyti respondentai galėjo pasirinkti iš šių variantų: „kiekvieną dieną“; „mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kiekvieną dieną“; „rečiau nei kartą per savaitę“; „aš visai nerūkau“. Šio klausimo atsakymų variantai taip pat buvo suskirstyti į dvi kategorijas: „rūko“ (pirmieji trys atsakymų variantai) ir „nerūko“ (ketvirtasis atsakymo variantas).

Tėvų bendravimas šeimoje su vaikais buvo vertinamas remiantis mokinių atsakymais į klausimą: „Ar tau lengva kalbėtis su šiais žmonėmis (tėvu, motina) apie dalykus, kurie tau yra labai svarbūs ir tave jaudina?“ Galimi at-

sakymai į šį klausimą: „labai lengva“; „lengva“; „sunku“; „labai sunku“, kurie buvo persikirstyti į: „lengva“ ir „sunku“.

Analizuojant duomenis, taip pat atsižvelgta į tiriamųjų lytį, amžių, gyvenamąją vietą (miestas ar kaimas), šeimos struktūrą (gyvena su abiem ar ne su abiem biologiniais tėvais – nepažeista arba pažeista šeimos struktūra) bei šeimos socialinį ekonominį statusą (SES) (šis rodiklis buvo vertinamas trimis lygiais: žemas, vidutinis ir aukštas, remiantis metodika [24]).

Vertinant ryšį tarp priklausomų kintamųjų (rūkymo ir alkoholio vartojimo) ir rizikos veiksnių (sutrikęs bendravimas šeimoje su mama ar tėvu, pažeista šeimos struktūra, gyvenamoji vieta bei šeimos SES) buvo sudaromos susijusių požymių lentelės bei logistinės regresijos metodu apskaičiuoti galimybių santykiai (GS) ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI). Sutrikusio bendravimo šeimoje poveikis paauglių elgsenai vertintas tik tarp asmenų, gyvenančių su abiem tėvais. Tyrimo medžiaga analizuota naudojant SPSS 15.0 versijos statistinių duomenų analizės paketą.

REZULTATAI

Tarp tiriamųjų buvo 2905 (51,6 proc.) berniukai ir 2728 (48,4 proc.) mergaitės, kurie tolygiai buvo pasiskirstę į 11, 13 ir 15 metų amžiaus grupes (1 lentelė). Apklaustos duomenimis, 27,4 proc. tyrime dalyvavusių mokinių gyveno pažeistoje šeimoje (ne su abiem biologiniais tėvais). Žemo SES (neturtingose) šeimose gyveno 37,6 proc., o aukšto SES (turtingose) šeimose – 16,3 proc. respondentų. Santykis tarp miesto ir kaimo vietovėse gyvenančių respondentų buvo apytikriai lygus. Visų šių veiksnių skirtingai berniukų ir mergaičių grupėse reikšmingai nesiskyrė.

Vertinant paauglių bendravimą su tėvais, rasta, jog jis skiriasi tarp lyčių. Atsakydami į klausimą apie bendravimą su tėvu, kad bendrauti labai lengva ir lengva, berniukai pasirinko žymiai dažniau nei mergaitės (atitinkamai 68,6 ir 48,1 proc.; $p < 0,001$). Likusieji teigė, kad jiems sunku bendrauti su tėvu (31,4 proc. berniukų ir 51,9 proc. mergaičių). Bendravimą su motina paaugliai vertino palankiau nei bendravimą su tėvu, o skirtumas tarp berniukų ir mergaičių buvo ne toks ryškus: lengva bendrauti su motina nurodė 78,1 proc. berniukų ir 81,7 proc. mergaičių, sunku – 21,9 proc. berniukų ir 18,3 proc. mergaičių ($p > 0,05$). Paaugliams augant, nuo 11 iki 15 metų, nusiskundusių sunkiu bendravimu su tėvais dalis padidėjo apie du kartus (tarp berniukų – nuo 22,4 iki 40,2 proc.; tarp mergaičių – nuo 33,6 iki 62,8 proc.).

Rūkančių 11–15 metų paauglių dalis sudarė 14,9 proc. (17,3 proc. berniukų ir 12,5 proc. mergaičių; $p < 0,001$). Vidutiniškai kas ketvirtas

1 lentelė. Ištirtų berniukų ir mergaičių skirstiniai pagal nagrinėtus požymius, respondentų skaičius ir procentas

	Berniukai	Mergaitės	Iš viso
Lytis			
Mergaitės			2728 (48,4)
Berniukai			2904 (51,6)
Amžiaus grupė			
11 metų	951 (32,7)	913 (33,5)	1864 (33,1)
13 metų	1013 (34,9)	894 (32,8)	1907 (33,9)
15 metų	940 (32,4)	921 (33,7)	1861 (33,0)
Šeimos struktūra			
Abu tėvai	2047 (73,2)	1898 (72,6)	3943 (72,6)
Vienas iš tėvų	751 (26,8)	740 (27,4)	1491 (27,4)
Socialinis ekonominis šeimos statusas			
Žemas	998 (35,1)	1086 (40,1)	2084 (37,6)
Vidutinis	1313 (46,2)	1245 (46,0)	2558 (46,1)
Aukštas	529 (18,6)	376 (13,9)	905 (16,3)
Gyvenamoji vieta			
Miestas	1304 (45,0)	1279 (47,0)	2583 (45,97)
Kaimas	1594 (55,0)	1442 (53,0)	3036 (54,03)
Bendravimas su tėvu			
Lengva	1628 (68,6)	1078 (48,1)	2706 (58,7)
Sunku	746 (31,4)	1159 (51,9)	1905 (41,3)
Bendravimas su motina			
Lengva	2056 (78,1)	2121 (81,7)	4177 (79,9)
Sunku	575 (21,9)	474 (18,3)	1049 (20,1)
Rūkymas			
Rūko	501 (17,3)	340 (12,5)	841 (14,9)
Nerūko	2399 (82,7)	2385 (87,5)	4784 (85,1)
Apsvaigimas nuo alkoholio 2 ir daugiau kartų			
Buvo	831 (28,8)	607 (22,3)	1438 (25,6)
Nebuvo	2056 (71,2)	2115 (77,7)	4171 (74,4)

(25,6 proc.) respondentas prisipažino buvęs apsvaigęs nuo per daug išgerto alkoholio du ar daugiau kartų. Tai dažniau buvo nutikę berniukams nei mergaitėms (atitinkamai – 28,8 ir 22,3 proc.; $p < 0,001$) (1 lentelė).

Tolesnėje analizėje įvertinome, kiek paauglių rūkymas ir alkoholio vartojimas susijęs su šeimos socialiniais veiksniais, kiek tarp šių veiksnių yra svarbus sutrikęs bendravimas su tėvais.

Tyrimo dalyvavusių mokinių rūkymo sąsaja su šeimos socialiniais veiksniais pateikiama 2 lentelėje. Paauglių, augančių be biologinio tėvo arba motinos (pažeistos struktūros šeimose),

2 lentelė.
Berniukų ir mergaičių rūkymo rizika priklausomai nuo šeimos socialinių veiksnių: galimybių santykiai (GS) ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI), skaičiavimai atlikti suvienodinus duomenis pagal amžių

Veiksniai	GS (95 proc. PI)	
	Berniukai (n = 2904)	Mergaitės (n = 2728)
Bendravimas su tėvu^a		
Lengva	1	1
Sunku	1,21 (0,92–1,59)	1,88 (1,33–2,64)***
Bendravimas su motina^a		
Lengva	1	1
Sunku	1,51 (1,12–2,04)**	1,94 (1,37–2,75)***
Šeimos SES		
Žemas	1	1
Vidutinis	0,79 (0,63–0,99)*	0,71 (0,55–0,92)**
Aukštas	0,85 (0,64–1,14)	0,84 (0,58–1,22)
Gyvenamoji vieta		
Miestas	1	1
Kaimas	0,92 (0,75–1,13)	0,55 (0,43–0,71)***
Šeimos struktūra		
Abu tėvai	1	1
Vienas iš tėvų	1,46 (1,16–1,84)***	1,49 (1,15–1,93)**

* $ps < 0,05$; ** $ps < 0,01$; *** $ps < 0,001$ (tikrinant hipotezę $GS=1$).

^a skaičiuota tik tarp asmenų, gyvenančių su abiem tėvais.

rūkymo galimybė buvo beveik 1,5 karto didesnė nei paauglių, augančių su abiem tėvais. Kaime gyvenančioms mergaitėms rūkymo rizika buvo beveik du kartus ($GS=0,55$) mažesnė nei mieste gyvenančių bendraamžių. Lyginant šeimas pagal SES, mažiausia rūkymo rizika nustatyta paaugliams iš vidutinio SES (turtingumo) šeimų. Tačiau sutrikęs bendravimas su tėvais pasirodė esąs ne mažiau svarbus paauglių rūkymo rizikos veiksnys lyginant su kitais šeimos socialiniais veiksniais. Ypač stipri sąsaja tarp rūkymo ir sunkaus bendravimo su tėvais nustatyta mergaičių grupėje: sunkus bendravimas su tėvu didino mergaičių galimybę rūkyti 1,88 karto, o sunkus bendravimas su motina – 1,94 karto palyginti su tais atvejais, kai bendravimas su tėvais buvo atviras ir nesunkus. Berniukų grupėje ši sąsaja buvo silpnesnė, o reikšmingai didesnė (1,51 karto) galimybė rūkyti rasta tik paaugliams, kurie sunkiai bendravo su motina.

Tėvų ir vaikų tarpusavio santykių problemai dažnai bando spręsti ir vartodami alkoholinių gėrimų. Šio tyrimo duomenimis, svaigintis alkoholiu turėjo 1,51 karto didesnę galimybę tie berniukai, kurių bendravimas su tėvu yra sunkus. Tokiai berniukų elgsenai bendravimo su motina pobūdis neturėjo

reikšmės. Tuo tarpu mergaičių svaiginimasis alkoholiu buvo susiję su sunkiu bendravimu ir su tėvu, ir su motina – sunkus bendravimas su bet kuriuo iš tėvų paauglių mergaičių galimybę vartoti alkoholinius gėrimus padidina beveik 1,5 karto. Kitų šeimos veiksnių sąsajos su paauglių polinkiu vartoti alkoholį buvo silpnesnės. Pastebėtos tik šios statistiškai reikšmingos sąsajos: dažniau svaigintis alkoholiu buvo linkę berniukai, gyvenantys aukšto SES šeimoje (palyginti su žemo SES šeimomis), ir mergaitės, gyvenančios mieste (palyginti su kaime gyvenančiomis mergaitėmis). Abiejų lyčių paauglių svaiginimosi alkoholiu rizika reikšmingai nepriklausė nuo to, ar jie gyvena su abiem tėvais, ar tik su vienu iš jų (3 lentelė).

REZULTATŲ APITARIMAS

Lietuvoje šeima šiandien išgyvena kaitos laikotarpį [1]. Reiškianiai, lydinčios sparčias permainos šalies ekonomikoje, socialinėje sferoje ir žmonių gyvenime ne visada džiuginantys. Vis daugiau vaikų ir paauglių tampa socialinių blogybių aukomis. Daugėja nepilnų šeimų, dažniausiai susidedančių iš motinos ir vaikų, ir retai – iš tėvo ir vaikų. Kasmet po ištuokos su vienu iš tėvų lieka 10 tūkst. vaikų [25]. Nepaisant mažėjančio gimstamumo vis daugiau gimsta nesantuokinių vaikų [25]. Daugėja vaikų, turinčių abu tėvus, tačiau su jais nesimatančių, nes jie gyvena ir dirba užsienyje. Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad vidutiniškai kas penktas į paauglystės amžių įžengęs vaikas gyvena pažeistos struktūros šeimoje. Yra duomenų, kad ir Lietuvoje pažeista šeimos struktūra susijusi su didesne paauglių rizikingos elgsenos tikimybe [26], o vaikai, gyvenantys skurstančiose, nedarniose arba nepilnose šeimose, dažniau patiria smurtą [27].

Sukaupta nemažai duomenų, rodančių psichologinio šeimos mikroklimato, nusakomo tėvų ir vaikų tarpasmeninio bendravimo pobūdžiu, susijusi su jaunų žmonių psichine bei fizine sveikata, elgsena ir gyvensena [2, 3, 21, 22]. Taigi, natūraliai kyla klausimas, kuris iš veiksnių – šeimos struktūros pokyčiai ar sutrikęs tėvų ir vaikų bendravimas yra stipresnis predisponuojantis rizikingos elgsenos veiksnys. Norėdami tai išsiaiškinti, įvertiname paauglių bendravimo su tėvais darną ir palyginome jo ir kitų šeimos socialinių veiksnių reikšmę paauglių polinkiui rūkyti bei vartoti alkoholinius gėrimus.

Kaip rodo atliktos mokinių apklausos duomenys, abiejų lyčių paaugliai atviriau ir darniau bendrauja su motina nei su tėvu, o skirtumas tarp berniukų ir mergaičių buvo ne toks ryškus kaip bendravimo su tėvu atveju (kad lengva bendrauti su motina nurodė 78,1 proc. berniukų ir 81,7 proc. mergaičių). Dažnesnė santykių su tėvu darna nustatyta ber-

niukų (68,6 proc.) nei mergaičių (48,1 proc.) grupėje. Tačiau rizikingos elgsenos galimybė buvo didesnė tiems paaugliams, kurie patyrė bendravimo su motina sunkumų. Nustatyta, kad šiuo požiūriu itin yra pažeidžiamos mergaitės. Rizika rūkyti ar vartoti alkoholinius gėrimus, sutrikus bendravimui su motina, joms buvo didesnė nei berniukams.

Mūsų atlikto tyrimo duomenys koreliuoja su kitų šalių mokslininkų analogiškais duomenimis, kurie rodo, kad atviras ir nesutrikęs tėvų ir vaikų bendravimas yra vienas iš pagrindinių veiksnių, apsaugančių paauglius nuo žalingos elgsenos [4–7]. Kitų tyrėjų duomenys rodo, kad motinos yra labiau svarbios ir reikšmingos vaikams [17] ir jų bendravimas su vaikais šeimoje yra atviresnis nei tėvo [18]. Manoma, kad tose šeimose, kuriose motinos savo vaikams skiria daugiau dėmesio ir betarpiškai bei atvirai bendrauja, vaikai jaučiasi geriau, jie nebijo pasisakyti ir kalbėtis jiems rūpimomis temomis ir spręsti iškilusias problemas. Literatūroje skelbiami duomenys taip pat patvirtina, kad tėvų kontrolė ir emocinės paramos stoka daugiau turi įtakos mergaitėms ir jų polinkiumi į žalingą elgseną [15].

Tėvo vaidmuo paauglio žalingos elgsenos formavimuisi taip pat yra neigiamas. Mūsų tyrimo duomenys rodo, kad paaugliai, augantys be vieno iš biologinių tėvų (98 proc. atvejų tai buvo šeimos, kuriose nebuvo tėvo), turi beveik 1,5 karto didesnę galimybę pradėti rūkyti. Tačiau išsamesnė duomenų analizė parodė, kad paauglio rizikingos elgsenos formavimasis ne visada yra tiek susijęs su tėvu, kaip asmen, trūkumu šeimoje, kiek yra susijęs su sutrikusiu bendravimu su tėvu. Pavyzdžiui, kai mergaitės sunkiai bendrauja su tėvu, jos turi 1,88 karto didesnę galimybę rūkyti (nesant tėvo – tik 1,49 karto), kai berniukai ir mergaitės sunkiai bendrauja su tėvu, jie turi apie 1,5 karto didesnę galimybę vartoti alkoholinius gėrimus (nesant tėvo, galimybė vartoti alkoholinius gėrimus nebuvo reikšmingai padidėjusi). Apie tokius pastebėjimus mes jau rašėme anksčiau [19]. Taigi, tėvų ir vaikų tarpusavio bendravimo gerinimas galėtų būti itin svarbus jaunų žmonių rizikingos elgsenos prevencijos uždavinys, nes sveikatai žalingas elgesys paauglystėje labiau susijęs su sutrikusiu tėvų ir vaikų bendravimu nei su gyvenimu pažeistos struktūros šeimoje.

Pagaliau, ar galėtume atsakyti į klausimą, kurio iš tėvų vaidmuo šeimoje yra svarbesnis paaugliui? Šalies statistikos ir mūsų atliekamų mokinių apklausų duomenys rodo, kad vaikai, iširus šeimai, dažniausiai lieka gyventi su motina, abiejų lyčių paaugliai atviriau ir dažniau bendrauja su motina nei su tėvu. Šie faktai padeda formuoti visuomenės nuomonę, kad paauglių elgsenai motinos vaidmuo yra svarbesnis už tėvo. Tačiau mūsų ir kitų autorių

3 lentelė.

Berniukų ir mergaičių svaiginimosi alkoholiu rizika priklausomai nuo šeimos socialinių veiksnių: galimybių santykiai (GS) ir jų 95 proc. pasikliautiniai intervalai (PI), skaičiumi atlikti suvienodinus duomenis pagal amžių

Veiksniai	GS (95 proc. PI)	
	Berniukai (n = 2904)	Mergaitės (n = 2728)
Bendravimas su tėvu*		
Lengva	1	1
Sunku	1,51 (1,19–1,91)**	1,43 (1,09–1,87)**
Bendravimas su motina*		
Lengva	1	1
Sunku	1,25 (0,96–1,63)	1,46 (1,07–2,00)*
Šeimos SES		
Žemas	1	1
Vidutinis	0,85 (0,69–1,05)	0,96 (0,76–1,20)
Aukštas	1,36 (1,05–1,78)*	1,10 (0,80–1,52)
Gyvenamoji vieta		
Miestas	1	1
Kaimas	0,98 (0,81–1,17)	0,74 (0,60–0,91)**
Šeimos struktūra		
Abu tėvai	1	1
Vienas iš tėvų	1,16 (0,94–1,42)	1,19 (0,95–1,50)

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ (tikrinant hipotezę GS=1).

*skaičiuota tik tarp asmenų, gyvenančių su abiem tėvais.

(pavyzdžiui, [3, 14]) atliktų tyrimų duomenys sugriauna šį teiginį ir akivaizdžiai rodo, jog už vaikų sveikos gyvensenos formavimą vienodai atsakingi abu tėvai – ir motina, ir tėvas. Tarpusavio darnos siekis šeimoje tarp sutuoktinių (skrybių prevencija) bei tarp tėvų ir vaikų (sveikatai žalingos elgsenos prevencija) turėtų tapti svarbiu šalies socialinės politikos siekiu.

IŠVADOS

1. Paauglių bendravimas su tėvais skiriasi tarp lyčių. Su tėvu lengviau bendrauja berniukai, su motina – mergaitės, tačiau su motina abiejų lyčių paaugliai bendrauja lengviau nei su tėvu ir skirtumas tarp paauglių lyčių nėra toks didelis kaip bendravimo su tėvu atveju.
2. Darnaus ir atviro paauglių, ypač mergaičių, bendravimo su tėvais stoka didina jų rūkymo ir alkoholinių gėrimų vartojimo riziką. Kai kuriais atvejais šis poveikis pasireiškė stipriau nei vieno biologinių tėvų trūkumas šeimoje.

LITERATŪRA

1. Bleblienė A. Lietuvos gyventojai ir šeima per 18 atkurtos nepriklausomybės metų (1990–2007 m.). Kaunas: Lutė, 2008.

2. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2005;17(4):460-5.
3. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Am J Prev Med* 2006;30(1):59-66.
4. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics* 1994;94(3):368-75.
5. Beatty SE, Cross DS, Shaw TM. The impact of a parent-directed intervention on parent-child communication about tobacco and alcohol. *Drug Alcohol Rev* 2008;27(6):591-601.
6. Kosterman R, Hawkins JD, Spoth R, Haggerty KP, Zhu KM. Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from preparing for the drug free years. *J Comm Psychol* 1997;25(4):337-52.
7. Litrownik AJ, Elder JP, Campbell NR, Ayala GK, Slymen DJ, Parra-Medina D, et al. Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: promoting the protective factor of parent-child communication. *Prev Med* 2000;31(2 Pt 1):124-33.
8. Erguder T, Soydal T, Ugrur M, Cakir B, Warren CW. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. *Soz Praventivmed* 2006;51(2):91-8.
9. Hammond SK. Global patterns of nicotine and tobacco consumption. *Handb Exp Pharmacol* 2009;192:3-28.
10. Shortt AL, Hutchinson DM, Chapman R, Toumbourou JW. Family, school, peer and individual influences on early adolescent alcohol use: first-year impact of the Resilient Families programme. *Drug Alcohol Rev* 2007;26(6):625-34.
11. Keyes KM, Grant BF, Hasin DS. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug Alcohol Depend* 2008;93(1-2):1-9.
12. Pitchard C, Cax M. Comparison of problematic behaviours of 10th and 11th year Southern English adolescents in 1985 and 2005. Part 1: Trends in gender behaviour. *Int J Adolesc Med Health* 2007;19(2):127-40.
13. Kumpfer KL, Smith P, Summerhays JF. A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? *Subst Use Misuse* 2008;43(8-9):978-1001.
14. Luk JW, Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Parent-child communication and substance use among adolescents: do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addict Behav* 2010;35(5):426-31.
15. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol* 2008;43(1):73-80.
16. Yeh MY, Chiang IC, Huang SY. Gender differences in predictors of drinking behavior in adolescents. *Addict Behav* 2006;31(10):1929-38.
17. Williams SK, Kelly FD. Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: examining father's influence. *J Early Adolesc* 2005;25(2):168-96.
18. Rosnati R, Iafate R, Scabini E. Parent-adolescent communication in foster, inter-country adoptive, and biological Italian families: Gender and generational differences. *Inter J Psychol* 2007;42:36-45.
19. Zaborskis A, Zemaitienė N, Garmienė A. Bendravimo su tėvais darba ir jos reikšmė paauglių elgsenai ir savijautai. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas 2005;9:169-74.
20. Garmienė A, Zemaitienė N, Zaborskis A. Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health* 2006 Nov 23;6:287.
21. Zaborskis A, Makari J. Lietuvos moksleivių gyvenimo: raida 1994-1998 metais ir vertinimas tarptautiniu požiūriu. Panevėžys: E. Vaičekausko leidykla; 2001.
22. Currie C, Gahhainn SN, Godeau E, Roberts C, Currie D, Pickett W, et al. (editors). Inequalities in young people's health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO/Europe; 2008. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5).
23. Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study. 2008. Available at: <http://www.hbsc.org>. Accessed February 1, 2011.
24. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Forsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med* 2008;66(6):1429-36.
25. Lietuvos vaikai 2007. Vilnius: Statistikos departamentas; 2008.
26. Jaraševičienė L. Paauglių lytinė elgsena ir reprodukcinės priežiūros galimybių vertinimas: disertacija. Kaunas: KMU; 2000.
27. Mikalajūnaitė R. Fizinės bausmės šeimoje – tradicinis vaikų auklėjimo būdas. Ar teišus stipresnis? Kn.: Smurto prieš vaikus apžvalga Lietuvoje. Vilnius: Socialinės apsaugos ir darbo ministerija; 1999. p. 8-12.

Gauta: 2011 02 17
Priimta spausdinti: 2011 02 28

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014

Apolinaras Zaborskis^{1*} and Dainora Sirvyte^{1,2}

Abstract

Background: Understanding the role of the family in shaping adolescent health risk behaviours has recently been given increased attention. This study investigated association between current smoking and a range of familial factors in a representative sample of Lithuanian adolescents.

Methods: Study subjects (N = 3696) were adolescents aged 13- and 15-years from the schools in Lithuania who were surveyed in Spring 2014 according to the methodology of the cross-national Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). A standard HBSC international questionnaire was translated into Lithuanian and used anonymously to obtain information about current smoking patterns and family life (family structure, quality of communication in family, parental monitoring, bonding, parenting style, family time, etc.). Logistic regression was used to assess association between smoking and familial variables.

Results: The prevalence of current smoking was 16.5 % (20.8 % in boys and 11.9 % in girls; $P < 0.001$). Adjusting for gender, age and family affluence, adolescents from non-intact families were significantly more likely to be current smokers (OR = 2.10; 95 % CI: 1.74-2.54) compared with intact families. Five independent familial factors were significantly related to increased risk for adolescent smoking: low maternal monitoring (OR = 2.79; 95 % CI: 1.98-3.92), low satisfaction with family relationships (OR = 1.89; 95 % CI: 1.27-2.83), low school-related parental support (OR = 1.40; 95 % CI: 1.01-1.95), easy communication with the father (OR = 0.56; 95 % CI: 0.38-0.80) and often use of electronic media for communication with parents (OR = 0.66; 95 % CI: 0.50-0.88). The last two determinants showed an inverse effect than it was hypothesized.

Conclusion: Higher prevalence of smoking among adolescents of Lithuania is associated with a non-intact family structure as well as weaker parental support and bonding. Family life practices are critical components to be incorporated in prevention and intervention programs for adolescent smoking in Lithuania.

Background

Many countries around the globe are experiencing an increase in the prevalence of current smoking among youth and young adults and are now having to deal with the preventing tobacco use in this population [1]. Studies of school-aged children's lifestyle in Lithuania over the period 1994-2010 have demonstrated also a significant increase in the prevalence of smoking both among boys (11.3 % to 21.5 %) and girls (3.3 % to 14.8 %) [2]. Despite much efforts spent on health policy interventions implemented in the country as part of active

tobacco control actions such as ban on tobacco advertising and ban of smoking in public places, increase of tobacco taxes, warnings on tobacco products, etc., and introduction of youth smoking prevention programs in schools, limited effects have been observed [2-4]. Experience and conclusions of research show that family-based programmes for preventing smoking in children and adolescents may attract the attention of public health specialists and public health politics and can be not only declared, but also really implemented as alternative to the first approach [5, 6].

The family provides the primary developmental and socialisation framework for children to learn and establish values and norms [7]. From the human development ecological perspective, the dimensions of family structure and

* Correspondence: apolinaras.zaborskis@ismuni.lt

¹Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Public Health, A.Mickevičiaus street 9, Kaunas LT-44307, Lithuania
Full list of author information is available at the end of the article



© 2015 Zaborskis and Sirvyte. **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

interaction belong to the first level of analysis. Research concerned with the experience of the adolescent in the family has identified that both family structure and certain processes in family, especially communication with parents, have a clear influence on adolescents development, life chances and health behaviours [8–11].

The political and societal transition in Central and Eastern Europe, including Lithuania, started at the beginning of the 1990s brought the painful transformation in family life: tragically declining birth rates, an increased number of divorces, changes in household composition or family structure, etc. [12, 13]. For illustration of these changes, the official census data indicates a drastic increase in the number of extramarital births: from 7.0 in 1990 to 22.6 in 2000, and to 25.7 in 2010 per 100 births [14]. The proportions of children growing up in a nuclear family composed of a biological father and mother – intact family – has reduced over the past decade. These transformations may have affected child rearing and socialization of children. Such family is less able to control self destructive behaviour of the children, such as smoking, alcohol and drugs intake [12].

It is consequently crucial to understand how, and under what conditions, these changes in family structure and functioning may influence the development of the young person, especially in relation to health risk behaviours. The focus of this study lies in identifying the role that several familial factors play in adolescent smoking. Furthermore, protective factors associated with the interpersonal relationships between family members are to be identified. Within this area, there are analyses of the specific variables that shape the interpersonal relationships (family dynamics) built within the family setting including: communication and attachment to parents, monitoring, and disciplinary parenting styles [7]. A review of the literature identifies that there is better adjustment in children and adolescents (e.g. less risk of smoking) who reported having an open communication with their parents, or who perceived them as physically and emotionally accessible, or who felt vigilant parental monitoring [15–19]. Because research in this field among the Lithuanian adolescent population is still scarce [20–22], there is a need to investigate how much the above mentioned findings are appropriate within the Lithuanian family undergoing social transformations.

The *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, a World Health Organization cross-national study, considers the family as one of the significant domains of adolescent life [7, 10, 11, 23, 24]. The study, which started in Lithuania in 1994, provides a realistic opportunity to explore adolescent health behaviour, including smoking habits, in the family context. The recent survey that was carried out in Spring 2014 in Lithuania included full set of optional packages developed by the *Family Culture* working group [7].

Comparing with survey in 2010, these packages include several new items (e.g. use of electronic media for communication with parents), as well as national items (e.g. every day seeing of parents).

The aim of this study was to investigate the association between current smoking and a range of familial factors in a representative sample of Lithuanian adolescents who were surveyed in the recent HBSC wave. We hypothesized that changes in family structure, weaker child-parent relationships and contact, lack of parental control, etc. would be related to higher risk of adolescent smoking.

Methods

Subjects and study procedures

The data analysed here were collected in the school-based, cross-sectional, anonymous survey conducted in 2014 (April – May) in Lithuania according to the methodology of World Health Organization collaborative cross-national HBSC study (more detailed information about the study is provided elsewhere [23–25]). Researchers followed the standardized international research protocol to ensure consistency in survey instruments, data collection and processing procedures.

The population selected for sampling was 11-, 13- and 15-year-olds attending general school. Participants were selected using a clustered hierarchical sampling design, where the initial sampling unit was a class of the fifth, seventh or ninth grades (the most appropriate grades for required students' age groups). Samples of students were drawn to be representative by age and gender. The recommended sample size for each survey was approximately 1,500 students per age group. In total, 356 classes from 129 schools from the whole country were drawn to ensure the requested number of surveyed students.

Questionnaires were administered in school classrooms by form tutors who complied with written instructions. The time frame for filling out the questionnaires was 1 – 1½ school period. Participants could freely choose to participate, and anonymity and confidentiality was ensured. As finishing questioning, students sealed themselves the provided envelopes with questionnaires inside. Form tutors reported about the number of participants and process of questioning. The response rate was 84 %.

Upon the completion of the fieldwork, the data were prepared using standard documentation and submitted to the HBSC International Data Bank at the Bergen University, Norway. The data were checked, cleaned, included into the international HBSC database, as well as returned to the country for further statistical processing ($N = 5730$).

The present study includes 3696 students aged 13- and 15-years and who reported about current smoking (the proportion of non-reported current smoking cases was 0.5 %, $N = 19$). The youngest group of 11-year-old

adolescents ($N = 2015$) was excluded from the analysis because the proportion of current smokers in this group was relatively low (2.3 %).

Instrument and measures

We used the standard HBSC international questionnaire adopted after its translation from the Standard English version [26] into Lithuanian and retranslated back into English. The questionnaire consists of a mandatory (obligatory) section, that each country is required to include for the production of an international HBSC database, and optional packages, e.g. an optional package "Family Culture" [7].

In the present study, the outcome measure was a current smoking assessment from the mandatory section. Adolescents were asked how often they smoke tobacco at present. The answer alternatives ranged: 'every day', 'at least once a week, but not every day', 'less than once a week', and 'I do not smoke'. The findings presented here are two proportions of respondents: those who reported 'I do not smoke' (not smokers), and those who reported all stages of smoking (smokers).

The list of independent variables included gender and age group (13-year-olds and 15-year-olds) of the respondent, as well as a series of the following familial variables from the mandatory section.

Family affluence scale

The HBSC Family Affluence Scale (FAS) measure is based on a set of questions on the material conditions of the households in which young people live [26, 27]. The questions are easy for children to answer and cover car ownership, bedroom and bathroom occupancy, holidays, home computers and dishwashing machine. A composite FAS score was calculated for each respondent based on his responses to these six items and than a three-point (low, medium and high) ordinal scale was composed for the analysis.

Family structure

Family was defined as 'the persons you live together with'. On the list of adult people ('father', 'step-father', 'mother', 'step-mother', and etc.), the respondents were asked to indicate the persons living in their family. The respondents who indicated both 'father' and 'mother' were included into a group of adolescents living in intact families (living with both biological parents), while all remaining respondents were considered as adolescents living in not intact families, which included lone parent families, stepfamilies or reconstituted families, and looked after children, i.e. in a foster home or children's home. The family structure measure was validated using reports to other questions that included the answer option 'I don't have or see this person'.

Communication with parents

In the mandatory section there were two questions about ease of communication with the respondent's father and mother. We asked the respondents "How easy is it for you to talk to the following persons about things that really bother you?" A checklist of close people including 'father' and 'mother' was then given, with the response options of 'very easy', 'easy', 'difficult', 'very difficult' and 'don't have or don't see this person'. We collapsed the original answer options of 'very easy' and 'easy' into one category, 'easy communication with ...'. This was also done with the original answering options 'very difficult' and 'difficult' into 'difficult communication with...'. The decision to dichotomize the answering categories was in accordance with suggestions from the HBSC Family Culture focus group concerning the application of this variable in the international analyses [24]. The option 'don't have/see this person' was used for either 'mother' or 'father', and this data indicated on respondent's living in not intact family.

Quality of family communication

In 2013/2014 the HBSC Family Culture focus group added new items - a shortened version of the clear communication scale from *Family Dynamics Measure II* [28, 29]. Four items of this scale were designed to explore quality of communication in the family. Our data showed that this scale have very good reliability (Cronbach's Alpha was 0.87 both in the total sample and the subsample of intact families). In the further analysis (see *Statistical analysis*), the individual responses to items of the scale, as well as to items of other scales used in this study, were transformed into one quantitative value (factor score) and then dichotomized into positive and negative factor score values. Positive factor score values showed 'good' quality of communication in families (respondents agreed that in their families 'important things talked about', 'someone listens', 'ask questions', 'clarify misunderstanding'). In contrast, negative factor values showed 'poor' quality of communication in family.

Satisfaction with family relationships

This variable was measured by means of an item based on *Cantril's ladder* [30] asking respondents people to rate their satisfaction with relationships or global atmosphere in their family. A quantitative score was obtained that ranged from 0 'we have very bad relationships in our family' to 10 'we have very good relationships in our family'. On the basis of frequency analysis of this score, the answers were dichotomized with those who considered relationships 'high' (7-10 scores) as one group and the rest of the answers as another ('low') group.

The rest familial variables were taken from the optional "Family Culture" package.

Parental monitoring

The measure of parental monitoring was based on the scale developed by *Brown et al.* [31], which asks young people about how much their father and mother (repeated for each of them) knows about five issues: "Who your friends are"; "How you spend your money"; "Where you are after school"; "Where you go at night"; and "What you do with your free time". The answer score ranged from 1 'don't know anything' to 3 'know a lot', where higher scores represents higher levels of parental knowledge about child's matters. In the scale reliability analysis *Cronbach's* Alphas were 0.90 and 0.79 correspondingly for the father's and mother's answers. In further analyses, the undertaken 1-factor scores calculation (see below) defined two binary variables (for father and mother) with positive and negative factor score values that corresponded to the 'high' and 'low' level of parental monitoring.

Emotional support

This measure is 4-items subscale of the already classic instrument build by *Parker et al.* [32], which is used to assess the quality of parental bonding. Items are repeated for the father and the mother. The respondents were asked how often their father and mother "Helps me as much as I need"; "Is loving"; "Understands my problems and worries"; and "Makes me feel better when I am upset". Answering options were scored: 1 'never', 2 'sometimes', 3 'almost always'. In the scale reliability analysis *Cronbach's* Alphas were 0.84 and 0.78 correspondingly for the father's and mother's answers. The 'high' and 'low' emotional support were defined as corresponding positive and negative factor score values derived from 1-factor analysis of the subscale items.

Promotion of autonomy

Four items of this measure consist the second dimension of *Parker's et al.* [32] parental bonding inventory. The respondents were asked how often their father and mother "Lets me do the things I like doing"; "Likes me to make my own decisions"; "Tries to control everything I do"; and "Treats me like a baby". Answering options and further processing of this measure were the same as for emotional support measure. In addition, the responses to the 3-rd and 4-th items were reversely coded to create a gradient with higher scores indicating a more positive attitude towards promotion of autonomy. Because of low reliability (*Cronbach's* Alphas were 0.55 and 0.40 correspondingly for the father's and mother's answers) this subscale of parental bonding was not used in the further analysis.

Family time together

The evaluation of joint family activity was based on 8 items: (1) watching TV or a video, (2) playing indoor

games, (3) eating meals, (4) going for a walk, (5) going places, (6) visiting friends or relatives, (7) playing sports, (8) sitting and talking about things. Respondents were asked how often did they do any of these activities and spend time together in shared activities. The response options ranged from 'never' (coded as 1) to 'every day' (coded as 5). In 1-factor analysis of the scale using the method described below a binary variable was created. Two categories of this variable 'often' and 'rare' corresponded to more often and less often respondent's suggestion of doing several joint family activities. Reliability of the family time together scale was assessed as very good (*Cronbach's* Alpha was 0.85 both in the total sample and the subsample of intact families).

School-related parental support

The rationale of this measure is based on the concepts of school setting developed previously in the HBSC surveys [33]. Although each item of the scale has a concern in the parental support in various aspects of school the scale measures broad perceptions of parental emotional support and parental controlling. The students were asked to show how they agree or disagree with the following 5 statements: (1) "If I have a problem at school, my parents are ready to help"; (2) "My parents are willing to come to school to talk to teachers"; (3) "My parents encourage me to do well at school"; (4) "My parents are interested in what happens to me at school"; and (5) "My parents are willing to help me with my homework". The scores from 1 'strongly disagree' to 5 'strongly agree' were obtained from this scale and processed in 1-factor analysis. A binary variable was created, which category 'high' indicates on student's willingness to agree with positive parental support for his school-related issues, while the category 'low' indicates the reverse. Our data showed very good reliability of the school-related parental support scale (*Cronbach's* Alpha was 0.85 both in the total sample and the subsample of intact families).

Parenting style

This measure refers to the strategies that parents used for the socialization of their children. HBSC includes 4 items in optional section to measure this topic. According to *Maccoby* and *Martin* [34], the scale measures at once the four well-known parental disciplinary styles: (1) authoritative-reciprocal; (2) permissive-indulgent; (3) authoritarian-repressive; and (4) permissive-neglectful. The previous surveys demonstrated a high reliability of the scale and, however, a big overlap between styles. In the present HBSC survey, to clarify disciplinary styles we changed the scale to one question that was repeated for the father and the mother. Young people were asked: "What does your father/mother does, when you do something that he/she thinks is wrong?" The respondents could chose one of the

4 response options: (1) "My father/mother explains to me what I have done wrong and why I am being punished"; (2) "My father/mother tells me that I behaved badly but doesn't punish me"; (3) "My father/mother punishes me immediately without telling me why"; and (4) "My father/mother doesn't punish me, he/she takes no notice". Each of these alternatives indicates to corresponding parental disciplinary rule listed above.

Electronic media communication with parents

A new measure for the 2013/2014 HBSC survey was developed to assess how often children communicate with parents using phone and computers. In the national questionnaire, adolescents were asked to answer how often, in average, they communicate with parents in these ways: (1) speaking by phone; (2) sending SMS messages; (3) writing e-letters; and (4) conversing in real time (e.g. by *Skype*). Response options were scored: 1 'never'; 2 'once per week'; 3 'several times per week'; 4 'once a day'; and 5 'several times a day'. The *Cronbach's* Alphas of the scale was 0.61. The 'often' and 'rare' electronic media communication with parents were defined as corresponding positive and negative factor score values derived from 1-factor analysis of the subscale items.

Seeing of parents

A national item on how often children are able to see (meet) their parents because of their job was developed. The item was repeated for the father and the mother. In analyses, the 5 response options of the question were collapsed into two groups: (1) seeing father/mother every day, and (2) seeing father/mother not every day (combined options: 'few days per week'; 'couldn't see for several weeks'; 'haven't seen more than a month'; and 'haven't seen more than a year').

Statistical analysis

Data were analysed in two steps. The first step of analysis was performed within the total sample of 13- and 15-year-olds ($N = 3696$), in order to assess the relationship between current smoking and family structure only. The second step of analysis was performed within the subsample of those living in intact families ($N = 2528$), and was aimed to explore relationships between current smoking and a set of variables specific for the intact family.

Reliability analysis with *Cronbach's* Alpha measure was used to establish the level of internal consistency of various multi-item scales. Explanatory 1-factor analysis with a principal component analysis was adopted for each scale to construct reliable one-dimensional variables. The factor scores were calculated within subsample of intact families in such way that higher factor

scores indicated a higher/better level of family life expected by the respondents. Next, using 0 as a cut-point, factor score values were dichotomized into positive and negative groups, which corresponded to respondents' inclination for higher and lower scores in the scale.

Associations between familial measures and current smoking were estimated using odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (95 % CI) in a binary logistic regression analysis. We used Enter method in multivariable analyses with all variables irrespective of their significance found in a univariable analysis. Interactions between familial variables were tested. All analyses were performed with SPSS (version 20.0; SPSS Inc, Chicago, IL, 2010). $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Ethics

The study was conformed to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. Ethical approval for the study was granted by the Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee (reference number BE-2-16). In line with local practice for general school surveys, the study was agreed with national and local educational institutions. Additionally, written informed consent for participation in the study was sought from parents.

Results

The study sample was balanced by gender and age groups, while about two-thirds (62.8 %) of the total sample of respondents were regarded as living in intact families. Table 1 shows demographic and parental characteristics of all studied adolescents and subsample of adolescents living in intact families. For the items repeated for the father and the mother, there was a significant difference in respondents' opinion about father's and mother's role in their life. Easy communication with the mother was reported more often than with the father (75.9 % vs 63.1 %; $P < 0.001$). High level of maternal monitoring was more prevalent than paternal monitoring (61.8 % vs 49.3 %; $P < 0.001$). According to the adolescents' opinion, they can get high emotional support from their mothers more often than from fathers (61.5 % vs 57.1 %; $P = 0.002$). Authoritative-reciprocal parenting style the mothers showed more often than the fathers (46.2 % vs 42.2 %; $P < 0.001$). Using telecommunication technology, children preferred to converse with their mothers more often than with fathers (75.9 % vs 63.1 %; $P < 0.001$).

In the total sample of 13- and 15-year-old adolescents, the prevalence of current smoking (daily, weekly, less than weekly) was 16.5 %, higher in boys than in girls (20.8 % vs 11.9 %; $P < 0.001$), and increasing from 10.7 % to 23.3 % ($P < 0.001$) at two years of age. Smoking was found to be significantly associated with family structure: with lower smoking prevalence among adolescents in intact families and higher smoking prevalence among

Table 1 Demographic and parental characteristics of the studied total sample and subsample

Predictors	Number	Percent	P ^a
Total sample, N = 3696			
Gender:			
Boys	1888	51.1	
Girls	1808	48.9	
Age:			
13-year-old	2004	54.2	
15-year-old	1692	45.8	
Family FAS:			
Low	1322	36.9	
Medium	1567	43.7	
High	696	19.4	
Family structure:			
Intact family	2528	68.6	
Not-intact family	1158	31.4	
Subsample of respondents living in intact families, N = 2528			
Gender:			
Boys	1290	51.0	
Girls	1238	49.0	
Age:			
13 years old	1392	55.1	
15 years old	1136	44.9	
Family FAS:			
Low	779	31.7	
Medium	1110	45.2	
High	566	23.1	
Satisfaction with family relationships:			
High	2144	86.2	
Low	342	13.8	
Communication with the father:			
Easy	1484	63.0	<0.001
Difficult	870	37.0	
Communication with the mother:			
Easy	1791	75.8	
Difficult	572	24.2	
Quality of communication in the family:			
Good	1567	62.5	
Poor	941	37.5	
Father's monitoring:			
High	1234	49.2	<0.001
Low	1274	50.8	
Mother's monitoring:			
High	1549	61.8	

Table 1 Demographic and parental characteristics of the studied total sample and subsample (Continued)

Low	959	38.2	
School-related parental support:			
High	1294	51.6	
Low	1214	48.4	
Family time together:			
Often	1177	46.7	
Rare	1345	53.3	
Father's emotional support:			
High	1445	57.2	0.002
Low	1083	42.8	
Mother's emotional support:			
High	1555	61.5	
Low	973	38.5	
Father's parenting style:			
Authoritative- Reciprocal	1045	42.2	<0.001
Permissive-indulgent	1017	41.2	
Authoritarian-repressive	194	7.8	
Permissive-neglectful	218	8.8	
Mather's parenting style:			
Authoritative-reciprocal	1147	46.1	
Permissive-indulgent	1085	43.6	
Authoritarian-repressive	158	6.4	
Permissive-neglectful	98	3.9	
Electronic media communication with parents			
Often	1099	43.5	
Rare	1428	56.5	
Seeing of the father			
Every day	1912	77.4	<0.001
Not every day	559	22.6	
Seeing of the mother			
Every day	2333	94.0	
Not every day	148	6.0	

^aSignificant difference in respondents' opinion about the father and the mother (Chi-squared test)

adolescents in not-intact families (crude OR = 2.13, 95 % CI: 1.78-2.54; and adjusted by gender, age and family FAS, OR = 2.10, 95 % CI: 1.74-2.54) (Table 2). Comparing the groups of boys and girls, there was no significant difference in this association. Adolescents from medium and high family FAS groups had lower odds to be current smokers comparing with adolescents from low family FAS group.

Univariable logistic regression analysis (Table 3) showed that smoking of adolescents living in intact families was significantly associated with the following familial factors: low satisfaction with family relationships;

Table 2 Current smoking among 13 and 15 year old adolescents by gender, age, and family structure (total sample, $N = 3696$)

Predictors	Non-smokers n (%)	Smokers n (%)	Univariate logistic regression		Multivariate logistic regression	
			OR	CI	OR	CI
Gender:						
Boys	1495 (79.2)	393 (20.8)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Girls	1592 (88.1)	216 (11.9)	0.52	0.43–0.62	0.53	0.44–0.64
Age:						
13-year-old	1789 (89.3)	215 (10.7)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
15-year-old	1298 (76.7)	394 (23.3)	2.53	2.11–3.03	2.55	2.11–3.08
Family FAS:						
Low	1069 (80.9)	253 (19.1)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Medium	1336 (85.3)	231 (14.7)	0.73	0.60–0.89	0.80	0.65–0.98
High	599 (86.1)	97 (13.9)	0.68	0.53–0.88	0.86	0.67–1.12
Family structure:						
Intact family	2201 (87.1)	327 (12.9)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Not-intact family	880 (76.0)	278 (24.0)	2.13	1.78–2.54	2.10	1.74–2.54

Significant relationships are provided in bold

difficult communication with the mother; low parental monitoring; poor quality of communication in the family; low school-related parental support; rare family time together; low parental emotional support; authoritarian-repressive parenting style of both parents and permissive-neglectful parenting style of the father; not every day seeing of the mother.

In a multivariable logistic regression analysis (Table 3), adjusting data for gender, age and family FAS, five independent familial factors were significantly related to increased risk for adolescent smoking: low mother's monitoring (OR = 2.79; 95 % CI: 1.98–3.92), low satisfaction with family relationships (OR = 1.89; 95 % CI: 1.27–2.83), low school-related parental support (OR = 1.40; 95 % CI: 1.01–1.95), while easy communication with the father (OR = 0.56; 95 % CI: 0.38–0.80) and often telecommunication with parents by phone or computer (OR = 0.66; 95 % CI: 0.50–0.88) were not found as protective factors.

Results from multivariable logistic regression in Table 4 shows differences between boys and girls in assessing importance of familial factors to risk for adolescent current smoking. Both for the boys and girls, high maternal monitoring was identified as a protective factor but stronger among girls, and easy communication with the father showed an inverse effect. The inverse effect of often electronic media communication with parents was observed among the boys only. For the girls, high satisfaction with family relationships, high school-related parental support, and high father's emotional support were identified as significant smoking protective factors too.

Discussion

This paper draws on recent Lithuanian data from the World Health Organization cross-national HBSC study, which investigates a range of familial determinants on youth health and health behaviour [7]. We aimed to investigate the association between current smoking and several familial factors among adolescents. Smoking prevalence was the main focus due to increasing prevalence of this risk-taking behaviour among Lithuanian adolescents [2, 3].

The associations between parental or familial factors and adolescent risk-taking behaviour have been extensively examined [17–19, 35–38]. Various variables to describe family functioning and parenting have received a great deal of attention [7, 39, 40]. However, in this study socio-economic factors as well as measures of parental knowledge, attitudes and behaviour were not analyzed. We assessed the statistical significance of associations with current smoking for at least 15 determinants, which measured different aspects of child-parent relationships. In order to avoid effect overestimation of the father's or mother's role in single-parent and step-parent families, an intact family was selected as a model to obtain valid findings. Partly, this decision was supported by Recker's research [41].

The rationale for this study arose from the significant family transformations over last two decades that were the consequence of a swift transition away from a totalitarian regime to a democratic society in Central and Eastern European countries, including Lithuania. The family across Eastern Europe is undergoing rapid social change and warrants detailed examination [12].

Table 3 Possible familial predictors of current smoking among 13 and 15 year old adolescents (subsample of respondents living in intact families, *N* = 2528)

Predictors	Non-smokers <i>n</i> (%)	Smokers <i>n</i> (%)	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression ^a	
			OR	CI	OR	CI
Gender:						
Boys	1075 (83.3)	215 (16.7)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Girls	1126 (91.0)	112 (9.0)	0.50	0.39–0.63	0.61	0.45–0.83
Age:						
13-year-old	1283 (92.2)	109 (7.8)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
15-year-old	918 (80.8)	218 (19.2)	2.80	2.19–3.57	2.58	1.92–3.45
Family FAS:						
Low	665 (85.4)	114 (14.6)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Medium	985 (88.7)	125 (11.3)	0.74	0.56–0.97	0.81	0.56–1.18
High	493 (87.1)	73 (12.9)	0.86	0.63–1.19	1.15	0.83–1.60
Satisfaction with family relationships:						
High	1899 (88.6)	245 (11.4)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	268 (78.4)	74 (21.4)	2.14	1.60–2.86	1.89	1.27–2.83
Communication with the father:						
Easy	1281 (86.3)	203 (13.7)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Difficult	774 (89.0)	96 (11.0)	0.78	0.60–1.02	0.56	0.38–0.80
Communication with the mother:						
Easy	1577 (88.1)	214 (11.9)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Difficult	485 (84.8)	87 (15.2)	1.32	1.01–1.73	1.18	0.81–1.71
Father's monitoring:						
High	1123 (91.0)	111 (9.0)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	1059 (83.1)	215 (16.9)	2.05	1.61–2.62	1.19	0.83–1.69
Mother's monitoring:						
High	1430 (92.3)	119 (7.7)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	752 (78.4)	207 (21.6)	3.31	2.60–4.22	2.79	1.98–3.92
Quality of communication in the family:						
Good	1395 (89.0)	172 (11.0)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Poor	787 (83.6)	154 (16.4)	1.59	1.26–2.01	0.99	0.71–1.38
School-related parental support:						
High	1180 (91.2)	114 (8.8)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	1002 (82.5)	212 (17.5)	2.19	1.61–2.92	1.40	1.01–1.95
Family time together:						
Often	1046 (89.6)	122 (10.4)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Rare	1136 (84.3)	204 (15.2)	1.54	1.21–1.96	0.98	0.71–1.35
Father's emotional support:						
High	1296 (89.7)	149 (10.3)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	905 (83.6)	178 (16.4)	1.71	1.35–2.16	1.36	0.96–1.91
Mother's emotional support:						
High	1384 (89.0)	171 (11.0)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	817 (84.0)	156 (16.0)	1.55	1.22–1.95	0.72	0.51–1.01
Father's parenting style:						
Authoritative-reciprocal	931 (89.1)	114 (10.9)	1.00	Ref.	1.00	Ref.

Table 3 Possible familial predictors of current smoking among 13 and 15 year old adolescents (subsampling of respondents living in intact families, *N* = 2528) (*Continued*)

Permissive-indulgent	896 (88.1)	121 (11.9)	1.10	0.84–1.45	0.78	0.45–1.33
Authoritarian-repressive	157 (80.9)	37 (19.1)	1.93	1.28–2.89	0.80	0.47–1.35
Permissive-neglectful	177 (81.2)	41 (18.8)	1.89	1.23–2.80	1.21	0.64–2.28
Mother's parenting style:						
Authoritative-reciprocal	1018 (88.8)	129 (11.2)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Permissive-indulgent	939 (86.5)	146 (13.5)	1.23	0.95–1.59	1.07	0.49–2.35
Authoritarian-repressive	130 (82.3)	28 (17.7)	1.70	1.09–2.66	1.20	0.55–2.68
Permissive-neglectful	82 (83.7)	16 (16.3)	1.54	0.87–2.71	0.91	0.37–2.24
Electronic media communication with parents:						
Often	943 (85.8)	156 (14.2)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Rare	1258 (88.0)	171 (12.0)	0.82	0.66–1.04	0.66	0.50–0.88
Seeing of the father:						
Every day	1667 (87.2)	245 (12.8)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Not every day	492 (88.0)	67 (12.0)	0.93	0.70–1.24	1.20	0.85–1.70
Seeing of the mother:						
Every day	2045 (87.7)	288 (12.3)	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Not every day	120 (81.1)	28 (18.9)	1.66	1.08–2.55	0.90	0.53–1.53

*Method = Enter. Significant relationships are provided in bold

The present study revealed that only 62.8 % of the total sample of respondents were living in intact families, whereas two decades ago, in 1994, during the first HBSC study wave in Lithuania, the corresponding figure was significantly greater – 82.7 % [42]. Family structure has been previously linked to the risk of engaging adolescents in smoking [18, 43]. The results of our study were in accordance with the literature indicating that adolescents who did not live with both parents were more than twice more likely to smoke than their peers who lived in an intact family. Although in Lithuania smoking is more common among boys [2, 24, 42], the association was equally strong both among boys and girls. In 1994, the association between smoking and family composition was significant too but much weaker than was found for 2014 [42]. The presented change in the value of association indicates to some processes manifesting in a family as a consequence of transition period and acting more expansive than destruction of the family composition. We hypothesize that such processes could initiate trends in family functioning and communication patterns.

It is well known that conflicts in good parent-child relations and communication is a key predictor of poor psychological well-being and behavioural problems among young people and it is found that good communication with mother and with father is associated with positive outcomes in relation to smoking and other risk-taking behaviours [15–19]. Our previous studies which were based on the data of HBSC surveys in 2002 [21] and 2006 [22] confirmed that such association is a consistent pattern for

both boys and girls and with respect to both parents. In these studies we found that easy communication with parents is a more robust barrier to smoking than living with both parents, attachment to the mother being particularly important for girls aged 15 years. In line with other studies [11] and our previous studies [21, 22, 42], the present study showed that adolescents find it easier to talk to their mother rather than to their father. We confirmed (in univariable analysis) easy talking to mother as a protective factor against adolescent smoking. But it was no longer protective factor in regard to easy talking to father. In multivariable analysis, particularly among girls, the association between easy talking to father and smoking was found inverse. However, herein we found a small positive association between father's emotional support of daughters and less risk for their smoking.

The protective role of parental monitoring against health risk behaviours among adolescents has been widely discussed [19]. Several studies have identified that both paternal and maternal monitoring is the strongest predictor of outcome adolescent risk-taking behaviours [17, 44, 45]. In line with these studies, our study also supported such findings, in addition the current study also stresses the importance of mother's role in prevention of smoking among adolescents by strengthening their monitoring in family.

It was hypothesized that frequent interactions with parents by phone or using other electronic media can facilitate positive communication with parents, as well as can play a helpful role in the monitoring of children.

Table 4 Familial predictors of current smoking among 13 and 15 year old boys and girls (subsample of respondents living in intact families, results from multivariable logistic regression^a)

Predictors ^b	Boys (N = 1290)		Girls (N = 1238)	
	OR	CI	OR	CI
Age:				
13-year-old	1.00	Ref.	1.00	Ref.
15-year-old	2.56	1.76–3.72	2.87	1.75–4.70
Family FAS:				
Low			1.00	Ref.
Medium			0.41	0.23–0.77
High			0.73	0.41–1.28
Satisfaction with family relationships:				
Good			1.00	Ref.
Poor			2.20	1.19–4.05
Communication with the father:				
Easy	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Difficult	0.59	0.35–0.98	0.47	0.27–0.83
Mother’s monitoring:				
High	1.00	Ref.	1.00	Ref.
Low	2.39	1.55–3.70	4.16	2.37–7.29
School-related parental support:				
High			1.00	Ref.
Low			2.49	1.34–4.63
Father’s emotional support:				
High			1.00	Ref.
Low			1.83	1.01–3.35
Electronic media communication with parents:				
Often	1.00	Ref.		
Rare	0.69	0.48–0.95		

^aMethod = Enter; ^bResults of all significant predictors are provided. Significant relationships are provided in bold

Consequently, frequent communication should play a protective role [7]. However, in contrast the findings of our study indicated that frequent communication with parents using electronic media increased the risk of current smoking in adolescents by about 1.5 times.

It is not easy to explain these relatively new results concerning changes in the association between parent roles and Lithuanian adolescent smoking. Some interactions between presented findings, however, could be distinguished. There could be a presumption that democratization of family life with less authoritarian parenting became more common in Lithuanian family life, particularly in father-child relationships. Consequently, this process might decrease adolescent fear of being punished by his father due to smoking or some other inappropriate behaviour, and hereafter, facilitate talks with him face-a-face or using electronic media. In these parenting constructs, it does not

matter how much the father can know where and what the child is doing, e.g. how strongly the adolescent is being on paternal monitoring. Therefore, there is a need for further research to confirm these associations as no other studies investigating such associations were found.

Study strengths and limitations

The current study has several strengths and limitations. The high representativeness of the sample selected and high participation rate in the survey could be considered as the strengths of primary importance of the current study. It is also important that our research was a part of the cross-national collaborative HBSC study. The application of standardized methods including the HBSC questionnaire, which was developed by international experts, is another advantage of this study. The measures of family life were based on valid scales. The internal reliabilities (*Cronbach’s* alphas) for the applied scales were high. The results of this type of research is also a step forward to filling the gap of mapping health inequalities in the context familial determinants of substance abuse in youth.

Some limitations of our study are related to an inherent problem as using the self-reported data could introduce some biases. Our questionnaire survey as well as other similar studies carried on adolescents health behaviour presents an example of very sensitive and personal issues for investigation [46]. To cope with this source of a potential bias of self-reporting, special attempts were made by researchers to provide warranty of anonymity and confidentiality. In addition, the questions were subject to piloting and pre-testing at international and national levels prior to the main survey [7, 47].

From the data analysis perspective the analysis of associations between smoking and familial variables in the current study is limited within intact families, in general. The reasons for such approach were methodological constraints that limited application of selected measures in non-intact families if they were specified for the father and the mother. For instance, the data of the present survey demonstrated that 1046 (28.4 %) respondents were living in a family without the father, therefore, in this group 426 (40.7 %) respondents reported how easy is it to communicate with their fathers, or 633 (60.5 %) respondents indicated how much their fathers know about their activities. Such disparities can be naturally occurred as the family is divorced, but the child is able to meet his father, for example. However, the described cases are confusing in regard of the simple definition of family structure and the further studies are need to explore non-intact families.

The study did not include information related to parents’ and peers’ cigarette smoking, or second hand smoke exposure at home or other places; which may

play an important role in determining current smoking of young people, as the survey did not include related information. Nevertheless, our study focussed on the specific psychosocial familial determinants and their impact on young people smoking risk, and results provide baseline information in given context, which provide directions for improved tobacco control efforts intervening at family level.

Finally, given the cross-sectional design of this study with a rather exploratory nature, we should be careful with interpreting causality. Thus, more studies, including studies with a longitudinal design, are needed to confirm the results and to establish scientific evidence on the relationships found in this study. If these results are confirmed, parents should be advised to apply the more positive approach in parenting and managing their parental roles by helping their children to achieve certain goals.

Conclusions

Overall, the findings suggest that prevalence of smoking among adolescents of Lithuania is associated with an intact family structure as well as weaker parental support and bonding. However maternal monitoring is a particularly important protective factor, particularly among girls, while the father's role seems to be diminishing in changing society. Results show that family life practices are critical components to be incorporated in prevention and intervention programs for adolescent smoking in Lithuania.

Abbreviations

CI: Confidence interval; FAS: Family affluence scale; FDM II: Family dynamics measure II; HBSC: Health Behaviour in School-aged Children, a World Health Organization cross-national study; OR: Odds ratio.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

AZ is a principal investigator of the HBSC study in Lithuania. He proposed the study concept, performed the statistical analysis, designed the manuscript and contributed to the interpretation of the results. DS organized the fieldwork and data collection, and drafted the manuscript. Both authors revised the manuscript critically and have read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This study was funded by the Lithuanian University of Health Sciences. We would also like to thank to the authority of Lithuanian Education Board, school teachers and public health specialist who voluntarily helped to conduct the survey. Particularly, we thank students who agreed to participate in survey and many of them conscientiously filled in questionnaires. We would like to express our gratitude to prof. Fiona Brooks (University of Hertfordshire, UK) who edited the manuscript.

Author details

¹Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Public Health, A.Mickevičiaus street 9, Kaunas LT-44307, Lithuania. ²Public Health Bureau of Ukmerge municipality, Deltuvos street 17, Ukmerge LT-20127, Lithuania.

Received: 23 February 2015 Accepted: 4 September 2015

Published online: 14 September 2015

References

1. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health, Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99243/>. Accessed 15 Jun 2015.
2. Šumskas L, Zaborskis A, Grabauskas V. Social determinants of smoking, alcohol and drug use among Lithuanian School-aged children: results from 5 consecutive HBSC surveys, 1994-2010. *Medicina (Kaunas)*. 2012;48(11):595-604.
3. Zaborskis A, Šumskas L, Zemaitiene N, Grabauskas V, Veryga A, Petkevicius R. Trends of smoking prevalence among Lithuanian school-aged children in 1994-2006. *Medicina (Kaunas)*. 2009;45(10):798-806.
4. Prättälä R, Helakorpi S, Sipilä N, Sippola R, Sääksjärvi K (eds) Social determinants of health behaviours – Finbalt Health Monitor 1998–2008. Report 25/2011. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2011. <http://www.thl.fi/finbalt>. Accessed 20 Feb 2015.
5. Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD004493.
6. Baxi R, Sharma M, Roseby R, Poinay A, Priest N, Waters E, et al. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD001746.
7. Brooks F, Tabak I, Zaborskis A, del Carmen Granado Alcón M, Zemaitiene N, de Roos S, et al. Family Culture. In: Health Behaviour in School-aged Children Study: a World Health Organization Cross-National Study. Internal Research Protocol for the 2013/2014 Survey. Section 2 Part 2. Scotland: University of St. Andrews; 2013. p. 97-113.
8. Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Damon W, Eisenberg N, editors. *Handbook of Child Psychology* (5th ed.). New York: Wiley; 2006. p. 1005-52.
9. Collins WA, Laursen B. Parent-adolescent relationships and influences. In: Lerner R, Steinberg L, editors. *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley; 2004. p. 331-61.
10. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152-8.
11. Tabak I, Mazur J, Alcón MDCG, Örkényi Á, Zaborskis A, Aasvee K, et al. Examining trends in parent-child communication in Europe over 12 years. *J Early Adoles*. 2012;32(1):26-54.
12. Philipov D. Major trends affecting families in Central and Eastern Europe. Included in *Major Trends Affecting Families: A Background Document*, Report for United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, Program on the Family; 2003. <http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtphilipov.pdf>. Accessed 20 Feb 2015.
13. Iacovou M, Skew AJ. Household composition across the new Europe: Where do the new Member States fit in? *Demographic Res*. 2011;25(15):465-90.
14. Statistics Lithuania, 2015, Vilnius. <http://www.stat.gov.lt/en/home>. Accessed 20 Feb 2015.
15. Granado MC, Pedersen JM. Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *Int J Circumpolar Health*. 2001;60:52-63.
16. Oman RF, Vesely SK, Tolma E, Aspy CB. Does family structure matter in relationships between youth assets and youth alcohol, drug and tobacco use? *J Res Adoles*. 2007;17(4):743-66.
17. Stattin H, Kerr M. Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Dev*. 2000;71(4):1072-85.
18. Todd J, Smith R, Levin K, Inchley J, Currie D, Currie C. Family structure and relationships and health among schoolchildren. HBSC Briefing Paper 12. University of Edinburgh; 2007:1569-81.
19. Morrish J, Kennedy P, Groff P. Parental influence over teen risk-taking: A review of the literature. Toronto: SMARTRISK; 2011.
20. Lenčauskienė I, Zaborskis A. The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scand J Public Health*. 2008;36(6):607-18.
21. Zaborskis A, Zemaitiene N, Garmiene A. Harmony of relationships with parents and its impact to health behaviour and wellbeing of adolescents. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (Lithuanian General Practitioner)*. 2005;9(3):169-74.
22. Sirvyte D, Zaborskis A. Harmful health behaviour of adolescents and their communication with parents: which of the parents is more responsible?

- Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (Lithuanian General Practitioner). 2011;15(3):179–84.
23. HBS-C. Health Behaviour in School-aged Children: World Health Organization collaborative cross-national survey. <http://www.hbsc.org>. Accessed 20 Feb 2015.
 24. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBS-C) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6.
 25. Griebler R, Molcho M, Samdal O, Inchley J, Dür W, Currie C. Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna: LBHPR & Edinburgh: CAHRU; 2009.
 26. Health Behaviour in School-aged Children Study: a World Health Organization Cross-National Study. Internal Research Protocol for the 2013/2014 Survey. Scotland: University of St. Andrews. 2013. https://sites.google.com/a/hbsc.org/members/documents/protocols/2013-2014_Internalprotocol. Accessed 20 Feb 2015.
 27. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBS-C) family affluence scale. *Soc Sci Med*. 2008;66:1429–36.
 28. White MA, Grzankovskij J, Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Pounonen-Ilmonen M. Family dynamics and child abuse and neglect in three Finnish communities. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24(6-7):207–22.
 29. Lasky P, Buckwalter K, Whall A, Lederman R, Speer J, Mc Lane A, et al. Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western J Nursing Res*. 1985;7:40–57.
 30. Cantlil H. The pattern of human concern. NJ: Rutgers University Press; 1965.
 31. Brown BB, Mounts N, Lamborn SD, Steinberg L. Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Dev*. 1993;64(2):467–82.
 32. Parker G, Tupling H, Brown L. A parental bonding instrument. *Br J Med Psych*. 1979;52:1–10.
 33. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. Young People's Health in Context, Health Behaviour in School-aged Children study: International Report from the 2001/2002 Survey. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2004. Health Policy for Children and Adolescents, No.4.
 34. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, Mussen PH, editors. *Handbook of child psychology* (4a ed., Vol.4). NY: Wiley; 1983. p. 1–102.
 35. Hummel A, Shelton KH, Heron J, Moore L, van den Bree MB. A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction*. 2013;108(3):487–96.
 36. Piko BF, Kovács E. Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addict Behav*. 2010;35(1):53–6.
 37. Piko BF, Balázs MÁ. Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addict Behav*. 2012;37(3):353–6.
 38. Loke AY, Mak YW. Family process and peer influences on substance use by adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(9):3868–85.
 39. Soenens B, Vansteenkiste M, Luyckx K, Goossens L. Parenting and adolescent problem behavior: an integrated model with adolescent self-disclosure and perceived parental knowledge as intervening variables. *Dev Psychol*. 2006;42(2):305–18.
 40. Sleddens EF, O'Connor TM, Watson KB, Hughes SO, Power TG, Thijs C, et al. Development of the Comprehensive General Parenting Questionnaire for caregivers of 5–13 year olds. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:15.
 41. Recker A. Examining the Father-Child Relationship: Intact vs. Not Intact Families and Child Outcomes of Academic Performance, Conduct, and Self-Esteem. Hanover College. Winter 2006. <http://psych.hanover.edu/research/thesis07/ReckerPaper.pdf>. Accessed 20 Feb 2015.
 42. Zaborskis A, Makari J. Health behaviour of Lithuanian schoolchildren: trends in 1994–1998 and cross-national comparison (in Lithuanian, summary in English). Panevezys: Publisher E. Vaicėkauskas; 2001.
 43. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med*. 2003;56(1):41–52.
 44. Fletcher AC, Steinberg L, Williams-Wheeler M. Parental influences on adolescent problem behaviour: revisiting Stattin and Kerr. *Child Dev*. 2004;75:781–96.
 45. Willoughby T, Hamza C. A longitudinal examination of the bidirectional associations among perceived parenting behaviors, adolescent disclosure and problem behavior across the high school years. *J Youth Adolesc*. 2011;40(4):463–78.
 46. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):351–8.
 47. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, Nic Gabhainn S, et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBS-C) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:140–50.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



RESEARCH ARTICLE

Open Access



Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014

Apolinaras Zaborskis*, Dainora Sirvyte and Nida Zemaitiene

Abstract

Background: In the past decades Lithuania has been experiencing a very high suicide rate among young people and there are scarce data on the role of the family in shaping these people suicidal behaviour. This study investigated the prevalence of suicidal ideation and attempts, as well as their association with a range of familial factors in a representative sample of Lithuanian adolescents.

Methods: Study subjects ($N = 3572$) were adolescents aged 13- and 15-years from the schools in Lithuania who were surveyed in Spring 2014 according to the methodology of the cross-national Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). A standard HBSC international questionnaire was translated into Lithuanian and used anonymously to obtain information about suicidal behaviour (stopped doing activities, considered suicide, planned suicide, and suicide attempts) and family life (family structure, quality of communication in family, parental monitoring and bonding, parenting style, family time, etc.). Logistic regression was used to assess association between suicidal behaviours and familial variables.

Results: Forty three percents of surveyed adolescents reported presence of emotions that stopped doing activities during the last 12 months, 23.8 % seriously considered attempting suicide, 13.7 % made a suicide plan, 13.2 % attempted suicide, and 4.1 % needed treatment because of suicide attempt in the previous year. Adolescents from non-intact families reported more suicidal ideation (OR ranged from 1.32 to 1.35, $P < 0.05$) and more suicide attempts ($OR = 1.70$, 95 % CI 1.38-2.09, $P < 0.001$). Among adolescents from intact families, some manifestations of suicidal behaviour were significantly associated with low satisfaction in family relationships, low father's and mother's emotional support, low mother's monitoring, low school-related parental support, authoritarian-repressive father's parenting style and permissive-neglectful mother's parenting style, but rare family time together and rare electronic media communication with parents were inversely associated with suicidal behaviour. The boys, 15-year-olds and adolescents who indicated often activities together with their families were more likely than their counterparts to report suicide attempts treated by a doctor or nurse.

Conclusion: The young people of Lithuania are at particular risk for suicides. A non-intact family structure and weak family functioning are significant predictors of suicidal ideation and attempts among adolescents of Lithuania. It is essential to consider family life practices in planning intervention programs for prevention of suicides among adolescents.

Keywords: Suicide, Suicidal behaviour, Adolescents, Family, Parent-child relationships, Parenting

* Correspondence: apolinaras.zaborskis@ismuni.lt
Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Public Health, Institute for Health Research, A.Mickevičiaus str., 9, LT-44307 Kaunas, Lithuania



© 2016 The Author(s). **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

Statistics show that suicide is currently one of the leading causes of death among young and middle-aged people and represents a significant public health problem worldwide [1–3]. In many countries, it's extremely disturbing that this issue is becoming more and more associated with the younger age groups [4–6]. Lithuania has been among the countries with the highest suicide rate for more than 20 recent years [7]. According to the statistical data of the country [8], from early 1990s, the frequency of suicide increased amongst adults and young people aged 15–19 years. After 2002, a decrease in deaths by suicide was observed both for the whole population and for young people aged 15–19 years. In 2012, age-standardized suicide mortality for the whole population was 28.3 and for the population aged 15–19 was 14.9 per 100 000 of population, therefore, suicide covered 26 and 35 % of external causes of death for all population and young people respectively [9].

Adolescence is the time of greatest risk for the first onset of suicidal behaviors, however, suicide prediction in young ages is complex and difficult [10, 11], because suicidality is considered to be a multifactorial phenomenon [12, 13]. Non-fatal suicidal behaviours, such as seriously considered attempting suicide, made a suicide plan and attempted suicide, occurs at least 10 to 20 times more than completed suicides [14]. Previous studies have reported a variety of risk factors related with suicidality in adolescence [15–17]. The relationship between psychiatric disorders (like depression) and adolescent suicide is now well established [18, 19]. Mood disorders, substance abuse and prior suicide attempts are strongly related with youth suicides [15, 19–21]. Factors related to social alienation and precipitating problems also contribute to the risk of suicide [22–24]. In order to full understanding risk factors for suicide and to develop strategies for intervention, it is important also to analyze the association between adolescents' suicidality and their family social and psychological climate. Several studies have tried to explore the effect of parental factors [21, 25] and other factors related to family adversity [26–28]. However, the researchers of the vast majority of studies did not attend to whether the familial risk factors preceded the development of suicidal symptoms. Given the heterogeneity of study samples and designs, little conclusive evidence has been found, thus, further research is needed to replicate and determine the magnitude of effect of most familial factors.

The political and societal transition in Lithuania, like in other countries of Central and Eastern Europe, started at the beginning of the 1990s brought the painful transformation in family life: tragically declining birth rates, an increased number of divorces, changes in household composition or family structure, etc. [29, 30]. For

illustration of these changes, the official census data of Lithuania indicates a drastic increase in the number of extramarital births: from 7.0 in 1990 to 22.6 in 2000, and to 25.7 in 2010 per 100 births [31]. The proportions of children growing up in a nuclear family composed of a biological father and mother – intact family – has reduced over the past decade. These transformations may have affected child rearing and socialization of children. Such family is less able to control self destructive behaviour of the children, such as smoking, alcohol and drugs intake [29], well-being and suicidal behaviour [32].

It is consequently crucial to understand how, and under what conditions, the family structure and functioning is related with the development of the young person and, especially, with health risk behaviours. The focus of this study lies in identifying the role that several familial factors play in adolescent suicidal behaviour. Furthermore, protective factors associated with the interpersonal relationships between family members are to be identified. Within this area, there are analyses of the specific variables that shape the interpersonal relationships (family dynamics) built within the family setting including: communication and attachment to parents, monitoring, and disciplinary parenting styles [33]. A review of the literature identifies that there is better adjustment in children and adolescents (e.g. less risk of suicide) who reported having an open communication with their parents, or who perceived them as physically and emotionally accessible, or who felt vigilant parental monitoring [34]. Because research in this field among the Lithuanian adolescent population is still scarce [35], there is a need to investigate how much the above mentioned findings are appropriate within the Lithuanian family. Knowledge on the familial predictors of suicidal behaviour in adolescents is necessary to inform future intervention development to reduce the mentioned trouble among young people.

The *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, a World Health Organization cross-national study, considers the family as one of the significant domains of adolescent life [33, 36–40]. The study, which started in Lithuania in 1994, provides a realistic opportunity to explore adolescent health behaviour, including non-fatal suicidal behaviour, in the family context. The recent survey that was carried out in Spring 2014 in Lithuania included full set of optional packages developed by the *Family Culture* working group [33].

The aim of this study was to investigate the prevalence of non-fatal suicidal behaviour (stopped doing activities, considered suicide, planned suicide, and suicide attempt) and its association with a range of familial factors in a representative sample of Lithuanian adolescents who were surveyed in the recent HBSC wave. We hypothesized that a non-intact family structure, weak child–

parent relationships and contact, lack of parental control, etc. would be predictors of adolescent suicidal thoughts and suicide attempts.

Methods

Subjects and study procedures

The data analysed here were collected in the school-based, cross-sectional, anonymous survey conducted in 2014 (April–May) in Lithuania according to the methodology of World Health Organization collaborative cross-national HBSC study (more detailed information about the study is provided elsewhere [39–42]). Researchers followed the standardized international research protocol [43] to ensure consistency in survey instruments, data collection and processing procedures.

The population selected for sampling was 11-, 13- and 15-year-olds attending general school. Participants were selected using a clustered hierarchical sampling design, where the initial sampling unit was a class of the fifth, seventh or ninth grades (the most appropriate grades for required students' age groups). Samples of students were drawn to be representative by age and gender. According to the research protocol, the recommended sample size for Lithuania was 1500 students per age group. In total, 356 classes from 129 schools from the whole country were drawn to ensure the requested number of surveyed students.

Questionnaires were administered in school classrooms by form tutors who complied with written instructions. The time frame for filling out the questionnaires was 1–1½ school period. Participants could freely choose to participate, and anonymity and confidentiality was ensured. As finishing questioning, students sealed themselves the provided envelopes with questionnaires inside. Form tutors reported about the number of participants and process of questioning. The response rate was 84 %.

Upon the completion of the fieldwork, the data were prepared using standard documentation and submitted to the HBSC International Data Bank at the Bergen University, Norway. The data were checked, cleaned, included into the international HBSC database, as well as returned to the country for further statistical processing ($N = 5730$).

The present study includes 3572 students aged 13- and 15-years and who reported about suicide attempts (the proportion of non-reported questions about suicide ranged 2.6–2.8 %). The youngest group of adolescents (11-year-olds) was excluded from the analysis because they were not asked to answer questions about suicide.

Instrument and measures

We used a standard HBSC international questionnaire adopted after its translation from the Standard English

version [42] into Lithuanian and retranslated back into English for approving by the international experts. The questionnaire consists of an mandatory (obligatory) section, that each country is required to include for the production of an international HBSC database, and optional packages, e.g. an optional package "Family Culture" [33].

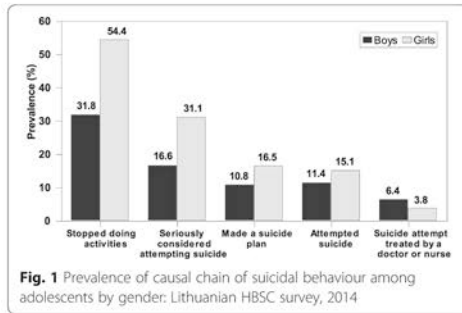
In the present study, the outcome variables were 5 items from the optional package "Suicide and self-harm" [43], which source is the Youth Risk Behaviour Survey (YRBS) conducted in the United States [44]. The package of questions introduced the topic of suicide using a short preamble that defines what suicide is, and infers that this is a recognised health problem among people. Students were asked to think about the recent period of 12 months of their life. Questions were then asked in a logical sequence that outlines a causal chain: (1) presence or absence of emotions that stopped doing activities; (2) serious consideration for attempting suicide; (3) making a suicide plan; (4) actual act of attempted suicide; and (5) need of treatment by doctor or nurse. Each question was structured with dichotomous (yes/no) response categories. In the present article the first three outcomes were considered as suicidal ideation (thoughts), and the remaining two were considered as suicidal attempts.

The list of independent variables included gender and age group (13-year-olds and 15-year-olds) of the respondent, as well as a series of the familial variables shortly described in Table 1. More detailed information about these familial variables is provided in our recent publication [38].

Statistical analysis

Data were analysed in two steps. The first step of analysis was performed within the total sample of 13- and 15-year-olds ($N = 3572$, in order to assess the relationship between suicidal behaviour and family structure only. The second step of analysis was performed within the subsample of those living in intact families ($N = 2542$), and was aimed to explore relationships between suicidal behaviour and a set of variables specific for the intact family.

Reliability analysis with Cronbach's Alpha measure was used to establish the level of internal consistency of various multi-item scales. Explanatory 1-factor analysis with a principal component analysis was adopted for each scale to construct reliable one-dimensional variables. The factor scores were calculated within subsample of intact families in such way that higher factor scores indicated a higher/better level of family life expected by the respondents. Next, using 0 as a cut-point, factor score values were dichotomized into positive and negative groups, which corresponded to respondents' inclination for higher and lower scores in the scale.



for seriously considered attempting suicide and made a suicide plan only), low mother’s monitoring and low school-related parental support (significant for attempted suicide only), and authoritarian-repressive or permissive-neglectful father’s parenting style and permissive-neglectful mother’s parenting style (significant for most of the suicidal outcomes). Rare family time together (significant for attempted suicide only) and rare electronic media communication with parents (significant for stopped doing activities and attempted suicide) seemed to be protective determinants against suicidal behaviours. Suicide attempts treated by doctor or nurse were significantly associated with gender (girls were less likely than boys), and age (13-year-olds were less likely than 15-year-olds),

Table 4 Association of suicidal ideation and suicide attempts with familial predictors among 13- and 15-year-old adolescents in the total sample of respondents (N = 3572): Results from binary logistic regression analysis

Predictors	Stopped doing activities		Seriously considered attempting suicide		Made a suicide plan		Attempted suicide		Suicide attempt treated by a doctor or nurse ^b	
	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI
Univariable analysis										
Gender:										
Boys (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Girls	2.56	2.23-2.93	2.26	1.93-2.66	1.62	1.34-1.97	1.38	1.14-1.68	0.33	0.22-0.50
Age:										
13-year-old (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
15-year-old	1.03	0.90-1.17	0.94	0.80-1.10	1.11	0.92-1.34	0.81	0.67-0.99	1.75	1.18-2.59
Family FAS:										
Low (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	0.83	0.72-0.97	0.78	0.65-0.92	0.67	0.54-0.83	0.83	0.67-1.04	0.99	0.64-1.53
High	0.69	0.57-0.84	0.67	0.54-0.84	0.66	0.50-0.87	0.77	0.58-1.02	1.01	0.57-1.77
Family structure:										
Intact family (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Not intact family	1.33	1.15-1.54	1.37	1.16-1.61	1.42	1.16-1.74	1.63	1.34-2.00	0.98	0.66-1.45
Multivariable analysis ^a										
Gender:										
Boys (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Girls	2.61	2.27-3.00	2.35	1.99-2.77	1.75	1.43-2.14	1.42	1.16-1.74	0.31	0.21-0.48
Age:										
13-year-old (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
15-year-old	1.04	0.91-1.20	0.93	0.79-1.09	1.08	0.89-1.32	0.80	0.65-0.97	1.85	1.22-2.82
Family FAS:										
Low (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	0.89	0.76-1.04	0.83	0.69-0.99	0.72	0.58-0.89	0.89	0.72-1.11	0.97	0.61-1.53
High	0.77	0.63-0.94	0.74	0.59-0.94	0.74	0.55-0.98	0.88	0.66-1.17	1.05	0.57-1.93
Family structure:										
Intact family (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Not intact family	1.32	1.13-1.53	1.35	1.13-1.60	1.34	1.09-1.65	1.70	1.38-2.09	1.03	0.67-1.59

^a Method = Enter, ^b Results from analysis of subsample attempted suicide. Ref. reference category, OR Odds Ratio, CI 95 % Confidence Interval. Significant relations are provided in bold

Table 1 Familial variables

Variable	Origin or source of the variable	Cronbach's Alpha if appropriate	Categories in analysis
Family affluence scale	A set of 6 questions on the material conditions of the households in which children live. The questions cover car ownership, bedroom and bathroom occupancy, holidays, home computers and dishwashing machine [68].		Low (Ref.) Medium High
Family structure	In the list of adult people, the respondents were asked to indicate the persons living in their family.		Intact family (Ref.) Not intact family
Communication with parents ^a	The respondents were asked how easy it is for them to talk to their father and mother (separately) about things that really bother them [69].		Easy (Ref.) Difficult
Quality of communication within the family	A shortened version of the clear communication scale (4 items) from <i>Family Dynamics Measure II</i> [70, 71].	0.87	Good (Ref.) Poor [#]
Satisfaction with family relationships	The variable was measured by means of an item based on <i>Cantril's</i> [72] ladder, ranged from 0 to 10.		High (7–10 scores) (Ref.) Low (0–6 scores)
Parental monitoring ^a	The measure was based on the scale developed by <i>Brown et al.</i> [73], which asks young respondents about how much their father and mother know about five issues of their life.	0.90 (for the father) 0.79 (for the mother)	High (Ref.) Low [#]
Emotional support ^a	The measure was 4-items subscale of the instrument build by <i>Parker et al.</i> [74], which is used to assess the quality of parental bonding.	0.84 (for the father) 0.78 (for the mother)	High (Ref.) Low [#]
School-related parental support	The respondents were asked to show how they agree or disagree with the 5 statements on perception of parental emotional support and controlling in various aspects of school [75].	0.85	High (Ref.) Low [#]
Parenting style ^a	The measure refers to the strategy developed by <i>Maccoby and Martin</i> used to assess the four well-known parental disciplinary styles [58].		Authoritative-reciprocal (Ref.) Permissive-indulgent Authoritarian-repressive Permissive-neglectful
Family time together	The evaluation of joint family activity was based on 8 items: (1) watching TV or a video, (2) playing indoor games, (3) eating meals, (4) going for a walk, (5) going places, (6) visiting friends or relatives, (7) playing sports, (8) sitting and talking about things [76].	0.85	Often (Ref.) Rare [#]
Electronic media communication with parents	The respondents were asked to answer how often, in average, they communicate with parents in these ways: (1) speaking by phone; (2) sending SMS messages; (3) writing e-letters; and (4) conversing in real time (e.g. by <i>Skype</i>).	0.61	Often (Ref.) Rare [#]
Seeing the parents ^a	The respondents were asked how often they are able to see (meet) their parents because of their job.		See father/mother every day (Ref.) See father/mother not every day

Ref. reference category. ^a Variables are defined separately for the father and mother. [#] Categories correspond to positive and negative factor score in 1-factor analysis of the scale (see Statistical analysis)

Associations between familial measures and suicidal ideation forms and suicide attempt were estimated using odds ratios (OR) with 95 % confidence intervals (95 % CI) in a binary logistic regression (BLR) analysis. We used Enter method in multivariable analyses with all variables irrespective of their significance found in a univariable analysis. Interactions between familial variables were tested. Multicollinearity between independent variables in multivariate models was also tested: Tolerance ranged 0.64–0.95, and Variance Inflation Factor (VIF) ranged 1.05–1.55. These estimations did not indicate multicollinearity, therefore pairwise correlations between variables defined for the father and mother showed

moderate correlation (e.g., correlation coefficient between father's monitoring and mothers monitoring was 0.46). All analyses were performed with SPSS (version 20.0; SPSS Inc, Chicago, IL, 2010). $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results

Table 2 shows demographic and parental characteristics of all studied adolescents and subsample of adolescents living in intact families. The studied sample was sufficiently balanced by gender and age groups both in the total sample and subsample. The distribution of adolescents by their family FAS was skewed towards 'low'

Table 2 Demographic and parental characteristics of the studied samples

Predictors	No ^a	Percent	P ^b
Total sample, N = 3572			
Gender:			
Boys	1805	50.5	
Girls	1767	49.5	
Age:			
13-year-old	1903	53.3	
15-year-old	1669	46.7	
Family FAS:			
Low	1283	36.7	
Medium	1533	43.9	
High	679	19.4	
Family structure:			
Intact family	2454	68.9	
Not-intact family	1118	31.1	
Subsample of respondents living in intact families, N = 2454			
Gender:			
Boys	1240	50.5	
Girls	1214	49.5	
Age:			
13 years old	1332	54.3	
15 years old	1122	45.7	
Family FAS:			
Low	766	31.9	
Medium	1084	45.1	
High	553	23.0	
Satisfaction with family relationships:			
High	2095	86.3	
Low	332	13.7	
Communication with the father:			<0.001
Easy	1439	62.9	
Difficult	848	37.1	
Communication with the mother:			
Easy	1741	75.9	
Difficult	553	24.1	
Quality of communication in the family:			
Good	1540	62.8	
Poor	914	37.2	
Father's monitoring:			<0.001
High	1211	49.3	
Low	1243	50.7	

Table 2 Demographic and parental characteristics of the studied samples (Continued)

Mother's monitoring:			
High	1523	62.1	
Low	931	37.9	
School-related parental support:			
High	1276	52.0	
Low	1178	48.0	
Father's emotional support:			0.002
High	1400	57.0	
Low	1054	43.0	
Mother's emotional support:			
High	1514	61.7	
Low	940	38.3	
Father's parenting style:			<0.001
Authoritative- reciprocal	1008	41.8	
Permissive-indulgent	1001	41.6	
Authoritarian- repressive	188	7.8	
Permissive-neglectful	213	8.8	
Mother's parenting style:			
Authoritative- reciprocal	1112	45.9	
Permissive-indulgent	1063	43.9	
Authoritarian- repressive	153	6.2	
Permissive-neglectful	96	4.0	
Family time together:			
Often	1148	46.8	
Rare	1306	53.2	
Electronic media communication with parents			
Often	1065	43.4	
Rare	1389	56.6	
Seeing the father			<0.001
Every day	1867	77.4	
Not every day	545	22.6	
Seeing the mother			
Every day	2276	94.0	
Not every day	145	6.0	

^a Frequency of missing data is not presented. ^b Significance of the difference in respondents' opinion about the father and the mother (Chi-squared test)

category. About two-thirds (62.8 %) of the total sample of respondents were regarded as living in intact families. For the items repeated for the father and the mother, there was a significant difference in respondents' opinion about father's and mother's role in their life. Easy communication with the mother was reported more often than with the father (75.9 vs 62.9 %; $P < 0.001$). High level of maternal monitoring was more prevalent than paternal monitoring (62.1 vs 49.3 %; $P < 0.001$).

According to the adolescents' opinion, they can get high emotional support from their mothers more often than from fathers (61.7 vs 57.0 %; $P = 0.002$). Authoritative-reciprocal parenting style the mothers showed more often than the fathers (45.9 vs 41.8 %; $P < 0.001$). Everyday seeing of the mothers was more common than seeing of the fathers (94.0 vs 77.4 %; $P < 0.001$).

In the total sample of surveyed adolescents, 43.0 % of respondents reported presence of emotions that stopped doing activities during the last 12 months, 23.8 % of respondents seriously considered attempting suicide, 13.7 % of respondents made a suicide plan, and 13.2 % of respondents admitted that they attempted suicide. Some of suicide attempts were serious that needed treatment (4.1 % in total sample or 31.2 % among these who attempted suicide) (Table 3). All forms of suicidal ideation and suicide attempts were more prevalent among girls, while suicide attempts treated by a doctor or nurse were more prevalent among boys (Fig. 1). There was no significant difference in prevalence of suicidal outcomes by age, except attempted suicide, which was more prevalent in the younger 13-year-old age group. The prevalence of reported suicidal ideation seemed significantly higher among adolescents from families of low FAS, and the prevalence of all forms of suicidality was significantly higher among adolescents living in not-intact families (Table 3).

The univariable and multivariable BLR analyses using data of the total sample and controlling for gender, age and family FAS suggested that broken family was a significant predictor of suicidal ideation and attempts

among adolescents (Table 4). Adolescents living in a not-intact family, in comparison with adolescents from an intact family, were significantly more likely to report suicidal behaviour. In a multivariable BLR analysis, for example, the odds for suicidal ideation were increased by 32–35 % ($P < 0.05$), and the odds for attempted suicide were increased by 70 % ($OR = 1.70$, 95 % CI 1.38–2.09, $P < 0.001$). The next step of analysis was focussed on the data of intact families. An univariable BLR analysis (Table 5) showed that suicidal ideation and attempted suicide of adolescents living in an intact family were significantly associated with almost all familial predictors included in the present analysis. Among these predictors, satisfaction with family relationships and parental parenting style could be identified as the most important associates. Electronic media communication with parents and seeing the father had any significant association with suicidal outcomes. Suicide attempt treated by a doctor or nurse was found significantly associated with the following familial predictors only: communication with father and mother, quality of communication within the family and family time together. These associations, however, were inverse indicating a lower chance of suicide attempts treated by doctor or nurse among adolescents who reported negative deviances in the mentioned items.

In a multivariable BLR analysis (Table 6), adjusting data for gender, age and family FAS, the increased odds for suicidal behaviour were revealed among adolescents who reported low satisfaction with family relationships, low father's and mother's emotional support (significant

Table 3 Prevalence of suicidal ideation and attempts during the last 12 months among 13- and 15-year-old adolescents by gender, age, and family affluence and structure (total sample, $N = 3572$)

	Stopped doing activities			Seriously considered attempting suicide			Made a suicide plan			Attempted suicide			Suicide attempt treated by a doctor or nurse		
	No	%	P^*	No	%	P^*	No	%	P^*	No	%	P^*	No	%	P^*
Total	1525	43.0		844	23.8		486	13.7		471	13.2		147	4.1	
Gender:															
Boys	568	31.8	<0.001	297	16.6	<0.001	195	10.9	<0.001	205	11.4	0.001	91	5.0	0.005
Girls	957	54.4		547	31.1		291	16.5		266	15.1		56	3.2	
Age:															
13-year-old	805	42.7	0.690	459	24.4	0.414	248	13.1	0.287	272	14.3	0.037	71	3.7	0.217
15-year-old	720	43.3		385	23.2		238	14.3		199	11.9		76	4.6	
Family FAS:															
Low	598	46.8	0.001	346	27.1	0.001	212	16.6	<0.001	187	14.6	0.117	59	4.6	0.538
Medium	644	42.3		341	22.4		179	11.7		191	12.5		60	3.9	
High	255	37.9		135	20.0		78	11.5		79	11.6		25	3.7	
Family structure:															
Intact family	993	40.8	<0.001	534	21.9	<0.001	299	12.3	0.001	277	11.3	<0.001	87	3.5	0.014
Not-intact family	528	47.8		306	27.8		183	16.6		191	17.2		59	5.3	

* Z or Chi-squared test. Significant relations are provided in bold

Table 5 Association of suicidal ideation and suicide attempts with familial predictors among 13- and 15-year-old adolescents in the subsample of respondents living in intact families (N = 2542); Results from univariable binary logistic regression analysis

Predictors	Stopped doing activities		Seriously considered attempting suicide		Made a suicide plan		Attempted suicide		Suicide attempt treated by a doctor or nurse ^a	
	OR	CI	OR	CI	OR	OR	OR	CI	OR	CI
Gender:										
Boys (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Girls	2.64	2.23-3.11	2.16	1.77-2.63	1.46	1.15-1.87	1.18	0.92-1.51	0.33	0.19-0.56
Age:										
13-year-old (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
15-years-old	0.99	0.95-1.17	0.93	0.76-1.12	1.25	0.98-1.59	0.80	0.62-1.03	2.06	1.23-3.45
Family FAS:										
Low (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	0.82	0.68-0.98	0.77	0.62-0.95	0.60	0.45-0.79	0.86	0.64-1.15	0.80	0.44-1.43
High	0.70	0.56-0.87	0.64	0.49-0.84	0.64	0.46-0.89	0.86	0.61-1.22	0.84	0.42-1.70
Father's monitoring:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.64	1.39-1.93	1.63	1.34-1.98	1.83	1.43-2.35	1.50	1.17-1.94	0.72	0.43-1.20
Mother's monitoring:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.40	1.19-1.65	1.57	1.29-1.90	1.92	1.50-2.45	1.85	1.44-2.38	0.96	0.58-1.60
Satisfaction with family relationships:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	3.70	2.89-4.74	3.54	2.77-4.53	3.49	2.63-4.63	2.84	2.11-3.83	0.83	0.46-1.50
Communication with father:										
Easy (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Difficult	1.99	1.68-2.37	1.98	1.62-2.42	1.72	1.33-2.22	1.53	1.17-1.99	0.34	0.19-0.61
Communication with mother:										
Easy (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Difficult	1.75	1.45-2.13	1.79	1.44-2.23	2.15	1.65-2.81	1.77	1.34-2.34	0.51	0.28-0.93
Quality of communication within the family:										
Good (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Poor	1.87	1.59-2.22	1.97	1.62-2.40	2.17	1.70-2.77	2.01	1.56-2.59	0.56	0.34-0.94
School-related parental support:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.44	1.22-1.69	1.66	1.37-2.01	1.66	1.30-2.12	1.91	1.48-2.47	1.07	0.64-1.81
Father's emotional support:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.65	1.40-1.94	1.94	1.60-2.36	2.16	1.69-2.76	1.78	1.38-2.29	0.70	0.42-1.16
Mother's emotional support:										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.61	1.37-1.90	1.94	1.60-2.36	2.26	1.77-2.89	1.88	1.46-2.42	0.86	0.52-1.43
Father's parenting style:										
Authoritative- reciprocal (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Permissive-indulgent	1.11	0.93-1.34	0.98	0.79-1.23	0.91	0.64-1.28	0.92	0.69-1.24	0.89	0.48-1.63
Authoritarian- repressive	2.58	1.88-3.56	2.15	1.53-3.02	2.84	1.92-4.16	1.96	1.28-3.00	0.64	0.26-1.57
Permissive-neglectful	2.01	1.49-2.72	1.71	1.22-2.38	1.64	1.09-2.48	1.87	1.24-2.81	1.13	0.51-2.50

Table 5 Association of suicidal ideation and suicide attempts with familial predictors among 13- and 15-year-old adolescents in the subsample of respondents living in intact families (N = 2542): Results from univariable binary logistic regression analysis (Continued)

Mother's parenting style:										
Authoritative- reciprocal (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Permissive-indulgent	1.23	1.04-1.46	1.05	0.85-1.29	1.08	0.82-1.42	0.93	0.70-1.23	0.87	0.49-1.55
Authoritarian- repressive	2.16	1.53-3.04	2.53^c	1.77-3.63	3.43	2.29-5.15	1.94	1.24-3.06	0.55	0.21-1.48
Permissive-neglectful	2.03	1.34-3.09	2.09	1.74-4.16	3.48	1.74-4.16	3.39	2.09-5.51	1.19	0.50-2.85
Family time together:										
Often (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Rare	1.64	1.39-1.93	1.38	1.14-1.68	1.22	0.95-1.55	0.99	0.77-1.28	0.47	0.28-0.79
Electronic media communication with parents										
Often (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Rare	0.89	0.77-1.05	0.99	0.82-1.20	0.90	0.70-1.14	0.87	0.67-1.11	0.85	0.51-1.41
Seeing the father										
Every day (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Not every day	1.17	0.96-1.42	0.96	0.79-1.25	0.97	0.73-1.31	0.93	0.68-1.26	0.71	0.37-1.36
Seeing the mother										
Every day (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Not every day	1.31	0.93-1.83	1.47	1.01-2.13	1.32	0.83-2.12	1.71	1.09-2.69	1.02	0.42-2.46

^a Results from analysis of subsample attempted suicide. Ref. reference category, OR Odds Ratio, CI 95 % Confidence Interval. Significant relations are provided in bold

as well as with family time together (adolescents who reported often activities together with their family were more likely than their counterparts).

Discussion

This paper draws on recent Lithuanian data from the World Health Organization cross-national HBSC study, which investigates a range of familial determinants on youth health and health behaviour [33]. We aimed to analyze the predictive value of familial variables on suicidal behaviour among adolescents in Lithuania. Suicidal behaviour was the main focus due to still high suicide rate both for the whole population and for young people in the country [5, 7, 8]. In addition, the rationale for this study arose from the significant family transformations over last two decades that were the consequence of a swift transition away from a totalitarian regime to a democratic society in Central and Eastern European countries, including Lithuania [29].

The associations between parental and familial factors and adolescent maladjusted behaviour have been extensively examined [34]. Recent systematic reviews described the role of family functioning and parenting on adolescents suicidal behaviour and confirmed the important protective role of positive family processes [22, 24, 45]. In our study, besides family structure, the statistical significance of associations was assessed for at least 15 variables, which measured different aspects of child-parent relationships. In order to avoid

overestimation of the specific father's or mother's role in single-parent and step-parent families, an intact family was selected as a model to obtain valid findings. Partly, this decision was supported by Recker research [46].

The present study revealed that only 62.8 % of the total sample of respondents were living in intact families, whereas two decades ago, in 1994, during the first HBSC study wave in Lithuania, the corresponding figure was significantly greater - 82.7 % [47]. A broken family was shown previously linked to the risk for engaging adolescents in suicide attempts or other risk-taking behaviour [21, 26, 28, 48, 49]. The results of Garnefski and Diekstra [50] study, published two decades ago, have already indicated that adolescents from single-parent and step-parent families reported lowered self-confidence, heightened anxiety and loneliness, more depressed mood, more suicidal thoughts, and even more attempts to commit suicide than children from intact families. Our study was in accordance with the literature indicating that adolescents who did not live with both parents were at least 30 % more likely to express suicidal thoughts and at least 70 % more likely to report attempted suicide than their counterparts. This finding suggests suicide attempts in adolescents can be associated with negative experiences of parental divorce and loss of social support in single-parent family, which can be seen as critical life events. Other studies that addressed adolescent suicide attempts support this assumption [21, 49].

Table 6 Association of suicidal ideation and suicide attempts with familial predictors among 13- and 15-year-old adolescents in the subsample of respondents living in intact families (N = 2542); Results from multivariable binary logistic regression analysis^a

Predictors	Stopped doing activities		Seriously considered attempting suicide		Made a suicide plan		Attempted suicide		Suicide attempt treated by a doctor or nurse ^b	
	OR	CI	OR	CI	OR	OR	OR	CI	OR	CI
Gender:										
Boys (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Girls	2.60	2.12-3.19	2.33	1.81-2.99	1.69	1.23-2.31	1.38	1.01-1.91	0.21	0.09-0.47
Age:										
13-year-old (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
15-years-old	0.89	0.73-1.08	0.79	0.63-0.99	1.17	0.87-1.56	0.72	0.53-0.98	3.20	1.52-6.72
Family FAS:										
Low (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.05	0.84-1.30	1.01	0.78-1.30	0.75	0.54-1.04	1.09	0.76-1.54	0.56	0.24-1.29
High	0.92	0.71-1.20	0.86	0.62-1.18	0.89	0.60-1.31	1.12	0.75-1.68	0.83	0.32-2.16
Father's monitoring:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.19	0.94-1.49	1.15	0.87-1.52	1.32	0.92-1.88	0.98	0.68-1.42	1.44	0.58-3.59
Mother's monitoring:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.20	0.95-1.52	1.20	0.92-1.57	1.16	0.83-1.63	1.42	1.01-2.02	0.94	0.40-2.22
Satisfaction with family relationships:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	2.57	1.87-3.53	2.03	1.47-2.79	1.57	1.06-2.31	2.00	1.37-3.00	1.29	0.52-3.16
Communication with father:										
Easy (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Difficult	1.09	0.86-1.37	1.10	0.84-1.44	0.96	0.68-1.36	1.14	0.79-1.69	0.64	0.26-1.56
Communication with mother:										
Easy (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Difficult	1.26	0.98-1.63	1.15	0.86-1.55	1.39	0.97-1.99	1.16	0.80-1.69	0.70	0.27-1.78
Quality of communication within the family:										
Good (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Poor	1.01	0.81-1.27	1.05	0.80-1.37	1.26	0.89-1.78	1.26	0.88-1.81	0.58	0.23-1.47
School-related parental support:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.05	0.85-1.31	1.15	0.88-1.50	0.82	0.58-1.16	1.42	1.00-2.03	1.41	0.56-3.52
Father's emotional support:										
High (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.04	0.82-1.31	1.35	1.03-1.78	1.55	1.08-2.21	1.19	0.82-1.72	0.93	0.37-2.34
Mother's emotional support:										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Low	1.10	0.87-1.39	1.32	1.01-1.74	1.55	1.09-2.21	1.33	0.93-1.92	1.39	0.58-3.34
Father's parenting style:										
Authoritative- reciprocal (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Permissive-indulgent	1.05	0.84-1.32	1.02	0.78-1.34	0.90	0.64-1.28	0.97	0.68-1.40	0.51	0.21-1.26
Authoritarian- repressive	1.91	1.30-2.82	1.38	0.91-2.08	1.64	1.01-2.65	1.55	0.92-2.58	0.74	0.21-2.54
Permissive-neglectful	1.53	1.03-2.26	1.05	0.68-1.62	0.67	0.38-1.18	1.09	0.62-1.90	1.04	0.25-4.17

Table 6 Association of suicidal ideation and suicide attempts with familial predictors among 13- and 15-year-old adolescents in the subsample of respondents living in intact families (N = 2542): Results from multivariable binary logistic regression analysis^a (Continued)

Mother's parenting style:										
Authoritative- reciprocal (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Permissive-indulgent	0.99	0.79-1.23	0.86	0.66-1.13	0.97	0.69-1.37	0.85	0.60-1.20	1.60	0.65-3.90
Authoritarian- repressive	1.08	0.69-1.67	1.22	0.77-1.93	1.57	0.93-2.66	0.86	0.48-1.55	1.07	0.26-4.46
Permissive-neglectful	1.11	0.62-1.97	1.89	1.04-3.46	3.48	1.76-6.87	2.36	1.19-4.60	0.51	0.11-2.47
Family time together:										
Often (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Rare	1.19	0.96-1.47	0.88	0.67-1.14	0.72	0.51-1.01	0.61	0.43-0.87	0.39	0.17-0.90
Electronic media communication with parents										
Often (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Rare	0.79	0.65-0.96	0.89	0.71-1.12	0.79	0.59-1.08	0.73	0.54-0.99	1.12	0.54-2.32
Seeing the father										
Every day (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Not every day	1.17	0.93-1.47	1.03	0.79-1.35	0.97	0.69-1.37	0.90	0.63-1.29	0.47	0.17-1.32
Seeing the mother										
Every day (Ref.)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Not every day	1.36	0.91-2.03	1.42	0.91-2.22	1.14	0.65-2.00	1.52	0.89-2.61	0.54	0.13-2.31

^a Method = Enter. ^b Results from analysis of subsample attempted suicide. Ref. reference category, OR Odds Ratio, CI 95 % Confidence Interval. Significant relations are provided in bold

It is well known that good parent–child relations and communication is a key determinant for good psychological well-being and positive behaviour among young people [36, 38, 40]. The studies claim that good communication with mother and with father is associated with less risk for suicidal behaviour [28, 34]. Our previous studies which were based on the data of HBSK surveys in 2002 [51] and 2010 [35] confirmed these associations as a consistent pattern for both boys and girls and with respect to both parents. In these studies we found that easy communication with parents is a more robust barrier to suicidal behaviour than living with both parents. In line with other studies [37], the present study showed that adolescents find it easier to talk to their mother rather than to their father. In univariable BLR analysis we found that difficult communication with father and mother significantly increased the likelihood for all manifestations of suicidal behaviour (here and below: except suicide attempt treated by a doctor or nurse). But these two variables were no longer significant predictors in multivariable BLR analysis.

In the univariable analysis, we observed a significant relationship between suicidal behaviour and most of other studied familial variables. Some of them retained their significance running the multivariable analysis: low father's and mother's emotional support increased the odds for seriously consideration to attempt suicide and making a suicide plan, low mother's monitoring and

school-related parental support increased the odds for attempted suicide. Adolescent's satisfaction with family relationships was the strongest predictor for suicidal behaviour: having low satisfaction with family relationships increases the odds for suicide attempts by 2 times. Our recent study [38] has also demonstrated a high predictive value of this variable in regard to current smoking of adolescents. These findings suggest that the measure of subjective satisfaction with family relationships integrates adolescent's feelings about all positive family processes, including parental social and psychological support. This a relatively new result is in accordance with other studies, which have shown that parental support and affection serve as factor that protect against suicide attempts [34, 52, 53].

In this study parenting style was in focus too. Research has firmly shown that adolescents reared within authoritative families have better scores in several areas, while adolescents reared in authoritarian and negligent families have higher developmental risks and problems, increased impulsiveness, delinquency and be more willing to engage in early risk behaviours such as substance use [33, 54]. However, concerning suicidal behaviour and parenting style, the literature is scarce. The negative effect of authoritarian [55–57] and rejecting-neglecting [21] parenting has been already discussed, but we still accessed a predictive value of parenting styles. In contrast with other authors, we used four-styles categorization of

parenting, developed by Maccoby and Martin [58]. In addition, to avoid a big overlap between styles and to clarify disciplinary styles we reduced the scale proposed for the HBSC survey [33] to one question, which was repeated for the father and mother. Our analysis conducted with multivariable BLR analysis revealed the increased odds for suicidal behaviour among adolescents with their father's authoritarian-repressive parenting style (significant association with stopped doing activities and made a suicide plan). In respect of mother's parenting, an increase in odds for suicidal behaviour was significant when permissive-neglectful parenting style occurred. This relatively new finding distinguished the effect of paternal and maternal roles in disciplinary parenting of adolescents.

In present study we also hypothesized that frequent activities together with parents, frequent interactions with parents by phone or using other electronic media, and, finally, seeing the parents at least daily can facilitate positive communication with parents, as well as can play a helpful role in adolescent's satisfaction with family relationships. Consequently, frequent communication with the parents should play a protective role [33, 59, 60]. However, the results of multivariable BLR analysis in our study indicated that often family time together and often communication with parents using electronic media significantly increased the odds for attempted suicide (by 64 and 37 % correspondingly). It is not easy to explain these relatively new result concerning above described processes in family as no other studies investigating such associations were found.

Finally, suicide attempts that resulted in an injury, poisoning or overdose that had to be treated by a doctor or nurse is the last link in a causal chain to suicide. It is well established that prevalence of suicide and suicide-related behaviour increases with age and a gender paradox exists with regard to youth suicidal behaviour: i.e. while suicide rates are higher among boys than girls, girls are more likely have suicidal ideation and to attempt suicide [17]. The results of our study were in line with the above statement, while the YRBS survey in the US (2013) [44] reported the rate of having made a suicide attempt that had to be treated by a doctor or nurse higher among girls (3.6 %) than boys (1.8 %).

According to our data, the prevalence of "serious" suicide attempts was significantly higher among adolescents living in non-intact families comparing with their peers from intact families, but the family structure was no longer a significant predictor for such suicide attempts in multivariable BLR analysis. The predictive value of other familial variables in regard to suicide attempts treated by a doctor or nurse was analyzed among adolescents living in intact families, but this analysis was conducted within the subgroup of adolescents who reported attempted suicide. Such approach could be comparable

with the clinical studies of patients attempted non-fatal suicide [61, 62], but the literature that presents results of clinical studies addressed familial factors is scarce [62, 63]. In this respect, the results of our study can intrigue clinicians.

Due to small number of respondents who reported suicide attempts treated by a doctor or nurse, few associations between this suicidal outcome and familial predictors were significant. In contrast with the above presented results addressed suicidal ideation and attempted suicide, most of revealed associations had an inverse tendency: adolescents from families with better functioning were more likely to attempt suicide treated by a doctor or nurse than adolescents from families with poorer functioning. For example, adolescents who reported often family time together were at 2.5 time higher odds of "serious" suicide attempt than they peers, who reported less often family time together. It is difficult to explain these findings, therefore, there is a need for further research to confirm them as no other studies investigating such associations were found.

The current study, in line with the findings of other studies in this field [21, 45, 56], suggests that it is essential to consider family life practices in planning intervention programs for prevention of suicides among adolescents. This challenge requires new understanding and innovative approaches towards youth mental health care and promotion. In 2007 the Parliament of Republic of Lithuania approved the "National Mental Health Strategy", which is being achieved through innovative mental health promotion/prevention state programmes [64]. However, only a small number of services are provided at community level, including activities in families. Most of preventive mental health programmes for the young population are implemented by non-governmental organizations, and due to absence of the system of state funding to underpin preventive mental health services for adolescents prevention initiatives in Lithuania are fragmented [65, 66].

Study strengths and limitations

This study has a number of strengths. A large, nationally representative non-clinical sample and high participation rate in the survey could be considered as the strengths of primary importance of the current study. It is also important that our research was a part of the cross-national collaborative HBSC study. The application of standardized methods including the HBSC questionnaire, which was developed by international experts, is another advantage of this study. The measures of family life were based on valid scales. The internal reliabilities (*Cronbach's* alphas) for the applied scales were quite high. The study controls for family affluence in examining the effect of familial variables. Given the extensive

debate over the role of the family life on offspring suicidal behaviour, the results of our study are also a step forward to filling the gap in existing research.

Study limitations require consideration too. As with all cross-sectional studies, the HBSC is based on respondent self-report that can be affected by recall bias and social desirability. Self-reported suicide attempts might not represent the group of actual suicide attempters comprehensively. It is also unclear how the set of established associations manifests among those who committed suicide. However, self-reports are commonly used in large epidemiological studies. The HBSC questionnaire survey as well as other similar studies carried on adolescents health behaviour presents an example of very sensitive and personal issues for investigation such as suicide attempts. To cope with this source of a potential bias of self-reporting, special attempts were made by researchers to provide warranty of anonymity and confidentiality. In addition, the questions were subject to piloting and pre-testing at international and national levels prior to the main survey [33, 41].

In present study the analysis of associations between suicidal and familial variables was limited within intact families, in general. The reasons for such approach were methodological constraints that limited application of selected measures in non-intact families if they were specified for the father and the mother. For instance, the data of the present survey demonstrated that 1046 (28.4 %) respondents were living in a family without the father, therefore, in this group 426 (40.7 %) respondents reported how easy is it to communicate with their fathers, or 633 (60.5 %) respondents indicated how much their fathers know about their activities. Such disparities can be naturally occurred as the family is divorced, but the child is able to meet his father, for example. However, the described cases are confusing in regard of the simple definition of family structure and the further studies are need to explore non-intact families. The study did not include information related to parents' suicide history, which may play an important role in predicting suicidal behaviour of young people, as the questionnaire did not include related questions. It might be taken into consideration, as well, that the concept family time together itself may cover a wide majority of different meanings. The same length of family time together may have different effects on a child depending on control, limitations, closeness or openness of relationships within family.

The study also did not include information related to school or other places, which may play an important role in determining suicidality of young people, as this is outside limits of the present study. Nevertheless, our study focussed on the specific psychosocial familial determinants and their impact on young people suicide

risk, and its results provide directions for suicide prevention efforts intervening at family level.

A possible source of bias could operate throughout unmeasured confounding variables. While analysis of data was adjusted for family affluence, information was not available on all potential confounders, i.e., common causes of both familial predictors and adolescents' suicidal behaviour, such as parents' education, family conflicts, psychotic-like experiences and other variables. Assessment of the impact of unmeasured confounders needs special methods, however, this was not investigated in the present study.

Finally, given the cross-sectional design of this study with a rather exploratory nature, we should be careful with interpreting causality. Thus, more studies, including studies with a longitudinal design, are needed to confirm the results and to establish scientific evidence on the relationships found in this study. If these results are confirmed, parents should be advised to apply the more positive approach in parenting and managing their parental roles by helping their children to achieve certain goals.

Conclusions

The current study suggests that the young people of Lithuania are at particular risk for mental health problems such as suicides. The findings confirmed the hypothesis that a non-intact family structure, weak child–parent relationships and contact, lack of parental control, and other familial variables are significant predictors of suicidal ideation (stopped doing activities, considered suicide, planned suicide) and attempts among adolescents of Lithuania. It is essential to consider family life practices in planning intervention programs for prevention of suicides among adolescents.

Abbreviations

BLR, binary logistic regression; CI, confidence interval; FAS, family affluence scale; HBSC, Health Behaviour in School-aged Children, a World Health Organization cross-national study; N, number of respondents; OR, odds ratio; YRBS, Youth Risk Behaviour Survey

Acknowledgements

We would like to thank to the authority of Lithuanian Education Board, school teachers and public health specialist who voluntary helped to conduct the survey. Particularly, we thank students who agreed to participate in survey and many of them conscientiously filled in questionnaires. We would like to express our gratitude to prof. Fiona Brooks (University of Hertfordshire, UK) who edited the manuscript.

Funding

This study was funded by the Lithuanian University of Health Sciences.

Availability of data and materials

The dataset supporting the conclusions of this article are available in the International HBSC Data Archive (Bergen University, Norway), [unique persistent identifier and hyperlink to datasets in <http://hbcs.nds.uib.no/>]. The mechanism for data access is described in Terms of Reference for the HBSC study [67].

Authors' contributions

AZ is a principal investigator of the HBSC study in Lithuania. He proposed the study concept, performed the statistical analysis, designed the manuscript and contributed to the interpretation of the results. DS organized the fieldwork and data collection, and drafted the manuscript. NZ substantially revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Consent for publication

There are no details on individual participants within the manuscript.

Ethics approval and consent to participate

The study was conformed to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. Ethical approval for the study was granted by the Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee (reference number BE-2-16). In line with local practice for general school surveys, the study was agreed with national and local educational institutions. Additionally, written informed consent for participation in the study was sought from parents.

Received: 14 November 2015 Accepted: 8 June 2016

Published online: 12 July 2016

References

- WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. p. 1–92.
- Yárník P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):760–71.
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry*. 2005;4(2):114–20.
- Sullivan EM, Annett JL, Simon TR, Luo F, Dahlberg LL, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicide trends among persons aged 10–24 years—United States, 1994–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015;64(8):201–5.
- Strukinskiene B, Andersson R, Janson S. Suicide mortality trends in young people aged 15 to 19 years in Lithuania. *Acta Paediatr*. 2011;100(11):1476–80.
- Zemaitiene N, Zaborskis A. Suicidal tendencies and attitude towards freedom to choose suicide among Lithuanian schoolchildren: results from three cross-sectional studies in 1994, 1998, and 2002. *BMC Public Health*. 2005;5:83.
- European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2014. Available at: <http://data.euro.who.int/hfad/>. Accessed 2 Jun 2016.
- Health indicators of Lithuania (including ECHI). Health information centre, Institute of Hygiene. Updated: October, 2015. Available at: <http://sic.hi.lt/webdps/index.php?lang=en>. Accessed on 2 Jun 2016.
- European detailed mortality database (DMDb). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2014. Available at: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb/>. Accessed on 5 Nov 2015.
- Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res*. 2013;206(2–3):273–81.
- Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *J Clin Psychol*. 2012;68(3):349–61.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133–54. Review.
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372–81. Review.
- Fotti SA, Katz LY, Afifi TO, Cox BJ. The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Can J Psychiatry*. 2006;51(11):698–703.
- Dillillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Ital J Pediatr*. 2015;41:49.
- Davidson L, Linnola M, editors. Risk factors for youth suicide. NY: Routledge, Taylor & Francis Group; 2011.
- Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):613–9.
- Campos RC, Mesquita C. Testing a model of suicidality in community adolescents: a brief report. *J Child Adolesc Behav*. 2014;2(4):1000147.
- Lamis DA, Malone PS, Langhinrichsen-Rohling J, Ellis TE. Body investment, depression, and alcohol use as risk factors for suicide proneness in college students. *Crisis*. 2010;31(3):118–27.
- Gart R, Kelly S. How illegal drug use, alcohol use, tobacco use, and depressive symptoms affect adolescent suicidal ideation: a secondary analysis of the 2011 youth risk behavior survey. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(8):614–20.
- Donath C, Graessel E, Baier D, Bleich S, Hillemacher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatr*. 2014;14:113.
- Onishi K. Risk factors and social background associated with suicide in Japan: a review. *Jpn Hosp*. 2015;34:35–50. Review.
- Burrows S, Laflamme L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2010;17(1):23–40.
- King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2008;12(3):181–95.
- Mark L, Samm A, Tooding LM, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A, et al. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. An HBSC study on school children in Estonia, Lithuania, and Luxembourg. *Crisis*. 2013;34(1):3–12.
- Law BM, Shek DT. A six-year longitudinal study of self-harm and suicidal behaviors among Chinese adolescents in Hong Kong. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Oct 9. [Epub ahead of print].
- Chau K, Kabuth B, Chau N. Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *Biomed Res Int*. 2014;2014:314521.
- Samm A, Tooding LM, Sisask M, Kölves K, Aasvee K, Yárník A. Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(5):457–68.
- Philipov D. Major trends affecting families in Central and Eastern Europe. Included in Major Trends Affecting Families: A Background Document, Report for United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, Program on the Family, 2003. Available at: <http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtpphilipov.pdf>. Accessed on 2 Jun 2016.
- Iacovou M, Skew AJ. Household composition across the new Europe: where do the new member States fit in? *Demographic Res*. 2011;25(15):465–90.
- Statistics Lithuania, 2015, Vilnius. Available at: <http://www.stat.gov.lt/en/home>. Accessed on 2 Jun 2016.
- Sweeney MM. Stepparent families and the emotional well-being of adolescents. *J Health Soc Behav*. 2007;48(1):33–49.
- Brooks F, Tabak I, Zaborskis A, del Carmen Granada Alcón M, Zemaitiene N, de Roos S, et al. Family culture. In: Health Behaviour in School-aged Children Study: a World Health Organization Cross-National Study. Internal Research Protocol for the 2013/2014 Survey. Section 2 Part 2. Scotland: University of St. Andrews; 2013. p. 97–113.
- Morrish J, Kennedy P, Groff P. Parental influence over teen risk-taking: a review of the literature. Toronto: SMARTRISK; 2011.
- Sirvyte D, Zaborskis A. Harmful health behaviour of adolescents and their communication with parents: which of the parents is more responsible? Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (Lithuanian General Practitioner). 2011;15(3):179–84.
- Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152–8.
- Tabak I, Mazur J, Alcón MDCC, Orkenyi Á, Zaborskis A, Aasvee K, Moreno C. Examining trends in parent-child communication in Europe over 12 years. *J Early Adoles*. 2012;32(1):26–54.
- Zaborskis A, Sirvyte D. Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health*. 2015;15(1):889.
- HBSC. Health Behaviour in School-aged Children: World Health Organization collaborative cross-national survey. Available at: <http://www.hbsc.org>. Accessed on 2 Jun 2016.
- Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, et al. editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey. Copenhagen: World Health Organization

- Regional Office for Europe; 2012. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6.
41. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnorr CW, de Looze ME, Nic Gabhainn S, et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*. 2009;54 Suppl 2:140–50.
 42. Griebler R, Molcho M, Samdal O, Inchley J, Dür W, Currie C, editors. Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna & Edinburgh: LBHPR & CAHRU; 2009.
 43. Health Behaviour in School-aged Children Study: a World Health Organization Cross-National Study. Internal Research Protocol for the 2013/2014 Survey. Scotland: University of St. Andrews. 2013. Available at: <http://www.hbsc.org>. Accessed on 2 Jun 2016
 44. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance — United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(4):1–172.
 45. Wagner BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychol Bull*. 1997;121(2):246–98. Review.
 46. Recker A. Examining the father-child relationship: intact vs. not intact families and child. Outcomes of academic performance, conduct, and self-esteem. Hanover College. Winter 2006. Available at: <http://psych.hanover.edu/research/theses07/ReckerPaper.pdf>. Accessed on 2 Jun 2016.
 47. Zaborskis A, Makari J. Health behaviour of Lithuanian schoolchildren: trends in 1994–1998 and cross-national comparison (in Lithuanian, summary in English). Panevezys: Publisher E. Vaicekaskas; 2001.
 48. Fuller-Thomson E, Dalton AD. Suicidal ideation among individuals whose parents have divorced: findings from a representative Canadian community survey. *Psychiatry Res*. 2011;187(1–2):150–5.
 49. Wan GW, Leung PW. Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: a model building. *J Adolesc*. 2010;33(5):575–82.
 50. Garnefski N, Dijkstra RF. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: Emotional problems and suicide attempts. *J Adolesc*. 1997;20:201–8.
 51. Zaborskis A, Zemaitiene N, Garmiene A. Harmony of relationships with parents and its impact to health behaviour and wellbeing of adolescents. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas (Lithuanian General Practitioner)*. 2005;9(3):169–74.
 52. Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X, Tian B, Hu J, Chen D. Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child Care Health Dev*. 2009;35(3):313–22.
 53. Garcia C, Skay C, Sieving R, Naughton S, Bearinger LH. Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among latino students. *J Sch Health*. 2008;78(9):487–95.
 54. Newman K, Harrison L, Dashiff C, Davies S. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2008;16(1):142–50.
 55. Greening L, Stoppelbein L, Luebbe A. The moderating effects of parenting styles on African-American and Caucasian children's suicidal behaviors. *J Youth Adolesc*. 2010;39(4):357–69.
 56. Lai KW, McBride-Chang C. Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. *Int J Psychol*. 2001;36(2):81–7.
 57. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(4):246–54.
 58. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, Mussen PH, editors. *Handbook of child psychology* (4a ed., Vol.4). NY: Wiley; 1983. p. 1–102.
 59. Offer S. Family time activities and adolescents' emotional well-being. *J Marriage Family*. 2013;75:26–41.
 60. Clark LS. Parental mediation theory for the digital age. *Comm Theory*. 2011; 21(4):323–43.
 61. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821–30.
 62. Bella ME. Risk factors and behaviors among children and adolescents hospitalized for a suicidal attempt. *Rev Med Chil*. 2012;140(11):1417–24.
 63. Nrugham L, Larsson B, Sund AM. Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors. *J Affect Disord*. 2008;109(1–2):35–45.
 64. Mental Health Briefing Sheets. Facts and Activities in Member States: Lithuania. European Commission, 2009. Available at: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/lithuania.pdf. Accessed on 2 Jun 2016
 65. Zaborskis A, Zemaitiene N, Grabauskas VJ, Puras D, Povilaitis R. Lithuania: youth mental health – from research to policies, practice and partnerships. In: Social cohesion for mental well-being among adolescents. WHO/HBSC Forum 2007. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 140–52.
 66. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(2):351–8.
 67. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Terms of Reference. HBSC International Coordinating Centre. St. Andrews University, 2014 Available at: <http://www.hbsc.org/about/HBSC%20ToR.pdf>. Accessed on 2 Jun 2016.
 68. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Soc Sci Med*. 2008;66: 1429–36.
 69. Brooks F, Zaborskis A, Tabak I, Carmen Granado Alcón MD, Zemaitiene N, de Roos S, Klemra E. Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015;25 Suppl 2:46–50.
 70. White MA, Grzankovskij J, Paavilainen E, Asteedt-Kurki P, Pounonen-Imonen M. Family dynamics and child abuse and neglect in three Finnish communities. *Issues in Mental Health Nursing*. 2003;24(6–7):707–22.
 71. Lasky P, Buckwalter K, Whall A, Lederman R, Speer J, Mc Lane A, et al. Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western J Nursing Res*. 1985;7:40–57.
 72. Cantril H. The pattern of human concern. NJ: Rutgers University Press; 1965.
 73. Brown BB, Mounts N, Lamborn SD, Steinberg L. Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Dev*. 1993;64(2):467–82.
 74. Parker G, Tupling H, Brown L. A parental bonding instrument. *Br J Med Psych*. 1979;52:1–10.
 75. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. editors. Young people's health in context: health behaviour in school-aged children study: International Report from the 2001/2002 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. Health Policy for Children and Adolescents, No.4.
 76. Zaborskis A, Zemaitiene N, Borup I, Kuntsche E, Moreno C. Family joint activities in a cross-national perspective. *BMC Public Health*. 2007;7:94.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



SUMMARY

Introduction

Family is the base of child's personality development and socialization. Role of the family in the society of its power is incomparable to any other institution, because it is the first institution to the child's life, which is most affecting all further his life. Family forms and develops the human personality, introduces the basic standards of behaviour, opens the human inner world and individual characteristics. As the family plays an irreplaceable role in the child's life, a harmonious psychological microclimate is one of most important conditions of family functioning.

Over the past few decades, scientists intensively examined the development of young people behaviour. Observed rise in youth suicide rates, the increasing dependence on nicotine, alcohol and illegal drugs, the deterioration in adolescent health and lifestyle indicators are of great concern. Therefore, first and foremost the focus turns to the family. Developing the scientific evidence suggest that, despite the social family factors, the importance of open and honest child and parent communication is considered one of the most important factor in protecting young people from health damaging behaviours such as smoking, use of alcohol and psychoactive substances, the suicidal inclination, and others.

It is consequently crucial to understand how and under what conditions the changes in a family structure and functioning may influence the development of the young person, especially in relation to risk behaviours. The analysis of this study identifies that several familial factors play a big role in adolescent smoking, alcohol and cannabis use, as well as suicidal behaviour. Furthermore, protective factors associated with the interpersonal relationships between family members are to be identified. Within this area, there are analyses of the specific variables that shape the interpersonal relationships (family dynamics) built within the family setting including communication and attachment to parents, monitoring and disciplinary parenting styles. The review of the literature identifies that children and adolescents who reported having an open communication with their parents, or who perceived them as physically and emotionally accessible, or who felt vigilant parental monitoring better solve their problems. As the research among the Lithuanian adolescent population is still scarce, there is a need to investigate how much the above mentioned findings are appropriate within the Lithuanian family undergoing social transformations. Knowledge about the familial predictors of smoking, alcohol and drug use combined with

suicidal behaviour in adolescents is necessary to inform future intervention development in order to reduce the mentioned trouble among young people.

This doctoral thesis is the result of the recent studies (2006, 2010 and 2014) representing Lithuanian schoolchildren. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a World Health Organization cross-national study, considers the family as one of the significant domains of adolescent life. The study, which started in Lithuania in 1994, provides a realistic opportunity to explore adolescent health behaviour, including smoking, alcohol and cannabis use and non-fatal suicidal behaviour in the family context. The recent survey that was carried out in spring 2014 in Lithuania included a full set of optional packages developed by the Family Culture working group. The data of this survey were the basis for deeper analysis of family life and its impact on adolescent risk behaviour.

Practical relevance of the study

The dissertation reveals the family factors, which are significant predictors of adolescents risk behaviour. The findings of the study are relevant for the researchers, health care professionals and many other specialists who are actively interested in adolescent lifestyle and health. Since the HBSC study samples represent Lithuanian schoolchildren and are examined with the unified international methodology, the results can be compared internationally. This makes it possible to identify adolescents' risk behaviour in our country offering to include them in the governmental documents and to familiarize them with the public. The detailed analysis of family factors and the peculiarities of communication with parents signify adolescents risky behaviour. According to that, there was a recommendation presented to empower parents to actively participate in the adolescents' healthy lifestyles and prevent measures of risky behaviour.

The results of this study were published in peer-reviewed scientific journals, presented at both international-scientific and international-practical conferences, introduced to schools involved in the research and to public health specialists

The aim of the study

To investigate family social and communication factors and their importance to adolescents risk behaviours.

The objectives of the study:

1. To assess family social factors and parent – children communication characteristics.

2. To analyze the relationships between adolescents smoking and family social factors and quality of parent – children communication.
3. To analyze the relationships between adolescents alcohol consumption and family social factors and quality of parent – children communication.
4. To analyze the relationships between adolescents drug (cannabis) use and family social factors and quality of parent – children communication.
5. To evaluate the predictive value of family social factors and quality of parent – children communication for adolescents suicidal behaviour.
6. To set adolescents risk behaviours and family social factors and parent – children communication changes from 2006 to 2014.

Material and methods

The data analysed here were collected in the school-based, cross-sectional, anonymous surveys, conducted in 2006, 2010 and 2014 in Lithuania, according to the methodology of World Health Organization collaborative cross-national HBSC study. Researchers followed the standardized international analysis to ensure consistency in survey instruments, data collection and processing procedures. The research team member was the author of this work. Regarding a large amount of data collected in this work, the most recent data, collected in 2014, were analysed in detail. This decision was based on the fact, that this study has used significantly higher number of family factors. This study data analysis is designated in the first five chapters of the section “Results”. The sixth chapter of this section compares all three surveys searching for common relationships and time trends.

2006, 2010 and 2014 survey population was selected to compare 11-, 13- and 15-year-olds attending general school. Participants were selected using a clustered hierarchical sampling design, where the initial sampling unit was a class of the fifth, seventh or ninth grades (the most appropriate grades for required students’ age groups). Samples of students were drawn to be representative by age and gender. According to the research protocol, the recommended sample size for Lithuania was 1,500 students per age group.

Questionnaires were administered in school classrooms by form tutors who were complied with written instructions. The time frame for filling out the questionnaires was 1–1½ school period. Participants could freely choose

to participate or not, with the anonymity and confidentiality ensured. As finishing questioning, students sealed themselves the provided envelopes with questionnaires inside. Form tutors reported about the number of participants and the process of questioning. The response rate in 2006 was 87,3%, in 2010 it was 80,2% and in 2014 came up to 85,8%. Upon the completion of the fieldwork, the data were submitted to the HBSC International Data Bank at the Bergen University, Norway. The data were checked, cleaned, included into the international HBSC database, as well as returned to the country for further statistical processing. In total, the data of surveys in 2006, 2010 and 2014 included 5632, 5323 and 5730 records correspondingly.

We used a standard HBSC international questionnaire adapted after its translation from the Standard English version into Lithuanian and retranslated back into English for approving by the international experts. The questionnaire consists of a mandatory (obligatory) section, that each country is required to include for the production of an international HBSC database, and optional packages, e. g. an optional package *Family Culture*. A detailed description of variables, which were used in the preset work, is provided in the published articles.

Data analysis was conducted by statistical package “IBM SPSS Statistics 20.0” software.

Continuous variables were described by mean± standard deviation (SD), and categorical variables – by absolute numbers (n) and percentages. Testing of statistical hypotheses was conducted with the following analytical statistics:

- Hypotheses on the interdependence of qualitative variables were checked with the χ^2 (chi-square) test.
- Hypotheses on the equality of two proportional values (for example, percentages) were checked with the z test.
- The impact of factors on the dependent variable was evaluated with odds ratio (OR). Its value was considered statistically significant if 1 was not included in its 95% confidence interval (CI). ORs were calculated by applying univariate or multivariate logistic regression analysis. In cases when rather many factors were entered into a multivariate logistic regression model, the *Enter* method was applied.

While checking statistical hypotheses, a significance level of 0.05 was chosen. A statistical conclusion was considered significant if the probability p of the „zero” hypothesis satisfied the condition of $p \leq 0.05$. In tables this is provided in bold fonts.

Reliability analysis with Cronbach's Alpha measure was used to establish the level of internal consistency of various multi-item scales. Explanatory 1-factor analysis with a principal component analysis was adopted for each scale to construct reliable one-dimensional variables. The factor scores were calculated within subsample of intact families in such way that higher factor scores indicated a higher/better level of family life expected by the respondents. Next, using 0 as a cut-point, factor score values were dichotomized into positive and negative groups, which corresponded to respondents' inclination for higher and lower scores in the scale. The logical approaches used in analysis of each objective (survey, sample, subsample, variables) were described in corresponding chapters of "Results" section.

The study was conformed to the principles outlined in the Declaration of Helsinki. Ethical approval for the study was granted by the Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee. In line with local practice for general school surveys, the study was agreed with national and local educational institutions. Additionally, written informed consent for participation in the study was sought from parents.

Results

In all three surveys (2006, 2010 and 2014), the studied samples were sufficiently balanced by gender and age groups.

According to the survey in 2014 (Table 1), 29.3% of surveyed adolescents lived in non-intact families (without both biological parents); roughly the same proportion of cases in both gender groups. In poor (low FAS) families there lived 35.3% and in rich (high FAS) families – 19.9% respondents. For the items repeated for the father and the mother, there was a significant difference in respondents' opinion about father's and mother's role in their life. Easy communication with the mother was reported more often than with the father (78.8% vs 66.2%; $p=0.002$). High satisfaction with family relationships was more prevalent for boys than for girls (87.5% vs 82.8; $p<0.001$).

Table 1. Social and parental characteristics of the studied sample in 2014

	Boys, n (%)	Girls, n (%)	Total sample, n (%)
Family structure:			
Intact family	2053 (70.9)	1985 (70.4)	4038 (70.7)
Not-intact family	844 (29.1)	833 (29.6)	1677 (29.3)
p*			0.723
Family FAS:			
Low	925 (33.3)	1034 (37.4)	1959 (35.3)
Medium	1259 (45.3)	1224 (44.3)	2483 (44.8)
High	594 (21.4)	507 (18.3)	1101 (19.9)
p*			0.001
Communication with mother:			
Easy	2025 (77,1)	2128 (80,6)	4153 (78,8)
Difficult	603 (22,9)	513 (19,4)	1116 (22,2)
p*			0.002
Communication with father:			
Easy	1853 (75,1)	1296 (56,5)	3149 (66,2)
Difficult	613 (24,9)	996 (43,5)	1609 (33,8)
p*			<0.001
Satisfaction with family relationships:			
High	2477 (87,5)	2304 (82,8)	4781 (85,2)
Low	353 (12,5)	479 (17,2)	832 (14,8)
p*			<0.001
Quality of communication in the family:			
Good	1450 (49,8)	1350 (47,9)	2930 (51,1)
Poor	1460 (50,2)	1470 (52,1)	2800 (48,9)
p*			0.139

* Chi-square test comparing boys and girls.

High level of maternal monitoring was more prevalent than paternal monitoring (62.1% vs 49.3%; $p < 0.001$). According to the adolescents' opinion, they can get high emotional support from their mothers more often than from fathers (63.2% vs 45.8%; $p < 0.001$). Authoritative-reciprocal parenting style the mothers showed more often than the fathers (49.2% vs 43.0%; $p < 0.001$).

In 2014, in the sample of 13- and 15-year-old adolescents, the prevalence of current smoking (daily, weekly, less than weekly) was 16.5%, higher in boys' than in girls' (20.8% vs 11.9%; $p < 0.001$), and increasing from 10.7% to 23.3% ($p < 0.001$) in two years of age (Table 2). Smoking was found to be significantly associated with the family structure, with lower smoking prevalence among adolescents in intact families and higher among adolescents in non-intact families (crude OR=2.13; 95% CI: 1.78–2.54; and adjusted by gender and age OR=2.15; 95% CI: 1.80–2.59). Comparing the groups of boys and girls, there was no significant difference in this association.

Table 2. Current smoking among 13 and 15 year old adolescents by gender, age, and family structure (total sample, $N = 3696$)

Predictors	Smokers, n (%)	Univariate logistic regression		Multivariate logistic regression	
		OR	CI	OR	CI
Total:	609 (16.5)				
Gender:					
Boys (ref.)	393 (20.8)	1.00		1.00	
Girls	216 (11.9)	0.52	0.43–0.62	0.52	0.43–0.63
Age:					
13-year-old (ref.)	215 (10.7)	1.00		1.00	
15-year-old	394 (23.3)	2.53	2.11–3.03	2.51	2.09–3.02
Family structure:					
Intact family (ref.)	327 (12.9)	1.00		1.00	
Non-intact family	278 (24.0)	2.13	1.78–2.54	2.15	1.80–2.59

ref. – reference group.

Univariate logistic regression analysis showed that smoking of adolescents living in intact families was significantly associated with the following familial factors: low satisfaction with family relationships; difficult communication with the mother; low parental monitoring; poor quality of communication in the family; low school-related parental support; rare family time together; low parental emotional support; authoritarian-repressive parenting style of both parents and permissive-neglectful parenting style of the father; not seeing of the mother every day.

In a multivariable logistic regression analysis, adjusting data for gender and age, five independent familial factors were significantly related to an increased risk for adolescent smoking, such as low maternal monitoring (OR=2.72; 95% CI: 1.98–3.92), low satisfaction with family relationships

(OR=1.89; 95% CI: 1.27–2.83), low school-related parental support (OR=1.40; 95% CI: 1.01–1.95), while easy communication with the father (OR=0.56; 95% CI: 0.38–0.80) and often telecommunication with parents by phone or computer (OR=0.66; 95% CI: 0.50–0.88) were not found as protective factors.

The prevalence of weekly consumption of alcoholic drinks was 7.7%, higher in boys than in girls (11.5% vs 4.6%; $p<0.001$), and increasing from 5.9% to 10.6% ($p<0.001$) in two years of age in the total sample of 13- and 15-year-old adolescents (Table 3).

Table 3. Weekly drinking alcoholic beverages among 13- and 15-year-old adolescents by gender, age, and family affluence and structure (total sample, $N= 3715$)

Predictors	Weekly drinking, n (%)	Univariate logistic regression		Multivariate logistic regression	
		OR	CI	OR	CI
Total:	287 (7.7)				
Gender:					
Boys (ref.)	207 (11.5)	1.00		1.00	
Girls	80 (4.6)	0.37	0.28–0.48	0.39	0.29–0.51
Age:					
13-year-old (ref.)	115 (5.9)	1.00		1.00	
15-year-old	172 (10.6)	1.87	1.46–2.39	1.89	1.46–2.44
Family FAS:					
Low (ref.)	103 (8.2)	1.00		1.00	
Medium	115 (7.6)	0.92	0.70–1.22	0.97	0.73–1.29
High	56 (8.3)	1.02	0.73–1.43	1.17	0.82–1.66
Family structure:					
Intact family (ref.)	167 (6.8)	1.00		1.00	
Non-intact family	119 (10.7)	2.13	1.78–2.54	1.69	1.30–2.19

ref. – reference category.

Regular drinking was found to be significantly associated with family structure: with lower weekly drinking rate among adolescents in intact families and higher weekly drinking rate among adolescents in non-intact families (crude OR=1.69; 95% CI: 1.30–2.19; and adjusted by gender, age and family FAS, OR=1.69; 95% CI: 1.30–2.19). In an analogous manner, the prevalence of drunkenness in lifetime was 23.4%, higher in boys than in girls (28.1% vs 19.0%; $p<0.001$), and increasing from 12.3% to 37.0%

($p < 0.001$) in two years of age. Comparing with adolescents from intact families, the risk for repeated drunkenness among adolescents living in a non-intact family was increased more than 50% (crude OR=1.51; 95% CI: 1.29–1.77; and adjusted by gender, age and family FAS, OR=1.53; 95% CI: 1.29–1.82). There was no significant difference in this association between boys and girls both for weekly drinking and drunkenness.

Univariate logistic regression analysis showed that weekly drinking alcoholic beverages among adolescents living in an intact family was significantly associated with the following familial factors, such as low satisfaction with family relationships; low parental monitoring; poor quality of communication in the family; low school-related parental support; low mother's emotional support, authoritarian-repressive and permissive-neglectful parenting style of both parents (additionally, with permissive-indulgent father's parenting style), and, contrariwise, with often electronic media communication with parents. In a multivariate logistic regression analysis, adjusting data for gender, age and family FAS, we found five familial factors, which were significantly related to an increased risk for adolescent weekly drinking, such as low mother's monitoring (OR=1.66; 95% CI: 1.06–2.60), authoritarian-repressive father's parenting style (OR=2.51; 95% CI: 1.27–4.95); permissive-neglectful mother's parenting style (OR=3.46; 95% CI: 1.48–8.09), while rare family time together (OR=0.64; 95% CI: 0.42–0.97) and rare communication with parents by phone or computer (OR=0.47; 95% CI: 0.32–0.69) were found as protective factors.

Results of the analysis of adolescents' drunkenness in lifetime were similar to the above presented findings. Univariate logistic regression analysis shows, that the list of familial variables, which were significantly associated with regular drinking, here was supplemented with low father's monitoring and low father's emotional support, rare family time together, and not seeing mother every day, while electronic media communication with parents and mother's permissive-neglectful parenting style were no longer significant predictors. Results from multivariate logistic regression analysis show that repetitious drunkenness of adolescents was significantly associated with these familial predictors: low father's monitoring (OR=1.36; 95% CI: 1.03–1.81), low mother's monitoring (OR=2.15; 95% CI: 1.64–2.82), father's permissive-indulgent (OR=1.63; 95% CI: 1.23–2.15) and authoritarian-repressive (OR=1.57; 95% CI: 1.01–2.45) parenting styles. In addition to these variables, rare electronic media communication with parents was identified as a protective factor (OR=0.74; 95% CI: 0.59–0.94).

The survey data in 2014 showed that a small part of the thirteen-year-old adolescents (5.1 %: including 7.5% for boys and 2.8% girls; $p < 0.001$)

reported, that they had ever used cannabis in lifetime. Among the fifteen-year-old teens, the use of this drug was significantly more widespread: 15.1% adolescents (19.2% boys and 10.4% girls; $p < 0.001$) had ever use cannabis in lifetime . Over the past 30 days cannabis was used by 6.0% of respondents (8.5% boys and 3.2% girls).

Cannabis use was found to be significantly associated with family structure, with lower cannabis use prevalence among adolescents in intact families and higher among adolescents in non-intact families (crude OR=1.65; 95% CI: 1.26–2.17).

Univariate logistic regression analysis showed that teens living in an intact family who ever used cannabis in their lifetime, was significantly associated with the following familial factors: low satisfaction with family relationships; low parental monitoring; low school-related parental support; low fathers emotional support, authoritarian-repressive fathers parenting style and, contrariwise, with often electronic media communication with parents. In a multivariate logistic regression analysis, adjusting data for gender, age and family FAS, we found six familial factors, which were significantly related to an increased risk for adolescent cannabis use in lifetime such, as low mother's monitoring (OR=3.26; 95% CI: 1.97–5.41), low satisfaction with family relationships (OR=2.17; 95% CI: 1.34–3.51); rare family time together (OR=1.67; 95% CI: 1.03–2.72), while low mothers emotional support (OR=0.53; 95% CI: 0.32–0.88) and rare communication with parents by phone or computer (OR=0.58; 95% CI: 0.38–0.87) were found as protective factors.

In the total sample of surveyed (Table 4) adolescents, 43.0% of respondents reported the presence of emotions that stopped doing activities during the last 12 months, 23.8% of respondents seriously considered attempting suicide, 13.7% of respondents made a suicide plan, and 13.2% of respondents admitted that they attempted suicide. Some of suicide attempts were serious that needed treatment (4.1% in total sample or 31.2% among these who attempted suicide). All forms of suicidal ideas and suicide attempts were more prevalent among girls, while suicide attempts treated by a doctor or a nurse were more prevalent among boys. There was no significant difference in prevalence of suicidal outcomes by age, except attempted suicide, which was more prevalent in the younger, 13-year-old age, group. The rate of reported suicidal ideation seemed significantly higher among adolescents from families of low FAS, and the rates of all forms of suicidality were significantly higher among adolescents living in non-intact families.

Table 4. Prevalence of suicidal ideation and attempts during the last 12 months among 13- and 15-year-old adolescents by gender, age, and family influence and structure (total sample, N= 3572)

	Stopped doing activities		Seriously considered attempting suicide		Made a suicide plan		Attempted suicide		Suicide attempt treated by a doctor or nurse	
	n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*	n (%)	p*
Total	1525 (43.0)		844 (23.8)		486 (13.7)		471 (13.2)		147 (4.1)	
Gender:										
Boys	568 (31,8)	<0.001	297 (16.6)	<0.001	195 (10.9)	<0.001	205 (11.4)	0.001	91 (5.0)	0.005
Girls	957 (54.4)		547 (31.1)		291 (16.5)		266 (15.1)		56 (3.2)	
Age:										
13-year-old	805 (42.7)	0.690	459 (24.4)	0.414	248 (13.1)	0.287	272 (14.3)	0.037	71 (3.7)	0.217
15-year-old	720 (43.3)		385 (23.2)		238 (14.3)		199 (11.9)		76 (4.6)	
Family FAS:										
Low	598 (46.8)	0.001	346 (27.1)	0.001	212 (16.6)	<0.001	187 (14.6)	0.117	59 (4.6)	0.538
Medium	644 (42.3)		341 (22.4)		179 (11.7)		191 (12.5)		60 (3.9)	
High	255 (37.9)		135 (20.0)		78 (11.5)		79 (11.6)		25 (3.7)	
Family structure:										
Intact family	993 (40.8)	<0.001	534 (21.9)	<0.001	299 (12.3)	0.001	277 (11.3)	<0.001	87 (3.5)	0.014
Non-intact family	528 (47.8)		306 (27.8)		183 (16.6)		191 (17.2)		59 (5.3)	

* Z or Chi-square test.

In order to assess the risk of suicidal ideation and attempts among adolescents who suffered a change in their family structure, the univariate and multivariate logistic regression analyses controlled for gender, age and family FAS were performed using data of the total sample. Both these examinations showed that the risk for suicidal behaviour among adolescents living in a non-intact family, in comparison with adolescents from an intact family, was significantly increased. In a multivariate logistic regression analysis, for example, the increase in the risk for suicidal ideation was from 32% to 35% ($p < 0.05$), and the risk for attempted suicide was increased by 70% ($OR = 1.70$; 95% CI 1.38–2.09, $p < 0.001$).

The next step of analysis was focussed on the data of intact families. An univariate logistic regression analysis showed that suicidal ideas and attempted suicide of adolescents living in an intact family were significantly associated with almost all familial predictors included in the present analysis. Among these predictors, satisfaction with family relationships and parental parenting style could be identified as the most important associates.

In a multivariate logistic regression analysis, adjusting data for gender, age and family FAS, the increased risk for suicidal behaviour was revealed among adolescents who reported low satisfaction with family relationships, low father's and mother's emotional support (significant for seriously considered attempting suicide and made a suicide plan only), low mother's monitoring and low school-related parental support (significant for attempted suicide only), and authoritarian-repressive or permissive-neglectful father's parenting style and permissive-neglectful mother's parenting style (significant for most of the suicidal outcomes). Rare family time together (significant for attempted suicide only) and rare electronic media communication with parents (significant for stopping doing activities and attempted suicide) seemed to be protective determinants against suicidal behaviours. The risk for suicide attempts treated by doctor or nurse was significantly associated with gender (the risk was much less for girls than for boys), and age (the risk was much higher for 15-year-olds than for 13-year-olds), as well as with one familial variable defined as family time together (the risk was much less for adolescents who reported less often activities together with their family).

All HBSC surveys carried out in 2006, 2010 and 2014, equally confirmed that a broken family structure (living without both biological parents) significantly increases the likelihood of adolescent risk behaviours. However, among adolescents who live with both parents low satisfaction with family relationships and low parental monitoring are the most important determinants for adolescent risk behaviour. The predictive values of these variables were higher than non-intact family structure did. In all

surveys, adolescents risk behaviour have been predicted stronger by mother's than by father's influence.

Conclusions

1. A high proportion of surveyed adolescents had to deal with social problems in the family. Some of them grew up not having both parents (29.3%), some children were raised in a poor family (35.3%). Many adolescents reported that the relationship between them and their parents were not successful. It was difficult to talk with father (33.8%) and with mother (22.2%). Parent – children communication difficulties were accompanied by rare family time together and inadequate parenting styles. This was more common among 15-year-old adolescents than among 11-year-old adolescents. For the adolescents, mother's role was more important than the father's. It was easier to communicate with her, she provided more often an emotional support and authoritative-reciprocal parenting style, however, adolescents more often felt mother's control.
2. In adolescence, smoking was relevant to age and sex. According to the data of survey in 2014, among the 13-year-olds 14.6% of boys and 7.0% of girls reported current smoking; among the 15-year-olds, 27.7% of boys and 18.3% of girls did that too. The risk of adolescent smoking was related with social factors of family and quality of communication with the parents. High-smoking risk group consisted of adolescents growing up in poor families and not with both biological parents. Adolescents living in intact families (with both biological parents) were more likely to smoke when they felt low mother's control, reported low satisfaction with family relationships, and accepted low school-related parental support.
3. Between 11 and 15 years of age, the proportion of adolescents who overuse alcohol is growing rapidly. The data of 2014 survey showed that among 15-year-olds, alcoholic beverages were regularly used by 14.1% of boys and 6.6% of girls; 40.8% of boys and 32.7% of girls confessed being drunk twice or more times in a lifetime. Alcohol consumption was not significantly associated with family wealth, but was associated with family structure: adolescents living in a non-intact family consumed alcohol more frequently than they peers living in an intact family. Meanwhile, adolescents living with both parents were more likely to consume alcoholic beverages, experiencing low parents', especially mother's, control, and authoritarian-repressive or permissive-neglectful parenting style.

4. In 2014, almost 20 percent of 15-year-old boys and about 10 percent of peers girls confessed having used cannabis in their life. Adolescents growing up in wealthy families but not with both parents had the highest risk for cannabis use. Adolescents living with both parents had increased risk for smoking cannabis when they felt low mother's control, poor quality of communication within the family, and reported rare family time together with parents.
5. The young people of Lithuania are at particular risk for suicides. In 2014 survey, 43.0% of respondents reported presence of emotions that stopped doing activities during the last 12 months; 23.8% of respondents seriously considered attempting suicide; 13.7% of respondents made a suicide plan; and 13.2% of respondents admitted that they attempted suicide; every third of the last one needed treatment. Girls more often than boys had suicidal intentions, but serious consequences of trying to commit a suicide experienced boys more than girls. A non-intact family structure, weak child-parent relationships and contact, lack of parental control and emotional support, not adequate parenting style were significant predictors for adolescents suicidal ideation (stopped doing activities, considered suicide, planned suicide) and attempts.
6. All HBSC surveys carried out in 2006, 2010 and 2014, equally confirmed that living without both biological parents significantly increases the risk for adolescent risk behaviour. Moreover, all three surveys showed that low satisfaction with family relationships and low parental monitoring are the most important factors for adolescent risk behaviour; their predictive values were higher than the predictive value of living in a non-intact family. In all surveys, adolescents risk behaviour had stronger relation with the maternal features than with the paternal features.

PRIEDAI

1 priedas



KAUNO REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
LSMUL KK, Fiziologijos ir farmakologijos institutas (Klinikinės farmakologijos padalinys), Eivenių g.2, LT-50009 Kaunas,
tel. (+370) 37 32 68 89; el.paštas: kaunorbtc@lsmuni.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ

2014-04-01 Nr. BE-2-16

Biomedicininio tyrimo pavadinimas: "Tarptautinė mokyklinio amžiaus vaikų gyvenenos ir sveikatos apklausa - HBSC"	
Protokolo Nr.:	1
Data:	2014-01-22
Versija:	A
Asmens informavimo forma bei Informuoto asmens sutikimo forma data:	2014-04-02 Nr. 1, versija A
Pagrindinis tyrėjas:	Prof. Apolinaras Zaborskis
Biomedicininio tyrimo vieta:	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Įstaigos pavadinimas:	A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307, Kaunas, Lietuva
Adresas:	

Išvada:

Kauno regioninio biomedicininis tyrimų etikos komiteto posėdžio, įvykusio 2014 m. balandžio 1 d. (protokolo Nr. BE-10-3) sprendimu pritarta biomedicininio tyrimo vykdymui.

Mokslinio eksperimento vykdytojai įsipareigoja: (1) nedelsiant informuoti Kauno Regioninį biomedicininis Tyrimų Etikos komitetą apie visus nenumatytus atvejus, susijusius su studijos vykdymu, (2) iki sausio 15 dienos – pateikti metinį studijos vykdymo apibendrinimą bei, (3) per mėnesį po studijos užbaigimo, pateikti galutinį pranešimą apie eksperimentą.

Kauno regioninio biomedicininis tyrimų etikos komiteto nariai			
Nr.	Vardas, Pavardė	Veiklos sritis	Dalyvavo posėdyje
1.	Prof. Romaldas Mačiulaitis	Klinikinė farmakologija	taip
2.	Prof. Edgaras Stankevičius	Fiziologija, farmakologija	taip
3.	Doc. Eimantas Pečiūsis	Filosofija	taip
4.	Dr. Ramunė Kasperavičienė	Kalbotyra	taip
5.	Med. dr. Jonas Andriūškevičius	Chirurgija	ne
6.	Agnė Krušinskaite	Teisė	ne
7.	Prof. Skaidrius Miliauskas	Pulmonologija, vidaus ligos	taip
8.	Med. dr. Rokas Bagdonas	Chirurgija	ne
9.	Eglė Vaižgelienė	Visuomenės sveikata	taip

Kauno regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas dirba vadovaudamasis etikos principais nustatytais biomedicininis tyrimų Etikos įstatyme, Helsinkio deklaracijoje, vaistų tyrinėjimo Geros klinikinės praktikos taisyklėmis.

Pirmininkas



Prof. Romaldas Mačiulaitis

ORIGINALAS NEBUS SIUNČIAMAS

1) Proraktorei studijoms
Prof. Daivai Rastenytei
2) prof. A. Laborskui



2014 02 17
GAITA
NR. DV11-221

LITUOVOS RESPUBLIKOS ŠVIETIMO IR MOKSLO MINISTERIJA

Plūdzetinio įstaiga, J. Volano g. 2/7, 01516 Vilnius, tel. (8 5) 219 1225 / 219 1152, faks. (8 5) 261 2077,
el. smmin@smm.lt, http://www.smm.lt. Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188603091.
Aisisk. sąsk. LT30 7300 0100 0245 7205 „Swedbank“, AB, kodas 73000

Lietuvos sveikatos mokslų
universitetui

2014-02-12 Nr. SR-66B
| 2014-01-22 Nr. DV-118

**DĖL TARPTAUTINIO MOKYKLINIO AMŽIAUS VAIKŲ GYVENSENOS IR
SVEIKATOS TYRIMO**

Švietimo ir mokslo ministerijos specialistai išnagrinėjo Lietuvos sveikatos mokslų universiteto 2014 m. sausio 22 d. prašymą dėl tarptautinio mokyklinio amžiaus vaikų gyvensenos ir sveikatos tyrimo bei susipažino su šio tyrimo aprašymu.

Švietimo ir mokslo ministerija pritaria planuojamo tarptautinio „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensena ir sveikata-HBSC“ tyrimo įgyvendinimui šalies mokyklose 2014 m. kovo–gegužės mėn. Tyrimo duomenys bus naudingi, ieškant būdų gerinti mokinių fizinę bei psichinę sveikatą, rengiant ir įgyvendinant sveikatos ugdymo programas mokykloje. Pritardami šiam tyrimui, informuosime apie tyrimą šalies savivaldybių administracijų švietimo padalinius bei pakviesime jų darbuotojus padėti organizuoti tyrimą mokyklose.

Švietimo ir mokslo viceministrė

Svetlana Kauzoniene

Emilija Bugailiškiene, tel. (8 5) 219 1184, el. p. emilija.bugailiskiene@smm.lt
Algimantas Šimaitis, tel. (8 5) 219 1184, el. p. algimantas.simaitis@smm.lt

Tyrimė naudoti mokinių apklausos klausimai

TARPTAUTINĖ MOKYKLINIO AMŽIAUS VAIKŲ GYVENSENOS IR SVEIKATOS APKLAUSA

□ HBSC - 2014 □

7 ir 9 klasių
mokiniam



Tyrimą vykdo
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto
tyrėjai



Adresas ir kontaktai:
Šiaurės pr. 57, LT-49264, Kaunas, tel. (37) 327328
el. paštas: apolinaras.zaborskis@lsmuni.lt

Tyrimų programą koordinuoja
Pasaulio sveikatos organizacija
Kopenhaga, Danija

Tyrimas suderintas
su LR Švietimo ir mokslo ministerija bei
Lietuvos bioetikos komitetu

Dėkojame už dalyvavimą tarptautinėje apklausoje!

Visi suprantame, kiek svarbi sveikata. Ją išsaugoti galima laikantis sveikos gyvensenos taisyklių. Tačiau, ar visada jas vykdomė? Atsakydamas į šios anketos klausimus, padėsi mums daugiau sužinoti apie jaunų žmonių gyvenimo būdą. To labai reikia tiriant ir šalinant daugelio ligų priežastis nuo pat vaikystės. Tokie patys klausimai šiuo metu užduodami daugiau nei 40 Europos ir Šiaurės Amerikos šalių mokiniams.

Tavo atsakymus tikrins tik tyrinėtojai, jų nematys nei tėvai, nei mokytojai. Ant anketos nereikia rašyti savo vardo ir pavardės. Užpildytą anketą įdėk į voką ir jį užklijuok.

Kadangi ši apklausa vykdoma skirtingose šalyse, turinčiose savitą kultūrą, todėl kai kurie klausimai gali atrodyti šiek tiek neįprasti. Atidžiai perskaityk kiekvieną klausimą ir pasistenk kiek įmanoma tiksliau atsakyti. Primename, kad mus labiausiai domina Tavo nuomonė. Čia nėra teisingų ir neteisingų atsakymų.

Ką reikia žinoti pildant anketą?

Atsakydamas į klausimus pažymėk tą langelį, kuris yra šalia arba žemiau Tau labiausiai patinkančio atsakymo. Prie kiekvieno klausimo pažymėk tik vieną langelį, nes kitaip mes negalėsime suskaičiuoti Tavo atsakymų.

Jeigu sunku išsirinkti vienintelį atsakymą, tai pagalvok, kuris atsakymas šiuo momentu yra tiksliausias.

Jei kuris nors klausimas ar keli klausimai Tau nepatinka, gali į jį (juos) neatsakyti.

Mes tikimės, kad su malonumu užpildysi anketą! Dar kartą dėkojame už pagalbą.

1. Šios dienos data: 2014 m. mėn. d.

2. Kas Tu esi: berniukas ar mergaitė?

Atitinkamą langelį pažymėk kryželiu (X).

1 Berniukas

2 Mergaitė

3. Kelintoje klasėje mokaisi?

1 Penktojoje

2 Septintojoje

3 Devintojoje

Rūkymas, alkoholis, narkotikai

33. Ar esi kada nors rūkęs? Jei taip, tai kiek dienų taip buvo?

Pažymėk po langelį kiekvienoje eilutėje.

	Niekada nerūčiau	1-2 dienas	3-5 dienas	6-9 dienas	10-19 dienų	20-29 dienų	30 ir daugiau
1. Per visą savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Per pastarąsias 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

34. Ar dabar dažnai rūkai?

1 Kiekvieną dieną

2 Mažiausiai kartą per savaitę, bet ne kiekvieną dieną

3 Rečiau nei kartą per savaitę

4 Aš visai nerūkau

35. Ar esi kada nors gėręs alkoholinių gėrimų? Jei taip, tai kiek dienų taip buvo? Pažymėk po langelį kiekvienoje eilutėje:

	Niekada negėriau	1-2 dienas	3-5 dienas	6-9 dienas	10-19 dienų	20-29 dienų	30 ir daugiau
1. Per visą savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Per pastarąsias 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

- 36. Ar dažnai dabartiniu metu geri žemiau išvardytus alkoholinius gėrimus? Pabandyk suskaičiuoti ir tuos kartus, kai geri tik truputį. Pažymėk po langelį kiekvienoje eilutėje:**

	<i>Kiekvieną dieną</i>	<i>Kiekvieną savaitę</i>	<i>Kiekvieną mėnesį</i>	<i>Retai</i>	<i>Niekada</i>
1. Alų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vyną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Šampaną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Likerį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Degtinę ir kitus stiprius gėrimus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Silpnus alkoholinius gėrimus (sidrą, „Mix“, „Fizz“, kokteilius su alkoholiu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

- 37. Ar kada nors buvai išgėręs tiek daug alkoholinių gėrimų, kad pasijustum apsvaigęs? Pažymėk po langelį kiekvienoje eilutėje:**

	<i>Ne, niekada</i>	<i>Taip, vieną kartą</i>	<i>Taip, 2 – 3 kartus</i>	<i>Taip, 4 – 10 kartų</i>	<i>Taip, daugiau negu 10 kartų</i>
1. Per visą savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Per pastarąsias 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

- 39. Kiek Tau buvo metų, kai pirmą kartą:**

	<i>Niekada to nedariau</i>	<i>11 metų ar mažiau</i>	<i>12 metų</i>	<i>13 metų</i>	<i>14 metų</i>	<i>15 metų</i>	<i>16 metų</i>
1. Rūkei (užtraukei daugiau nei vieną dūmą)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gėrei alkoholinių gėrimų (daugiau nei vieną gurkšnį)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pasijutai apsvaigęs nuo alkoholio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

40. Ar Tu kada nors rūkei kanapes („žolę“, marihuaną arba hašišą)?

Pažymėk po langelį kiekvienoje eilutėje:

	<i>Niekada nerūčiau</i>	<i>1-2 dienas</i>	<i>3-5 dienas</i>	<i>6-9 dienas</i>	<i>10-19 dienų</i>	<i>20-29 dienų</i>	<i>30 ir daugiau</i>
1. Per visą savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Per pastarąsias 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

41. Kiek Tau buvo metų, kai pirmą kartą parūkei kanapių, jei tai darei?

- 1 Niekada nerūčiau
 2 11 metų arba anksčiau
 3 12 metų
 4 13 metų
 5 14 metų
 6 15 metų
 7 16 metų arba vėliau

42. Ar Tu kada nors vartojai kitus narkotikus nei „žolė“, marihuana ar hašišas? Pažymėk po langelį kiekvienoje eilutėje:

	<i>Niekada nevarčiau</i>	<i>1-2 dienas</i>	<i>3-5 dienas</i>	<i>6-9 dienas</i>	<i>10-19 dienų</i>	<i>20-29 dienų</i>	<i>30 ir daugiau</i>
1. Per visą savo gyvenimą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Per pastarąsias 30 dienų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

Tavo šeima

Norėtume paklausti apie žmones, su kuriais Tu gyveni. Visos šeimos yra skirtingos (pavyzdžiui, ne visi vaikai gyvena su abiem tėvais, kartais vaikai gyvena tik su mama arba tik su tėvu, kartais vaikai turi dvejus namus arba dvi šeimas). Todėl mes norėtume sužinoti apie Tavo šeimą.

48. Pažymėk visus, kas gyvena namuose, kuriuose Tu gyveni visą laiką arba praleidi daugiausiai laiko.

Suaugusieji:

- 1 Mama
- 2 Tėvas
- 3 Pamotė (arba tėvo draugė)
- 4 Patėvis (arba mamos draugas)
- 5 Senelė
- 6 Senelis
- 7 Dar ir kiti čia neišvardyti suaugę asmenys. *Jei gali, parašyk:*
.....
.....
- 8 Gyvenu pas globėjus (-ą) arba vaikų namuose

Vaikai:

Parašyk, kiek šiuose namuose gyvena seserų ir brolių (įskaitant patėvių ir globėjų vaikus). Parašyk skaičiais. Jei negyvena, tai rašyk 0 (nulį). Savęs neskaičiuok.

Kiek brolių?

Kiek seserų?

49. Kuris iš žemiau pateiktų apibūdinimų geriausiai nusako dabartinę Tavo šeimos padėtį?

- 1 Šiuo metu gyvenu su ABIEM savo tėvais

Gyvenu NE su ABIEM savo tėvais, nes:

- 2 Mano tėvai yra išsiskyrę
- 3 Šiuo metu vienas iš mano tėvų yra užsienyje
- 4 Šiuo metu abudu mano tėvai yra užsienyje
- 5 Vienas iš mano tėvų yra miręs
- 6 Vieno iš jų visai nesu matęs ir nežinau, kur tėvas (mama) yra
- 7 Gyvenu pas globėjus (-ą) arba vaikų namuose

51. Ar Tau lengva kalbėtis su tėvais (arba patėviais) apie dalykus, kurie Tau yra labai svarbūs ir Tave jaudina?

Pažymėk po vieną langelį kiekvienoje eilutėje.

		<i>Labai lengva</i>	<i>Lengva</i>	<i>Sunku</i>	<i>Labai sunku</i>	<i>Jo (jos) neturiu, nesusitinku</i>
1.	Su tėvu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Su patėviu (arba mamos draugu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Su mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Su pamote (arba tėvo drauge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

52. Atidžiai perskaityk kiekvieną teiginį apie bendravimą savo šeimoje ir kiekvienam pažymėk, kiek su tuo sutinki:

		<i>Tikrai sutinku</i>	<i>Sutinku</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Nesutinku</i>	<i>Tikrai nesutinku</i>
1.	Manau, kad šeimoje aptariame visus svarbius reikalus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kai aš kalbu, mane visada išklauso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mes klausinėjame, jei nesuprantame vienas kito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Jei kas nors neaišku, mes šnekamės tol, kol viską išsiaiškiname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

53. Kaip Tau atrodo, kiek iš tikrųjų Tavo mama žino apie...?

Pažymėk po vieną langelį kiekvienoje eilutėje:

		<i>Ji žino daug</i>	<i>Ji žino truputį</i>	<i>Ji nieko nežino</i>	<i>Mamos neturiu arba jos nematau</i>
1.	Kas yra Tavo draugai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kam išleidi savo pinigus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kur būni po mokyklos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kur vaikštinėjai vakarais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ką veiki laisvalaikiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

54. Mano mama...

	<i>Beveik visada</i>	<i>Kartais</i>	<i>Niekada</i>	<i>Mamos neturiu arba jos nematau</i>
1. Man padeda kiek reikia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leidžia daryti viską, kas man patinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rodo man meilę ir švelnumą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Supranta mano problemas ir rūpesčius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (pati)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tikrina viską, ką aš darau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Elgiasi su manimi kaip su kūdikiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

55. Kaip Tau atrodo, kiek iš tikrųjų Tavo tėvas žino apie...?

Pažymėk po vieną langelį kiekvienoje eilutėje:

	<i>Jis žino daug</i>	<i>Jis žino truputį</i>	<i>Jis nieko nežino</i>	<i>Tėvo neturiu arba jo nematau</i>
1. Kas yra Tavo draugai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kam išleidi savo pinigus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kur būni po mokyklos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kur vaikštinėjai vakarais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ką veiki laisvalaikiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

56. Mano tėvas...

	<i>Beveik visada</i>	<i>Kartais</i>	<i>Niekada</i>	<i>Tėvo neturiu arba jo nematau</i>
1. Man padeda kiek reikia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leidžia daryti viską, kas man patinka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rodo man meilę ir švelnumą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Supranta mano problemas ir rūpesčius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mėgsta, kai viską nusprendžiu pats (pati)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tikrina viską, ką aš darau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Elgiasi su manimi kaip su kūdikiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pradžiugina mane, kai esu nusiminęs (-usi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

57. Kaip dažniausiai elgiasi Tavo tėvai, kai jų nuomone Tu padarai kažką blogo? Atskirai pažymėk atsakymus apie mamą ir tėvą:

Mama

- 1 Manęs nebaudžia ir nekreipia dėmesio
- 2 Paaiškina man, ką padariau blogai ir kodėl esu nubaustas (-a)
- 3 Pasako, kad elgiausi blogai, bet manęs nebaudžia
- 4 Nedelsiant mane nubaudžia nepaaiškindama kodėl

Tėvas

- 1 Manęs nebaudžia ir nekreipia dėmesio
- 2 Paaiškina man, ką padariau blogai ir kodėl esu nubaustas (-a)
- 3 Pasako, kad elgiausi blogai, bet manęs nebaudžia
- 4 Nedelsiant mane nubaudžia nepaaiškindamas kodėl

58. Pateikiame veiklų, kuriuos kai kurios šeimos atlieka kartu, sąrašą. Kaip dažnai Tu kartu su savo šeima taip leidžiate laiką? Pažymėk po vieną langelį kiekvienoje eilutėje:

	<i>Kiekvieną dieną</i>	<i>Daugumą dienų</i>	<i>Maždaug kartą per savaitę</i>	<i>Rečiau</i>	<i>Niekada</i>
1. Kartu žiūrite televizorių, filmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kartu žaidžiate namuose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kartu valgotė	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kartu einate pasivaikščioti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kartu lankote įvairias vietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kartu svečiuojatės pas draugus ir gimines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kartu sportuojate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kartu aptariate įvairius dalykus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

60. Kiekvienam teiginiui apie savo tėvus pasirink tinkamiausią atsakymą ir pažymėk jį kryželiu:

	<i>Tikrai sutinku</i>	<i>Sutinku</i>	<i>Nei taip, nei ne</i>	<i>Nesutinku</i>	<i>Tikrai nesutinku</i>
1. Mano tėvai domisi, kas man nutinka mokykloje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mano tėvai visada pasirengę padėti paruošti namų darbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jei turiu problemų mokykloje, mano tėvai pasirengę man padėti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mano tėvai noriai ateina į mokyklą pasikalbėti su mokytojais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mano tėvai padrąšina mane gerai mokytis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

62. Ar dažnai dėl tėvų darbo Tu negali su jais matytis?

Atskirai pažymėk atsakymus apie mamą ir tėvą:

Su mama

- 1 Mes matomės su ja kasdien
- 2 Dėl darbo aš jos nematau po kelias dienas per savaitę
- 3 Dėl darbo aš jos nematau po kelias savaites
- 4 Aš jos nemačiau daugiau kaip mėnesį, nes ji dirba užsienyje
- 5 Aš jos nemačiau daugiau kaip metus, nes ji dirba užsienyje

Su tėvu

- 1 Mes matomės su juo kasdien
- 2 Dėl darbo aš jo nematau po kelias dienas per savaitę
- 3 Dėl darbo aš jo nematau po kelias savaites
- 4 Aš jo nemačiau daugiau kaip mėnesį, nes jis dirba užsienyje
- 5 Aš jo nemačiau daugiau kaip metus, nes jis dirba užsienyje

63. Kiek vidutiniškai Tu bendrauji su savo tėvais tokiais būdais:

	<i>Niekada</i>	<i>Bent kartą per savaitę</i>	<i>Kelis kartus per savaitę</i>	<i>Kartą per dieną</i>	<i>Kelis kartus per dieną</i>
1. Kalbuosi telefonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rašau trumpąsias žinutes (SMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rašau elektroninius laiškus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bendrauju realiaame laike (pvz., „Skype“, „čiatas“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

64. Apskritai, kiek Tu esi patenkintas savitarpio santykiais šeimoje?

Juos gali įvertinti nuo "0" (visai nepatenkintas) iki 10 (labai patenkintas):

Pažymėk tą langelį, kuris geriausiai atspindi Tavo jausmus:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visai nepatenkintas					Labai patenkintas					

Namų aplinka

65. Ar turi sau atskirą kambarį?

- 1 Ne
2 Taip

66. Ar Tavo namuose yra indaplovė?

- 1 Ne
2 Taip

67. Kiek vonios arba dušo kambarių yra Tavo namuose?

- 1 Nė vieno
2 Vienas
3 Du arba daugiau

68. Ar Tavo šeima turi automobilį?

- 1 Ne
2 Taip, vieną
3 Taip, du arba daugiau

69. Kiek kompiuterių turi Tavo šeima (įskaitant nešiojamus ir planšetinius; neįskaitant žaidimų kompiuterių)?

- 1 Nė vieno
2 Vieną
3 Du
4 Trys arba daugiau

70. Kaip Tu manai, ar Tavo šeima yra turtinga?

- 1 Labai turtinga
2 Pakankamai turtinga
3 Vidutiniškai turtinga
4 Nelabai turtinga
5 Visai neturtinga

Savižudiški ketinimai

Mintys apie savižudybę - skaudi tema, todėl mes dažnai vengiame apie tai kalbėti. Tačiau apie jas žinoti yra labai svarbu, nes tik taip galėsime geriau suprasti ir padėti vieni kitiems.

93. Kaip Tu manai, ar žmogus turi teisę pats laisvai spręsti – gyventi ar atimti sau gyvybę?
- 1 Taip
2 Ne
94. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Tau buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias dvi savaites arba ilgiau, Tu jauteisi toks liūdnas ir nusiminęs, jog nesisiorėjo nieko veikti?
- 1 Taip
2 Ne
95. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Tu esi nors kartą rimtai pagalvojęs apie savižudybę?
- 1 Taip
2 Ne
96. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Tu esi kūręs savižudybės planų?
- 1 Taip
2 Ne
97. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Tu esi bandęs pakelti prieš save ranką (nusižudyti)?
- 1 Nė karto
2 1 kartą
3 2 ar 3 kartus
4 4 ar 5 kartus
5 6 ar daugiau kartų
98. Jei per pastaruosius 12 mėnesių Tu bandei nusižudyti, ar Tu susižalojai, apsinuodijai ar kitaip nukentėjai tiek, jog reikėjo medikų pagalbos?
- 1 Aš nebandžiau žudytis per pastaruosius 12 mėnesių
2 Taip
3 Ne

CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Dainora Širvytė
Adress: Kūdrų 1a, Ukmergė, Lithuania
Phone No. (Mob.) +370 655 56362
E-mail: d.sirvyte@gmail.com

Education

2005–2009 Kaunas University of Medicine (KMU);
Public Health (BD Diploma)
2009–2011 Lithuanian University of Health Sciences;
Public Health (MD Diploma)

2011–2015 Laboratory of the Child and Youth Health,
Health Research Institute, Public Health Faculty
of Lithuanian University of Health Sciences;
PhD studies

Work experience

2009 up to now Public Health biur of Ukmerge District,
Public health monitoring and children and
young people's health care specialist

PADĖKA

Esu labai dėkinga savo disertacinio darbo vadovui prof. habil. dr. Apolinarui Zaborskiui už meilę mokslui ir vaikų bei paauglių gyvensenos ir sveikatos tematikai, už prasmingus patarimus ir aukščiausio lygio ekspertinę pagalbą rengiant disertacinį darbą bei mokslines publikacijas, už padaršinius ir moralinį palaikymą doktorantūros bei disertacinio darbo rengimo metu.

Dėkoju recenzentei doc. dr. Rimai Kregždytei už tikslias ir vertingas pastabas bei patarimus, tobulinant disertacinį darbą.

Esu dėkinga prof. dr. Janinai Petkevičienei už naudingus patarimus ir pagalbą, bei už nuoširdų palaikymą rengiant šį darbą.

Esu labai dėkinga kiekvienam iš savo kolegų už supratimą, palaikymą, patarimus ir paskatinimą užbaigti pradėtus darbus.

Taip pat dėkoju savo draugams, kurie visada suprato mano siekius ir skatino jų siekti.

Galiausiai, be galo esu dėkinga savo mylimai šeimai už tikėjimą mani mi bei nuoširdų jų palaikymą, kantrybę, supratimą, tikėjimą tuo, ką darau, ir visapusišką palaikymą disertacinio darbo rašymo metu.