

Magyarországi és határon túli hallgatók egészség rizikó-magatartását befolyásoló tényezők

Kovács Klára

Debreceni Egyetem BTK, Nevelés- és Művelődéstudományi Intézet; Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Központ (CHERD-H)

A hallgatók egészségmagatartásának vizsgálata több szempontból fontos. Egyrészt a tanulmányok megkezdése és folytatása, a családtól, korábbi lakókörnyezettől, barátoktól való elszakadás okozta új, izgalmas, ám stresszel terhelt élethelyzet és a szülői kontroll csökkenése nagy mentális és lelki terhet róhat a fiatalokra, másrészt a hallgatói életmódhoz kapcsolódó campuslét norma- és értékrendszerének hatására nagyobb valószínűséggel fordulhatnak elő a fiatalok körében egészségkárosító magatartásformák, főként a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás a nem egyetemista populációhoz képest (Hunt & Eisenberg, 2010; O'malley & Johnston, 2002; Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park és Kang, 2004). A nagyívászat és a kábítószer-használat olyan más kockázatokkal jár együtt (pl. közúti balesetek, nem biztonságos szexuális magatartás, agresszív viselkedés, verekedés, öngyilkosság), amelyek veszélyeztethetik az egyetem/főiskola befejezését, illetve későbbi függőség kialakulásához vezethetnek (Cranford, Eisenberg & Serras, 2009; Miller, Naimi, Brewer & Jones, 2007; Wechsler, Dowdall, Davenport & Castillo, 1995).

Tanulmányunkban arra keressük a választ, hogy miként befolyásolják bizonyos egyéni és szociokulturális tényezők a közép-európai hallgatók egészség rizikó-magatartását (dohányzás, nagy mennyiségű alkohol- és drogfogyasztás). Kutatások igazolják, hogy az olyan, egymástól talán függetlennek vélt tényezőknek, mint az iskolai kudarc, bűnözés, erőszak, drogfüggőség, nem kívánt terhesség, sok esetben hasonló prediktorai vannak (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott & Hill, 1999). Kutatásunk elméleti hátterének fő alappillére Hawkins és munkatársai (1999) szociálisfejlődés-modellje, mely a pro- és antiszociális viselkedés (pl. bűnözés, erőszak, szerfogyasztás) egyéni, társas, társadalmi, kulturális, valamint intézményi szintű védő- és rizikófaktorait foglalja rendszerbe.

A hallgatók a fiatal felnőttek fontos és nagy csoportját képezik, akikből a jövő értelmiségei, politikai döntéshozói, tanárai, orvosai, tehát a közélet és a társadalmi változás fontos szereplői lesznek, így egészségmagatartásuk, viselkedésük, attitűdjeik mintául szolgálnak majd a társadalom különböző szegmensei számára (Steptoe & Wardle, 2001; Steptoe et al., 2002). Hunt és Eisenberg (2010) szerint a hallgatók vizsgálata egyedülálló lehetőséget ad a célzott beavatkozások kidolgozására a serdülők és fiatal felnőttek legfontosabb népegészségügyi problémáira vonatkozóan. Éppen ezért tartottuk fontosnak, hogy megvizsgáljuk a káros szenvedélyek mértékét, formáit és az ezeket befolyásoló társadalmi, társas és egyéni tényezőket az egyetemisták körében, kiemelve a védő- és rizikófaktorokat. Kutatásunkban elsősorban a szociokulturális és a társadalmi tényezők szerepét vizsgáljuk, így szociológiai, nem pszichológiai megközelítést alkalmaztunk. Azonban a pszichológiai tényezők közül a kérdőív lehetőséget biztosított az élet értelme ismeretének és keresésének vizsgálatára is, és mivel korábbi eredmények igazolták ennek összefüggését a mentális jólléttel (Brassai, 2011; Martos és Konkoly-Thege, 2011; Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006), ezért úgy döntöttünk, hogy beemeljük az elemzésekbe magyarázó változóként.

Az elemzésekhez a Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Intézet (CHERD-H) egy öt országgal (Magyarország, Szlovákia, Ukrajna, Románia, Szerbia) határos régió felsőoktatási intézményeinek hazai és kisebbségi magyar hallgatóit vizsgáló kutatásának adatbázisát használtuk fel (IESA, 2015; N=2017).¹A vizsgált Magyarországon kívüli intézményekben többségében kisebbségi magyar hallgatók tanulnak. E térségek ugyanis hasonló kulturális, történelmi gyökerekkel bírnak, mivel 1920 előtt Magyarországhoz tartoztak, de a trianoni

¹ Institutional effects on Students' Academic Achievement (IESA).

békeszerződés következtében elcsatolták őket,² így más gazdasági, történelmi és politikai hatások érték az itt élőket és az oktatás intézményrendszerét. Ezért kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy milyen hasonlóságok és különbségek azonosíthatók a különböző egészségrizikó-magatartást befolyásoló tényezőkben. Azonban nemcsak az összefüggések feltárására törekedtünk, hanem országonként is megvizsgáltuk az egészségrizikó-magatartásra ható tényezőket.

Az általunk vizsgált közép-európai térség hallgatóinak egészség-magatartásának vizsgálata azért is fontos, mert kutatások igazolják (pl. hivatkozás), hogy az egészségtelen életmód nagyobb előfordulása Kelet-Európában nem elsősorban az egyéni döntésekkel magyarázható, hanem inkább azzal, hogy a strukturális nehézségek rosszabb életesélyekben és életmódban manifesztálódnak. Az intézményrendszer fundamentális politikai és gazdasági változása okozta krónikus társadalmi stressz a hátrányos helyzet és bizonytalanság érzését alakította ki, ami a kontroll hiányának érzéséhez vezetett az egyéneknél (Steptoe & Wardle, 2001).

A korábbi kutatások jelentős része – többek között a nagyívászat tekintetében – elsősorban egy felsőoktatási intézményre fókuszáltak, vagy kényelmi szempontok játszottak szerepet a mintaválaszában, ám intézmények közötti, főként több ország összehasonlítására alig akad példa (Wechsler et al., 1995). Ez alól kivételt képez a Steptoe és munkatársai (2002) által végzett longitudinális vizsgálat, melynek keretében 13 országban (köztük egyetlen közép-európaiként Magyarországon) több mint 20000 hallgató egészség-magatartását vizsgálták 1990-ben és 2000-ben. Ebből kiderült, hogy hazánkban mind a férfiak, mind a nők körében szignifikánsan növekedett a dohányzás és csökkent a fizikai aktivitás, a gyümölcsfogyasztás és az alacsony zsírfogyasztásra való törekedés, és összességében igen magas a kardiovaszkuláris rizikómagatartás prevalenciája (Baranyai et al., 2006; Steptoe et al., 2002).

Az egészség-magatartást meghatározó tényezők a hallgatók körében

A kutatásunk elméleti háttérét adó Hawkins és Catalano (évszám) szociálisfejlődés-modellje azokat a védő- és rizikótényezőket vizsgálja, illetve próbálja azonosítani, amelyek meghatározhatják a pro- és antiszociális viselkedés különböző formáit, például a bűnözést vagy a szerfogyasztást. Az elmélet szerint a fiatalok egészség-magatartását befolyásoló veszélyeztető tényezőket alapvetően két csoportra oszthatjuk: (1) a szélesben értelmezett társadalmi és kulturális rendszer, melybe beletartoznak a törvényi szabályozások, a kulturális normák, értékek, magatartásminták, amelyek mintaként szolgálhatnak a szerhasználatban; (2) az egyént körülvevő interperszonális környezet: család, kortársak, iskolai és osztálylégkör.

A hatékony megelőzési programok kidolgozásához először szükség van a szerfogyasztás etológiai gyökereinek feltárására, meglévő szakpolitikák és programok hatékonyságának vizsgálatára. Ezt követően szükség van a szerfogyasztást veszélyeztető tényezők azonosítására a különböző dimenziókban (pl. egyéni, családi tényezők és interakciók, osztály- és iskolai tapasztalatok, kortársak, jogi, gazdasági és kulturális tényezők). Meg kell vizsgálni, hogy bizonyos fejlődési szakaszokban, például a kor növekedésével hogyan változik a veszélyeztető tényezők hatása és összetétele. Minél több veszélyeztető faktor van a jelenben, annál erősebb lesz a hatásuk a jövőben (Hawkins et al., 1992).

Szociokulturális és demográfiai háttér

² Mivel a vizsgált intézmények és a hallgatók Romániában a Partiumból és Erdélyből, Ukrajnában Kárpátaljáról, Szlovákiában Felvidékről, Szerbiában a Vajdaságból származnak, ezért az országok neveit e térségek szinonimáiként használjuk az összehasonlítások során, de hangsúlyozzuk, hogy az eredmények csak ezen térségek intézményeinek hallgatóira általánosíthatók, az egyes országokra nem.

Metaelemzések is igazolták, hogy a fiatalok egészség-magatartásában nem olyan erős a társadalmi háttér befolyásoló szerepe, mint a felnőttek körében, habár az alacsonyabb szocio-ökonómiai státuszú fiatalokra (10–21 évesek) inkább jellemző az egészségtelenebb táplálkozás, az inaktív életmód és a gyakoribb dohányzás. Ugyanakkor az alkohol- és marihuánafogyasztás tekintetében nem találtak ilyen egyértelmű mintázatot (Hanson & Chen, 2007). A hallgatói populáció tagjai általánosságban alapvetően magasabb társadalmi státuszú családokból származnak, egészség tudatosabbak, mint a társadalom alsóbb csoportjaiba tartozók, így elsősorban nem ezeknek a tényezőknek van hatása az egészség-magatartásukra (Stephoe et al., 2002). Ugyanakkor több kutatási eredmény is igazolta, hogy a férfi hallgatókra inkább jellemzőek az egészség rizikó-magatartásformák (bár a dohányzás esetében egyre inkább kiegyenlítődnek a nemi különbségek) és a fizikai aktivitás, míg a mentális problémák tekintetében inkább a nők és az alacsony szocio-ökonómiai státusszal bírók felülreprezentáltak, valamint a nők tudatosabbak a táplálkozás terén (Cranford, Eisenberg & Serras, 2009; Steptoe et al., 2002; Emmons, Wechsler, Dowdall & Abraham, 1998; Hunt & Eisenberg, 2010; Vaez & Laflemme, 2003). Wechsler és munkatársai (1995) eredményei szerint a nagyívászatra a férfiaknak, a 21 évnél fiatalabbaknak és a fehéreknek nagyobb az esélyük. Cranford és munkatársai (2009) felhívják a figyelmet arra, hogy az alapképzésben részt vevő diákok körében nagyobb valószínűséggel fordul elő szintén a nagyívászat és a marihuánahasználat, mint a mesterképzésben tanuló hallgatók körében.

Kutatásunkban Magyarországon (és az EU-ban is) az egyik leghátrányosabb régió (Észak-Alföld) hallgatóit vizsgáltuk meg, illetve e régióval szomszédos határ menti területek elsősorban kisebbségi magyar intézményeit. Mivel a térségben felülreprezentáltak (mintegy 15%) a hátrányos helyzetű hallgatók (Hegedűs, 2016), ezért a szocio-ökonómiai változók hatásának vizsgálata az egészség-magatartásra releváns. A kutatási eredmények hozzájárulnak ahhoz, hogy azonosítani tudjuk azokat a társadalmi csoportokat, amelyek fokozott veszélyben vannak az egészségkárosító magatartásformák tekintetében – a hallgatói populáción belül is. Magyarországi és romániai felső tagozatos középiskolások egészségének önértékelésében is vizsgálták a szocio-ökonómiai státusz szerepét, és a két ország között a legnagyobb különbség az volt, hogy az erdélyi diákok körében a szülők munkanélkülisége játszotta a legnagyobb szerepet, de összességében azt az eredményt kapták, hogy a társadalmi háttér másképpen játszik szerepet az egészség önértékelésében a fiatalok esetében, mint a felnőtteknél (Pikó, Brassai & Fitzpatrick, 2013).

A régióban végzett korábbi hallgatói kutatásunkban a rizikókerülő magatartás kialakulásának esélyét erősítő tényezők kontrollált vizsgálata azt mutatta, hogy egy nőnek több mint kétszer akkora esélye van elkerülni az egészségkárosító szokásokat, mint egy férfinak. Fontos felismerés, hogy a hallgatók intézményi környezetének az egyéni státustényezőket meghaladó befolyása van. A rizikókerülő nézetek által dominált kampusztársadalomban kétszer akkora esélye van a hallgatónak elkerülni az egészségkárosító szokásokat. A kortársak közé való erős, multiplex beágyazódás szignifikánsan megnöveli a rizikómagatartás esélyét. A felsőoktatási intézmények által teremtett környezet felelősségét húzza alá, hogy az önkéntes szervezeti és csoporttagság célirányos tevékenységei képesek védőhatást gyakorolni a rizikómagatartással szemben (Pusztai, Nagy, Kovács & Kovács, 2017).

Társas hatások

A kortárshatás az egyik legnyilvánvalóbb prediktora a fiatalok szerfogyasztásának, ami sokszor a kortársaktól eredő csoportnyomásként jelentkezik a „beavatás” során, ezért a barátok dohányzása, alkoholfogyasztása komoly rizikófaktor a fiatalok élvezetiszerszámhasználatában. Mindhárom kockázati magatartásforma esetében igaz, hogy a barátok vélt vagy valós szerhasználata arra készteti a fiatalokat, hogy maguk is kipróbálják azt. A kortárshatás szorosan összefügg azzal, hogy a társas háló serdülőkorban átstrukturálódik: a

szülőktől való nagyobb függetlenségigény megnő, és a kortárs csoportok jelentősebbé válnak a fiatalok számára. Azonban a társas hatások, baráti kapcsolatok nemcsak rizikófaktoroként hatnak, hanem a közösségi hatóképesség során hatékony módja lehet a fiatalok megküzdési folyamatában (Pikó, 2002, 2010; Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Ha az egyén szoros, jól működő társas támogatórendszert képes kiépíteni (legyen az szoros szülői, családi vagy baráti), jelentős védőhatás igazolható az egészség vonatkozásában is. A kapcsolatok megléte vagy hiánya, mennyisége és minősége meghatározza az egyén testi-lelki jóllétét, így komoly védőfaktoroként működik. A stabil kapcsolatokkal rendelkezők kevésbé hajlamosak depresszióra, és kevesebb pszichoszomatikus betegség figyelhető meg náluk, ezáltal kevesebb valószínűséggel nyúlnak egészségkárosító élvezeti szerekhez – hallgatók esetében például igazolódott, hogy kevesebbet dohányoznak és kevesebb alkoholt fogyasztanak (Pikó & Kovács, 2010; Von Ah et al., 2004). Tehát jól látható, hogy a társas, főként kortársak hatása kettős lehet az egészségkárosító magatartásformák tekintetében.

Minél magasabb a szülői társas támogatás, a kontroll és a monitoring mértéke, minél bizalmasabb a kapcsolat a szülő és gyermeke között, annál kisebb a gyermek dohányzásának, alkohol- és drogfogyasztásának mértéke, azonban fordított esetben a családi konfliktusok, a gyenge kapcsolat a szülők és a gyermek között, a szerfogyasztás és a serdülőkorai problémák komoly veszélyeztető tényezők (Hawkins et al., 1992; Kovács & Pikó, 2009) – ezt debreceni egyetemisták élvezetiszer-használatában is igazolni tudtunk (Kovács, 2012). A szülők szerepe azonban megváltozik a felsőoktatási tanulmányok megkezdésekor: a hallgatók jelentős része elköltözik otthonról (kollégiumba, albérletbe), ugyanakkor bizonyos mértékben (főként anyagilag) függenek a szülőktől. Emellett azonban a szülői monitoring mértéke csökken, a szülők engedélyétől függetlenül, saját preferenciájuk alapján válnak különféle kortársi, egyetemi, főiskolai közösségek tagjává, választanak szabadidős tevékenységeket, melyekben fontos szerep jut az egyetemista kortársaknak, barátoknak is. A hallgatók az elitista oktatókat nem tekintik többé mintaadónak, inkább saját, hallgatótársak által létrehozott kisebb csoportokhoz (pl. sportoló csoportokhoz, diákszövetségekhez) kezdenek kötődni, átvéve azok normáit, szokásait, értékrendjét (Pusztai, 2011).

Hawkins és munkatársai (1992) szociálisfejlődés-modellje szerint a különböző közösségekhez (proszociális családhoz, iskolához, kortársakhoz) kapcsolódó erős kötelék – campusbeli vagy egyetemi integráció a hallgatók esetében (Pusztai, 2015) – védőfaktoroként funkcionál a beilleszkedési és viselkedési, iskolai problémákkal, hiánnyal és rizikómagatartás-formákkal szemben. Az elmélet szerint, amikor a közösség a szoros kapcsolat és elköteleződés erős kötelékét alakítja ki a csoporttagokban, illetve tisztázza a viselkedési normák szabályait, hozzájárul a normák alapján behatárolt viselkedés elfogadtatásához a csoporttagok körében. Mindemellett az ezzel együtt járó feltételezett pozitív tanulmányi eredmények és az egészségre veszélyes magatartásformák alacsonyabb előfordulása csak akkor következik be, ha erős kötődés alakul ki az oktatási intézményhez is, és a kortársi közösségek pozitív viselkedési mintát, norma- és értékrendszert közvetítenek az egészségmagatartás viszonylatában. A sok komponenst tartalmazó elmélet lényege, hogy minél több rizikó- és védőfaktorot kell bevonnunk az elemzésbe, melyek magyarázhatják és jelezhetik előre a szerfogyasztás különböző formáit. Az elmélet empirikus tesztelése során alapvetően négy tényező szerepét mutatták ki, melyek fordítottan hatnak a szerfogyasztásra, tehát védenek: (1) erős kapcsolat a szülővel, (2) iskolai elköteleződés, (3) egyházi tevékenységekben való rendszeres részvétel, (4) az általános társadalmi normákban, értékekben és elvárásokban való hit. Azonban az elmélet hatásvizsgálata nem igazolta egyértelműen a pozitívabb egészségmagatartást: az intervenció programban részt vevő diákok körében nem volt konzekvensen kisebb minden káros egészségmagatartási forma előfordulása, és noha feltételezték, de mégsem igazodott hosszú távon a program hatása a fiatalok dohányzására, alkohol- és drogfogyasztására (Hawkins et al., 1992; Hawkins et al., 1999).

Kutatásunkban is alapvetően erre a modellre építve tartottuk fontosnak megvizsgálni annak szerepét, hogy individuális szinten miként bíznak a válaszadók az emberekben, az emberek segítőkészségében és tisztességében. A bizalom mértéke a putnami (1995) társadalmi-kezelet-koncepció egyik fontos indikátora, s korábbi kutatási eredmények is bizonyították, hogy hatással van az egészségre (Skrabski, 2003) és a fiatalok szerfogyasztására: japán középiskolások körében az individuális szintű bizalom mértéke negatív összefüggést mutatott a dohányzás- és alkoholfogyasztás gyakoriságával a fiúk és a lányok körében egyaránt (Takakura, 2011).

(Hallgatói) életmódhoz kapcsolódó tényezők

Több kutatás hangsúlyozza, hogy a hallgatói életmódhoz kapcsolódó, elsősorban társas szabadidős tevékenységek, hallgatói közösségekhez való tartozás az egészségkárosító magatartásformák kiemelkedő prediktora (hivatkozás). A bulizás, elsősorban az USA campusaira jellemző diákszövetségekhez való tartozás (*fraternity, sonority*) mindig komoly rizikófaktornak tekinthető a szerhasználat tekintetében (Cranford, Eisenberg & Serras, 2009). Pikó és Brassai (2007) vizsgálatukban az értékek szerepét elemezték szegedi és marosvásárhelyi fiatalok egészség-magatartásának bizonyos dimenzióira. Mindkét almintában az olyan szociális értékek, mint a jámborság, a familizmus és a kollektivismus preferálása alacsonyabb szerfogyasztással járt együtt. A tanulmányunk alapját képező hallgatói vizsgálatban a társas hatások közül igazoltuk a társas-bulizós és sportos szabadidőeltöltés hatását az egészség rizikó-magatartás főkomponensére: minél inkább jellemzőek ezek a tevékenységek egy hallgatóra, annál gyakrabban fordul elő a szerfogyasztás minden más egyéni, szociokulturális és demográfiai tényezőtől függetlenül (Engler & Kovács, 2018).

A sportolás és az egészség rizikó-magatartásformák között nem egyértelmű az összefüggés (Martens, Dams-O'Connor & Beck, 2006; Taliaferro, Rienzo & Donovan, 2010): a sportoló egyetemisták körében kisebb arányban találtunk dohányzókat (Kovács, 2012), ám ha egy hallgató nem tartja fontosnak a sportolást vagy nem sportol, az a dohányzás prediktora lehet a férfiak körében. Főként a sportoló közösségekhez való tartozás az ittasság nagyobb gyakoriságával jár együtt (kiváltképp az élsportolóknál), míg a vallásosság/vallásos közösségekhez való tartozás védőfaktornak tekinthető a dohányzás és a nagyivászat esetében is (Emmons et al., 1998; Kovács K., 2013; 2014; Wechler, Dowdall, Davenport & Castillo, 1995). Ugyanakkor van olyan kutatás, amely során nem találtak összefüggést a sportolás és a rizikómagatartás között egyetemisták körében (Szatmári, Tari-Keresztes, Pálinkás & Tóth, 2012).

Mentális, pszichológiai tényezők

A mentális, pszichológiai tényezőknek fontos szerepük van az élvezeti szerhasználatban, ami azért nem meglepő, mert a mentális betegségek, problémák előfordulása nagyobb a hallgatói populációban, mint a nem felsőoktatásban tanulók körében (Hunt & Eisenberg, 2010): a depresszió, szorongás, magasabb fokú stressz növelik a dohányzás esélyét (Cranford, Eisenberg & Serras, 2009), és a depresszív és szorongásos tünetek kapcsolati stresszorokkal és alacsonyabb társas támogatással járnak együtt (Hunt & Eisenberg, 2010), így közvetett módon is növelhetik a szerhasználat valószínűségét a hallgatók körében. Pikó (2002) kutatási eredményei szerint a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás azokra a fiatalokra jellemző inkább, akik nem rendelkeznek stabil jövőképpel, leginkább a pillanatnyi események határozzák meg viselkedésüket. Azonban az érzékelt éhatékonyság – tehát ha úgy véli az egyén, hogy vannak konkrét céljai és képes ezeket elérni (Bandura, 1977) – fontos védőfaktor lehet a szerfogyasztással szemben a hallgatók körében (is). Több tényező hatásának vizsgálata mellett egyedül az éhatékonyságnak volt mindegyik egészségmagatartás-formában szerepe Von Ah és munkatársai (2004) vizsgálatában. Az éhatékonyság magasabb foka csökkentette

az alkoholfogyasztás mértékét, valamint hozzájárult a gyakoribb fizikai aktivitáshoz és pozitívabb táplálkozáshoz, ugyanakkor prediktora volt a dohányzásnak is. A feltételezésekkel ellentétben a vizsgálatban nem találtak szignifikáns összefüggést az érzékelt stressz, a társas támogatás és a szerhasználat között.

Ezekből az eredményekből kiindulva tartottuk fontosnak kutatásunkban is megvizsgálni az élet értelmességének összefüggéseit is az egészségkárosító magatartási formákkal, mely egyfajta életszemléletet és jövőorientáltságot vizsgál: feltárja, hogy tudják-e már a hallgatók, hogy mi a célja az életüknek, vagy még keresik azt, hogy mit akarnak magukkal kezdeni az életben, és mennyire látják pozitívan a jövőjüket. Az élet értelmességként való megélése során olyan élményeket él át az egyén, amelyeket valóban érdemesnek érez arra, hogy megvalósítsa és megtapasztalja azokat; valamint képes arra, hogy ha negatív tapasztalatokat is szerez, azokban is értelmet találjon. Az élet értelmességének keresése nem egyenlő az élet értelmességének megéléseivel, s nem feltétlenül kóros, de hosszú távú fennmaradása, illetve az ezzel történő sikertelen megküzdés növeli a testi-lelki jóllétet veszélyeztető kóros mentális tünetek, s az egészségre káros magatartásformák előfordulásának esélyét (Brassai, 2011; Martos & Konkoly-Thege, 2011; Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006). Kutatások igazolják (pl. Brassai, Piko & Steger, 2011), hogy az élet értelmessége szoros összefüggésben áll a pszichoszomatikus tünetek prevalenciájával, hozzájárul a serdülők szubjektív egészségéhez, pszichológiai jóllétéhez, önbizalmához, étellel való elégedettségéhez. Romániai középiskolások körében végzett empirikus vizsgálat eredményei egyértelműen igazolták az élet értelmének pozitív hatását a fiatalok pszichológiai jóllétére, és védőfaktoroként funkcionált a fiúk esetében az illegális drogok és nyugtatók használatával, a lányok esetében pedig a nagyívászattal, a nem biztonságos szexuális magatartással, a túlzott diétázással és a mozgáshiánnyal szemben (Brassai, Piko & Steger, 2011).

Kutatási kérdések, minta és módszerek

Kutatási kérdések

Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy milyen szociokulturális, demográfiai és egyéni tényezők befolyásolják Magyarországon az észak-alföldi térség és négy határon túli terület kisebbségi magyar hallgatóinak egészséggrizikó-magtartását (dohányzását, alkohol- és drogfogyasztását), milyen védő- és rizikófaktorokat azonosíthatunk az egyes térségekben, valamint melyek a rizikómagatartás prediktorai országokként.

Minta

Az elemzésekhez a Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Intézet (CHERD-H) egy öt országgal (Magyarország, Szlovákia, Ukrajna, Románia, Szerbia) határos régió felsőoktatási intézményeinek hallgatóit vizsgáló kérdőíves felméréséből származó adatbázisát használtuk fel (IESA, N=2017). A vizsgált intézmények: Babes-Bolyai Tudományegyetem (és kihelyezett karai, tagozatai), Debreceni Egyetem, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, Munkácsi Állami Egyetem, Nyíregyházi Főiskola, Partiumi Keresztény Egyetem, II. Rákóczi Ferenc Kárpátaljai Magyar Főiskola, Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem, Ungvári Nemzeti Egyetem, Nagyváradi Egyetem.

A mintavételi keret meghatározása az intézmények adatszolgáltatása alapján történt. A karok és intézmények hallgatószámával arányosan alakítottuk ki az elemszámot, ebből kifolyólag sokkal több magyarországi hallgató van, mint határon túli. Az alap- és az osztatlan képzés 2. évfolyamán 20%-os, a mesterképzés 1. évfolyamán és az osztatlan képzés 4. évfolyamán 50%-os mintát terveztünk. A diákokat csoportosan, kurzusokon kerestük meg. A véletlenszerűség érvényesülését az e csoportok random módon történő kiválasztása

biztosította (Pusztai & Ceglédi, 2015). A kutatás során olyan hazai intézményeket választottunk ki, ahol a hallgatók 15%-a hátrányos helyzetű a felvételi során hátrányos helyzetért járó többletpontok igénylése alapján (Hegedűs, 2016). E szempont szerint az Észak-alföldi Régió intézményei jelentősen kiemelkednek, és földrajzi helyzetükből adódóan fontosnak tartottuk összehasonlítani ezeket a hallgatókat a régióhoz tartozó, ám a határokon átnyúló területek kisebbségi intézményeinek diákjaival. A hallgatói populációval arányos mintát választottunk ki az egyes intézményekből, ezért a magyarországi alminták nagyobb a határon túli magyar almintáknál. Az almintákba tartozók legfontosabb szociokulturális és demográfiai jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. A válaszadók szociokulturális és demográfiai jellemzői országonként (%), forrás: IESA, 2015)

Magyarázó változók		Magyarország	Románia	Ukrajna	Szerbia	Szlovákia	p
Évfolyam	I.	30	17,6	21,5	16,1	40,1	0,000
	II.	57,9	64,2	51,3	59,7	28,3	
	III.	6,6	13,7	11,8	–	5,9	
	IV.	3,9	0,3	6,1	–	11,2	
	V.	1,2	3,5	9,2	24,2	14,5	
	VI.	0,3	0,6	–	–	–	
N		1152	313	228	62	152	
Képzési forma	BA/BSc	60,8	92,1	87,9	58,7	62,8	0,000
	MA/MSc/ Specialist	26	7,2	12,1	41,3	37,2	
	osztatlan	13,2	–	–	–	–	
N		1169	304	239	63	156	
Kor		22,4±2,57	22,6±3,7	19,9±1,7	22,6±1,8	NA.	0,000
N		1172	280	203	62	n.a.	
Nem	Nő	69,9	83,6	70,6	95,2	68,4	0,000
	Férfi	30,1	16,4	29,4	4,8	31,6	
N		1165	318	235	62	155	
Lakóhely településtípusa 14 éves korban	faluközség	27,8	46,7	77,1	57,1	66,5	0,000
	kisváros	41,3	28,9	18,5	39,7	29,7	
	nagyváros	30,9	24,4	4,4	3,2	3,9	
N		1167	315	227	63	155	
Apa iskolai végzettsége	alap	5,1	7,4	7,2	15,9	2,7	0,000
	közép	70,5	77,3	73,2	69,8	85,7	
	felső	24,4	15,3	19,6	14,3	11,6	
N		1139	309	224	63	147	
Anyai iskolai végzettsége	alap	4,4	8,7	8,8	14,3	2,7	0,000
	közép	61,7	74	61,2	68,2	79,6	
	felső	33,9	17,3	30	17,5	17,7	
N		1148	311	227	63	147	

Mérőeszközök

Az egészségrizikó-magatartás három dimenzióját vizsgáltuk: a dohányzás, a nagy mennyiségű alkohol- és drogfogyasztás gyakoriságát az elmúlt évben (három item).³ A válaszlehetőségeket 0–100 skálává kódoltuk, ahol 0 jelölte, ha egyáltalán nem jellemzők ezek a magatartásformák, 100, ha napi rendszerességgel ($M_{\text{dohányzás}}=25,88$, $SD=37,74$; $M_{\text{nagyivászat}}=29,72$, $SD=28,56$; $M_{\text{drog}}=3$, $SD=12,97$, $N=1961$). Miután mindhárom az egészségre káros és veszélyeztető magatartásforma, ezért főkomponens-analízisnek vetettük alá ezeket annak vizsgálatára, hogy valóban egy jelenség különböző dimenzióinak tekinthetjük-e ezeket. Az elemzés során a három magatartásforma egy főkomponensbe rendeződött (Maximum

³Milyen gyakran fordult elő az elmúlt egy évben, hogy ittas volt, berúgott/dohányzott/drogot használt? Válaszlehetőségek: 1=szinte mindennap; 2=hetente 1-2 alkalommal (hétfégenként); 3=havonta néhányszor; 4=egy-két havonta; 5=ennél ritkábban; 6=egyyszer sem.

Likelihood, Direct oblimin rotáció, KMO=0,603, megmagyarázott variancia=54,1%). A főkomponens súlyait 0–100 fokú skálává kódoltuk át (M=15,41, SD=16,76, N=1961). A kétváltozós elemzések során nemcsak mindhárom dimenziónak, hanem ennek a főkomponensnek az összefüggéseit is megvizsgáltuk a magyarázó tényezőkkel, de kiemelkedő jelentősége a regressziós elemzéseknél volt, hiszen így lehetőségünk volt országonként, egy függő változóra vonatkozóan, egy modellben megnézni a szerfogyasztást magyarázó tényezők befolyásoló szerepét, miközben egymással kontrolláltuk ezen tényezők hatását.

A társas hatásokat egyrészt a szülői támogatás mértékével, másrészt a társas szabadidős tevékenységek végzésének gyakoriságával vizsgáltuk. A család szerepét a következő tényezővel mértük: milyen gyakran beszélgetnek a szülők gyermekükkel, érdeklődnek gyerekek életének, tanulmányainak különböző területei iránt (11 item, 0–100 pontos indexszé összevonva, ahol 0 jelenti a nagyon gyenge szülő-gyerek kapcsolatot, 100 a legerősebbet; M=62,52, SD=1,93, N=1589).⁴ A szabadidő-eltöltési szokásokat 24 tevékenység (item) alapján vizsgáltuk, és faktorelemzéssel négy szabadidős preferenciát különítettünk el (öt tevékenység nem differenciált, így ki kellett hagyni az elemzésből): magaskultúra-fogyasztás (M=25,35, SD=17,82), társas-bulizós (M=53,79, SD=15,99), sportos (M=28,56, SD=14,32) és rekreációs (M=59,7, SD=14,91)⁵ – a faktorok bemutatása Kovács (2015) tanulmányában olvasható. A faktorsúlyokat 0-tól 100-ig tartó skálává alakítottuk át, ahol 0 jelenti, ha egy faktor egyáltalán nem, 100, ha teljes mértékben jellemző a válaszdóra.

Az élet értelmességét a Meaning in Life Questionnaire-rel (Steger et al., 2006; Martos & Konkoly Thege, 2011; Brassai, 2011) mértük (10 item), melynek itemei két faktorba rendeződtek (a faktorsúlyokat ebben az esetben is 0–100 skálává alakítottuk át): az élet értelmességének ismerete (M=57,9, SD=25,22, N=2017) és az élet értelmességének keresése (M=51,46, SD=23,02, N=2017). A bizalomskálát három kérdés alkotta: mennyire ért egyet azzal, hogy általában és többnyire az emberek ki akarják használni, mennyire segítőkészek, illetve mennyire lehet megbízni az emberekben. Az itemekből 0–100 skálájú indexet készítettünk (M=46,69, SD=2,19, N=1504), de az elemzésekben külön vizsgáltuk az összefüggéseket.

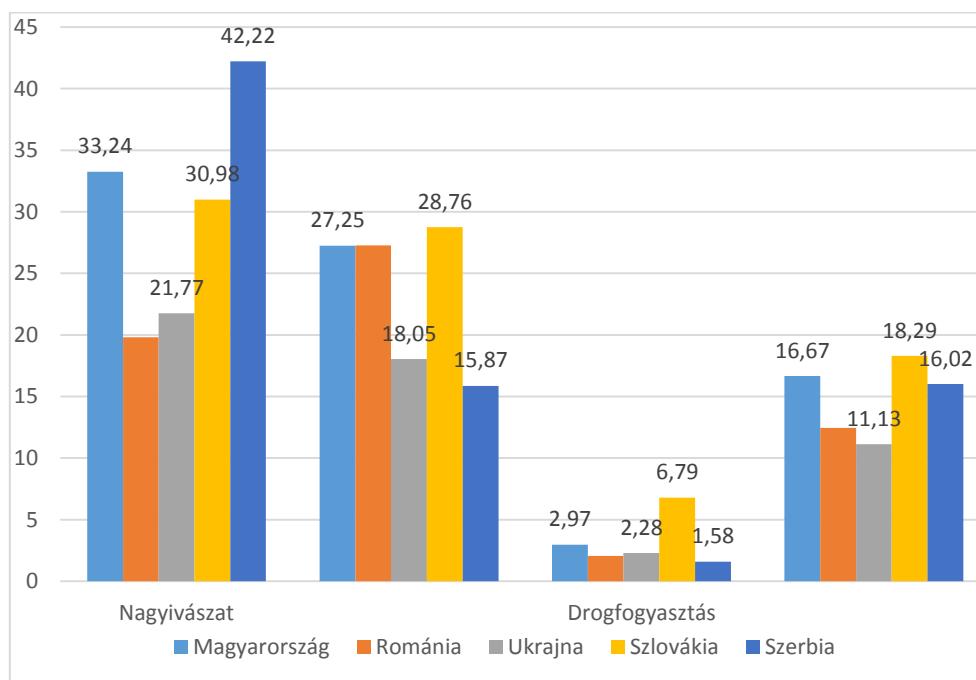
A magyarázó változók közé beemeltük a legfontosabb társadalmi-demográfiai változókat: ország, nem, szülők iskolai végzettsége, lakóhely településtípusa, relatív és objektív anyagi helyzet. A relatív anyagi helyzet értékeléséhez a válaszdónak a megfelelő kategóriába kellett besorolni magát attól függően, hogy vannak-e és milyen mértékben anyagi gondjaik, vagy pedig mindenük megvan-e. Az objektív anyagi helyzet vizsgálatához megkérdeztük a válaszdókat, hogy a felsorolt javak közül mivel rendelkezik a családjuk. A válaszlehetőségeket ebben az esetben 0-tól 100-ig tartó skálává kódoltuk át, ahol 0 jelentette, ha egyel sem rendelkezik, 100, ha mindegyikkel rendelkezik a család, majd pedig Dummy-változóvá kódoltuk át (0=átlag alatt, 1=átlag felett).

Eredmények

⁴ Érdeklődési területek, tevékenységek: beszélgetnek vele; beszélgetnek vele kultúráról, politikai, közéleti témákról; beszélgetnek vele filmekről; tájékozódnak arról, hogyan tölti szabadidejét; bevonják a házimunkába; érdeklődnek tanulmányairól; érdeklődnek barátairól; támogatják anyagilag; szerveznek vele közös kulturális programokat; ösztönzik, bátorítják a tanulásra; kapcsolatot tartanak a tanáraival/oktatóival. Válaszlehetőségek: 1=soha – 4=nagyon gyakran.

⁵ Szabadidős tevékenységek: tévézés vagy filmek nézése a neten; sportjátékok (pl. kosárlabda, kézilabda, röplabda, foci); futás vagy séta; úszás; extrém sportok (pl. gördeszkázás); biciklizés; kirándulás, túrázás; sportrendezvény látogatása; kártyázás vagy társasjáték (pl. Monopoly, sakk); találkozás a barátokkal (pl. kávézóban, cukrászdában, pizzériában); chatelés, e-mailezés a barátokkal vagy rokonokkal, közösségi oldal látogatása; zenehallgatás, részvétel könnyűzenei koncerteken; részvétel komolyzenei hangversenyen; bulizás, kocsmázás; shoppingolás/plázázás; moizás; színházlátogatás; részvétel komolyzenei koncerten, hangversenyen; kiállítás, múzeum látogatása; olvasás

Az összehasonlítások előtt célszerűnek tűnt először megvizsgálni, milyen különbségeket fedezhetünk fel országonként az egyes alminták között az egészségrizikó-magatartás dimenzióiban és főkomponensében (1. ábra).



1. ábra

A dohányzás, a nagy mennyiségű alkohol- és drogfogyasztás, illetve az egészségrizikó-magatartás főkomponensének átlagpontszámái országonként (0–100 fokú skála; forrás: IESA, 2015 (N=1957))

Az egészségrizikó-magatartás főkomponensén a szlovákiai hallgatók érték el a legmagasabb pontszámot ($M=18,29$, $SD=20,21$), őket követik a magyarországi ($M=16,67$, $SD=16,45$), a szerbiai ($M=16,02$, $SD=17,25$) és a romániai hallgatók ($M=12,46$, $SD=15,67$), az ukrajnai diákok értéke a legalacsonyabb ($M=11,13$, $SD=15,89$) ($F=9,353$, $p=0,000$). Az ittasság előfordulása a szerbiai hallgatók körében a legmagasabb ($M=42,22$, $SD=42,67$) ($F=22,725$, $p=0,000$), ugyanakkor ők dohányoznak a legkevésbé ($M=15,87$, $SD=27,39$), míg a felvidékiek a legtöbbet ($M=28,76$, $SD=38,34$) ($F=4,409$, $p=0,001$), s szintén kiemelkednek a drogfogyasztás tekintetében ($M=6,79$, $SD=19,83$), míg ez utóbbi legkevésbé jellemző a vajdasági hallgatókra ($M=1,58$, $SD=12,59$) ($F=4,267$, $p=0,002$). A felvidéki diákok kiemelkedően magas dohányzási és kábítószer-fogyasztási gyakoriságának köszönhető, hogy a legmagasabb pontszámot érték el az egészségrizikó-magatartás mutatóján. A teljes mintán férfiakra inkább jellemző az egészségkárosító életmód ($M=28,86$, $SD=19,32$), mint a nőkre ($M=24,32$, $SD=16,06$) ($F=26,648$, $p=0,000$).

A szociokulturális és demográfiai tényezők szerepe a szerfogyasztásban

Megvizsgáltuk, hogy az egyes országokban mely szociokulturális tényezőknek van szerepe az alkohol- és drogfogyasztásban, dohányzásban és az egészségrizikó-magatartás főkomponensében (melléklet: 1. táblázat). Minden függő változó 0-tól 100 pontig vehetett fel értéket, és variancia-analízissel elemeztük a különbségeket a társadalmi háttérváltozók alcsoportjaiban. A vajdasági almintá kivételével minden országban a férfiak értéke szignifikánsan nagyobb. A szerbiai (tanító szakos) hallgatók körében a nemi különbségek vizsgálata nem releváns, hiszen mindössze három férfi került a mintába. A férfiak az összműtatóban a többi négy országban magasabb pontszámot érték el, különösen a szlovákiaiak, rájuk jellemző leginkább a szerhasználat ($M=30,1$, $SD=27,12$, $F=26,793$,

$p=0,000$), míg a kárpátaljai nők tekinthetők a leginkább egészségtudatosnak ($M=7,81$, $SD=13,41$, $F=30,595$, $p=0,000$). Ezekből az eredményekből is jól látható, hogy a nagyivászat a legnagyobb probléma, hiszen e tekintetben is szignifikánsak az országok közötti különbségek, és ez is inkább a férfiakra jellemző. Ugyanakkor – korábbi kutatási eredményekkel összhangban (Wechsler et al., 1995) – a magyarországi és a romániai diákok körében eltűntek a nemi különbségek a dohányzásnál, és a felvidéki férfiak gyújtanak rá a leggyakrabban ($M=42,85$, $SD=43,39$, $F=10,440$, $p=0,002$), míg a kárpátaljai nők a legritkábban ($M=10,36$, $SD=29,91$, $F=38,236$, $p=0,000$). A magyarországi, romániai és szlovákiai diákok körében találtunk szignifikáns különbségeket a kábítószer-fogyasztásnál, és itt is a férfiak értékei nagyobbak, de közülük is a felvidékiek csaknem hétszer gyakrabban fogyasztanak kábítószerrel ($M=17,14$, $SD=29,43$), mint a nők ($M=2,45$, $SD=11,61$) ($F=19,841$, $p=0,000$).

A 14 éves kori településtípus szerint a magyar almintában az egészséggrizikó összműtatóban és a nagyivászatban, a szlovákiai diákok körében a dohányzásban vannak szignifikáns különbségek. A magyarországi diákok körében a származási településtípus nagyságával növekszik a rizikómagatartás és a nagyivászat előfordulása, mindkettő leginkább a nagyvárosokból származóakra jellemző ($M_{\text{egészséggrizikó}}=18,76$, $SD=17,91$, $F=3,227$, $p=0,040$; $M_{\text{nagyivászat}}=37,07$; $SD=28,41$, $F=4,929$, $p=0,007$). Azt láthatjuk, hogy az urbanizáltsággal járó nagyobb kínálat és több lehetőség, esetlegesen könnyebb hozzáférhetőség hozzájárul a gyakoribb nagy mennyiségű alkoholfogyasztáshoz, és ez eredményezi azt is, hogy az egészséggrizikó-magatartás összműtatójában is rosszabb eredményeket értek el a nagyvárosi diákok. A szlovákiai kisebb városokból származó diákokra jellemző leginkább a drogfogyasztás ($M=39,56$, $SD=44,31$), és körükben éppen a nagyvárosiak érték el a legalacsonyabb pontszámot ($M=6,66$, $SD=16,32$, $F=3,106$, $p=0,048$).

Szintén a magyarországi és a szlovákiai hallgatók körében van hatása a szülők iskolai végzettségének az egyes dimenziókra. A magyarországi hallgatók esetében ha mindkét szülő középfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, az ő gyerekeiknél a legalacsonyabb a droghasználat ($M_{\text{apa}}=2,2$, $SD=10,59$, $F=4,352$, $p=0,013$; $M_{\text{anya}}=2,07$, $SD=10,74$, $F=4,730$, $p=0,009$), ezzel szemben jól láthatók a társadalmi egyenlőtlenségek az iskolai végzettség mentén, hiszen az alacsonyabban végzettségű szülők gyerekei fokozottan veszélyeztetettek a kábítószer-fogyasztás tekintetében ($M_{\text{apa}}=6,55$, $SD=20,3$; $M_{\text{anya}}=6,66$, $SD=21,03$). A magyarországi (HU) hallgatók esetében az anya, a felvidékiek (SK) esetében az apa iskolai végzettségének növekedésével növekszik a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás előfordulása (a legmagasabb pontszámok: $M_{\text{HU}}=36,59$, $SD=28,57$, $F=3,877$, $p=0,021$; $M_{\text{SK}}=43,52$, $SD=24,52$, $F=3,800$, $p=0,025$). Hasonlóképpen kiemelkedően magas dohányzási gyakoriságot tapasztaltunk a felsőfokú végzettséggel rendelkező felvidéki anyák gyermekeinek körében ($M=46,15$, $SD=44,09$, $F=3,094$, $p=0,048$).

A magasabb iskolai végzettséggel járó nagyobb jövedelem hatását igazolja a magyarországiak körében az, hogy mind a nagyivászat, mind a dohányzás tekintetében – ennek következtében az egészséggrizikó-magatartás összműtatóján is – szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az objektíve jobb anyagi helyzetben lévő diákok ($M_{\text{egészséggrizikó}}=18,17$, $SD=16,71$, $F=14,821$, $p=0,000$; $M_{\text{ittasság}}=36,1$, $SD=27,65$, $F=18,540$, $p=0,000$; $M_{\text{dohányzás}}=29,89$, $SD=39,39$, $F=7,989$, $p=0,000$). A romániai diákok körében is a jobb jövedelmi helyzetben lévőkre közel 10 ponttal magasabb dohányzási gyakoriság jellemző ($M=31,35$, $SD=41$, $F=4,647$, $p=0,032$), míg a szerbiai hallgatók esetében a rosszabb anyagi helyzetben lévőkre jellemzőbb a szerhasználat ($M=22,38$, $SD=18,8$, $F=5,253$, $p=0,025$), vagyis a jobb anyagi helyzetben lévő diákok egészségtudatosabbak. Bár a vajdasági diákok esetében a szerfogyasztás egyes dimenzióiban egyetlen társadalmi-demográfiai háttérváltozónak sincs szignifikáns befolyásoló szerepe, illetve az anyagi helyzetnek sincs külön-külön számottevő hatása, azonban ha egy komponensként vizsgáljuk a rizikómagatartást, akkor az addig nem szignifikáns, csekély hatások összeadódnak – ennek

eredményeképpen tapasztaljuk a rosszabb anyagi helyzetben lévők hátrányát az egészségtudatosság terén is.

Egyéni, pszichológiai és életmódhoz kapcsolódó tényezők összefüggései a rizikómagatartással

Az egyéni, pszichológiai és életmódhoz kapcsolódó tényezők összefüggéseinek feltárásához Spearman-féle korrelációelemzést végeztünk (melléklet: 2. táblázat). Minden vizsgált változó mutat összefüggést valamely változóval. Minél inkább bízik egy magyarországi hallgató az emberekben, annál ritkábban nyúl kábítószerhez, egy kárpátaljai hallgatóra annál kevésbé lesz jellemző a nagyivászat, és összességében egészségtudatosabb ($r=-0,201$, $p=0,007$), akárcsak a vajdasági diákok ($r=-0,268$, $p=0,037$), még ha ez utóbbiak esetében nincsenek is szignifikáns összefüggések külön-külön az egyes dimenziókban. Ezekkel az eredményekkel ellentétben a felvidéki diákok körében pozitív az együttjárás az emberekbe vetett bizalom és drogfogyasztás tekintetében ($r=0,186$, $p=0,033$). A kárpátaljai (UA) és a vajdasági (SB) diákoknál nemcsak az emberekbe, hanem az emberek tisztességébe vetett bizalom mértékével is csökken a szerhasználat ($r_{UA}=-0,215$, $p=0,005$, $r_{SB}=-0,282$, $p=0,037$), de előbbieket is dohányoznak ($r=-0,200$, $p=0,009$). Az emberek tisztességébe vetett bizalom egyedül a romániai hallgatók drogfogyasztásával mutat negatív összefüggést ($r=-0,154$, $p=0,008$).

A szerbiai alminta kivételével az élet értelmének ismerete és keresése mindegyik ország hallgatói körében szignifikáns kapcsolatot mutat valamely magatartásformával. A legerősebb összefüggést az ismeret tekintetében a romániai hallgatók körében találtuk: az élet értelmességének ismerete minden rizikómagatartással, így az összmutatóval szemben is védőfaktoroként funkcionál (itt a legerősebb az összefüggés: $r=-0,235$, $p=0,000$), akárcsak a drog tekintetében a magyarországi ($r=-0,107$, $p=0,000$) és az ukrain diákok körében a nagyivászatban ($r=-0,132$, $p=0,043$), illetve a rizikómagatartás összmutatóban ($r=-0,133$, $p=0,041$). Ha azonban egy magyarországi és egy felvidéki nem tudja, hogy mi életének értelme, nincsenek konkrét tervei az életével, jövőjével kapcsolatban, az rizikófaktor lehet előbbieket esetében összességében a szerfogyasztásra ($r=0,078$, $p=0,000$), utóbbiaknál az ittasság előfordulására ($r=0,165$, $p=0,035$), ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy az együttjárás meglehetősen csekély.

Pikó és Kovács (2010) szerint minél szorosabb a kapcsolat a szülő és gyerek között, és minél erősebb a szülői monitoring mértéke, annál kevésbé lesz jellemző a szerfogyasztás egy fiatalra. A családi kohézió, tehát a jól működő, szoros kapcsolat a családtagok között kiemelkedő szociokulturális védőfaktor (Kovács E., 2013). Ez igazolódott a kárpátaljai és a felvidéki diákok esetében a nagyivászat ($r_{UA}=-0,153$, $p=0,028$, $r_{SK}=-0,273$, $p=0,002$) és az egészségrizikó összmutató tekintetében ($r_{UA}=-0,159$, $p=0,029$, $r_{SK}=-0,197$, $p=0,025$). A szlovákiai hallgatók esetében a szülőkkel való kapcsolatnak van a legerősebb kapcsolata a vizsgált tényezőkkel. Ugyanakkor a kutatások (hivatkozás) azt is kimutatták, hogy a szülők megengedő attitűdje rizikófaktor a gyerek szerfogyasztásában, ami magyarázhatja, hogy a vajdasági diákok körében minél erősebb a szülő-gyermek kapcsolat, annál többet dohányoznak ($r=0,432$, $p=0,024$).

A legerősebb pozitív összefüggéseket a társas-bulizós szabadidő-eltöltéssel találtuk, tehát az egészségrizikó-magatartás, illetve ennek a dimenzióinak a legegységesebb és legerősebb rizikófaktorai a társas, bulizós tevékenységek, mint a korábbi eredmények alapján (Cranford et al., 2009; Engler & Kovács, 2018). Legerősebb összefüggés a rizikó összmutatóra a szerbiai diákok körében találtunk ($r=0,302$, $p=0,016$), de a magyarországiak esetében az összes változó közül ennek van a legmagasabb korrelációs értéke a változókkal ($r=0,268$, $p=0,000$). Fontos eredmény, hogy minden országban pozitív az együttjárás a bulik és a hallgatói életmód talán legjellemzőbb egészségre káros tevékenységével, a nagyivászattal. Különösen erős az összefüggés a magyarországi ($r=0,293$, $p=0,000$) és a felvidéki hallgatók

körében ($r=0,243$, $p=0,002$), és kiemelendő, hogy a kárpátaljaiak esetében csak a nagyivászatban szignifikáns az összefüggés ($r=0,142$, $p=0,029$). A bulik nélkülözhetetlen részét képezi az alkoholfogyasztás, akár lerészegedésig, és ezzel együtt más szerfogyasztás is, mint a drogfogyasztás és a dohányzás (nem véletlen, hogy a magyarországi diákok esetében a társas-bulis tevékenységek a dohányzással is összekapcsolódnak: $r=0,176$, $p=0,000$).

Korábbi eredményekkel összhangban (pl. Martens et al., 2010; Kovács K., 2013, 2014) főként a sportolás közösségi formája jár együtt a nagyivászat gyakoribb előfordulásával a magyarországi ($r=0,219$, $p=0,000$), az ukrainai ($r=0,268$, $p=0,000$) és a szlovákiai ($r=0,196$, $p=0,013$) diákok körében. Az egészségrizikó összmutatónak a sportos tevékenységekkel van a legerősebb összefüggése ($r=0,311$, $p=0,000$) a kárpátaljaiak esetében. Ugyancsak egyedül a kárpátaljaiak drogfogyasztásával jár együtt a magaskultúra-fogyasztás ($r=0,201$, $p=0,002$). A rekreációs szabadidő-eltöltéshez olyan magányos tevékenységek tartoznak, mint az olvasás és a futás, ezek védőfaktoroként funkcionálnak a magyarországi (HU) és a kárpátaljai (UA) hallgatók kábítószer-fogyasztásával szemben ($r_{HU}=-0,073$, $p=0,013$, $r_{UA}=-0,172$, $p=0,008$), ugyanakkor a legerősebb, pozitív összefüggést a szerbiai diákok rizikó-magatartásának összmutatójával ($r=0,357$, $p=0,004$) találtunk, amiben az ittassággal való szoros kapcsolat játszik szerepet ($r=0,451$, $p=0,000$).

A legtöbb esetben a szignifikáns összefüggések gyenge vagy nagyon gyenge erősségűek, tehát ezeket az adatokat csak nagyon óvatosan lehet értelmezni. Ezért is tartottuk fontosnak, hogy regresszióanalízissel tárjuk fel, hogy az összes magyarázó változó bevonásával, egy modellben vizsgálva az összefüggéseket, mely tényezőknek lesz befolyásoló szerepük.

Az egészségrizikó-magatartás prediktorai a hallgatók körében

Lineáris regresszióval vizsgáltuk, hogy az egyes országok hallgatóinak egészségrizikó-magatartására (tehát az összevont mutatóra) mely tényezőnek van befolyása (2. táblázat). Ezáltal az összes változó hatását egyszerre vizsgálva és kontrollálva tudjuk azonosítani a rizikómagatartás befolyásoló tényezőit, ami azért fontos, mert a magyarázó tényezők sem függetlenek egymástól, és a kétváltozós összefüggések feltárása során ezeket a hatásokat nem tudjuk kiszűrni. Minden modellben, de különösen a magyarországi almintánál különösen alacsony a magyarázott variancia értéke ($R^2=0,089$), ami arra utal, hogy a vizsgált befolyásoló tényezőknek ugyan szignifikáns hatásuk van, de egyéb változók bevonása szükséges ahhoz, hogy még inkább megismerjük az ok-okozati összefüggéseket.

2. táblázat. Az egészségrizikó-magatartás prediktorai országonként (β regressziós együtthatók, forrás: IESA, 2015)

Magyarázó változók	Magyarország β	Románia β	Ukraina β	Szlovákia β
Nem	0,140***	0,097	0,536***	0,343**
Lakóhely településtípusa	0,009	0,050	0,062	0,131
Apa iskolai végzettsége	-0,031	-0,028	-0,045	-0,130
Anyai iskolai végzettsége	0,000	0,143	0,031	0,184
Objektív anyagi helyzet	0,072	0,092	0,021	0,173
Szubjektív anyagi helyzet	-0,085*	-0,078	0,010	0,042
Bizalom az emberekben	0,012	-0,083	-0,303**	0,262*
Bizalom az emberek tisztességében	-0,006	0,170*	0,142	0,112
Bizalom az emberek segítőkészségében	0,005	-0,051	-0,088	-0,338*
Az élet értelmének ismerete	-0,062	-0,238***	-0,097	-0,007
Az élet értelmének keresése	0,016	0,002	0,154	-0,068
Szülői kapcsolati tőke	0,048	-0,115	-0,050	-0,115
Magaskultúra-fogyasztás	-0,082	-0,099	0,153	-0,160
Társas, bulizós szabadidő-eltöltés	0,248***	0,226**	0,335**	-0,051

Sportos szabadidő-eltöltés	-0,086	-0,173	-0,254*	0,083
Rekreációs tevékenységek	-0,157***	-0,025	-0,062	-0,092
R ²	0,089	0,206	0,318	0,370

*p≤,05, ** p≤,01, *** p≤,001

A 2. táblázat adatai alapján a szerbiai almintában nincsenek szignifikáns összefüggések, így az objektív anyagi helyzet hatása is eltűnt a többi változó kontrollálása mellett, tehát az általunk vizsgált tényezőknek nincs szignifikáns szerepe a rizikómagatartásban. A romániai hallgatók körében nincs hatása a nemnek, míg a másik három országban – összhangban a korábbi kutatásokkal (pl. Cranford et al., 2009; Emmons et al., 1998; Hunt & Eisenberg, 2010; Steptoe et al., 2002) a férfiak vannak nagyobb veszélyben a rizikómagatartás tekintetében (különösen a kárpátaljaiaknál felülreprezentáltak a szerfogyasztó férfiak): a nem hatása akkor is megmarad, ha az összes változós hatását egy modellben teszteljük.

A szocio-ökonómiai változók korábbi összefüggései eltűntek, egyedül a szubjektív anyagi helyzet hatása érvényesül a magyarországi diákok körében ($\beta=-0,085$): minél alacsonyabb kategóriába sorolja magát egy hallgató anyagilag, annál jellemzőbb rá a szerfogyasztás. A szubjektív anyagi helyzet szerepét Pikó és Fitzpatrick (2001) korábbi kutatási eredményei is igazolták: a fiatalok önértékelt szocio-ökonómiai státusza a pszichoszociális egészség fontos prediktora. Ugyanakkor összességében azok a kutatási eredmények látszanak igazolódni, amelyek felhívják a figyelmet, hogy a fiatalok és a hallgatók körében az egészségi állapotot és az egészségmagatartást kevésbé befolyásolja a szocio-ökonómiai státusz (pl. Hanson & Chen, 2007; Pikó et al., 2013; Steptoe et al., 2002).

A társas, bulizós szabadidő-eltöltés a rizikómagatartás legerősebb prediktora minden más változótól függetlenül a magyarországi, a romániai és az ukrainai hallgatók körében (sorrendben: $\beta_{HU}=0,248$, $\beta_{RO}=0,226$, $\beta_{UA}=0,335$). A hallgatói életmód, campusok világának fontos részét képezik az egyetemi bulik, a hallgatói szocializáció és életmód szerves részét képezik. Sok fiatal ekkor kerül el először otthonról, amikor már nem kell engedélyt kérni a szülőktől, miközben a hallgató-, kollégiumi és csoporttársak az egyetemi létbe való szocializációs, beavatási szertartásokként vezetik be a diákokat az egyetemi bulik világába, majd pedig a részvétel a mindennapi élet és a társas, szociális, közösségi tevékenységek szerves részét képezi a „tipikus” diák életében. Mosonyi és munkatársai (2013) főiskolai hallgatókat vizsgáló kutatásában szintén igazolták a bulizás és a szórakozás népszerűségét.

Az olvasás és futás mint rekreációs tevékenységek minél rendszeresebb végzése hozzájárul ahhoz, hogy a magyarországi hallgatók kevésbé nyúljanak egészségkárosító szerekhez ($\beta=-0,157$). A futás a szervezet számára komoly megterhelést jelentő, intenzív sport, hozzájárul a szellemi frissességhez is. Így az egyik legnépszerűbb hallgatói sporttevékenységként a futás (Müller et al., 2011), főként annak a rendszeresen végzett formája, alig egyeztethető össze a dohányzással, a nagyivázzal, és hozzájárul az egészségtudatosabb életvitelhez.

A kárpátaljai diákok esetében a magaskultúra-fogyasztás negatív hatása eltűnt, ami nem meglepő, hiszen az ebbe a szabadidős faktorba tartozó tevékenységeknek (pl. múzeum-, színházlátogatás, komolyzenei hangverseny, koncertlátogatás) olykor komoly anyagi vonzatai vannak, tehát ez nem lehet független a szociokulturális háttértől. Ugyanakkor a sportos tevékenységek, a korrelációs elemzések eredményeivel ellentétben, védőfaktoroként funkcionálnak: minél inkább jellemeznék egy hallgatót az olyan sportos tevékenységek, mint a labdajátékok, kerékpározás, úszás, túrázás, társasjátékok, annál ritkábban használ egészségkárosító szereket. Korábbi kutatási eredmények igazolták, hogy noha a sportolásnak számtalan jótékony hatása ismert a szív- és érrendszeri betegségekre, csontritkulásra, mentális problémákra, depresszióra, illetve önbizalmat növelő hatása is van (Harrison & Narayan, 2003; Fox, 1999; Frost & McKelvie, 2005; Pate et al., 2000), nem egyértelműek az

összefüggések a sportolás és a rizikómagatartás között. Amennyiben kontrolláljuk a többi befolyásoló tényező hatását a kárpátaljai diákok esetében, akkor a sportos tevékenységek az egészségtudatosabb életmód más eleméhez, az alacsonyabb szerfogyasztáshoz is hozzájárulnak. Az ottani kisebbség egyetlen magyar nyelvű intézményében, a II. Rákóczi Ferenc Kárpátaljai Magyar Főiskolán a hallgatóknak minden félévben részt kell venniük valamilyen kulturális vagy tudományos extrakurrikuláris tevékenységet folytató közösségben ahhoz, hogy tanulmányi kötelezettségeiket teljesítsék (ezt a vezető tanárnak is igazolnia kell a leckekönyvben). Ezek közül a sportfoglalkozások, csoportok nagy népszerűségnek örvendenek, így a diákok nagy része tagja sportközösségeknek, és a sporttársakkal a foglalkozásokon kívül is szívesen együtt töltik szabadidejüket.

E két szabadidős tevékenység hatásán kívül az emberekbe vetett bizalom befolyásolja még a kárpátaljai diákok rizikómagatartását: a másokba vetett bizalom hozzájárul az alacsonyabb szerfogyasztáshoz ($\beta=-0,303$) minden más befolyásoló tényezőtől függetlenül, ugyanakkor a felvidéki diákok esetében ez a tényező hozzájárul a rizikómagatartáshoz ($\beta=0,262$). Azonban az emberek segítőkészségébe vetett bizalom védőfaktoraként funkcionál és alacsonyabb szerfogyasztáshoz járul hozzá a szlovákiai diákok esetében. A változók kontrollálása eredményezte azt, hogy megjelent az emberek tisztességébe vetett bizalom befolyásoló szerepe a romániai hallgatók körében, ami a rizikómagatartás gyakoribb előfordulásához járul hozzá ($\beta=0,170$). A bizalom különböző formáinak ellentétes előjelű hatása nem várt eredmények, aminek hátterében mélyebben gyökerező társadalmi és kulturális kontextus játszik szerepet az egyes határon túli térségekben. Ennek magyarázata mélyebb vizsgálatokat igényel, de feltételezésünket alátámasztják a felvidékiek körében azok a korábbi eredmények, amelyek felhívják a figyelmet arra, hogy noha ezek a hallgatók jobb anyagi helyzetben vannak, ugyanakkor a többi térséghez viszonyítva erősebb asszimilációs folyamatok negatív hatással bírnak identitásukra és lelki jóllétükre, és fokozottan veszélyeztetettek a társadalmi elgyökértelenedés szempontjából is (Pusztai & Márkus, 2017), ami az emberekbe vetett bizalomban is tetten érhető.

A romániai hallgatók körében azonosítottuk a korrelációs vizsgálatban és a regressziós elemzések során is az élet értelme ismeretének legerősebb védőhatását. Az életcélok ismerete, az ezzel együtt járó stabilabb jövőkép az egészségtudatosabb életmód legfontosabb prediktora a partiumiak és az erdélyiek körében ($\beta=-0,238$).

Összegzés és következtetések

Tanulmányunkban egy összehasonlító vizsgálat eredményeit ismertettük. Célunk volt feltárni és összehasonlítani, hogy az egyes térségekben milyen szociokulturális és egyéni tényezők befolyásolják a hallgatók egészségrizikó-magatartását, majd azonosítottuk a befolyásoló tényezőket országonként (Magyarország, Románia, Ukrajna, Szlovákia).

Az eredmények alapján a szocio-ökonómiai státusznak csak a magyarországi hallgatók körében van hatása, illetve a szlovákiaiak esetében a dohányzásban, a másik három országnál vagy egyáltalán nem, vagy alig. A regresszióelemzés ugyancsak azt mutatta, hogy egy ország hallgatói körében sem érvényesül a szociokulturális háttér hatása, csak a magyarországi diákok esetében a szubjektív anyagi helyzet: minél rosszabbnak értékeli egy hallgató az anyagi háttérét, annál inkább jellemző rá a rizikómagatartás. Az eredmények összhangban állnak Hanson és Chen (2007) metaelemzéseinek eredményeivel fiatalok (10–21 évesek) dohányzásával, alkohol- és marihuánafogyasztásával kapcsolatban, mely szerint a dohányzáson kívül a társadalmi háttérnek nincs olyan erőteljes hatása a fiatalok egészségrizikó-magatartására, mint a felnőttek körében.

A nem hatását vizsgálva három ország tekintetében találtunk szignifikáns összefüggést: a férfiak fokozottan veszélyeztetettek a magyarországi, a kárpátaljai és a felvidéki hallgatók körében a rizikómagatartást tekintve. Emellett még egy fontos közös, az egyetemi lét és életmód jelentős tényezőjének van szerepe a hallgatók szerfogyasztásában a magyarországi, az ukrainai és romániai diákok körében: a bulizáshoz, szórakozáshoz, társas együttlétekhez kapcsolódó tevékenységeknek. E három országban az egyetemi bulikon való részvétel a szerfogyasztás legerősebb prediktora. A campuslét és életmód fontos részét képezik a bulik, egyetemi közösségek és a társak körében végzett szórakozási lehetőségek: minél több időt tölt egy hallgató az ilyen tevékenységekkel, annál inkább jellemzőek rá a rizikómagatartás különböző formái, különösen a nagyivászat. Még ha egy hallgató tisztában is van vele, milyen következményekkel jár a nagy mennyiségű alkohol fogyasztása, a társak elvárásai és ráhatása, a campuslét normái és a bulizáshoz kapcsolódó értékrendszere felülírhatják a veszélyérzetet, és a hallgatók hajlamosak alulbecsülni, illetve figyelmen kívül hagyni ezeket.

A magyarországi hallgatók esetében védőfaktoroként funkcionálnak az olyan rekreációs céllal végzett tevékenységek, mint az olvasás és futás. Az olvasással járó tudás és információtöbblet, valamint a futás szellemi, mentális és fizikai állapotot, erőnlétet fejlesztő és javító hatása (Berecz et al., 2017; Herpainé et al., 2017) az egészségtudatosság magasabb szintjét, a káros egészségmagatartás kerülését eredményezheti az észak-alföldi diákok körében.

A partiumi és az erdélyi diákok körében az emberek tisztességébe vetett bizalom rizikófaktoroként, míg az élet értelmének ismerete védőfaktoroként funkcionál. Fontos cél kell, hogy legyen a romániai intézmények vezetőinek, oktatóinak és a mentálhigiénés szolgáltatások munkatársainak, hogy felismerjék, ha egy hallgató nem tudja, mi az életének és jövőjének célja, segíteni kell neki ezek megtalálásában, mert ezek a diákok hajlamosabbak más póttevékenységekkel – például különböző egészségkárosító szerek használatával – helyettesíteni ezt a céltalanságot.

A kárpátaljaiak körében mind a sport, mind az emberekbe vetett általános bizalom mértéke a szerfogyasztás alacsonyabb gyakoriságával jár együtt az összes többi befolyásoló tényező hatásának kontrollálása mellett. A felvidéki almintában csak az emberekbe és az emberek segítőkészségébe vetett bizalom hatása maradt meg, méghozzá ellentétes irányval. Az előbbi rizikó-, az utóbbi védőfaktor a szerfogyasztással szemben.

A szerbiai diákok körében nem találtunk szignifikáns hatásokat a regressziós elemzés során, melyben az alacsony elemszám játszhat szerepet, de a kétváltozós elemzések rámutattak arra, hogy a szülőkkel való erősebb kapcsolat és az emberekbe, illetve

segítőkézségükbe vetett bizalom e hallgatók körében is a rizikómagatartás alacsonyabb, míg a társas-bulizós és rekreációs tevékenységek magasabb előfordulásával jár együtt.

Kutatásunk fontos eredménye, hogy az egyes vizsgált földrajzi térségekben egyéni védő- és rizikótényezőket sikerült azonosítanunk. A határon túli kisebbségek sajátos helyzetéből fakadóan különösen fontos szerepet játszik a társadalmi tőke, és ennek része a saját kisebbségekhez kapcsolódó kulturális, hagyományőrző és közösségépítő tevékenységek, közösségek, illetve a kisebbségi magyarság tagjaiba, segítőkészségükbe vetett bizalom, ami megvédheti a diákokat a szerfogyasztástól. Kutatásunk egyik fő céljaként az egyes országok közötti különbségeket ebben a kérdéskörben sikerült leginkább megragadni. További vizsgálatokat igényel, de ennek valószínű, hogy mélyebb társadalmi-kulturális gyökerei vannak az egyes országokban, hogy az emberekbe vetett általános bizalom a kárpátaljaiak esetében csökkent, míg a felvidékiek esetében növeli a rizikómagatartás előfordulását, akárcsak az emberek tisztességébe vetett bizalom mértéke a romániai hallgatók körében.

Wechsler és munkatársai (2002) amerikai prevenció programok longitudinális elemzésével felhívják a figyelmet arra, hogy közösségalapú, intézményes keretekben működő prevenció munka, szolgáltatások szükségesek a célzott intervenciókhoz. Fontos, hogy ne kizárólag egy-egy program, hanem folyamatosan működő szolgáltatás működjön az egyetemen, ami rendszeresen információkkal látja el a hallgatókat, szükség esetén segítséget nyújt az alkoholproblémákkal küzdők számára. Bandura (2004) szociális-kognitív elmélete szerint egy hatékony prevenció programnak négy komponensre kell épülnie: az első szerint információk nyújtására van szükség a különböző életmódok, életvitelek előnyeiről és hátrányairól. Ez fontos, de legtöbb esetben nem működik kellőképpen hatékonyan, nem elegendő sem a gyerekek, sem a fiatalok számára. A második komponens szerint a szociális és önérvényesítési készségek fejlesztésére van szükség, melyek hozzájárulnak az egészségre káros viselkedésformák megelőzéséhez vagy csökkentéséhez. A harmadik komponens a hatékonyság rugalmas felfogására épít, ami támogatja az önkontroll gyakorlását a nehézségek során. A negyedik terület szintén nagy hangsúlyt fektet a társas tényezőkre: társas támogatórendszer létrehozása, megerősítése az elérni kívánt személyes változásokhoz, ehhez viszont a társas kapcsolatok menedzselésére, fejlesztésére is szükség van.

Összességében az egyetemi prevenció programoknak elsősorban a hallgatói közösségi szabadidős programokat kell megcélzniuk, és a figyelmet az egészségkárosító szerek fogyasztásának rövid és hosszú távú hatásaira kell fordítaniuk, különösen a férfiak körében. E programok szerves részét képezhetik a különféle szabadidős és/vagy rekreációs céllal végzett sporttevékenységek, események, melyek mindegyikében helyet kell kapnia a prevenciónak (Borbély & Müller, 2008; Hidvégi et al., 2017). Ezekon szintén lehetőség nyílik az egészségfejlesztésre, a hallgatók figyelmének felhívására a megőrzés hatékony módszereire, a rendszeres fizikai aktivitás fontosságára és a káros szenvedélyektől való tartózkodásra. Az egynapos programok mellett fontos a tréningek biztosítása, melyek fejlesztik az énhatékonyságot, az önérvényesítést, az önkontrollt, illetve a szociális kompetencia más összetevőjét.

Kutatásunk korlátai közé tartozik, hogy eredményeinket nem lehet általánosítani az egyes országok fiatal lakosságára, sőt a hallgatóira sem. Ennek oka az, hogy eltérő mintákat vettünk, mivel eltérő hallgatói létszámmal bírnak az egyes intézmények, illetve főként a magyar hallgatókra és intézményekre fókuszáltunk.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a 123847 számú projekt a Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból biztosított támogatással, a K17 pályázati program finanszírozásában valósult meg. **A tanulmány megírását a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatta.**

Irodalom

- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84. sz. 191-215.
- Bandura, A. (2004): Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31. 2. sz. 143-164.
- Baranyai Réka, Bakos Gellért, Steptoe, Andrew, Wardle, Jane és Kopp Mária(2006): Egyetemisták és főiskolások szívbetegséggel kapcsolatos egészségmagatartása, rizikótudata és hiedelmei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. 2. sz. 125-138.
- Berez Bernadett, Müller Anetta, Bíró Melinda, Hidvégi Péter, Szabó-Cifó Barna és Zidek Péter (2017):Az atlétika helye és szerepe az általános iskolai testnevelésben. *Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport*,44. sz. 15-17.
- Brassai László (2011):*Az élet értelmessége mint az egészségmagatartás védőfaktora serdülőkorban.* PhD-Disszertáció, Semmelweis Egyetem.
- Borbély Attila és Müller Anetta (2008): A testi-lelki harmónia összefüggései és módszertana. In dr. Koncz István (szerk.): *Valóság-Térkép-6. PEM tanulmányok.* A Professzorok az Európai Magyarországiért Egyesület, Budapest.
- Brassai, L., Piko, B. F. és Steger, M. F. (2011): Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18. 1. sz. 44-51.
- Cranford, J. A., Eisenberg, D. és Serras, A. M. (2009): Substanceuse behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*. 34. sz. 134-145.
- Emmons, K. M., Wechsler, H., Dowdall,G. és Abraham,M. (1998): Predictors of smoking among US college students. *American Journal of Public Health*, 88. sz. 104-107.
- Engler, A. és Kovács, K. (2018): *Social, societal and psychological influential factors of health-risk behavior among Central-European college students.* (kézirat)
- Fox, K. R. (1999): Influence of Physical Activity on Mental Well-being. *Public Health Nutrition*, 3 sz. 411-418.
- Frost, J. és McKelvie, S. J. (2005): The relationship of self-esteem and body satisfaction to exercise activity for male and female elementary school, high school, and university students. *Athletic Insight*, 4 sz. 36-49.
- Hanson, M. D. és Chen, E. (2007): Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine* 30. 3. sz. 263-285.
- Harrison, P. A. és Narayan, G. (2003): Differences in behavior, psychological factors, and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence. *Journal of School Health*, 3. Sz. 113-120.
- Hawkins, J. D., Catalano R. F. és Miller, J. Y. (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112. 1. sz. 64-105.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott R. & Hill, K. G. (1999): Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153. 226-234.
- Hegedűs Roland (2016): Számok–arányok–mintázatok a felsőoktatásba felvett hátrányos helyzetűek esetében. *Modern Geográfia*, 3 sz. 1-14.
- Herpainé Lakó Judit, Müller Anetta és Szabó Béla (2017): A tájfutásoktatásának lehetőségei az iskolában a kerettantervek tükrében. *Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport*, 44. 149-170.
- Hidvégi Péter, Bíró Melinda, Müller Anetta és Váczi Péter (2017): Testnevelési program a munkahelyi egészségfejlesztésben. *Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport*, 44. 115-138.
- Hunt, J. és Eisenberg, D. (2010): Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*,1. sz. 3-10.
- Kovács Eszter (2013): *A tradicionális szociokulturális védőfaktorok szerepe a fiatalkori problémaviselkedésben.* PhD-Disszertáció, Semmelweis Egyetem.
- Kovács Eszter és Piko Bettina (2009): A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10. 3. sz. 223–237.
- Kovács Klára (2012): Egyetemisták és káros szenvedélyek. Rizikó- és védőfaktorok a debreceni egyetemisták egészségmagatartásában. In: Dusa, Ágnes, Kovács Klára, Nyüsti Szilvia, Márkus

- Zsuzsanna és Sörös Anett(szerk.):*Egyetemi élethelyzetek. Ifjúságszociológiai tanulmányok.* Vol 2. Debrecen University Press, Debrecen. 145–164.
- Kovács Klára (2013): A sportoló közösségekhez tartozás mint társadalmi védőfaktor. *Educatio*, 2 sz. 264-270.
- Kovács Klára (2014): A sportolás hatása a partiumi hallgatók nem tanulmányi eredményességének egyes dimenzióira. In: Ceglédi Tímea, Gál Attila és Nagy Zoltán (szerk.): *Határtalan oktatáskutatás. Tanulmányok a 75 éves Kozma Tamás tiszteletére.* CHERD, Debrecen. 275-288.
- Kovács, K. (2015): Teacher education Students' Leisure Activities and State of Health. In: Pusztai, G. és Ceglédi T. (eds.): *Professional Calling in Higher Education.* Partium Press, Personal Problems Solution, Új Mandátum, Oradea –Debrecen. 129-138.
- Martens, M. P., Dams-O'Connor K. és Beck, N. C. (2006): A systematic review of college student-athlete drinking: Prevalence rates, sport-related factors, and interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3. sz. 305–316.
- Martos Tamás és Konkoly-Thege Barna(2012): Aki keres, és aki talál – az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív Magyar változatával. *Magyar Pszichológia Szemle* 1. sz.125-126.
- Miller, J. W., Naimi, T. S., Brewer R. D. és Jones, S. E. (2007): Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119. 1. sz. 76-85.
- Mosonyi, A., Könyves, E., Fodor, I. és Müller, A. (2013): Leisure activities and travel habits of College students in the light of a survey. *Abstract*, 7. 1. sz. 53-57.
- Müller Anetta, Széles-Kovács Gyula, Seres János és Kristonné Bakos Magdolna (2011): Főiskolai hallgatók rekreációs tevékenységei. *Rekreáció*, 1. 3. sz. 31-34.
- O'Malley, P. M. és Johnston, L. D. (2002): Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement* 14. sz. 23-39.
- Pate, R. R., Trost, S. G., Levin, S. és Dowda, M. (2000): Sports participation and health-related behaviors among US youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 9. sz. 904—911.
- Pikó Bettina (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó Bettina (2010): Közösségi hatóképesség és más társas befolyás szerepe a serdülők dohányzásában és alkoholfogyasztásban. In: Pikó Bettina(szerk.): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban.* L'Harmattan - Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest. 87-101.
- Piko, B. és Brassai, L. (2007): Cultural values and health-related behaviors: A comparison of Hungarian and Transylvanian youth. *European Journal of Mental Health*, 2. 2. sz. 171–181.
- Piko, B. és Fitzpatrick, K. M. (2001): Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science & Medicine*, 53. 6. sz. 817-830.
- Piko, B. F. és Kovács, E. (2010): Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors* 35. 1. sz. 53-56.
- Pikó, B. F., Brassai L. és Fitzpatrick, K. M. (2013): Social Inequalities in Self-Perceived Health: Comparing Hungarian and Ethnic Minority Adolescents from Transylvania, Romania. *European Journal of Mental Health*, 8. 1. sz. 29-45.
- Pusztai Gabriella (2011): *A láthatatlan kéztől a baráti kezéig.* Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Pusztai G. (2015): *Pathways to success in higher education.* Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.
- Pusztai, G. és Ceglédi, T. (2015): Teacher Education Students in Central and Eastern Europe. In: Pusztai, G. és Ceglédi, T. (eds.): *Professional calling in higher education. Challenges of teacher education in the Carpathian Basin.* Partium Press, Personal Problems Solution, Új Mandátum, Oradea – Debrecen. 7-11.
- Pusztai Gabriella és Márkus Zsuzsanna (2017): Magyar hallgatók a Kárpát-medence felsőoktatási intézményeiben. In Pusztai Gabriella és Márkus Zsuzsanna (szerk.): *Szülföldön magyarul: Iskolák és diákok a határon túl.* Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. 129-154.
- Pusztai, G., Kovács, K. E., Kovács, K. és Nagy, B. E. (2017): The effect of campus environment on students' health behaviour in four Central European countries. *Journal of Social Research & Policy*, 8. 1. sz. 1-14.
- Putnam, R. (1995): Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6. 1. sz. 65-78.
- Skrabski Árpád (2003): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban.* Corvinus Kiadó, Budapest.

- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S. és Kaler, M. (2006): The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, **53**. 1. sz. 80-93.
- Step toe, A. és Wardle, J. (2001): Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science & Medicine*, **53**. 12. sz. 1621-1630.
- Step toe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A. M., Baranyai, R. és Sanderman, R. (2002): Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990–2000. *Preventive Medicine*, **35**. 2. sz. 97-104.
- Szatmári Zoltán, Tari-Keresztes Noémi, Pálinkás Anikó és Tóth Andrea (2012): Társas környezet, egészségmagatartás és egészség: Szegedi egyetemisták életmódjának vizsgálata szabadidős fizikai aktivitásuk tükrében. *Rekreáció*, **1**. 1. sz. 8-12.
- Takakura, M. (2011): Does social trust at school affect students' smoking and drinking behavior in Japan? *Social Science & Medicine*, **72**. 2. sz. 299-306.
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A. és Donovan, K. A. (2010): Relationships Between Youth Sport Participation and Selected Health Risk Behaviors From 1999 to 2007. *Journal of School Health*, **80**. 8. sz. 399–410.
- Vaez, M. és Laflamme, L. (2003): Health behaviors, self-rated health, and quality of life: A study among first-year Swedish university students. *Journal of American College Health*, **51**. 4. sz. 156-162.
- Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park N. és Kang, D. H. (2004): Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, **48**. 5. sz. 463-474.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. és Castillo, S. (1995): Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, **85**. 7. sz. 921-926.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F. és Lee, H. (2002): Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts. *Journal of American College Health*, **50**. 5. sz. 203-217.

1. táblázat. Az egészségrizikó-magatartás főkomponensében és egyes dimenzióiban elért átlagpontszámok és szórás a társadalmi háttérváltozók mentén országonként (pontok 0-100 fokú skálán). Forrás: IESA 2015.

		Magyarország					Románia					Ukrajna					Szerbia					Szlovákia				
		Egészség-rizikó	Nagyivászat	Dohányzás	Drögfogyasztás	n	Egészség-rizikó	Nagyivászat	Dohányzás	Drögfogyasztás	n	Egészség-rizikó	Nagyivászat	Dohányzás	Drögfogyasztás	n	Egészség-rizikó	Nagyivászat	Dohányzás	Drögfogyasztás	n	Egészség-rizikó	Nagyivászat	Dohányzás	Drogfogyasztás	n
Nem	Nő	15,05 (±14,81)	29,66 (±25,96)	27,01 (±38,12)	1,86 (±9,7)	11 3 4	11,55 (±14,73)	17,81 (±23,43)	26,61 (±39,06)	1,65 (±7,38)	31 7	7,81 (±13,41)	17,31 (±24,22)	10,36 (±29,91)	1,46 (±10,52)	23 2	16,22 (±17,27)	42,71 (±42,74)	15,93 (±27,48)	1,69 (±13,01)	6 2	13,1 (±13,79)	25,28 (±24,11)	22,26 (±33,5)	2,45 (±11,61)	15 5
	férfi	20,59 (±19,28)	42,18 (±30,55)	28,37 (±39,23)	5,3 (±17,47)	16 9 4	16,64 (±19,34)	30,58 (±28,94)	27,45 (±40,78)	4,31 (±12,2)	19,8 37	19,8 (±18,37)	33,82 (±29,37)	37,64 (±41,25)	4,41 (±15,39)	17,35 3	46,66 (±50,33)	20 (±34,64)	0	30,1 (±27,12)	43,67 (±29,62)	42,85 (±43,39)	17,14 (±29,43)	17,14 (±29,43)	15 3	
	F Sig	27,461 ,000	49,574 ,000	29,297 ,586	17,961 ,000	4,582 ,033	11,727 ,001	20,198 ,890	4,349 ,038	30,595 ,000	19,634 ,000	38,236 ,000	2,833 ,094	17,35 ,012 ,913	46,66 ,024 ,877	20 ,061 ,805	0 ,050 ,824	30,1 ,2679 ,000	43,67 ,1680 ,000	42,85 ,104 ,002	17,14 ,19841 ,000	15 5				
Lakóhely	Falu/tanya	16,08 (±16,44)	30,41 (±27,58)	28,81 (±39,19)	2,7 (±12,66)	11 4 0	11,61 (±14,98)	17,95 (±23,49)	26,12 (±39,21)	1,9 (±7,88)	31 4	10,78 (±15,64)	21,14 (±26,66)	17,47 (±32,08)	2,18 (±11,47)	22 6	19,11 (±18,54)	46,66 (±40)	21,66 (±32,2)	2,77 (±16,66)	6 3	17,28 (±18,23)	31,45 (±26,65)	26,21 (±35,42)	5,63 (±17,8)	15 5

	Kisvár	16,0 9 (±15,28)	33,0 6 (±27,35)	26,0 4 (±3,781)	2,4 5 (±1,38)		14,48 (±1,6,74)	22,85 (±2,6,25)	30,32 (±39,92)	3,07 (±1,1,12)		14,27 (±18,63)	26,19 (±27,4)	23,33 (±3,7,97)	3,8 (±1,6,66)		11,21 (±13,89)	35,2 (±45,56)	6,4 (±13,8)	0		22,37 (±23,69)	33,04 (±28,35)	39,56 (±4,4,31)	9,13 (±2,3,36)	
	Nagyvár	18,7 6 (±17,91)	37,0 7 (±28,41)	29,2 1 (±3,889)	4,1 5 (±1,5,47)		12,04 (±1,5,55)	20 (±2,5,29)	26,84 (±40,6)	1,31 (±4,9,99)		11,02 (±10,12)	24 (±26,33)	20 (±3,3,99)	0		20,44 (±28,91)	50 (±70,71)	30 (±42,42)	0		19,16 (±25,81)	33,33 (±32,62)	6,66 (±1,6,32)	16,66 (±3,2,04)	
	Fsig	3,22 7 ,040	4,92 9 ,007	,866 ,434	1,8 66 ,155		,996 ,370	1,1 ,334	,329 ,720	,981 ,376		,804 ,449	,622 ,538	,532 ,558	,487 ,615		1,648 ,201	,559 ,575	2,70 7 ,075	,367 ,694		1,002 ,369	,061 ,941	3,10 6 ,048	1,177 ,311	
A p a i s k o l a i v é g z.	Alap	18,9 (±18,75)	33,4 4 (±28,62)	28,9 6 (±3,7,68)	6,5 5 (±2,0,3)	1 1 1	15,68 (±1,5,03)	24,34 (±2,5,55)	39,13 (±47,66)	,086 (±4,1,13)	3 0 8	14,93 (±16,04)	26,66 (±31,77)	34,66 (±4,1,72)	0	22 3	14,15 (±10,63)	46 (±35,33)	6 (±9,66)	0	6 3	6,79 (±8,08)	5 (±10)	25 (±2,5,16)	0	14 7
	Közép	16,2 6 (±15,58)	32,9 7 (±27,63)	27,5 1 (±3,8,75)	2,2 (±1,0,59)		11,8 (±1,5,12)	18,48 (±2,3,55)	26,05 (±38,27)	2,01 (±8,1,17)		11,31 (±15,97)	22,19 (±26,12)	17,43 (±3,2,34)	2,68 (±1,2,23)		16,06 (±19,43)	38,63 (±43,89)	19,09 (±29,86)	2,27 (±1,5,07)		17,17 (±18,71)	30,79 (±26,96)	26,34 (±3,7,15)	5,71 (±1,7,68)	
	Felső	17,9 8 (±16,94)	36,3 3 (±28,09)	27,5 4 (±3,7,81)	3,7 3 (±1,4,62)		15,18 (±1,7,68)	25,53 (±2,9,4)	32,34 (±43,64)	2,12 (±7,4,49)		11,57 (±16,48)	23,63 (±28,69)	17,72 (±3,1,46)	2,27 (±1,5,07)		17,92 (±11,9)	55,55 (±45,68)	11,11 (±26,66)	0		31,98 (±25,82)	43,52 (±24,52)	50,58 (±4,9,55)	17,64 (±3,1,52)	

	F sig	1,663,190	1,485,227	,039,962	4,362,013		1,418,244	1,987,139	1,459,234	,238,788		,347,707	,216,806	1,911,150	,322,725		,110,896	,626,538	1,092,342	,210,811		5,086,007	3,800,025	2,988,054	3,052,050	
A ny a is k ol ai v é g z.	Alap	16,37 (±19,08)	27,45 (±26,21)	24,7 (±37,22)	6,66 (±21,03)	119	10,1 (±13,68)	15,55 (±24,38)	21,48 (±37,17)	2,22 (±11,54)	310	10,15 (±16,42)	16 (±28,72)	24 (±38,71)	1 (±4,42)	226	18,74 (±14,28)	53,33 (±38,72)	17,77 (±27,28)	0	63	8,18 (±16,37)	10 (±20)	25 (±50)	0	147
	Közép	16,05 (±15,3)	32,65 (±27,29)	27,28 (±38,7)	2,07 (±10,74)		12,33 (±14,94)	19,47 (±23,76)	27,86 (±39,57)	1,74 (±7,28)		10,72 (±14,36)	23,74 (±27,08)	14,24 (±27,89)	2,01 (±10,29)		17,09 (±18,01)	45,11 (±43,22)	15,34 (±25,38)	2,32 (±15,24)		17,19 (±19,21)	30,42 (±26,72)	25,47 (±36,82)	6,32 (±18,68)	
	Felső	18,28 (±17,25)	36,59 (±28,57)	28,53 (±38,27)	3,76 (±13,91)		15,5 (±18,48)	25,92 (±29,23)	32,22 (±42,98)	2,59 (±7,81)		13,37 (±18,87)	21,79 (±25,99)	25,37 (±39,01)	3,58 (±17,02)		9,62 (±16,23)	21,81 (±40,45)	16,36 (±36,68)	0		26,57 (±22,41)	40 (±27,12)	46,15 (±44,09)	10,76 (±25,44)	
	F sig	2,352,096	3,877,021	,279,757	4,730,009		1,324,268	2,002,137	,661,517	,275,760		6,92,502	,754,472	2,965,054	,501,607		,948,393	1,699,192	,030,970	,227,798		2,971,054	2,713,070	3,094,048	,785,458	
O b j e k t í v	Átlag alatt	14,47 (±15,81)	28,95 (±28,23)	23,39 (±36,41)	2,54 (±11,97)	1175	11,4 (±15,17)	20,29 (±25,64)	21,76 (±37,03)	2,05 (±8,87)	321	10,8 (±15,44)	21,57 (±27,2)	17,32 (±32)	2,04 (±10,93)	236	22,38 (±18,8)	54,78 (±40,54)	22,6 (±28,47)	4,34 (±20,85)	63	17,02 (±20,36)	29,09 (±29,71)	29,54 (±34,9)	5 (±17,32)	162

a n y a gi h el y z et	Átl ag fel ett	18,1 7 (±16 ,71)	36,1 (±27 ,65)	29,8 2 (±3 9,39)	3,2 6 (±1 3,5 8)		13, 23 (±1 5,9 7)	19, 45 (±2 4,2 6)	31,3 5 (±41)	2,0 5 (±8 ,33)		11,5 2 (±16, 46)	22,0 1 (±26 ,37)	18,8 9 (33, 75)	2,5 6 (±1 3,3 6)		12,37 (±15,3 7)	35 (±42,6 6)	12 (±26 ,33)	0		18,76 (±20,2 2)	31,69 (±26, 58)	28,4 7 (±3 9,69)	7,4 5 (±2 0,7 2)	
	F Sig	14,8 21 ,000	18,5 40 ,000	7,98 9 ,000	,86 9 ,35 1		1,0 76 ,30 0	,08 8 ,76 6	4,64 7 ,032	,00 0 ,99 6		,122 ,727	,016 ,899	,135 ,713	,10 9 ,74 2		5,253 ,025	3,253 ,076	2,23 4 ,140	1,7 6 ,19 0		2,36 ,628	,288 ,592	,025 ,875	,49 1 ,48 5	

2. táblázat. Az egyéni, pszichológiai és életmódbeli változók korrelációi az egészség rizikó-magatartással és dimenzióival (Spearman-féle korrelációs együtthatók).

Forrás: IESA 2015.

	Magyarország					Románia					Ukrajna					Szerbia					Szlovákia				
	Egészség rizikó	Nagy ivászat	Dohányzás	Drogfogyasztás	n	Egészség rizikó	Nagy ivászat	Dohányzás	Drogfogyasztás	n	Egészség rizikó	Nagy ivászat	Dohányzás	Drogfogyasztás	n	Egészség rizikó	Nagy ivászat	Dohányzás	Drogfogyasztás	n	Egészség rizikó	Nagy ivászat	Dohányzás	Drogfogyasztás	n
Bizalom az emberekbe	-,005	,025	-,057	-,073*	1041	,006	,029	-,006	,013	276	-,201**	-,186*	-,118	-,061	182	-,268*	-,213	-,229	,008	61	,047	,032	,002	-,182*	131
Bizalom az emberek tisztességébe	,004	,015	-,009	-,024	1003	,076	,029	,111	,043		-,215**	-,143	-,200**	-,116	171	-,282*	-,209	-,259	,009	55	,095	,014	,033	,112	134
Bizalom az emberek segítő készségébe	,003	-,006	,004	-,033	1026	-,012	-,042	,022	-,154*	292	-,089	-,081	-,030	,031	186	-,129	-,096	-,154	,073	57	-,028	-,042	,011	-,057	135
Az élet értelmének ismerete	-,010	,006	-,008	-,107*	1175	-,235**	-,296**	-,159**	-,114**	321	-,133*	-,132*	-,046	-,084	236	-,131	-,095	-,131	-,196	63	-,109	-,075	-,102	-,082	162

Az élet értelmének keresése	,078**	,073*	,098**	-,071*		,031	-,016	,050	-,079		,036	,018	,046	-,039		-,064	--,056	-,081	-,098		,060	,165*	-,041	-,010
Szülői kapcsolati tőke	,005	,000	,026	-,001	946	-,093	-,076	-,072	-,098	273	-,159*	-,153*	-,103	-,097	208	,061	-,054	,432*	-	27	-,197*	-,273**	-,048	-,135
Magas kultúra fogyasztás	,064*	,048	,043	,035	1170	,009	,000	,004	,020	320	,110	,097	,077	,201*	236	-,020	-,028	,065	-,189	63	-,093	-,065	-,088	-,112
Társas, bulizós szabadidő-eltöltés	,268**	,263**	,176**	,026		,130*	,135*	,138*	-,013		,108	,142*	,063	-,081		,302*	,327**	,127	,112		,158*	,243**	,053	-,070
Sportos szí.	,200**	,219**	,073*	,102*		,052	,033	,060	,013		,311**	,268**	,293**	,218*		0,97	,149	-,027	,028		,153	,196*	,081	,055
Rekreációs szí.	-,037	-,057	,034	-,073*		-,071	,085	-,044	-,005		,006	,020	-,015	-,172*		,357**	,451**	,013	,133		-,146	-,136	-,113	-,039

*p≤,05, ** p≤,01, *** p≤,001. A piros színnel a pozitív, a zöld színnel kiemelt értékek a negatív együttjárást mutatják.

Absztrakt

A hallgatók egészségmagatartásának vizsgálata több szempontból is fontos. Egyrészt a tanulmányok megkezdése és folytatása, a családtól, barátoktól való elszakadás okozta új élethelyzet és kontroll csökkenése mentális és lelki terheket róhatnak a fiatalokra, másrészt bizonyos egészségkárosító magatartásformák (leginkább a nagyivászat) nagyobb valószínűséggel fordulhatnak elő a hallgatók körében. Tanulmányunkban arra keressük a választ, hogy miként befolyásolják egyéni és szociokulturális tényezők a közép-európai hallgatók egészséggrizikó-magatartását (dohányzás, nagy mennyiségű alkohol- és drogfogyasztás). Az elemzésekhez a Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Intézet (CHERD-H) egy öt országgal (Magyarország, Szlovákia, Ukrajna, Románia, Szerbia) határos régió felsőoktatási intézményeinek hazai és kisebbségi magyar hallgatóit vizsgáló kutatásunk adatbázisát használtuk fel (IESA 2015, N=2017). Eredményeink azt mutatják, hogy noha a vizsgált populáció hasonló történelmi-kulturális tradíciókkal rendelkezik, mégis más tényezők befolyásolják az egyes országok hallgatóit. Általánosságban elmondható, hogy Szerbia kivételével minden országban a férfiakra jellemző inkább a rizikó-magatartás, mit a nőkre. A szubjektív anyagi helyzetnek Magyarországon van szerepe. Rizikófaktornak számít szinte mindegyik térségben a társas, bulizáshoz kapcsolódó szabadidő-eltöltés, a rekreációs a magyarországi, a sportos tevékenységek pedig a kárpátaljai, míg az élet értelmének ismerete a partiumi és erdélyi diákok körében véd a szerfogyasztástól. Az individuális szintű bizalom mértéke ellentétes befolyásoló szereppel bír az egyes országokban.

I

Determining factors of students' health-risk behaviour in Hungary and beyond the borders

The aim of our study is to find out which socio-economic, societal and individual factors influence the health risk behaviour (smoking, binge drinking and substance abuse) of Hungarian students in Central and Eastern European countries. For the analyses, we used a data base of the Center for Higher Education Research and Development (CHERD-H) including the higher education institutions in the border regions of five countries (Hungary, Slovakia, Ukraine, Romania and Serbia) (IESA 2015, N=2,017). Our results show that although the regions concerned share similar historical and cultural traditions, there are different factors influencing the health behaviour of students in the countries concerned. According to our result, with the exception of Serbia, health risk behaviour is more characteristic of male students than of women. Subjective financial situation plays an important role in health-risk behaviour of students in Hungary only. The social-partying leisure activities is a risk factor in almost all the examined regions. Running and reading as a recreational leisure activities is a protective factor in Hungary against substance use, as well as sport among students in Subcarpathia. Knowing the meaning of life is a strong protective factor for the students in the Partium and Transylvania. The different dimension of individual trust has an inconsistency effect in the different countries.

Szerző címe: Kovács Klára, Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Nevelés- és Művelődéstudományi Intézet; 4032 Debrecen, Egyetem tér 1.; kovacs.klara@arts.unideb.hu