

A FELSŐOKTATÁSI TÁRSAS INTEGRÁCIÓ ÉS A HALLGATÓI EGÉSZSÉGMAGATARTÁS KAPCSOLATA

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE HIGHER EDUCATIONAL SOCIAL INTEGRATION AND STUDENTS' HEALTH BEHAVIOUR

Kovács Karolina Eszter, Pusztai Gabriella, Kovács Klára, Nagy Beáta Erika

Abstract: According to the results of the ESPAD studies, Hungarian students in the public education take place on the top in Europe due to the increasing prevalence of smoking and binge drinking. We do not have comparable international data regarding university students. In present study, we try to cover up the blank spaces of the previous studies, putting the focus on the higher educational students. For this reason, an international investigation called IESA (Institutional Effects on Academic Achievement, N=1792) was applied involving four countries. As the result of the institutional effect, the student has significantly bigger chance to avoid health-damaging habits in a campus society in which risk-avoiding approaches are dominating; however, the complex embeddedness in peer groups raises significantly the chance of risk-behaviour as well. Students studying in the same higher educational campuses create a health behaviour interpretive community and their effects often overwrite the individual protective and risk factors.

Key words: health-risk behaviour; higher education; added value

1. Bevezetés

Az oktatási intézményének hatásvizsgálata fontos kérdés. A környezet hatása, amelyben a hallgatók tanulnak releváns és az élet valamennyi területére hatással bír: a tanulmányi eredményességre, barátságokra, egészségtudatosságra és –magatartásra, stb. A posztadoleszcencia és az oktatási expanzió jelenségei miatt a felsőoktatás ez irányú szerepét is vizsgálnunk kell. A felsőoktatási intézmény nemcsak a kurrikuláris és extrakurrikuláris aktivitások miatt figyelemre méltó, hanem a szélesebb kapcsolatháló, vagy a közösség értékrendje miatt, mely pozitív vagy negatív hatásokat rejthet magában. Másrészt a tanulás közoktatásitól eltérő szervezése többszörös stressz faktort is jelenthetnek a folyamatos teljesítménykényszer, a kortársak között versengés miatt (Tavolacci és mtsai, 2013). Megfogalmazható az az állítás, hogy felsőoktatási hallgatónak lenni annyit tesz, mint egy olyan millióban élni, amely komplex hatással bír a fizikai és mentális egészségre egyaránt (Storrie és mtsai, 2010).

A hallgatókra gyakorolt campus impact kutatások rámutattak, hogy a felsőoktatási intézmény hallgatóra gyakorolt hatása attól függ, milyen mértékben képes a hallgató az intézménybe integrálódni (Tinto, 1993; Astin, 1993; Pusztai 2011). A hallgatói integráltságnak tanulmányi és társas dimenziója van, s magában foglalja a felsőoktatási intézményhez fűződő inter- és inrtagenerációs kapcsolatokat (Tinto, 1993). A kutatások eredményei szerint a tömeges felsőoktatásban a hallgató-oktató kapcsolat különösen támogató a lemorzsolódás elkerülése és a tanulmányi siker érdekében (Pascarella & Terenzini, 2005; Pusztai, 2015). A hallgatótársak és az oktatók értékpreferenciája, nézetei és viselkedése befolyással van a hallgatók intellektuális kíváncsiságának, szociális készségeinek, érettségének és értékeinek alakulására. A felsőoktatási intézményi környezet formális és informális hatásairól egyaránt említést kell tenni. A legátfogóbb koncepció szerint a felsőoktatási szervezet négy dimenziója hat a hallgatóra: a fizikai környezet, a hallgató- és oktatótársadalom kompozíciója, a

szervezeti struktúra statikus és dinamikus vonásai, valamint az intézményi kultúra (Strange, 2003). Az intézményi egységekben kialakuló társas környezetben saját karakterrel rendelkező kultúra alakul ki, melynek részei többek között a tanulásról és a szabadidőről kialakított sajátos felfogás, speciális magatartásminták és értékpreferenciák.

Egy hallgató fejlődésének felsőoktatási évek alatti eredményességét számos tényező fémjelmezheti. Astin (2014) eredményesség-értelmezése szerint a hallgatói eredményességet három dimenzióban vizsgálhatjuk: a fejlődés jellege, megnyilvánulásának módja, valamint időbeli megragadhatósága szempontjából. A fejlődés jellegét tanulmányozva elkülöníthető a kognitív (tudásfelhalmozás, döntéshozás, alkalmazás, érvelés) és az affektív kategóriában (attitűd, érték, énkép, aspiráció, diszpozíció) való előrelépés. Mindkettő megfigyelhető belső állapotbeli (pszichológiai) és külső (szociológiai) megnyilvánulásokban. Az említett kutató nyomán ma már egyértelmű, hogy az egészségmagatartás is a hallgatói eredményesség területei közé tartozik.

Amerikai kutatások alapján elmondható, hogy az egészségkárosító magatartások általánosak a felsőoktatás éve alatt (American College Health Association National College Health Assessment, ACHA-NCHA) ugyanakkor beszélhetünk egyfajta egyetemi támogató csoportról is, amely egy protektív és megtartó környezetet jelent (ACHA-NCHA, 2014).

Az egészségkárosító magatartások gyakorisága serdülőkorban a legmagasabb, ám fiatal felnőttkorban, az egyetemi évek alatt is igen magas. A keresztmetszeti és longitudinális kutatások alapján is egyértelmű, hogy a szerhasználat és alkoholfogyasztás megjelenése a serdülőkor alatt emelkedik, ugyanakkor a serdülőkor végén és fiatal felnőttkorban tetőzik, amely magában foglalja a felsőoktatási tanulmányok ideje is (Degenhardt és mtsai, 2008; Valera-Mato és mtsai, 2012). Az egyetemisták életmódja és szokásai aggodalomra adnak okot, hiszen ezek a hallgatók egy olyan életszakaszban vannak, amikor számos életmódbeli változás történik, s amennyiben ezek a változások rutinná válnak, annak jelentős következményei lesznek a jövőbeli egészségmagatartásra is (Madureira és mtsai, 2009; Varela-Mato és mtsai, 2012; Székely és mtsai, 2013; Pikó & Fitzpatrick, 2007).

A dohányzás tekintetében európai ESPAD kutatások alapján a felsőoktatásba lépés előtt álló korcsoport fele (54%) már rágyújtott legalább egyszer, bő egynegyedük (28%) havonta dohányzik, míg 17%-uk napi szintű dohányos (Hibell és mtsai, 2012). A HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) magyarországi adatai szerint a középiskolás tanulók körében a kipróbálási ráta majdnem eléri a kétharmadot, s a diákok egyötöde napi szinten dohányzik (Németh & Költő, 2014). A dohányzás prevalenciája a legtöbb európai ország felsőoktatási intézményeinek hallgatói körében növekedő tendenciát mutat is (Steptoe és mtsai, 2002), s Magyarországon is növekedett az utóbbi 5 évben (The ESPAD Group, 2016; Albert-Lőrincz és mtsai, 2017). Az alkoholfogyasztás is komoly kockázati tényező. Európában a 16 évet betöltött tanulók 87%-a fogyasztott már alkoholt életében, Magyarországon 94% azok aránya, akik már fogyasztottak alkoholt, valamint a tanulók 61%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt hónapban. A magyar tanulók a lerészegedés gyakorisága tekintetében európai 3. helyen állnak, hisz 20%-uk volt részeg az elmúlt hónapban, miközben az európai átlag 13% (The ESPAD Group, 2016). A HBSC magyarországi eredményei szerint a 11. osztályos tanulók bő egyharmada (35,9%) fogyaszt legalább heti rendszerességgel alkoholt (Németh & Költő, 2014), amely nem csökken az egyetemista évek alatt sem (The ESPAD Group, 2016). A probléma összetettségét mutatja a dohányzás és alkoholfogyasztás okozta problémák alapellátásban tapasztalható magas aránya is (Darvai, 2017). Az illegális szerhasználat kipróbálása az európai tanulók 18%-át, míg a magyar tanulók 20%-át érinti. Míg az európai országokban csökkenő tendencia tapasztalható, a magyarországi fiatalok esetében emelkedett a kipróbálási arány. A középiskolás tanulók egynegyede (23,9%) próbált már ki valamilyen illegális szert. A 11. évfolyamos tanulók 10,1%-a fogyasztott visszaélészerűen valamilyen legális szert, 24,9%-uk próbált ki valamilyen illegális szert és 26%-uk valamilyen drogot (Németh & Költő, 2014; Székely és mtsai, 2013).

A mozgásszegény életmód is komoly rizikótényezőnek számít, mivel a rendszeres fizikai aktivitás az egyik legkiemelkedőbb eleme az egészséges életnek. Gyermek- és serdülőkor után a rendszeres sporttevékenység gyakorisága csökkenő tendenciát mutat, habár területenként eltérő a felnőttkori sportolási gyakoriság (Észak- és Nyugat-Európában és az USA-ban 23%, Közép- és Kelet-Európában 30%, a Földközi-tenger térségében 39%, a Csendes-óceán és Ázsia térségében 42%, míg a fejlődő

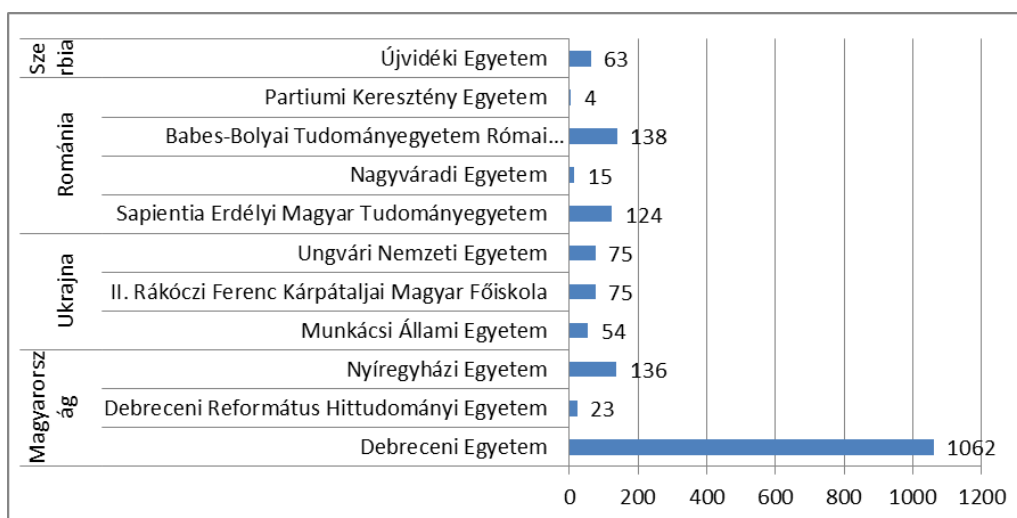
országokban 44% az inaktív aránya). Az International Health Behavioural Survey (1999-2001) eredményei alapján a magyarországi egyetemisták a 23 országot tartalmazó lista végén szerepelnek, kb. 15%-os aránnyal a férfiak és 23%-os sportolási aránnyal a nők körében (Haase és mtsai, 2004).

A kutatások szerint számos tényező van hatással az egészségre és az egészségtudatosságra is. Ezek egy része interperszonális, mint a kiegyensúlyozott érzelmi élet, megfelelő fizikai aktivitás vagy a rendszeres önellenőrzés. Más hatások a környezet felől érkeznek, mint az információk, családi normák, értékek és attitűdök (Hayden, 2014; Kovács és mtsai, 2016; Vajda és mtsai, 2018). Nemcsak az egyéni pszichológiai és demográfiai tényezők (Pikó és mtsai, 2015; Hair és mtsai, 2008) hanem a társadalmi státus is hat a rizikómagatartás kialakulásának valószínűségére (Leonardi-Bee és mtsai, 2011). A szakirodalom egy jelentős része az individuális hatótényezőket vizsgálja, és nem fordít figyelmet arra, hogy a kortárs közösség kontextuális hatása mekkora hatalommal bír az egyén egészség- és rizikómagatartására. A felsőoktatási kampuszok társadalmának egyedi kulturális kontextusában az egészségről és annak kockázatáról sajátos nézetek és meggyőződések válhatnak dominánssá, melyek az egyéni hatótényezők befolyását felülírhatják.

2. Adatok és módszerek

Az alapsokaságot magyarországi és romániai, ukrainai, illetve szerbiai kisebbségi magyar intézmények nappali tagozatos, államilag finanszírozott és költségtérítéses hallgatói adták. Elsősorban arra törekedtünk, hogy a képzés elején és végén járó hallgatókat érjük el minden képzési szinten. A mintavételi keret meghatározása az intézmények adatszolgáltatása alapján történt. A hallgatói populációval arányos mintát választottunk ki az egyes intézményekből ezért – érthető módon – a magyarországi alminta nagyobb a határon túli magyar almintáknál. A tervezett minta nagysága 2000 fő volt. A lekérdezés során 1792 hallgatót értünk el. A vizsgálatban szereplő intézmények: Debreceni Egyetem (n=1062), Debreceni Református Hittudományi Egyetem (n=23), Nyíregyházi Főiskola (n=136), (Magyarország, n=1223), Munkácsi Állami Egyetem (n=54), II. Rákóczi Ferenc Kárpátaljai Magyar Főiskola (n=75), Ungvári Nemzeti Egyetem (n=75) (Ukrajna, n=212), Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem (n=124), Nagyvárad Állami Egyetem (n=15), Babeş-Bolyai Tudományegyetem (n=138), Partiumi Keresztény Egyetem (n=4) (Románia, n=284), Újvidéki Egyetem (Szerbia, n=63).

A mintavétel megtervezése során az intézmények és a karok hallgatószámával arányosan alakítottuk ki az elemszámot: alapképzés 2. évfolyamon és osztatlan képzés 2. évfolyamon 20 %, mesterképzés 1. évfolyamon és osztatlan képzés 4. évfolyamon pedig 50 %-os mintát terveztünk. A mintavétel során réteggépzésre is sor került a pedagógusjelöltek és más szakok mentén. A hallgatókat csoportosan, felsőoktatási kurzusokon kerestük meg. A véletlenszerűség érvényesülését az e csoportok random módon történő kiválasztása biztosította. A vizsgált intézmények a következők:



1. ábra: A vizsgálatban résztvevő intézmények (Forrás: IESA-2015)

A hallgatók egészségtudatosságának vizsgálatához az egészségkárosító magatartásformák (dohányzás, alkohol-és drogfogyasztás) végzésének gyakoriságát 0-tól 100-ig tartó skálává alakítottuk át, ahol 0 jelölte, hogy egy hallgató egyáltalán nem végzi, 100 pedig, ha napi rendszerességgel. Ezután klaszteranalízis segítségével hallgatói csoportokat hoztunk létre és megnéztük az egyes csoportba tartozó hallgatók szocio-demográfiai jellemzőit. A legfontosabb változók a nem, a nemzetiség (többségi vagy kisebbségi magyar), a lakóhely településtípusa (nagyváros, kisváros, község/falu), szülők iskolai végzettsége (alap, közép, felső).

A hallgatók intézményi integrációját három dimenzióval mértük. Az intragenerációs hallgatói beágyazottság méréséhez megkérdeztük, hogy kivel végeznek különböző szabadidős tevékenységeket, ha végzik: egyedül, egyetemen kívüli vagy belüli barátaikkal, esetleg mindkettővel. Ha nem végzik, vagy egyedül, ez jelentette az intézményi integráció legkisebb (0), míg ha egyetemi barátaikkal, vagy esetleg is-is, akkor ez mutatta a legmagasabb fokát (100). A hallgatók legnagyobb része egyetemi és egyetemen kívüli barátaikkal beszélgetnek a legtöbbit (65,3%), kommunikálnak a neten (74,7%), járnak bulizni (51,2%), kirándulni/túrázni (43,6%). Egyetemi társaikkal, barátaikkal a legmagasabb arányban a következő tevékenységeket végzik: beszélgetnek (21,3%), buliznak (18,9%) és sportrendezvényre járnak (14,6%). Kifejezetten magas arányban járnak egyedül vallási eseményre (17%).

Az intergenerációs hallgatói beágyazottság mutatójának tekintettük azon oktatók számát, akikkel különböző témákról tudnak beszélgetni a hallgatók, illetve azt, ha meglátásuk szerint van olyan oktatójuk, akihez segítségért, tanácsért tudnak fordulni, ha szükség lenne rá. A hallgatók közül a legtöbben olyan oktatóról számoltak be a környezetükben, akivel a tananyagról, tananyagon kívüli témákról és jövőterveikről tudnak beszélni (53,3, 47 és 44,7%). A legkevesebben nyilatkoztak úgy, hogy van olyan oktató, akivel magánéleti problémákról (17,4%), szépirodalomról, művészetekről (28%) tudnának beszélgetni, vagy aki személyesen odafigyelne pályafutására (28,4%). Összevonva a különböző kérdésköröket egy 0-tól 100-ig tartó skálát hoztunk létre.

Az intézményi beágyazottság mérésére egy harmadik dimenziót is felhasználtunk, az önkéntes közösségekbe való tartozást: megkérdeztük, hogy tagja-e egy hallgató valamilyen intézményen belüli vagy kívüli csoportnak, klubnak, szervezetnek. Az összes csoporttagságra vonatkozóan összevontuk az értékeket, s egy 0-100 fokú skálát hoztunk létre. A legtöbben az egyetem falain kívül tagjai egyházi, felekezeti szervezetnek (25,3%), önkéntes csoportnak tagjai másodsorban (13,3%), kulturális, művészeti csoportnak harmadsorban (11,1), s 10,7%-ban sportkörnek. Az egyetemi szervezeti tagságok közül kiemelkedik a HÖK (8,2%) és a kutatócsoport (10,5%). A legnagyobb arányban nem tagjai és nem is szeretnének politikai szervezetnek (83,3%), szurkolói körnek (71,1%), a HÖK-nek (65,4%). A legnagyobb arányban a hallgatók jótékonsági, karitatív szervezethez (53,7%), kutatócsoporthoz (49,6%), önkéntes, illetve kulturális tevékenységet végző szervezethez (40%) szeretnének csatlakozni.

Az intézményi hatás mérésére egy kontextus szintű egészségmagatartási változót is létrehoztunk, mert azt feltételeztük, hogy az egészségmagatartás alakulása tekintetében nagyon hangsúlyos tényezőt képez a felsőoktatási intézményben az egyén körülvevő társas kontextus. Az azonos kampuszokon tanuló hallgatók adatait aggregáltuk, s az ott tanulók egészségkárosító magatartásformákkal kapcsolatos adatainak átlagai alapján egy-egy kontextusra jellemző egészségmagatartási környezet nevű változót alkottunk.

Az elemzéseket SPSS 17 programcsomaggal végeztük, a vizsgálatához logisztikus regressziót alkalmaztunk.

3. Eredmények

A hallgatók egészségrizikó-magatartását három káros szokás „végzésének” gyakoriságával mértük: milyen gyakran fordult elő velük az elmúlt évben, hogy ittasak voltak, dohányoztak, vagy kábítószer fogyasztottak. A hallgatók egyharmada úgy nyilatkozott, hogy soha nem volt ittas az elmúlt évben (30,4%), minden negyedik évente néhányszor (23,6%). Minden 10. diák úgy nyilatkozott, hogy heti rendszerességgel fogyaszt nagy mennyiségű alkoholt, általában a hétvégi bulik alkalmával. A hallgatók 14,9%-a mindennap dohányzik, 57,9%-a pedig soha. Alkalmi dohányzók (ritkábban, mint

havonta) mintegy 10%. A társasági dohányzók aránya 6,6% (jellemzően hétvégén, buliban, társaságban). A hallgatók 93%-ban nyilatkoztak úgy, hogy nem fogyasztott kábítószer az elmúlt évben, 3,5% saját bevallása szerint azonban ritkábban, mint havonta használ valamilyen kábítószer, 17 fő heti, négy pedig napi rendszerességgel.

1. táblázat: Az ittasság, dohányzás és drogfogyasztás előfordulásának gyakorisága az elmúlt egy évben a pedagógusképzési karok hallgatóinak körében (%). Forrás: IESA 2015

	Kábítószer fogyasztás	Dohányzás	Ittasság
Szinte minden nap	0,2	14,9	1,1
Hetente 1-2-szer (hétvégénként)	1	6,6	10,3
Havonta néhányszor	1,2	6	16,1
1-2 havonta	1	4,3	18,6
Ennél ritkábban	3,5	10,4	23,6
Egyszer sem	93	57,9	30,4

Kutatásunkban négy tényezőcsoportnak az egyéni rizikókerülő magatartásra gyakorolt hatását vetettük össze logisztikus regresszióelemzés segítségével. A négy tényezőcsoport változói a kétváltozós elemzésekben vizsgált tényezőket képviselték. Azt kívántuk feltárni, hogy (1) a demográfiai (nem) és (2) társadalmi státusmutatók (a szülők iskolázottsága, a gyermekkori lakóhely településtípusa, a kisebbségi vagy többségi állampolgári státus), (3) az intézményi tényezők (a kampusz társadalmának egészségmagatartási kontextusa, a hallgató intergenerációs és intragenerációs kari beágyazottsága) valamint (4) a hallgató egyéni kapcsolathálózata (külső kapcsolatháló, önkéntes közösségi részvétel) egymás kontrollja alatt milyen hatást gyakorolnak az egyéni rizikókerülő magatartás kialakulására.

A többlépcsős elemzés során először a nem, a szülői iskolázottság és a lakóhely hatását tettük mérlegre. Az anyagi státust kihagytuk a modellből, mert a szülői iskolázottsággal nagyon erősen korrelált. A női nemhez tartozás a többlépcsős modellben végig jelentősen növelte a rizikókerülő táboraiba való tartozást, vagyis a középiskolások deviáns magatartásánál eltűnő nemi különbségek a vizsgált hallgatók körében nem jellemzők, itt még megvannak a nemek közötti különbségek. Az adatok szerint egy hallgatónőnek több mint kétszer akkora esélye van elkerülni az egészségkárosító szokásokat, aminek háttérében a nők családi és intézményes nevelése során kialakuló normakövető magatartása állhat. Figyelemre méltó eredménynek találtuk, hogy a családi társadalmi státus képviselőjében bevont szülői iskolázottság és a lakóhely változó egyik lépésben sem mutatkozott szignifikáns hatást gyakorolni a hallgató egyéni egészségmagatartásra, vagyis úgy tűnik, hogy a kétváltozós modellben mutatkozó összefüggések mögött más szupresszorok hatása bújt meg. A kisebbségi állampolgári státus bevonásakor igen befolyásos magyarázó tényezőnek tűnik, hiszen egy kisebbségi hallgatónak kétszer akkora esélye van a rizikómagatartás elkerülésére, mint a többségének. A felsőoktatási intézmény és a hallgatói kapcsolatháló változóinak bevonásakor a hatás ereje nemcsak lecsökken, de el is veszíti szignifikanciáját, ami arra vall, hogy a térség autochton kisebbségi státusú magyarságának felsőoktatási intézményeinek többségében kialakult erős intézménybe integráltság, kapcsolati beágyazottság okozta a kisebbségi hallgatók kedvezőbb egészségmagatartását. A harmadik lépésben a modellbe bevont, egészségmagatartási kontextus bizonyult a hallgató neme után a legerősebb hatás gyakorló tényezőnek, értéke végig erős és szignifikáns, lényegében elmondható, hogy függetlenül az egyén státusától, rizikókerülő kampusztársadalomban kétszer akkora esélye van a hallgatónak elkerülni az egészségkárosító szokásokat. A kontextus ezen vonásának hatása olyan erős, hogy a más elemzéseinkben erősnek bizonyuló intergenerációs oktatói támogatás hatástalan marad mellette, vagyis az oktatók befolyása elmarad kampusz társadalmában uralkodó egészségmagatartási felfogásé mögött. A hallgatói kapcsolathálóba való erős beágyazódás hatása elemzésünk szerint nem igazolja a társas kapcsolatok védőfaktor-szerepét, sőt, a kortársak közé való erős, multiplex beágyazódás szignifikánsan növeli a rizikómagatartás esélyét. Vagyis a vizsgált hallgatók szoros

intragenerációs kapcsolathálója önmagában inkább veszélyezteti az egészségesebb életmód kialakulását. Az átlagosnál erősebb külső intragenerációs kapcsolatháló indifferensnek bizonyul, azonban az önkéntes közösségi részvétel szignifikáns pozitív irányba képes mozdítani a hallgatói magatartást, ami arra vall, hogy ezek a célirányos tevékenységekre szervezett közösségek védőhatással bírnak.

2. táblázat: Az egyéni rizikókerülő magatartás kialakulásának esélye (a logisztikus regresszió elemzés, exp. B-k) Forrás: IESA-2015

	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell	5. modell	6. modell
Nő	2,298***	2,220***	2,231***	2,229***	2,320***	2,303***
Diplomás szülő¹	,844	,885	,902	,902	,907	,899
Falusi	1,284	1,067	1,069	1,069	1,063	1,033
Nagyvárosi	,913	,942	,942	,942	,943	,932
Kisebbségi		2,011***	1,083	1,085	1,147	1,072
Egészségmagatartási kontextus			2,140***	2,144***	1,998***	2,045***
Intergenerációs intézményi beágyazottság				,984	1,044	,993
Intragerációs intézményi beágyazottság					,680***	,655***
Intragerációs külső kapcsolatháló						1,031
Önkéntes közösségi részvétel						1,395***
Konstans	,206***	,179***	,157***	,000***	,182***	,157**

Megjegyzés: referenciaértékek (0): férfi; legalább az egyik szülő nem diplomás; város; város és falu; többségi; átlag alatti rizikókerülés a karon; inter- és intragenerációs kari beágyazottság; átlagosnál gyengébb külső intragenerációs kapcsolatháló; önkéntes közösségi részvétel.

4. Megbeszélés

Tanulmányunkban az egészségmagatartás egy fontos dimenzióját, az egészség rizikót jelentő szokások alakulását vizsgáltuk felsőoktatási környezetben. A felsőoktatási intézmények társadalmába való beágyazódás különböző dimenzióinak hatását a hallgatói egészségmagatartásra korábban nem vizsgálták. Mivel kutatócsoportunk a hallgatói értelmező közösségek jelentős befolyását regisztrálta a tanulmányi engagement és integritás tekintetében (Pusztai 2011; 2015; Kovács et al. 2016), feltételeztük, hogy ezek az egészségmagatartásra is nagy hatást gyakorolnak.

Kutatásunkat egy multietnikus és multikulturális földrajzi térségben végeztük. Ez azt jelenti, hogy egy történeti, társadalmi-gazdasági és kulturális egységet képező, de ma több ország területén fekvő térséget vizsgáltunk, Magyarországon az észak-alföldi, Ukrajnában kárpátaljai, Romániában erdélyi és partiumi, Szerbiában pedig egy vajdasági kisebbségi magyar felsőoktatási intézmények hallgatóit vizsgáltuk meg (N=1792). Összességében a rizikókerülő magatartás kialakulásának esélyét erősítő tényezők kontrollált ellenőrzése azt mutatta, hogy egy hallgatónőnek 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

¹ A szülők iskolázottsági szintje általában erősen korrelál (Spearman's rho: 0,438), s az oktatáskutatók általában összevont szülői iskolázottsági indexet használnak, hogy egy hallgató státusát meghatározzák.

egészségkárosító szokásokat. Miközben a korábbi kutatások szerint elég a hallgatói kapcsolathálóba való erős beágyazódás, elemzésünk azt mutatta, hogy 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 védő hatást gyakorolni a rizikómagatartás ellen.

Eredményeink hozzájárulnak az érintett felsőoktatási intézmények egészségpolitikájának újragondolásához, módosításához azáltal, hogy felhívjuk a figyelmet a hallgatói és oktatói kapcsolatok, a felsőoktatási intézményekben működő önkéntes szervezetek és csoportok szerepére, melyek fontos befolyásoló erővel bírnak a diákok egészségtudatos magatartására. Az intézményi hatások közül ki kell emelnünk a hallgatótársadalom sorsdöntő hatását, ami azt mutatja, hogy amennyiben a hallgatók egy olyan karon tanulnak és olyan hallgatótársakkal vannak körülvéve (legvalószínűbben épp a saját karukon alakulnak ki ilyen kapcsolatok), ahol nap mint nap találkoznak az egészségmegőrzés, s ezen belül is leginkább az egészségkárosító magatartásminták kerülésének fontosságával, ezek a hallgatók nagyobb valószínűséggel lesznek egészségtudatos diákok. Ezért javasolt egy-egy nagyobb intézmény számára olyan prevenció, ugyanakkor szórakoztató, élményeket nyújtó programok rendszeres szervezése, rendszeres tanácsadás biztosítása, ahol főként hallgatói csoportok, baráti közösségek vehetnek részt, és megtanulhatják az egészségtudatos életmód legfontosabb alappilléreit, illetve újabb és újabb tudományos eredményekkel, irányzatokkal ismerkedhetnek meg. Akár egy ilyen témában szervezett kurzusok keretében, csoportos projektmunkát kreditekkel jutalmazva is lehetne hatni a hallgatókra, s ezzel talán jobban motiválhatók lennének a különféle egészségfejlesztő programokban való részvételre.

Kutatásunk egyik legfontosabb előnye, hogy a jellemzően vizsgált szocio-demográfiai magyarázó tényezők mellett megpróbáltuk megragadni a felsőoktatási intézmények hatását is, melyre korábbi kutatásokban alig találhatunk példát. Szintén ki kell emelnünk azt a speciális földrajzi térséget, ahol vizsgálatainkat végeztük. Ennek keretében négy közép-kelet-európai ország, Magyarországon kívül többségében kisebbségi magyar hallgatóit vizsgáltuk meg, akik ebből kifolyólag sajátos politikai, etnikai közegben élnek. Ugyanakkor noha majd kétezer főt kérdeztünk meg, az autochton kisebbségi magyarsághoz tartozók közül kevesebb válaszadót tartalmaz a minta, mint Magyarországit, így az eredmények nem általánosíthatók a többi ország hallgatóira, akárcsak Magyarország esetében sem, mivel itt is egy, Ukrajnával és Romániával határos régió hallgatóit vizsgáltuk meg.

Irodalomjegyzék

Albert-Lőrincz E., Gáspárik A. I., Foley, L. K.Szabó B., & Paulik E. (2017): A közösségi megelőzés lehetőségei a serdülőkori dohányzás csökkentésében. *PedActa*, 7(2), 11-18.

ACHA-NCHA (2016): Reference group executive summary 2016 Spring. American College Health Association. <http://www.acha-ncha.org/docs/NCHA-II%20SPRING%202016%20US%20REFEREN CE%20GROUP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>

Astin, A. W. (1993): *What Matters in College: Four Critical Years Revisited*. San Francisco: Jossey-Bass.

Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gureje, O., Huang, Y., Karam, A., Kostyuchenko, S., Lepin, J. P., Mora, M. E., Neumark, Y., Ormel, J. H., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Takeshima, T., & Wells, J. E. (2008): Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), e141.

Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. & Wardle, J. (2004): Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Preventive Medicine* 39, 182 – 190.

Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., Cleveland, K. (2008) The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 187-200.

Hayden, J. (2014): *Introduction to Health Behavior Theory*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

- Kovács K., Kovács K. E. & Nagy B. E. (2016): Intézményi hatások a hallgatók egészségtudatos magatartásában. In Pusztai Gabriella, Ceglédi Tímea & Bocsi Veronika (szerk.): *Érték, amit az intézmény hozzáadott. Közelítések az intézményi hozzájárulás empirikus megragadásához*. Nagyvárad-Debrecen: Partium Press, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Leonardi-Bee, J., Jere, M. L., Britton, J. (2011): Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis, *Thorax* 66, 847-55.
- Madureira, A. S., Corseuil. H. X., Pelegrini, A., Petroski, E. L. (2009): Association between stages of behaviour change related to physical activity and nutritional status in university students. *Cad. Saude Publ*, 25, 2139-2146.
- Németh Á. & Költő A. (szerk, 2014): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Pascarella, E. T., Terenzini, P. T. (2005): *How College Affects Students: A Third Decade of Research*. San Francisco: John Wiley and Sons.
- Pikó, B., & Fitzpatrick, K. M. (2007): Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17, 353-
- Pikó F. B., Varga Sz. & Wills, T. A. (2015): A Study of Motives for Tobacco and Alcohol Use Among High School Students in Hungary. *Community Health*, 40, 744.
- Pusztai G. (2011): *A láthatatlan kéztől a baráti kezekig. Hallgatói értelmező közösségek a felsőoktatásban*. Budapest: Új Mandátum.
- Pusztai G. (2015): *Pathways to success in higher education*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.
- Stephoe, A., Feldman, P. J., Kunz, S., Owen, N., Willemsen, G., & Marmot, M. (2002): Stress responsivity and socioeconomic status: A mechanism for increased cardiovascular disease risk? *European Heart Journal*, 23, 1757–1763.
- Storrie, K., Ahern, K., Tuckett, A. (2010): A systematic review: students with mental health problems- a growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 1-6.
- Székely A., Susánszky É. & Ádám Sz. (2013): *Fiatalok kockázati magatartása*. In: Székely L. (szerk): *Magyar Ifjúság 2012. Tanulmánykötet*. Budapest. Kutatópont. 179-210.
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H. & Dechelotte, P. (2013): Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioural addictions: a cross-sectional study among university students in France, 200-2011. *BMC Public Health*, 13, 724.
- The ESPAD Group (2016): *ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Tinto, V. (1993): *Leaving college. Rethinking the Causes and Cures of Student Attrition*. Chicago–London: The University of Chicago Press.
- Vajda I., Major Zs., Moravec M., Pásztorné B. K., Vajda T., Vajda F. V., Oláh D., & Nagy A. (2018): Study on physical activity and health behaviour among students at the University of Nyíregyháza. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 19(2), 22-26.
- Valera-Mato, V., Cancela, J. M., Ayan, C., Martin, V. & Molina, A. (2012): Lifestyle and Health among Spanish university students: differences by gender and academic discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 2728-2741.

Szerzők

Kovács Karolina Eszter PhD hallgató, Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Nevelés- és Művelődéstudományi Intézet. E-mail: karolina92.kovacs@gmail.com

Prof. dr. Pusztai Gabriella, Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Nevelés- és Művelődéstudományi Intézet. E-mail: gabriela.pusztai@gmail.com

Kovács-Nagy Klára PhD, Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet. E-mail cím: kovacs.klarika87@gmail.com

Prof. dr. Nagy Beáta Erika, Debrecen, Általános Orvostudományi Kar, Gyermekklinika. E-mail: drbeatanagy@gmail.com

