

Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar
„Oktatás és Társadalom” Neveléstudományi Doktori Iskola
Nevelésszociológia Program

Petőné Csimá Melinda

**AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS A KOHERENCIA-ÉRZET SZEREPE AZ
ÉLETMINŐSÉG FORMÁLÁSÁBAN**

**Középiskolások szubjektív jól-létének, egészségmagatartásának valamint koherencia-
érzetének kvalitatív és kvantitatív módszerekkel történő vizsgálata**

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető

Prof. DR. Meleg Csilla

Egyetemi tanár

Pécs

2012.

Tartalomjegyzék

1. Bevezető gondolatok	5
1.1. Az iskola életminőséget meghatározó szerepe	7
1.2. A kutatási probléma megfogalmazása	9
1.3. A kutatás célja.....	10
1.4. Kutatási kérdések.....	10
2. A disszertáció felépítése.....	12
3. Alapvető háttérismeretek, fogalomkörök.....	13
3.1. Az egészség fogalmának történeti változásai	13
3.2. Az intézményes közvetítés megjelenése.....	17
3.3. Az iskola egészségfogalmának tartalma	19
3.4. Az életminőség meghatározása.....	21
3.4.1. Az életminőség kutatása.....	24
3.4.2. Tudományos nézőpontok.....	25
3.4.3. Az életminőség életkor szerinti meghatározottsága.....	28
4. Egészségfejlesztés és jövőendő életminőség: interdiszciplináris megközelítés	31
4.1. Szalutogenetikus problémamegfogalmazás	31
4.2. Az iskola mint egészségfejlesztő erőforrás (szervezeti sajátosságok és társas erőtér)	32
4.3. Az iskolai egészségneveléssel, egészségmegőrzéssel, és egészségfejlesztéssel kapcsolatos programok, koncepciók.....	34
4.4. Egy-szempon t u modellek	37
4.5. Több-szempon t u modellek	38
4.6. Egész-ség program: az iskola egészét érintő komplex, interdiszciplináris szervezetfejlesztés.....	40
5. Módszerek.....	42
5.1. Módszertani dilemmák	42
5.2. A választott módszer relevanciája	43
5.3. A kutatás folyamata, eszközei	44
5.4. Az elsődleges adatfelvétel eszközeül szolgáló kérdőív szerkezete	46
5.5. Mintaválasztás	48
5.6. A statisztikai elemzés módja.....	49
6. Az eredmények ismertetése.....	51
6.1. A kutatásba bevont középiskolák bemutatása	51

6.2.	A kérdőíves adatfelvételbe bevont tanulók jellemzése	54
6.3.	A szubjektív jól-lét vizsgálata.....	55
6.4.	Az egészségmagatartás jellemzése	65
6.5.	Az egészséggel kapcsolatos értékorientáció és a szubjektív jól-lét közötti összefüggés vizsgálata	79
6.6.	A koherencia-érzet vizsgálata.....	80
6.7.	A kutatásba bevont iskolák szervezeti kultúrájának vizsgálata	87
6.8.	A West Balkán és ami mögötte van.....	97
7.	Összegzés.....	118
7.1.	Következtetések	121
7.2.	A távlatok, a kutatás további lehetséges irányai	123
8.	Záró gondolatok.....	125
	Köszönetnyilvánítás	126
	Hivatkozások	127
	Mellékletek	140

„A jövő generációja csak akkor építhet sikeres életvilágot, ha megőrzi egészségét és boldogságát, örömeire való képességét, ha képes különbséget tenni az életminőséget hosszú távon valóban megalapozó értékek és a könnyű, múló pillanatsikerek között.”

(Pikó Bettina)

1. Bevezető gondolatok

A magyar lakosság egészségi állapotának feltárására irányuló kutatások egyöntetűen lesújtó képet nyújtanak a hazai népesség morbiditási és mortalitási helyzetéről egyaránt. Az elmúlt néhány évben ugyan javultak az egészségi állapotot meghatározó mutatók, nemzetközi viszonylatban azonban még mindig igen kedvezőtlennek mondhatók. Mind a nők, mind a férfiak születéskor várható átlagos élettartama elmarad a nyugat-európai országokétól (I. táblázat), s az országon belül is jelentős egyenlőtlenségeket mutat.¹

	Nők ²			Férfiak ³		
	2001	2008	2010	2001	2008	2010
HU	76,7	78,4	78,6	68,2	70,0	70,7
EU 17	82,1	83,5	n.a.	75,6	77,8	n.a.
EU 27	-	82,4	n.a.	-	76,4	n.a.

I. táblázat: Születéskor várható átlagos élettartam (évek)⁴

Forrás: KSH (saját szempontok szerint összeállítva)

A rendszerváltozás körüli években a nők születéskor várható élettartama Magyarországon az európai átlagtól 6,4, a férfiaké pedig 4,8 évvel maradt el. (Kovács–Öri 2009) A 2007-es adatok alapján a nők vonatkozásában némi javulás figyelhető meg, hiszen az Európai Unió⁵ átlagától az eltérés 4,4 évre csökkent, azonban a férfiak esetében ez az eltérés 7,7 évre nőtt. Az Európai Unióhoz velünk együtt csatlakozó Visegrádi országokhoz viszonyítva is a kimagasló mortalitás valamint a betegségek gyakoribb előfordulása miatt a magyarok rosszabb minőségű, rövidebb életre számíthatnak. (Vitrai és mtsai 2010) Tovább árnyalja a képet, hogy Magyarország az egészséghez való viszony vonatkozásában meglehetősen ambivalens, hiszen ha rangsorolni kell az értékeket, akkor az első helyeken szerepel az

¹ Megfigyelhetők az egészségi állapot területi egyenlőtlenségei, továbbá az iskolai végzettségtől valamint a jövedelmi helyzettől függő egyenlőtlenségek. (Füzesi és mtsai 2004a:4–6)

² http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int010a.html [2012. február 25.]

³ http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int009a.html [2012. február 25.]

⁴ A 2011-es évre vonatkozó születéskor várható átlagos élettartam a Központi Statisztikai Hivatal honlapján a letöltés napján még nem volt elérhető.

⁵ Az Európai Unió 27 tagállamának adatait figyelembe véve.

egészségérték, azonban ha az életvitelt vizsgáljuk, akkor minden más előbbre való. Kutatási beszámolók az egészséges életvitel hiányára utaló morbiditási és mortalitási statisztikák háttérében azokat az életvitelünkre vonatkozó tudatos és nem tudatos döntéseket azonosítják, melyeket az értékrendszerünkben adódó értékítéletek alapján hozunk meg. (Meleg 1988, 2006) A hazai és nemzetközi mintákon végzett értékutatások eredményeinek tükrében kijelenthető, hogy bár az egészség az alapértékek között található (Losonczy 1989; idézi: Meleg 2002), a Magyar lakosság körében végzett vizsgálatok mégis az egészségtelen életmód meglétét tárják fel. (Meleg 2002) A „leszakadó”⁶ magyarországi egészségi állapot mögött meghúzódó okok között nevezi meg ezzel összefüggésben az Egészségjelentés 2010 az egészséget közvetlenül befolyásoló egészségkárosító életmód hazai elterjedtségét, melynek háttérében az egészségnevelés és egészségfejlesztés módszertani hiányosságai, az e célokra fordított összegek elégtelensége valamint az egészséges választásokhoz szükséges ismeretek és a kellő motiváció hiánya áll. Hozzájárul mindehhez, hogy a 2004 és 2009 között eltelt időszakban csökkent azoknak az iskoláknak a száma, amelyek intézményi kapacitással rendelkeznek az egészségfejlesztési feladatok ellátására, csökkenő tendenciát mutatott továbbá a pedagógusok egészségfejlesztési kompetenciákat növelni hivatott továbbképzéseken való részvételi hajlandósága. (Paksi 2010; Paksi és mtsai 2011)

A magyar lakosság leszakadó egészségi állapotának ismeretében mind a laikus, mind pedig a tudományos diskurzusokban egyre erőteljesebben megjelenik az egészségmagatartás hatékony befolyásolásának szükségessége. Az egészséggel kapcsolatos magatartás alapvetően háromféle lehet: az egészségmagatartás, mely az egészség megtartását eredményezi, a betegviselkedés, mely a gyógyulás keresésének lehetséges irányát jelöli ki, valamint a betegszerep-viselkedés, mely a gyógyulással kapcsolatos magatartásformákat fogja egybe. Jelen disszertációban egészségmagatartás alatt az egyénnek azt a viszonyulását, s ezzel együtt viselkedését értem, ahogyan cselekszik az egészségének megőrzése, vagy éppen rombolása érdekében. (Kasl–Cobb 1966; idézi: Pikó

⁶ Az Egészségjelentés 2010 kutatási beszámoló a magyar lakosság egészségi állapotát az európai lakosság egészségi állapotához képest leszakadónak minősítette, Havasi (2011) pedig „megtört” egészségről beszél, amikor írásában a hazai lakosság egészségi állapotának egyenlőtlenségeit tárja fel. (Havasi 2011) Bár e két kifejezés egyike sem vált még általánosan elterjedtté, azonban mégis jelzi, hogy a magyarországi mortalitási és morbiditási statisztikák elemzői keresik a megfelelő kifejezést a magyar lakosság egészségi állapotában jelen lévő egyenlőtlenségek leírására.

2002) Az egészségmagatartást ebben a kontextusban Matarazzo (1980) kétirányú modellje alapján értelmezem, mely szerint az egészségmagatartás lehet preventív, vagy patogén. (idézi: Pikó 2002) Az egészségmagatartás befolyásolása kapcsán széles körben elfogadottá vált, hogy az nem csupán az egészségügyi szolgáltatók, s az őket irányító egészségpolitika feladata, hanem azoké az intézményeké, melyek fontos szerepet töltenek be a magatartásirányítás folyamatában. A szocializációs szintek közül kiemelkednek a nevelési, oktatási intézmények, melyek nyíltan vagy rejtetten értékeket, normákat, viselkedési mintákat közvetítenek, hatva ezáltal a felnövekvő generáció gondolkodására, értékrendjére, magatartására, s nem utolsó sorban döntéseire. A szocializációs folyamat során interiorizálódott értékek, normák, választási mechanizmusok hozzájárulnak az egyén döntéseéhez, melyek a későbbiekben életminőséget meghatározó magatartásokká formálódnak.

1.1. Az iskola életminőséget meghatározó szerepe

A modern társadalmak egyik legfontosabb célkitűzésévé vált állampolgárai életminőségének javítása, melyben a társadalmi szerepvállalás megkérdőjelezhetetlen. A társadalomban domináló értékhierarchiáknak, magatartási normáknak az életminőséget befolyásoló szerepe széles körben elfogadott. A család mellett a felnövekvő generációk életminőségének befolyásolása a közoktatási intézményrendszeren keresztül történik. Az életminőség vizsgálata éppen ezért a neveléstudományi gondolkodásban is egyre nagyobb hangsúlyt kap, hiszen az iskolai fokozatokban mérhető iskolázottság és az életminőség több szálon is kapcsolódik egymáshoz. Az egészséggel összefüggő életminőségben kulcsszerepet játszó egészségi állapot és az iskolai végzettség kapcsolata kutatások eredményei alapján egyértelműen kimutatható. (Tahin és mtsai 2000a, 2000b) Az iskolázottságnak az életminőség társadalmi egyenlőtlenségeire gyakorolt hatása megnyilvánul abban, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők egészségi állapota általában jobb, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőké, a betegség miatti tevékenységkorlátozottság ritkább körökben, s alacsonyabb morbiditási, illetve mortalitási mutatóval rendelkeznek. (Meleg 2009; Tahin és mtsai 2000a, 2000b) Ross és Wu (1995) három-utas (three-path) modelljének értelmében az iskolai végzettség ún. közvetítő

láncszemekén⁷ keresztül hat az egészségi állapotra, s ezzel együtt az egészséggel összefüggő életminőségre, mely egyik komponense az életminőségnek. (idézi: Tahin és mtsai 2000a, 2000b) Az iskolai végzettség egészségi állapotot befolyásoló hatására mutatott rá korábban Grossman (1972) egészségtőke elméletében, melyben kifejtette, hogy az iskolázottság növeli az egészségtőke nagyságát. Mindkét modell az egészséggel összefüggő életminőség, az iskolázottság és a társadalmi státusz közötti erős kapcsolatra irányítja a figyelmet⁸ (Sidanus–Pratto 2005:290–295), ezért közvetítő változóként a kulturális tőkére érdemes figyelmet fordítanunk. A szimbolikus tőkeelméletek szerint az egymásra épülő iskolafokokhoz kapcsolódó tudás kulturális tőkefelhalmozódást is generálhat, mely jelentős szerepet játszhat a későbbiekben a társadalmi egyenlőtlenségi rendszerben. Így az iskola a kulturális tőkefelhalmozáson keresztül közvetve az életminőség formálódásához is hozzájárulhat. Az életminőség kérdésköre ezért a neveléstudományi diskurzusokban is egyre erőteljesebben megjelenik, elsősorban abban az aspektusban, hogy a kötelező iskoláztatás évei alatt milyen nevelési-pedagógiai módszerekkel, stratégiákkal befolyásolható a tanulók biológiai vagyonának mennyisége és minősége révén jövő életminőségük. (Meleg 2009)

Az óvodába, iskolába járók egészségmagatartásának formálásán keresztül a felnövekvő generáció életminőségének befolyásolása az egészségfejlesztés legfőbb célja. E feladatának az iskola kizárólag abban az esetben tud eredményesen megfelelni, ha a jelen fiatal generációinak egészségmagatartását a jövőbeli jobb életminőség elérésének érdekében alakítja. (Meleg 2006) Az iskolai egészségnevelésen keresztül közvetített egészségtartalmak befolyásolhatják a tanulók egyéni gondolkodásmódját, alakíthatják az egészségérték helyét értékrendszerükben és így formálhatják egészségmagatartásukat. Az egészségről való gondolkodás nagymértékben függ attól, hogy az egészség mint érték milyen támogató értékekkel együtt ágyazódik be az egyén értékrendszerébe, ezért az intézményes egészségnevelés egyik kiemelt feladata ezeknek a támogató értékeknek a feltárása és erősítése, melynek eredményeképpen egészségtudatos magatartás jöhet létre. Kutatások eredményei szerint a mentálhigiéniával, az interperszonális kapcsolatok

⁷ Közvetítő láncszemként nevezték meg a munka- és anyagi körülményeket, a pszichoszociális erőforrást valamint az életstílust, melyek egészséget befolyásoló szerepe hazai viszonyok között is magyarázatot adtak az egészség és az iskolai végzettség közötti kapcsolatra. (Tahin és mtsai 2000a, 2000b)

⁸ A társadalmi státusz és az egészség dimenziójában alá-fölérendeltségi viszony alakul ki.

minőségével, a problémakezelés rugalmasságával összefüggő értékrendszer az, amely nagymértékben felelős az egyének egészségmagatartásáért. (Meleg 2001)

1.2. A kutatási probléma megfogalmazása

Az UNICEF 2007 elején nyilvánosságra hozott beszámolója alapján 21 vizsgált ország közül a gyermekjólét szempontjából Magyarország a 19., az egészség és biztonság szempontjából pedig a 17. helyen áll. (Székely 2007) A magyar gyermekpopuláció egészségi állapotának feltárására irányuló kutatások nem mutatnak kedvezőbb képet a bevezetőben ismertetett magyarországi egészségi állapotnál, hiszen megállapítható (Szauer 2005), hogy már gyermekkorban megjelennek az életmóddal és a környezeti viszonyokkal összefüggő megbetegedések, gyakoriak az allergiás betegségek valamint pszichoszomatikus panaszok. (Nagy 2005) A serdülőkori rizikó-magatartásformák elterjedtségét támasztja alá a négyévente elvégzett „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása”⁹ nemzetközi, keresztmetszeti kutatás, melyben hazánk 1986 óta vesz részt.¹⁰ (Németh 2007) Annak ellenére, hogy a Köznevelési Törvény a 2004/2005 tanévtől kötelezi az iskolákat a tantárgyakon átívelő egészségnevelési programok kidolgozására és megvalósítására, a négyévente megismételt reprezentatív kutatások jelentős mértékű pozitív irányú elmozdulást nem igazoltak a serdülőkorúak egészségmagatartásában. Ezen eredmények birtokában szükséges megterveznünk azokat a beavatkozási stratégiákat, melyek következtében az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásra vonatkozó döntéseiket a meglévő ismereteik, értékorientációik birtokában úgy hozzák meg, hogy azok egészségük megőrzéséhez járuljanak hozzá. Szükséges ez azért is, mert a rizikó-magatartásformák következtében kialakuló egészségkárosodás egyben az egészséggel összefüggő életminőség romlását is eredményezi. Elengedhetetlen ezért a támogató családi háttér mellett az oktatási intézmények különböző szinterein tevékenykedők egészségről való gondolkodásának formálása, egészségtudatosság iránti elkötelezettségük megalapozása, melynek következtében nyíltan vagy rejtetten megjelenik az a szemlélet, mely az egészséget, mint legfőbb értéket jeleníti meg a napi nevelési gyakorlat során.

⁹ A továbbiakban HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

¹⁰ Kedvezőtlen tendenciák mutatkoznak többek között az alsóbb évfolyamokban alkoholt kipróbálók arányában, az alkoholkipróbálás átlagéletkorában, a részegség előfordulásában, illegális szerfogyasztásban, továbbá a szexuális magatartásban.

1.3. A kutatás célja

Kutatásom jellegét tekintve feltáró, leíró, keresztmetszeti, mely konkrét, adott korosztályhoz köthetően fogalmaz meg kérdéseket. Kutató munkám alapvető célja a serdülők szubjektív életminőségének, koherencia-érzetének, egészséggel kapcsolatos értékorientációjának, egészségviselkedésének valamint a köztük lévő kapcsolatnak a feltárása. Prioritást kapott annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy az életminőséget hosszú távon megalapozó egészségmagatartást milyen mértékben befolyásolja a koherencia-érzet. Kutatásom során törekedtem arra, hogy eredményeim birtokában a pedagógiai gyakorlatban hasznosítható üzenetet fogalmazzak meg, ezért kiemelt célom volt annak vizsgálata, hogy az iskola látens szelekciós mechanizmusa milyen feltételek mellett javíthatja, vagy ronthatja a tanulók koherencia-érzetét, egészséggel kapcsolatos értékorientációját, s ezzel összefüggésben hogyan járul hozzá az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalához.

1.4. Kutatási kérdések

A kutatás céljának kijelölését követően a következő kutatási kérdéseket fogalmaztam meg:

Kérdőíves adatfelvétel során zárt kérdésekkel kerestem választ a következőkre:

1. Milyen összefüggést mutat a szubjektív jól-lét a családban megélt közérzettel, a boldogság-, valamint az elégedettség érzettel?
2. Van-e összefüggés a serdülők egészséggel kapcsolatos értékorientációja és szubjektív jól-léte között?
3. Kimutatható-e összefüggés a serdülők koherencia-érzete és szubjektív jól-léte között?
4. Hogyan befolyásolja a koherencia-érzet az egészségi állapot szubjektív megítélését és az anticipált egészségi állapotot?
5. Van-e összefüggés a serdülők egészséggel kapcsolatos értékorientációja és a koherencia-érzet között?

6. Hogyan befolyásolja a koherencia-érzet a serdülők egészségmagatartását, az életmóddal kapcsolatos döntéseket nemek, iskolatípus és az iskola szervezeti kultúrája szerint?
7. Hogyan kapcsolódik egymáshoz az iskola szervezeti kultúrája, a serdülők koherencia-érzete és az egészséggel kapcsolatos értékorientáció?

A kérdőíves adatfelvételben nyitott kérdésekkel kívántam feltárni a következőket:

1. Milyen szempontok jelennek meg a serdülők gondolkodásában a „lehető legjobb élet” kifejezéssel kapcsolatban?
2. Milyen okokat, motivációs faktorokat nevesítenek az egészségkárosító magatartás megjelenésének hátterében?
3. Mely szempontok mentén értékelik életmódjukat példaértékűnek?
4. Megjelenik-e az egészség mint érték gondolkodásukban?

A West Balkán tragédia kapcsán íratott fogalmazások vonatkozásában a következő kérdésekre kerestem választ:

1. Megnyilvánul-e a fogalmazásokban az egészségviselkedéssel kapcsolatos önértékelés?
2. Megjelenik-e a fogalmazásokban a kortársak egészségmagatartásáról alkotott értékítélet?
3. Átértékelődik-e az esemény hatására az egészségmagatartással kapcsolatos értékattitűd?
4. Felismerhető-e előítélet a fiatalok megnyilvánulásaiból?

2. A disszertáció felépítése

A bevezetőben ismertetett, a magyar lakosság egészségi állapotára vonatkozó rövid tényfeltárással igyekeztem rámutatni az életmóddal összefüggő megbetegedések következtében megjelenő életminőségbeli problémák aktualitására, s ezzel együtt az oktatási-nevelési intézmények ez irányú feladatainak fontosságára.

A probléma megfogalmazását, s a kutatás céljának valamint kérdéseinek ismertetését követően disszertációm témájához illeszkedő elméleti háttérismeretet elsősorban dolgozatom harmadik és negyedik fejezeteiben ismertetem, azonban az értekezés módszertani fejezetében is megjelenik. A magyar nyelvű publikációk mellett angol nyelven elérhető tanulmányokra hivatkozok. A témára vonatkozó szakirodalom feltárása során gyűjteményes köteteket, szakfolyóiratokat, tankönyveket valamint szürke irodalmat – disszertációk (Szabó 2003; Veresné 2010), oktatási segédanyagok, kutatási beszámolók, minisztériumi háttéranyagok – is használtam. Az értekezésben érintett kérdéskörök – egészség, egészségmagatartás, egészségnevelés, egészségfejlesztés, életminőség, koherencia-érzet – mindegyikére több tudományterület kutatói reflektálnak, ezért a szakirodalom áttekintése és feldolgozása komoly kihívást jelentett számomra. A multidiszciplinaritás kívánalmainak eleget téve a témával foglalkozó valamennyi tudományterület – neveléstudomány, szociológia, pszichológia, egészségtudomány – eredményeit szükséges volt áttekintennem, mely hozzásegített saját kutatásom többszemponútú értelmezéséhez. Vizsgálatom tárgykörébe tartozó kérdések aktualitása miatt fontos volt továbbá a szakirodalmi háttér folyamatos követése, bővítése, melyre e disszertáció keretei lehetőséget biztosítottak. Megjegyzendő azonban, hogy mivel e kérdések iránt a kutatói érdeklődés igen nagy, s a témában több tudományterület kutatói folyamatos publikációs aktivitást mutatnak, melynek következtében szinte naponta jelennek meg különböző szaklapokban újabb és újabb releváns kutatási beszámolók, az irodalmi háttéranyag feldolgozása korántsem tekinthető teljes körűnek.

Kutatásom ismertetése, eredményeim bemutatása és összegzése az ötödik, hatodik valamint a hetedik fejezetben kapott helyet.

3. Alapvető háttérismeretek, fogalomkörök

3.1. Az egészség fogalmának történeti változásai

Az egészségfogalom tartalmi összetevői területi, településbeli, társadalmi és demográfiai dimenziók mentén más-más hangsúlyokat jelenítenek meg. (Meleg 2002) Az egészség definíciója történelmi koronként, kultúránként eltérő jelentéstartalmakat hordoz. Az egészség különböző megközelítései nem zárják ki egymást, hiszen mindegyik az egészség egy-egy dimenzióját ragadja meg, ezért egységesebb értelmezéséhez több szempont együttes figyelembe vétele visz közelebb bennünket. (Meleg 1998)

Egészen a 19. századig az egészségről való gondolkodást alapvetően a holisztikus látásmód jellemezte, melynek egyik központi eleme az ember és a természet közötti harmónia hangsúlyozása. Az ipari forradalom, mely a természettudományok, s ezzel együtt az orvostudomány terén óriási fejlődést eredményezett, némiképp változtatott ezen a megközelítésen. A holisztikus szemléletet háttérbe szorítva az egészségről való gondolkodást az intézményesült medicina térhódításának következtében egészen az 1950-es évekig a biomedikális szemlélet határozta meg, melynek következtében az egészség és betegség kérdéskörében leginkább a betegséget előidéző faktorokra koncentráltak a kutatók, s az egészség fenntartására irányuló vizsgálatok háttérbe szorultak. Ennek értelmében az egészség nem más, mint a betegség vagy valamilyen diszfunkció hiánya, a betegség pedig egy biológiai, kémiai, fizikai hatások következtében létrejövő egészségkárosodás. (Csabai–Molnár 1999:26–36) Az e közelítésmódot tükröző meghatározásokat negatív egészségfogalmaknak nevezzük. (Meleg 1998) A biomedikális szemlélet az egészség fenntartásában nem tulajdonított szerepet az egyénnek, ezzel együtt a prevenciónak, s a szubjektivitás háttérbe került az egészségről való gondolkodásban. Mind a társadalmi, mind pedig az egyéni szerepvállalás az egészség megőrzésében háttérbe szorult. Az egészségről, betegségről folyó tudományos diskurzusok az orvostudomány privilégiumává váltak. A biomedikális megközelítéssel szemben a legtöbb kritikát megfogalmazó pszichoszomatikus szemlélet térnyerése változást eredményezett az egészségről való gondolkodásban. E megközelítés elsősorban az egészségre vonatkozó tartalmi összetevőkre koncentrált. Hangsúlyozza, hogy a betegség hiánya mellett az

egészség feltétele a testi és a lelki tényezők összerendezett működése, valamint az ember és környezete közötti harmónia megléte. Mivel ezekben a meghatározásokban valaminek a megléte utal az egészségre, pozitív egészségdefinícióknak tekintjük. (Meleg 1998) E nézőpontnak megfelelően definiálta az egészséget a WHO (1946), melynek értelmében az egészség a teljes testi, lelki, szociális jólét állapota, s nem csupán a betegség vagy nyomorékság hiánya. A WHO által megalkotott egészségdefiníció Székely (2007) álláspontja szerint – bár értéke vitathatatlan – statikus jellegűnek tekinthető, mely nem alkalmazható az egyes emberre, s nem lehet mutatója a lakosság egészségi állapotának sem, csupán arra a kérdésre ad választ, hogy mi szükséges az egészséghez. (Székely 2007)

A pszichoszomatikus szemlélet megerősödésével párhuzamosan a II. világháborút követően a szociológiaelméleti diskurzusokban is megjelentek az orvoslásra, s az egészségügyre vonatkozó elméletek, melyek a társadalmi rendszer alapegységeként definiálták az egészségügy belső világát. Parsons (1951) strukturális funkcionalista álláspontja értelmében az egészség a társadalmi rendszer nélkülözhetetlen funkcionális kelléke, melyből egyenesen következik, hogy az egészségi állapotban bekövetkező romlás diszfunkcionalitást eredményez, melynek következtében az egyén alkalmatlanná válik társadalmi szerepeinek betöltésére. (idézi: Pikó 2002:19) Ennek értelmében a társadalomtudományi nézőpont megjelenése az egészségről, betegségről való gondolkodásban elkerülhetetlenné vált. Ennek megfelelően a testi, lelki tényezők mellett a szociális dimenzió bevonásával alkotta meg Engel (1977) új irányzatát, melyet bio-pszichoszociális szemlélet elnevezéssel illetett. Hangsúlyozta, hogy az egészség észleléssel kapcsolatban nagy szerepe van az egyén percepciójának, szubjektivitásának. (idézi: Kopp–Pikó 2006) Ez a megközelítés a betegség létrejöttében a biológiai, fizikai, kémiai okokon túl fontosnak tartja a pszichés és szociális tényezőket is. (Csabai–Molnár 1999:26–36) A szociális tényezők beemelése a modellbe megkérdőjelezhetetlenné teszi a társadalmi felelősségvállalás szerepét az egészség fenntartásában. Az eddig ismertetett modellek közös jellemzője az ún. patogenetikus irányultság, mely azt fejezi ki, hogy az egészség-betegség kérdéskörében elsősorban a betegséget előidéző faktorokra koncentráltak a kutatók. A társadalomtudományi nézőpont megjelenése mellett az egészségtudományok terén bekövetkező paradigmaváltás azonban más megközelítésbe helyezte az egészségről, betegségről való gondolkodást. Paradigmaváltásról abban az értelemben beszélhetünk,

hogy a patogenetikus orientáció kizárólagos volta a szalutogenetikus¹¹ orientáció megjelenésével megszűnt. Ugyanakkor mindkét szemléletnek helye és szerepe van az életminőség, s az egészség fenntartásában, illetve megőrzésében, így e két szempontnak egyaránt érvényre kell jutnia a kutatásokban és a gyakorlatban. (Konkoly 2008) A szalutogenetikus orientáció az egészségessé tevő erőforrásokat helyezi a kutatások középpontjába.¹² (Varga 2004) Antonovsky¹³ (1979) szalutogenezis elmélete a betegségek etiológiájának tanulmányozása helyett az általános jól-léte meghatározó tényezőket helyezi vizsgálatának fókuszába. (Hamvai–Pikó 2008) Alapvető kérdése e modellnek, hogy vajon mi az oka annak, hogy néhányan szignifikánsan magasabb arányban maradnak egészségesekek, illetve hosszabb várható élettartammal számolhatnak, mint mások. A szalutogenetikus szemlélet válasza e kérdésre az egészségérték átlagosnál magasabb volta valamint az egészségtudatosabb magatartás.¹⁴ Új látásmódot kínál az egészségtudományi gondolkodásnak szalutogenetikus megközelítésével,¹⁵ amely az egészséget rendszerszemléleti keretben értelmezve az ember és környezete közötti harmóniát, összhangot, a koherencia-élményt¹⁶ alapvetőnek tartja az egészségmegőrzésben. Antonovsky értelmezésében a koherencia tulajdonképpen annak az átélése, hogy az

¹¹ A kifejezés a latin *salus*, *salutis* szóból származik, melynek háttérében *Salus*, az üdv és jólét istennője áll. (Varga 2004) A salutogenezis központi eleme a „Sense of Coherence” (SOC), melynek elemei az átélt élethelyzet érthetősége, átláthatósága, az életproblémák kezelhetősége valamint mindezek értelme, értéke. (Varga 2005b; Konkoly 2008) Az átélt élethelyzet érthetősége intellektuális jellegű, az egyén azon tulajdonságát fejezi ki, hogy mennyire képes ismert, vagy ismeretlen ingereket áttekinthető információként, nem pedig kaotikus, véletlenszerű valóságként feldolgozni. Az életproblémák kezelhetősége érzelmi értékelést is hordoz azzal kapcsolatban, hogy a különböző nehézségek megoldására rendelkezésre állnak-e akár saját, akár külső erőforrások. Az értelmesség emocionális értékelése annak, hogy az egyén érdemesnek érzi-e a nehézségekkel való megbirkózást, s látja-e értelmét a problémával való megküzdésnek. (Antonovsky 1987) Antonovsky (1987) e harmadik összetevőt tartja a leghangsúlyosabbnak.

¹² A szalutogenetikus megközelítéssel szinkronban az Ottawa Chartában (1986) megfogalmazott egészségfejlesztési koncepció az egészség feltételeinek megteremtését, az egészségessé tevő erőforrások felkutatását és fejlesztését, valamint a választási alternatívák bővítését tűzte ki célul.

¹³ Bár a szalutogenetikus koncepció Antonovsky nevéhez köthető, a nehéz körülmények ellenére történő életben-maradás kulcsát már 1947-ben Viktor Frankl is az élet értelmességébe vetett hitben, valamint a mindennapi események értelmessé váló megélésében látta, melyhez tapasztalatait koncentrációs táborokban szerezte. Antonovsky fogalomrendszerére emlékeztet Kobosa „keményen helytálló személyiség”-gel kapcsolatos teóriája valamint Bandura az „én-hatékonyság”-ot (self efficacy) leíró elmélete. (Konkoly 2008)

¹⁴ Ezzel a magyarázattal egybevágt Tahin Tamás és Jeges Sára vezetésével végzett követéses vizsgálat eredménye, mely alátámasztotta az egészségérték preferálása és az egészségtudatosság szoros kapcsolatát az egészségi állapottal. (Tahin és mtsai 200a)

¹⁵ A szalutogenetikus látásmód nem helyettesíti, csupán kiegészíti a patogenetikus megközelítést. (Varga 2005a)

¹⁶ A koherencia-élmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességén túl azt a bizonyosságot, hogy az egyén képes a változó körülmények között megfelelő erőforrásokat mobilizálni, s saját erőforrásai mellett külső segítségben is bízhat, erős „társadalmi tőkével” rendelkezik. (Skrabski és mtsai 2006)

egyénnek helye van a világban, mely kölcsönhatást jelent egyén és környezete között. Jelenti továbbá azt is, hogy az egyén irányítja életét, nincs kiszolgáltatva az őt érő hatásoknak, mert képes alakítani azokat. A harmónia, kiegyensúlyozottság, önmegvalósítás, közösségi védőháló, egyéni és kölcsönös felelősség megléte vagy hiánya más egyéb mellett a lelki egészséget, s a koherencia-élményt befolyásolja. (Varga 2005a) A megfelelő egészségmagatartás, az aktív megküzdés és a koherencia-érzés között pozitív irányú kapcsolat mutatható ki. (Hamvai–Pikó 2008) Az erős koherencia-érzettel rendelkezők egy stresszorzal való találkozás esetén kisebb valószínűséggel fognak maladaptív, egészségkárosító módon reagálni, pontosabban azonosítják a problémát, nagyobb valószínűséggel tekintik kihívásnak, s erőforrásaik mozgósításával oldják meg. Éppen ezért a koherencia-érzet alapvető egészségvédő faktor, így az egészség valid tényezőjének tekinthető. (Antonovsky 1996; Varga 2005b) A koherencia-érzés továbbá az életminőség egyik központi elemével, a szubjektív jól-léttel is kapcsolatot mutat, (Varga 2004) melyet a Hungarostudy 2002 vizsgálat eredményei is alátámasztanak.¹⁷

A mai modern egészségértelmezések integratív szemléletet tükröznek, melyben a természeti-társadalmi környezet, a rendelkezésre álló erőforrások mértéke, a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség, a sikerélmény valamint az elégedettség mind-mind az egészségi állapot meghatározói. Az egészség ezen megközelítés alapján folyamatként értelmezendő, mely alakítható, fejleszthető, s az egyén egész életén átível. (Szarvasné–Benkő 2006)

Neveléstudományi szempontból lényeges az a megközelítés, mely az egészséget olyan alapvető emberi értéknek tekinti, mely semmi mással nem helyettesíthető. A kompetencia alapú nevelés szellemében az egészség, az egészséges életmód, az emberi élet alapképességi követelménye, mely magában foglalja, hogy az egyes ember kész és képes-e az egészségével kapcsolatos elvárásoknak megfelelni. A kompetencia alapú egészségmodell egyik központi eleme a lelki egészségvédelem, melyhez kapcsolódik az egyén autonómiájára épített egészségpreventív ismeretrendszer. (Székely 2007)

¹⁷ A magas koherencia-érzet a WHO jól-lét, életminőség kérdőíve alapján ötször jobb életminőséggel jár együtt. (Skrabski és mtsai 2006)

3.2. Az intézményes közvetítés megjelenése

Az egyén egészségmagatartásának formálásában kiemelt jelentősége van a szocializációs színtereknek, melyek közül a család elsődlegessége mellett az oktatási intézmények játszanak kiemelt szerepet. Az iskolai egészségnevelés során közvetített egészség tartalmak a kor egészségmegőrzéssel kapcsolatos tudományos eredményeinek ismeretében a tanulók egészségmagatartását az egészségességre való törekvés irányába kívánják elmozdítani. Az iskolai egészségnevelés mindig is része volt az intézményes nevelésnek, azonban az egészségmegőrzéssel kapcsolatos ismeretek mindig alá voltak rendelve az adott korszak egészségről alkotott felfogásának, így az egészségnevelés tartalma folyamatos változáson ment keresztül. Az egészség tartalomban bekövetkező hangsúlyeltolódások, majd változások következtében az egészség fogalmának korábbi tudattartalmi, mely a test és a lélek, az ember és társai valamint az ember és környezete közötti harmónia jelentőségét tekintették elsődlegesnek, darabokra szakadtak, részekre estek szét, minek következtében az iskolai egészségnevelés korszakonként különböző tartalmakat közvetített. Ez a változás a magyar iskolarendszerben is nyomon követhető. (Meleg 2002)

A 16. századi protestáns nevelési gyakorlathoz kapcsolódó egészségnevelés a görög kalokagathia eszményét idézi, mely szerint az egyén nagymértékben felelős egészségi állapotáért, s legfőbb nevelési célként az egészséges testű és lelkű, szép és jó ember nevelését fogalmazta meg. (Meleg 2002) A természettudományok új eredményei jelentősen átalakították a középkori európai ember világképét, melynek következtében megváltozott az ember világhoz és saját testéhez való viszonya, s egyben megváltozott a korábbi embereszmény, s ezzel együtt a nevelés célja és tartalma. Megjelentek az egészséges életvitelről, helyes táplálkozásról szóló szövegek a latin nyelvű könyvekben, s a kor orvosi és a neveléssel kapcsolatos irodalmához hozzákapcsolódott az egészség fogalmának, továbbá az egészséges életvitel jellemzőinek leírása. Bár ezekben az írásokban az egészséget a test és a lélek harmóniájaként definiálták, mégis a napi, konkrét életvezetési tanácsokat kínáló munkák döntően a test egészségéről és edzéséről valamint gyógyításáról szóltak. Ennek

egyik jele, hogy már Apáczai Csere János fő művében¹⁸ is elsősorban a test edzéséhez, karbantartásához adott tanácsokat annak ellenére, hogy az egészséget ő is a test és a lélek harmóniájaként értelmezte.

A 18. században számos, az egészség fogalmával és megőrzésével foglalkozó könyv íródott, s megjelent az a társadalmi réteg, mely saját maga és gyermekei egészségére különös figyelmet fordított. Az I. Ratio Educationis-szal az iskolai tananyag része lett az egészséges életmódra nevelés, mely a rousseau-i harmonikus, teljességet megélt emberképhez kapcsolódott. A magyar iskoláztatás egészségértelmezésében a 19. század második fele jelentős változást eredményezett, amikor is az egészségnevelés tartalmában leginkább a testneveléssel és a közegészségüggyel kapcsolatos problémák jelentek meg, a lelki nevelés pedig ezzel párhuzamosan háttérbe szorult. (Meleg 2002) Az iskolaegészségügyet, ezen belül is az iskolai egészségnevelést Fodor József a higiéné olyan önálló, alkalmazott területének tekintette, mely együtt alkalmazta az orvosi, higiéniai és pedagógiai alapelveket az oktatási intézményekben. Úgy vélte, ennek irányítója az iskolaorvos, akinek feladata, hogy az egészségtan tanításán keresztül a felnövekvő generációk egészségmagatartását úgy alakítsa, hogy az az egészséges életmódra való törekvés irányába mutasson. (Kapronczay–Virágh 2001) Ennek eredményeképp a komplex egészségfelfogás helyére az egészségi állapot megőrzésére vonatkozó szabályok kerültek a középpontba, s az egészségnevelés megtanítandó tananyaggá vált. (Meleg 2002) A középiskolai képzésben az egészségtan mint önálló tárgy az 1885-ös tanévtől jelent meg. (Kéri 2000) A II. világháború után a hazai egészségnevelés leginkább a higiénés szabályok betartásáról, s a védőoltások beadatásáról szólt. Különböző szervezetek egymástól függetlenül, párhuzamosan végezték egészségnevelési tevékenységüket.¹⁹ Az egészségfogalom résztartalmaira esett szét, a lelki tartalmak pedig az intézményes nevelés során háttérbe szorultak. Az egészségnevelés nem törekedett a személyiség és a magatartás egészének befolyásolására, s leginkább az egészséget kedvezőtlenül befolyásoló szokásokkal kapcsolatos ismereteket hangsúlyozta. (Fábián 2000) Az intézményes egészségnevelés ismeretátadási folyamattá vált, az egészséges életmódra nevelés a testi

¹⁸ Magyar Encyclopaedia című művét 1655-ben nyomtatták ki, melyben az egészség megőrzéséről olvashatók írások. E könyvben található Apáczai az egészség fogalmáról és megőrzésének lehetőségeiről készített adatgyűjtésének eredményei. (Kéri 2007)

¹⁹ <http://www.oefi.hu/tortenet.htm> [2010. október 4.]

egészségre korlátozódott, s az egészségfogalom különböző elemei különböző tantárgyak (mint testnevelés, biológia, technika, osztályfőnöki) tematikájába, illetve tanórán kívüli szakköri tevékenységekbe ágyazva jelentek meg. (Meleg 2002) Az egészséggel, egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek közvetítése nem szolgálta azt a célt, hogy a különböző tantárgyak ismeretanyagába ágyazott tudáskészlet integrálódjon a gyermekek gondolkodásába, hatva ezáltal az egészséggel kapcsolatos döntéseikre. Ezt a problémát felismerve a 2004/05-tanévtől a Köznevelési Törvény²⁰ kötelezi az iskolákat a helyi adottságokra épülő tantárgyakon átívelő egészségnevelési program kidolgozására, mely kijelöli azokat a tartalmakat, melyeket az egészségnevelési tevékenység során a pedagógusoknak közvetítenie kell. A pedagógiai program részletesen szabályozza a művelődési tartalmat, azonban ennek megvalósulását az egészségnevelési program vonatkozásában több tényező befolyásolja. Ilyen tényezők lehetnek az adott intézményben dolgozó pedagógusok egészségről való gondolkodása, továbbá az iskolában működő látens szelekciós mechanizmusok, melyek akár felülírhatják a pedagógiai programban rögzített alapelveket, s így van, aki profitál, van, aki nem az iskolai egészségnevelésből.

3.3. Az iskola egészségfogalmának tartalma

A WHO (1946) definíciója az egészséget a teljes testi, lelki, szociális jólét állapotának tekinti, s nem csupán a betegség vagy nyomorékság hiányának. Ennek értelmében az iskolai egészségnevelés során az egészség mindhárom dimenzióját egyformán fontos hangsúlyozni, hiszen e három tényező dinamikus egyensúlya eredményezi az egészségességet. Bármelyik dimenzió háttérbe szorítása az egyensúly megbomlását idézheti elő. Az iskolai egészségnevelés legfőbb tartalmi elemeinek vizsgálatakor képet kapunk arról, hogy az egészség fogalmát hogyan értelmezi az iskola. Az 1993. évi LXXIX. köznevelésről szóló törvény Nemzeti Alaptanterv kiadásáról szóló rendelete az egészségnevelés ismereteit a természettudományos műveltségterülethez, ezen belül is elsősorban a biológia tantárgy tematikájába illesztette, mellyel tulajdonképpen megvalósíthatatlanná tette az egészségneveléssel szemben megfogalmazott elvárást, a multidiszciplináris szemléletet. (Benkő 2010) A testnevelési órák tematikája és gyakorlata,

²⁰ 2003. évi LXI. törvény: a köznevelésről szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról

a táplálkozással kapcsolatos kérdések²¹ beemelése a táplálkozás kérdéskörét érintő tantárgyak ismeretanyagába, valamint az egészségügyi szokásrendszer rendszerbe szerveződésének elősegítése az egészség fizikai összetevőit hangsúlyozza. Az egészségfogalom részét képezi továbbá az alkohol, a kábítószer, a dohányzás hatásainak és az egészségkárosító magatartásformák következményeinek ismerete. Ezen résztartalmak mindegyike hozzájárul az életmód formálásához, azonban önmagában egyik sem felel érte. (Meleg 2002) Összességében megállapítható, hogy az iskolai egészségnevelés során közvetített egészségtartalmak különböző tantárgyak tematikájába ágyazódnak be, melynek eredményeként az egészségről alkotott kép feldarabolódik, s a különböző résztartalmak nem kapcsolódnak össze, s így az egészségnevelés nem képes az egész személyiséget megérinteni. A tanulóknak ismereteik lesznek arról, mit kell, illetve mit nem kell tenni annak érdekében, hogy egészségüket megőrizzék, azonban ez az ismeret kevésnek bizonyul abban az esetben, ha nem alakul ki bennük egy belső kontroll arra nézve, hogy egészségük megőrzése érdekében előnyben részesítsék az egészséget támogató viselkedésformákat, s egyben visszautasítsák az egészségkárosító szokásokat. Ennek a belső kontrollnak a kialakítása csakis úgy lehetséges, ha figyelembe vesszük az egészség lelki dimenzióját, mely képes kapcsolatot teremteni az egészség különböző résztartalmi között. A lelki egészség jelenti egyrészt önmagunk elfogadásának képességét, a személyiség és az azonosságtudat életkornak megfelelő érettségét, valamint az eredményes megbirkózási képességet, érzelmi stabilitást, kreativitást, nyitottságot. (Kopp–Pikó 2006) Az egymástól független résztartalmak a lelki egészségtartalmakon keresztül összekapcsolódhatnak. Éppen ezért a lelki egészséggel kapcsolatos értékrendszer megismerése és fejlesztése különösen fontossá válik, hiszen ennek ismeretében tud az iskola valódi esélyt jelenteni a lelki egészségvédelemre. (Meleg 2006) Sajnos azonban a lelki egészséggel kapcsolatos ismeretek sok esetben nem jelennek meg az iskola egészségfogalmában, így tantárgyi megfelelőjük sincs. (Meleg 1999) A különböző tantárgyakon keresztül közvetített egészségtartalmak így az adott tantárgyhoz kapcsolódó tudásanyagot eredményeznek, melynek következtében az egészséggel kapcsolatos ismeretek nem szintetizálódnak, nem alkotnak egységes egészet.

²¹ Az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismereteken túl a különböző táplálkozási zavarokkal kapcsolatos ismeretek, mint bulímia, anorexia is ide tartoznak.

3.4. Az életminőség meghatározása

A 20. század második felében bekövetkező társadalmi változásokkal párhuzamosan nagymértékű gazdasági növekedésnek is szemtanúi lehettünk. A gazdasági növekedés indikátora az egy főre jutó GDP emelkedése, mely tükrözi az adott társadalom gazdasági szerkezetben elfoglalt pozícióján túl lakosainak jólétét is. (Andorka 2006:664–665) A gazdasági növekedés eredményeként jelentkező gazdasági fejlődés következtében a fejlett országok lakosainak életszínvonalában nagymértékű emelkedés volt tapasztalható. A kutatók ennek alapján joggal feltételezték, hogy az életszínvonal, azaz a jólét növekedése következtében az egyének elégedettebbek, boldogabbak lettek. Azonban a fejlettebb országokban, az életmódra vonatkozó mutatók épp arról győzték meg a kutatókat, hogy az emberek megelégedettsége és az adott ország anyagi kondíciója között nagyon laza az összefüggés. Ez a felismerés vezetett az életminőség fogalmának bevezetéséhez, s egyre gyakoribb használatához. Az életminőség fogalmának tisztázása az embert a középpontba helyező tudományos diskurzusok egyik kiemelkedő kérdésköre lett.

A lakosság életminőségének fejlesztése az 1970-es évekre a jóléti társadalmak elsődleges politikai törekvése lett. A kezdetben a közgazdaságtan által bevezetett, GDP-ben mért objektív életminőség mutató azonban kevésbé bizonyult megfelelőnek akkor, amikor a relatíve magasabb GDP-vel rendelkező társadalmakban az étellel való elégedettség alacsonyabb fokával találkoztak a kutatók. Megállapítást nyert, hogy az életkörülmény objektív mutatói önmagukban nem engednek következtetni az adott társadalom, csoport, illetve az egyén életminőségére. Ezzel együtt az életminőség nem tekinthető objektív állapotnak, hiszen a külső körülményeket az egyén saját értékrendszerén keresztül éli meg. Éppen ezért ahhoz, hogy az életminőségről átfogóbb, pontosabb képet tudjunk alkotni, szükséges az objektív mutatókon túl vizsgálnunk azt, hogy az egyén hogyan viszonyul ahhoz a környezethez, illetve mennyire elégedett azzal a helyzettel, melyet az objektivációk biztosítanak számára. A társadalmi jólét, illetve az életkörülmények leírása, s ezek időbeli nyomon követése a társadalmi indikátorok alkalmazásának elsődleges célja. (Vogel 1988; idézi: Bukodi 2001) Az étellel való elégedettség mérésére alkalmas mutatók segítségével megállapítható, hogy az objektív és szubjektív életminőség nincs szoros összefüggésben egymással. Az objektív életminőség mellett a fentiek alapján vizsgálatunk tárgya kell, hogy legyen a szubjektív életminőség is, hiszen a kettő egymást kiegészítve, erősítve, vagy éppen

gyengítve alkotja az életminőséget. Az életminőség értelmezése során koncentrálnunk a társadalmi szintű és/vagy az embert a középpontba helyező pszichológiai összefüggésekre is. (Ágoston 2007:4–5)

Az életminőség-kutatások legkorábbi megközelítése szerint az életminőség objektív mutatókkal vizsgálható. Objektív mutatónak tekinthető minden olyan adat, mely külső megfigyelő által mérhető. (Szabó 2003a, 2003b) Az objektív indikátorok kutatása elsősorban a svéd modellhez köthető, mely szerint az életkörülményekkel való elégedettség szintje, vagyis a szubjektív mutató kritika tárgyát képezi. A társadalmi indikátorokat közlétező svéd kiadványokban ennek megfelelően a „jól-lét”-et demográfiai mutatók, társadalmi osztálydimenziók mentén elemzik, vizsgálják a társadalmilag veszélyeztetett csoportokat, továbbá a régiók, településtípusok hatását sem hagyják figyelmen kívül. (Bukodi 2001) Az objektív életminőség a társadalom egyenlőtlenségi viszonyaihoz kapcsolódik, s az egyén társadalmi státuszával szoros összefüggést mutat.²² A Kolosi Tamás 1981–1982. évi vizsgálata alapján feltérképezett életkörülmény-mutatókat²³ elemezve megállapítható, hogy a társadalmi státuszt meghatározó dimenziók közül a kultúra dimenziója több mint 50%-ban meghatározza a társadalmi egyenlőtlenségi rendszerben elfoglalt helyet, továbbá a gondolkodásmódon keresztül befolyásolja a többi életkörülmény-mutatót is. (Kolosi 1984) Ugyanezen időszakban a francia oktatási rendszert elemző kutatásainak konklúziójaként Bourdieu arra a következtetésre jutott, hogy a modern korban az emberek közötti társadalmi különbségek a szimbolikus tőkékkel, kiemelten az inkorporált kulturális tőkével való rendelkezésből vezethetők le. (Bourdieu 1978)

Az európai társadalomkutatásban egészen az 1970-es évekig kizárólag ezeket objektív mutatókat használták a kutatók az egyes társadalmak életminőségének a bemutatásához. A hetvenes években azonban a kutatók felismerve azt, hogy önmagukban a materiális javak objektív mérése nem fejezi ki egy társadalom tagjainak „jól-létét”, a szubjektív mutatókat is vizsgálatuk tárgyává kezdték tenni.²⁴ (Hegedűs 2001) Diener (1995) definíciója alapján: „a szubjektív életminőség nem más, mint az, ahogyan az

²² Társadalmi státuson az egyén tartósan elfoglalt pozícióját értjük a társadalom hierarchikus rendszerében, mely kijelöli az egyén számára elérhető gazdasági és kulturális javakat egyaránt. (Csigó 2007)

²³ Kolosi által feltárt mutatók az érdekérvényesítő képesség, a fogyasztás, a lakáskörülmények, a lakóterület, a foglalkozásszerkezetben elfoglalt hely, az anyagi viszonyok valamint a kultúra.

²⁴ Az Egyesült Államokban már korábban, a II. világháborút követően foglalkoztak a kutatók a jól-lét szubjektív mutatóival.

emberek értékelik saját életüket; ez magába foglalja a boldogságot, az étellel való elégedettséget, a kellemes érzéseket valamint a kellemetlen hangulatok és érzelmek relatív hiányát”. A szubjektív mutatókat előnyben részesítő életminőség-kutatások elsősorban azt hangsúlyozták, hogy a szubjektív mutatók többet mondanak az objektív mutatóknál, mivel önmagukban képesek jellemezni az adott társadalom jólétét, életminőségét. Szubjektívnek tekintendők azok a kérdések, melyekre egyénenként eltérő válaszok adhatók. (Szabó 2003a, 2003b) Ezen kérdések közé sorolandók az étellel való kognitív elégedettségre vonatkozó indikátorok, melyek közül a család egy főre eső jövedelme kiemelt szerepet tölt be, valamint az affektív boldogságra vonatkozó kérdések, ahol a jövedelmi szint már nem meghatározó, ellenben előtérbe kerül az iskolai végzettség és a lakóhely szerepe. (Varga 2004) A szubjektív társadalmi indikátorok jelentőségéről a kutatók különbözőképpen vélekednek. Horn (1993) szerint a szubjektív mutatók azonosnak tekinthetők a közvetett mutatókkal, mivel a szubjektív értékelések csak helyettes mutatói a társadalmi jelenségeknek. E véleménynek ellentmondó álláspontot képvisel Veenhoven (1988), aki az élet egészével való elégedettséget az általános jólét vagy életminőség indikátoraként értelmezi. A harmadik álláspont szerint az életminőség objektív és szubjektív összetevőket egyaránt tartalmaz, s az ezeket mérő indikátorok egymást kiegészítik. Ahhoz, hogy egy adott társadalom állapotáról reális képet tudjunk alkotni, mindkettő mérése szükséges. (Hegedűs 2001)

A szubjektív mutatók három nagy csoportra különíthetők el (Hegedűs 2001):

- Az első csoportot mindazok a személyes véleményeken alapuló mutatók alkotják, melyek közvetett módon ugyan mérhetik a társadalmi jólétet, de nem kifejezetten arra irányulnak. Ebbe a csoportba tartozik a szubjektív társadalmi státus.
- A második csoportban azok a mutatók kapnak helyet, amelyek a személyes vagy társadalmi jólét az egyén által nyújtott közvetlen – tudatos vagy érzelmi – értékelésén alapulnak. Ide sorolhatók a jóléttel kapcsolatba hozható érzésekre irányuló kérdések.
- A szubjektív mutatók harmadik csoportja az egyén saját vagy társadalma helyzetének szubjektív felmérésén túl helyzetének minősítésére is irányul. Ide sorolhatók az egyén elégedettségére és boldogságára irányuló mutatók, melyek

kétfélek lehetnek. Egyrészt magára az egyénre, másrészt pedig a társadalom egészére vonatkoztatott szubjektív mutatók.

Más csoportosítási szempont a szubjektív indikátorok irányultsága, ami azt fejezi ki, hogy a kérdezett személy önmagára vagy a társadalom egészére vonatkoztatja észleléseit. (Eckersley 2000) Az egyén fizikai és mentális egészsége, a személyiség típusa a szubjektív jólét társadalmon belüli alakulásának magyarázó tényezői között szerepelnek. Cummins, Veenhoven és Diener kutatásai alapján egybehangzóan kijelenthető, hogy az objektív és a szubjektív életminőség nem mutat szoros kapcsolatot. (Hegedűs 2001) A szubjektív életminőséggel elsősorban a szociológia, az egészségtudomány, illetve a pszichológia kutatói foglalkoznak. (Ágoston 2007:4–5)

Az életminőség fogalmának operacionalizálásakor világossá vált, hogy az életminőségnek, azaz a jól-létnek objektív és szubjektív oldala egyaránt nélkülözhetetlen. (Utasi 2002:71–73) Az objektív, illetve a szubjektív életminőséget ezért egyaránt szükséges vizsgálni azon kutatók szerint, akik úgy vélik, egy adott társadalom életminősége akkor ismerhető meg igazán, ha az objektív és a szubjektív mutatókat, egymást kiegészítve használjuk. Ezen álláspont képviselői szerint a jól-létnek mind objektív, mind pedig szubjektív összetevői is vannak, s ezek együttes mérése ad teljes képet egy társadalomról. (Szabó 2003a, 2003b) Allardt modelljében az életminőség az emberek három alapvető szükségletével hozható kapcsolatba, melyek közül az első a birtoklást fejezi ki (having). A jól-lét „birtoklási” dimenziója az anyagi javak megfelelő színvonalát jelenti, mely biztosítja az egyén számára az alapvető fiziológiás szükségletek kielégítéséhez szükséges forrásokat. A társas kapcsolatok iránti szükségletet kifejező dimenzió a szeretet (loving), a saját élet értelméről, céljáról, hasznosságáról való meggyőződés, az önmegvalósítás iránti szükséglet pedig a létezés (being) dimenziójában vizsgálható. Az anyagi dimenziót életszínvonalnak, a szeretet és a létezés dimenzióját pedig az élet minőségének nevezte Allardt. (Andorka 2006:664–665) Ezen dimenziók minőségének a szubjektív életminőségre gyakorolt hatása mérhető.

3.4.1. Az életminőség kutatása

Az életminőség vizsgálatakor elsősorban arra a kérdésre keressük a választ, hogy az egyes emberek objektív helyzete milyen összefüggést mutat a helyzetükről kialakított

értékeléssel. Az életminőség kutatások elsődleges célja a társadalom jól-létének egységes elvek szerinti megértése és a beavatkozás megtervezése, hogy az eredmények birtokában a politikai döntéshozatalban fő szempontként jelenjen meg a közösségek jól-létének, életminőségének javítása. Az életminőség mérése során alkalmazott multidimenzionális indexek mellett a boldogság-kutatás arról nyújt információt, hogy melyik utat kellene választani a „nagyobb boldogság” eléréséhez.²⁵ Az életminőség-kutatás a politikai döntéshozók mellett az egyént is segítheti döntései meghozatalában. (Veenhoven 2007) Veenhoven (2007) álláspontja szerint azonban a jelenlegi életminőség kutatások túl nagy hangsúlyt fektetnek az életkörülményekre, mint pl. társadalmi osztály, s kevésbé hangsúlyozzák az egyén választási alternatíváit. A kutatások zöme az összefüggéseket vizsgálja, nem pedig az egyedi hatásokat. Problémát jelent továbbá, hogy a különböző embereket kevésbé különböztetik meg egymástól, pedig ez szükséges lenne ahhoz, hogy a kutatások eredményeinek birtokában testreszabott tanácsot lehessen adni. Az életminőség megközelítések, s ezzel együtt az új trendek megjelölésének összefoglalása történt meg a „21st Century Sociology” című kötetben, melyben az életminőség kutatásokkal kapcsolatosan feltárt problémák ismeretében Veenhoven a 21. századi életminőség kutatások számára kijelöli a feladatot. (Veenhoven 2007)

3.4.2. *Tudományos nézőpontok*

Az életminőség elsősorban szociológiai fogalom, mely McDowell és Newell (1987) értelmezésében az anyagi körülményekkel kapcsolatos érzésekre vonatkozik. A szociológia szemszögéből vizsgálódó életminőség-kutatások – az objektív tényezők figyelembe vétele mellett – elsősorban az étellel való elégedettségre, boldogságra vonatkozó kérdésekkel kívánnak képet alkotni az egyén és a társadalom életminőségéről. (Pauwlik–Margitics 2008) Az objektív társadalmi-gazdasági és demográfiai indikátorokat háttértényezőként kezelve a szubjektív mutatókat tekintik az életminőség valódi mutatójának. (Kopp 2006) Az életminőségbe e megközelítés szerint beletartoznak a különböző társadalmi összetevők mellett a gazdasági, kulturális, környezeti tényezők és az egészségi állapot. (Kopp–Pikó 2006) Társadalmi összetevőkön értjük azokat a kapcsolatokat, melyek az egyén kapcsolati

²⁵ Napjainkban a boldogságot előtérbe helyező utilitáriánus ideológia egyre nagyobb teret nyer, ennél fogva nő az érdeklődés a kutatási eredmények iránt. (Veenhoven 2007)

tőkét megjelenítve biztosítják a társadalomba való integrációt. A kapcsolati tőke, mely egyben a társadalmi tőke alapját is képezi, társadalmi támaszt, társadalmi segítséget nyújtva különböző erőforrásokat tesz elérhetővé az egyén számára. A társadalmi támogatást nyújtó kapcsolatok az egyén személyes kapcsolathálóját alkotva megerősítik az identitástudatot, valamint viselkedési mintát kínálva befolyásolják a benne élők elégedettség- és boldogságérzetét. Ennek értelmében elmondható, hogy a társadalmi valamint a kapcsolati tőke mértéke és nagysága mind az egyéni, mind a társadalmi jól-lét lényeges mutatója. (Szabó 2003a, 2003b) Keyes (2002) álláspontja szerint a társadalomtudományoknak, s ezen belül a szociológiának egyik legfontosabb célkitűzése, hogy a jól működő közösségek, kapcsolathálókat sajátosságainak vizsgálatával feltárja a társadalmi védőfaktorokat, továbbá azokat a személyiségbeli erősségeket, melyek a szociális jól-lét magalapozását segítik elő. (idézi: Hamvai–Pikó 2008)

Az életminőség pszichológiai megközelítésének háttérében a Martin Seligman, Csikszentmihályi Mihály és Ed Diener munkássága során kibontakozó pozitív pszichológiai irányzat²⁶ áll, mely a korábbi pszichopatológiai szemlélettel szemben²⁷ a vizsgálat középpontjába a pozitív életminőség fogalmát helyezi. A jól-lét, az egyéni önmegvalósítás és az ezeket elősegítő feltételek tanulmányozását a pozitív pszichológia kiemelt kutatási területének tartja. (Hamvai–Pikó 2008) Az aristotelesi boldogságfelfogás²⁸ a pszichológiai életminőség egyik kiinduló eleme. Martin Seligman írásaiban ez úgy jelenik meg, hogy az életminőséget egyenesen a boldogsággal azonosítja. Megkülönbözteti a boldogság három szintjét, ahol az első szint az élvezet szintjét jelenti. Jelentős befolyása van az élvezetnek a pozitív életminőségre, azonban önmagában az öröm, a vidámság nem azonosítható a boldogsággal. A második szint vonatkozik a bevonódásra, az elkötelezettségre, s arra, hogy az egyén magas szintű élményt él át a feladat teljesítése közben. Ezt az élményt nevezi Csikszentmihályi (1997) „flow élmény”-nek, vagyis áramlatnak. (idézi: Kopp 2006:2) A boldogság harmadik szintje az élet értelmének megragadásával áll összefüggésben, mely megfeleltethető egyrészt az arisztotelészi

²⁶ A pozitív pszichológia szemléletében megjelenik a tudás, a fejlődés önmagáért való öröme, az önkezdemenyézte aktivitások fontossága, valamint a kíváncsiság szerepe. Az egyéneket aktív döntéshozóknak tekintve az élet vetületeit hangsúlyozza. (Hamvai–Pikó 2008)

²⁷ A pszichopatológiai vizsgálatot preferáló szemlélet a tüneteket és a panaszokat helyezi a vizsgálat középpontjába.

²⁸ Ennek értelmében a boldogság nem egy állapotot jelent, hanem aktivitást.

boldogságdefiníciónak, másrészt az Antonovsky nevéhez kapcsolódó szalutogenetikus egészségfelfogásnak, melyben az egyén egészsége, életminősége függ attól, hogy milyen mértékű koherencia-érzettel rendelkezik. (Kopp 2006) Az életminőség pszichés dimenziója így a koherencia-érzet egyik legfontosabb mutatója. A szubjektív jól-lét és az egyéni aspirációk, mint a személyiség dinamikus jellemzői közötti kapcsolat keresése szintén a pszichológiai életminőség kutatások egyik központi kérdése. (Pawlik–Margitics 2008)

Az egyén társadalmi kapcsolatainak és környezethez fűződő viszonya valamint pszichés állapota mellett a fizikai egészség is fontos indikátora az életminőségnek, melyek együttesen az egészséggel összefüggő életminőséget²⁹ írják le. (Ágoston 2007:4–5) Az életminőségről alkotott tudásunkat leginkább az egészségközpontú kutatások („health related quality of life”) eredményei gazdagítják. (Szabó 2003a, 2003b) Az egészségtudomány az egészség és az életminőség összefüggéseit igyekszik feltárni, hangsúlyozva, hogy a kettő bár nem ugyanazt jelenti, jelentéstartalmuk hasonló. (Kopp 2006) Mindkettő dinamikus egyensúlyt feltételez az ember testi, lelki, társadalmi és szociális helyzetében. (Szabó 2003a, 2003b) Az életminőség mint szubjektív egészségi állapot jelenik meg, mutatói pedig az egyén, illetve a lakosság testi, lelki, szociális jól-létét írják le. (Susánszky–Szántó 2003) A lakosság egészségi állapotáról képet nyújtó objektív mutatók ennek megfelelően nem adnak megfelelő információt magáról az életminőségről. A születéskor várható átlagos élettartamon, a funkcionális státuson túl az egészséggel összefüggő életminőséghez hozzátartozik az, hogy az egyén hogyan értékeli és mennyire elégedett jelenlegi funkcióival ahhoz képest, hogy mit tart ideálisnak. (Kopp–Pikó 2006) Tulajdonképpen ez a megközelítés vezet el bennünket az önminősített egészséghez is.

Bár az életminőség vizsgálatára irányuló kutatások egymással párhuzamosan történnek a pszichológia, a szociológia és az egészségtudományok területén, a kutatók gyakorlatilag nem építenek egymás eredményeire, melynek következtében az életminőség tartalma részekre hullik. Ahhoz, hogy magáról az életminőségről egységes, koherens képet kapjunk, szükséges a különböző diszciplínák életminőség-értelmezéseit közös értelmezési keretbe helyezni, melynek eredményeként lehetséges az életminőség megragadása,

²⁹ Az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata az egészségi állapot önbecslésével valósítható meg. Európai összehasonlításban a magyarok igen rossz helyen állnak, hiszen míg nálunk 50% alatti az életminőségüket jónak vagy kiválónak értékelők aránya, addig Svájcban, Írországból ez az arány 80% feletti. (Kopp–Skrabski 2009)

definiálása. Ezt a szemléletet tükrözi a magatartástudományi gondolkodás, melynek elsődleges küldetése az interdiszciplinaritás és a rendszerszemlélet. Az életminőség fogalmának megközelítése e modell értelmében a pszichológia, a szociológia és az egészségtudomány eredményeinek szintetizálásával történik. (Kopp 2006) Jelen dolgozat az életminőség értelmezését ebbe a magatartástudományi, interdiszciplináris keretbe kívánja belehelyezni, hiszen az iskola és az életminőség kapcsolatának vizsgálatakor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a fenti diszciplínák egyikének látásmódját, eredményeit sem. Az iskola kapcsolatok sűrű hálójával átszőtt tér, melyben a kapcsolatok identitáserősítők, a társak referenciacsoportokat jelentenek. Ezek a kapcsolatok kiemelkedő szerepet töltenek be a diákok, de különösen a serdülők életében, hiszen önmaguk megtalálásában, elfogadásában, útkeresésükben elsősorban kortársaikra támaszkodnak. Az oktatási intézmények továbbá olyan színteret jelentenek a felnövekvő generációk számára, melyek viselkedési mintákat, értékeket, normákat közvetítve magatartásformálóak, hozzájárulva ezzel a személyiség formálódásához. A magatartásirányítás során a mintát közvetítőknek fontos felismerniük, hogy tevékenységük kétélű fegyverként hozzájárulhat a tanulók fejlesztésén keresztül életminőségük javításához, de akár ellenkező hatást kiváltva életminőségük rombolásához is. Ezért szükséges azoknak a tényezőknek a feltárása, melyek a tanítási-tanulási folyamat során a tanulók személyiségfejlődésére hatva pozitív életminőséget eredményeznek.

3.4.3. Az életminőség életkor szerinti meghatározottsága

A szubjektív életminőséggel kapcsolatos kutatások első szakaszában elsősorban demográfiai dimenziók mentén meghatározott csoportok boldogságának mértékét jellemezték és hasonlították össze, azonban az életkor mint önálló magyarázó erővel bíró tényező, nem szerepelt a független változók között. Az életkor és a szubjektív életminőség kapcsolatára vonatkozóan a kutatások eredményei különböző álláspontokat támasztottak alá. Az adaptációs elmélet képviselői – Veenhoven, Diener, Erhardt – a szubjektív életminőség viszonylagos állandóságát hangsúlyozzák, mely szerint a személyiség jellemzői és a gének határozzák meg elsősorban a szubjektív életminőséget, a változó életkörülmények hatása pedig a gyors és teljes adaptáció következtében csupán átmeneti. Vizsgálataikban a bevont személyek a szubjektív életminőség nagy időbeli stabilitásáról

számoltak be. A másik nézet képviselője Easterlin, aki szerint létezik ugyan adaptáció a változó életkörülményekhez, életeseményekhez, azonban ez nem mindig teljes. Kutatásai alapján a boldogság mértéke 18 és 45 éves kor között enyhén emelkedik, majd csökkenni kezd. (Murinkó 2007) Murinkó (2007) hazai vizsgálata a társadalmi-demográfiai háttérváltozók, a társas kapcsolatok, az értékrend, továbbá a pozitív és negatív életesemények kontrollálása mellett is jelentős különbséget tártak fel az eltérő életkorú egyének szubjektív életminősége között. Eredményei alapján negatív kapcsolat mutatható ki a szubjektív életminőség és az életkor között.³⁰

A serdülőkor mint önálló életszakasz elismerése következtében a serdülők szubjektív jól-létét elemző vizsgálatok napjainkban egyre inkább előtérbe kerülnek. (Hamvai–Pikó 2009) A serdülőkori jól-lét mibenlétét feltáró kutatások egy része a serdülők lelki jól-létét állítja középpontba, melyek elsődleges célja a serdülőkori pszichés problémák felismerése alapján prevenció programok kidolgozásának elősegítése. (Gonzales és mtsai 2007) A kutatások másik csoportja a serdülők szubjektív jól-létét befolyásoló tényezők közül elsősorban a társas kapcsolatok hatását vizsgálja, ezen belül is a család és az iskola szerepét emeli ki. Mind a család, mind az iskola olyan szocializációs színtér, ahol a serdülő szubjektív jól-létét pozitívan befolyásoló, vagy az ellen ható tényezők egyaránt hangsúlyt kaphatnak. A társas kapcsolatok jelentősége, továbbá a társas támogatás mértéke³¹ serdülőkorban nem elhanyagolható, hiszen a megfelelő társas élet hozzájárul a serdülő elégedettség-érzésének, ezáltal szubjektív jól-létének növekedéséhez. A serdülőkori kapcsolatok strukturális átrendeződésének eredményeképp a serdülő egyre inkább kortársai felé fordul, azonban a szülői kapcsolat továbbra is meghatározó marad. A kortársak, s a családtagok mellett kiemelt jelentőséggel bírnak a pedagógusok, akiknek támogatása a tanulási motivációt növelve, pozitív hatással van a szubjektív jól-lét egyik fajtájára, a reményre. (Hamvai–Pikó 2009) Hamvai és Pikó (2009) eredményei alátámasztják, hogy minden változó, mely a szülői támogatással kapcsolatos, jelentősen befolyásolja a serdülők étellel való elégedettségét. A szülők életfelfogásának tisztelete, értékrendjük elfogadása az egyéni jól-lét elengedhetetlen feltétele. Az iskolával kapcsolatos változók közül a jó

³⁰ Lelkes (2002) eredményei alapján a posztoszocialista magyar társadalom jellegzetességének tekinthető, hogy a szubjektív életminőség életkori különbségei nemzetközi összehasonlításban is kimagaslóan nagyok. (idézi: Murinkó 2007)

³¹ Mind a családtagok, mind mások társas támogatása az étellel való elégedettség biztos előrejelzője serdülőkorban. (Hamvai–Pikó 2009)

iskolai eredmény, és az iskolai elégedettség magyarázza leginkább a serdülők étellel való elégedettségét. A vizsgálat eredményeinek egyik érdekessége, hogy a problémák pedagógusokkal való megbeszélése nem befolyásolja a serdülők jól-létét.³² A kutatás rámutatott továbbá arra, hogy nincs hatással az étellel való megelégedettségre a közös érdeklődésű barátok száma, továbbá a baráti támogatás kevésbé hat a pszichológiai jól-lét egyéni különbségeire.³³

³² A kutatók megjegyzik, hogy fontos lenne annak tisztázása, vajon mi ennek az oka, hiszen a megfelelő iskolai légkör, a pedagógusokkal való közvetlen viszony pozitívan befolyásolja a gyermek érdeklődését, iskolai teljesítményét, mely a fentiek alapján kapcsolatban van a szubjektív életminőséggel.

³³ Megjegyzendő, hogy a kutatás a barátok számára kérdezett rá, s nem tárta fel a baráti kapcsolatok minőségi jellemzőit.

4. Egészségfejlesztés és jövődő életminőség: interdiszciplináris megközelítés

4.1. Szalutogenetikus problémamegfogalmazás

A szalutogenetikus szemléletmód által inspirált „egészségközpontú” empirikus vizsgálatok egyértelművé tették, hogy a koherencia-érzet egészségvédő tényezőnek tekinthető, mely az egyén belső erőforrását biztosítva egészségprevenzív magatartásformák kialakulását segíti elő, s ezzel együtt egészségmegtartó hatással bír. (Brassai–Pikó 2010) A szalutogenetikus megközelítés a természettudományi paradigmaváltás mellett az egészség kérdéskörének új társadalomtudományi modelljét vázolta fel. Az egészség mibenlétének feltárása a társadalomtudományi gondolkodásban az egészségessé tevő erőforrásokra, a koherencia-érzésre, s annak összetevőire irányította a figyelmet, mely a beavatkozás típusait alapvetően megváltoztatta. A rizikómérséklés, az aktív adaptáció és az erőforrások fejlesztése vált hangsúlyossá. (Meleg 2006) Az iskola az egészséges életmódra nevelésen túl a mintaadás, s érték közvetítés révén befolyásolja a gyermek szemléletét, értékrendszerét, viselkedését, hozzájárulva ezzel ahhoz, hogy egészségesebb felnőtté nevelje tanulóit. (Nagy 2005) Az iskola által közvetített értékek, szokások közül az egészséges életvitel kialakításának szempontjából különösen fontos, hogy az egészség, mint érték, s ezzel együtt az egészséget támogató értékek hogyan jelennek meg a pedagógiai programban, s miként transzformálódnak nevelési feladattá. A koherencia-élményen alapuló egészségfelfogás értelmében, a szocializációs folyamat során interiorizált közös értékek, gondolkodás és viselkedés módok, valamint a nevelés során átadott speciális ismeretek azok, melyek az egyénre jellemző koherencia-érzet kialakulásáért felelősek. A sikeres szocializáció eredménye az egyén és társadalom közötti összhang, a koherencia, mely a testi és lelki egészségi állapot megőrzésének fontos előrejelzője. (Skrabski és mtsai 2006) Antonovsky (1987) úgy véli, a koherencia-érzet nagyrészt az élet első két évtizedében fejlődik, ezt követően pedig megszilárdul, s a harmadik évtized vége felé jelentős mértékben már nem változik. Éppen ezért az iskolának, mint a gyermek szocializációjában fontos szerepet betöltő intézménynek a jelentősége kiemelkedő, mivel a

koherencia-érzet alakításán keresztül hozzájárulhat ahhoz, hogy egészségesebb felnőttekké nevelje tanulóit. (Petóné–Harjárné 2010)

4.2. Az iskola mint egészségfejlesztő erőforrás (szervezeti sajátosságok és társas erőtér)

Az oktatási intézmények belső világa olyan sajátos társadalmi, illetve társas erőtérként értelmezhető, mely alapvetően befolyásolhatja a tanulók iskolai és felnőttkori életútját. (Golnhofer 2006) Szervezetnek tekinthető az iskola, mivel az intézmény, illetve a benne dolgozók közös cél érdekében tevékenykednek, mely cél elérését az iskola tagjai, a tanárok és tanulók közötti munka- és felelősség-megosztás teszi lehetővé. (Ollé 2006) Az iskolának mint szervezetnek a megismerése, megértése több tudományterület nézőpontjának az együttes figyelembe vételével lehetséges. A szociológiai, pszichológiai, szervezetszociológiai, szervezetpszichológiai kutatások mellett az iskolák belső világa iránt növekvő érdeklődés tapasztalható a neveléstudományi kutatók részéről is. Az iskola szervezeti jellemzői különböznek a társadalom más szervezeteitől. Tetten érhető ez a különbözőség az iskola strukturális elrendeződésében és az egyes szintek közötti mozgás vonatkozásában. Az iskola szerkezetét képező szintek egymásra épülnek, s meghatározott rendben és időtartamban követik egymást. Ez a sorrendiség az idő normatív hatásaként értelmezhető, s ebből kiindulva az iskola mint szervezet az idő értelmezési keretében vizsgálható. (Meleg 2006)

Az oktatási intézmények vizsgálhatók úgy is, mint az emberek által létrehozott és elképzeléseik alapján fenntartott szervezetek. (Beare és mtsai 1998:189) E megközelítés értelmében az iskolák belső világa elsősorban az iskolák szervezeti kultúrájához kapcsolódóan jelenik meg. Maga a szervezeti kultúra sokféleképpen definiálható. Greenfield (1975) értelmezése szerint a szervezeteket, s ennek megfelelően az oktatási intézményeket különböző emberek különféle kapcsolatokkal, értékekkel, érzésekkel alkotják. Az iskolák belső világát ennek megfelelően befolyásolja a szervezet tagjai közötti értékazonosság és különbség. Éppen ezért a szervezetek megismerése kapcsán elsősorban annak megértésére kell törekedni, hogy a szervezet tagjai hogyan értelmezik azt a világot, amelyben dolgoznak (idézi: Golnhofer 2006:45). A szervezeteknek ezen megközelítése felerősítette azokat a törekvéseket, melyekben a szervezetek mint egyedi kultúrák

értelmezendők. Kovács (2002) értelmezése szerint „a szervezeti kultúra értékek, attitűdök, szokások, hiedelmek, vélekedések összetett (akár belső ellentmondásokat is tartalmazó) rendszere, amely a megfigyelő számára különböző (felszíni, látható és rejtett, közvetett) szinteken tapasztalható meg.” (Kovács 2002:31) A nyolcvanas évek elejétől a szervezeti kultúrának ezen megközelítését az oktatási intézményekre is széles körben kezdték alkalmazni. Az iskola világára vonatkoztatva a szervezeti kultúra többretegű jelenség, mely tartalmazza a szervezet tagjai által preferált filozófiát, azokat az utakat, módokat, ahogyan a szervezeti filozófiák mindennapi gyakorlattá válnak, az iskola működésében érdekeltek értékeit, normáit, a személyközi kapcsolatok sajátosságait, az iskolában élő legendákat, történeteket valamint látható és láthatatlan megnyilvánulásokat. Az iskola szervezeti kultúrája nem választható el az adott társadalom kultúrájától, értékeitől, normáitól, viselkedésmintáitól. (Golnhofer 2006:45)

Az iskola szervezeti légköre az iskola belső sajátosságait foglalja magába, mely elsősorban a tanulók és a pedagógusok által észlelt szociálpszichológiai dimenziók mentén tárható fel.³⁴ A szervezeti légkör kifejezés magába foglalja a tanterem és az iskola világát valamint a tanítási-tanulási folyamatban résztvevők észleleteit. (Yassur 2001) Az iskola mint szervezet kultúrájával szabályozza a résztvevők viselkedését, alakítja magatartásukat. A különböző szociokulturális háttérrel rendelkező tanulók és tanáraik teremtik meg az iskola belső környezetét, melyben az egészségérték a szervezeti kultúra részévé is válhat vagy éppen ellenkezőleg. Ennek megfelelően az iskola belső világa pozitív és negatív vonatkozásban is szerepet játszhat a jövőbeli életminőség formálásában.

Az iskola nyitott és zárt szervezet is egyben, ahol a benne tevékenykedők interakciói nagymértékben hozzájárulnak az iskola belső világának formálódásához,

³⁴ Ebben a megközelítésben a „szervezeti légkör” vizsgálata összefügg a „rejtett tanterv” vizsgálatával, hiszen mind a szervezeti légkör, mind pedig a „rejtett tanterv” szociálpszichológiai dimenziók mentén tárható fel. A „rejtett tanterv” – bár jelenléte egyidős az iskolarendszerű oktatással – elnevezés Snyder 1971-ben megjelent könyvéből származik, magára a jelenségre azonban már korábban, Dewey munkájában történt utalás. Hazai vizsgálata Szabó László Tamás nevéhez fűződik, aki 1977/78-ban néhány már elvégzett pedagógiai vizsgálat eredményeit próbálta az implicit tantervvel összefüggésbe hozni. Írásaiban elemezte a „rejtett tanterv” és a korai szocializáció valamint a másodlagos szelekció kapcsolatát, s azt, hogy a társadalom által kijelölt pedagógiai célok miként jelennek meg az iskola látens mechanizmusaiiban. Vizsgálatainak legfőbb konklúziójaként kiemeli az iskolai tanulás szociális erőterének jelentőségét, s azt, hogy éppoly fontosak a tanulás társas és társadalmi tényezői, mint a tanítási-tanulási folyamatban közvetített tartalmak. Eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy az oktató- és a nevelőmunka közötti szakadék miatt az oktatástól nevelési szempontból kevés elvárás fogalmazódik meg, a nevelés pedig a művelődési tartalomtól függetlenül létezik az iskolában. (Szabó 1988)

melyhez társul az iskolát érintő külső történésekre való reagálás. A környezeti hatásokra való reflektálás következtében az iskola nyílt rendszernek tekinthető, azonban nem hagyható figyelmen kívül, hogy eme reflexiók nem függetleníthetők az iskola belső folyamataitól. (Meleg 2006) Éppen ezért az iskola szervezeti mechanizmusainak vizsgálatakor elengedhetetlen az iskolával kapcsolatos külső elvárásoknak a bemutatása, valamint hatásainak elemzése is. (Ollé 2006)

4.3. Az iskolai egészségneveléssel, egészségmegőrzéssel, és egészségfejlesztéssel kapcsolatos programok, koncepciók

Az egészségnevelés, az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés kifejezések nem csupán terminológiai, hanem tartalmi különbségeket is hordoznak,³⁵ s leginkább az egészségfogalom elméleteivel állnak kapcsolatban. Annak ellenére, hogy nem tekinthetők egymás szinonimáinak, a neveléstudományi gondolkodás mégis felváltva használja őket ugyanannak a tevékenységnek a leírására. Úgy vélem, mindhárom kifejezés használata helyesnek tekinthető, hiszen a pedagógiai tevékenység során nevelési célként fogalmazódik meg a személyiség optimális fejlesztésének elősegítése, a kulturáltság kialakítása, melynek egyik eleme az egészségkultúra. A deklaráltan megfogalmazódó nevelési, egészségnevelési cél így egyben kijelöli a személyiség fejlesztésének, ezzel együtt az egészség fejlesztésének irányát is. Az egészségnevelés és egészségfejlesztés azonossága vagy különbözősége körüli értelmezési viták háttérben ideológiai különbségek bújnak meg. Az egészség a népegészségügyi szakemberek számára azokon a tényezőkön keresztül javítható, melyek kialakulásához, fenntartásához, vagy épp romlásához vezetnek. A Lalonde-riport

³⁵ Megjegyzendő, hogy az iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos publikációk némelyike az egészségmegőrzés, és az egészségfejlesztés kifejezést azonos jelentéstartalommal ruházza fel. Nagy (2005) tanulmányában úgy fogalmaz, hogy „az egészségfejlesztés vagy egészségmegőrzés (health promotion) fogalmát Marc Lalonde, kanadai egészségügyi miniszter használta először”. Más megközelítésben e két kifejezés mind szemantikailag, mind tartalmában mást közvetít. Az egészségmegőrzés angol megfelelője a „health maintenance”, mely elsősorban az egészség megtartására vonatkozik, s az egészség biomedikális, betegség központú megközelítését tükrözi. (Kósa 2010) Grossman (1972) egészségtőke modelljének értelmében az egészség megtartására vonatkozó jelentéstartalom kiegészül azzal, hogy az egészségmegőrzés tulajdonképpen egy élethosszig tartó befektetési tevékenység. Az egészségfejlesztés, „health promotion” az egészség megtartásán, megőrzésén túl fokozza az egyén kontrollját az egészsége felett, valamint olyan magatartásformák kialakítását segíti elő, melyek hozzájárulnak az egyén egészségének a tökéletesítéséhez. Az egészségfejlesztés kifejezés magában foglalja mind az egészséges, mind pedig a beteg egyének folyamatos támogatását. (Pikó 2002) Meleg (2006) a neveléstudományi szakirodalomban az „egészségnevelés” terminológiáját használja, beleértve mind az egészségmegőrzést, mind az egészségnevelést, mind az egészségmagatartásra szocializálódás iskolai folyamatát.

megjelenéséig általánosan elterjedt volt az a nézet, hogy az egészség kialakulásában és fenntartásában az a tudás játszik döntő szerepet, mellyel az egyének rendelkeznek az egészség különböző aspektusait tekintve. Ezt tükrözi, hogy az egészségnevelés mint módszer elsődleges feladata az egészséggel kapcsolatos tudás kialakítása volt. (Kósa 2010) Az egészségnevelés megjelenése a 19. századra tehető, amikor a városi intézkedések elsődleges célja a járványok megfékezése volt. Elsősorban ismeretközlést, információnyújtást jelentett az egészséggel kapcsolatos ismeretekről, különböző betegségek megelőzéséről. Az egészségnevelési tevékenység hosszú ideig az orvosláshoz kapcsolódott, s abból indult ki, hogy az egyén felelősséget érez egészségi állapotáért, s a kockázati tényezőkről való megfelelő ismeretek birtokában képes lemondani az egészségkárosító tevékenységről. A korszerű egészségnevelés ezzel szemben egészség- és cselekvésorientált tevékenység, mely alkalmas arra, hogy segítséget nyújtson ahhoz, hogy az emberek tervszerűen, közösségi, vagy egyéni döntések alapján tudjanak egészségükről gondoskodni. Készségeket fejleszt, életmód változtatásra ösztönöz meggyőzéssel, illetve a tömegkommunikáció különböző eszközeivel. (Nagy 2005)

A jóléti államok egyik legfontosabb célkitűzése lett állampolgárai életminőségének javítása, mely az egészséggel összefüggő életminőség vonatkozásában a modern medicinának köszönhetően meg is valósult. Az orvostudomány eredményeinek köszönhetően az emberek hosszabb várható élettartammal számolhatnak, azonban ez a megnövekedett életkor nem jár automatikusan együtt a jobb egészségi állapottal. Az egészséggel összefüggő életminőség javításához a társadalmi szerepvállaláson és az egészségügyi ellátáson túl az egyénre is igen nagy felelősség hárul, hiszen életmódjával nagymértékben befolyásolhatja egészségi állapotának alakulását. Ezt a felismerést fogalmazta meg az Ottawa Charta (1986), mely azóta az egészségfejlesztés alap dokumentuma lett. Az egészségfejlesztő gondolkodás a Lalonde-riportban megfogalmazottak alapján az egészségügyi ellátás keretein túllépve az egészséget helyezi előtérbe, s abból indul ki, hogy a legfőbb halálokok mögött a környezeti hatások és az egyén életmódja valamint viselkedése áll. (Nagy 2005) Azért tekinthető rendkívüli jelentőségűnek, mert először tette nyilvánvalóvá, hogy az egészségügyre fordított kiadások növelésével (mint pl. a kórházi ágyak, a műszerezettség stb.) nem jár együtt az életminőség emelkedése. A társadalmi felelősség ezen a ponton abban nyilvánul meg, hogy mennyire

biztosítja állampolgárai számára azt az intézményi hozzáférést, mely hozzásegíti az egyént olyan magatartásformák kialakításához, mellyel egészségét megőrizheti, fejlesztheti. Az Ottawa Charta értelmében az egészségfejlesztés olyan folyamat, „amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jól-lét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza vágyait, szükségleteit, és környezetével változzon, vagy alkalmazkodjon ahhoz.” (WHO 1986:9) Ennek értelmében az egészségügyi ágazat szerepvállalásán túl, a lakosság egészségének, s ezzel együtt életminőségének fejlesztése össztársadalmi összefogást kíván meg. Az egészségfejlesztés 21. századi prioritásait a Dzsakartai nyilatkozat (1997) határozta meg, melyek közül az iskolai egészségfejlesztés szempontjából kiemelendő „a közösségi kapacitások fejlesztése és az egyén megerősítése”. Az egészségfejlesztés tágabb értelemben szociális tanulásként is értelmezhető, melyhez a szocializáció különböző intézményei, a család és az iskola különbözőképpen járulnak hozzá. (Meleg 2005)

Az egészségfejlesztéssel kapcsolatos modellek különböző utakat kínálnak az oktatási intézmények számára egészségfejlesztési céljaik megvalósításához. A Beattie-modellben az iskola mint közösségi színtér jelenik meg, ahol a meggyőzésen, felvilágosításon, személyes tanácsadáson túl a közösség fejlesztése elengedhetetlen. A Caplan–Holland modell az egészségfejlesztést két dimenzió mentén írja le, melyek közül az egyik az ismeretek dimenzióját jelöli, a másik pedig a társadalom szabályozottságától a radikális változások társadalmáig húzódik. A French–Adams modell az egészségfejlesztési tevékenységet három fázisban írja le, ahol az első fázis a viselkedésváltozási fázis, melynek célja az életmód-változtatás, a második az egyén öntevékenysége, a harmadik pedig az akciók fázisa, melyben a társadalmi és környezeti változások elérése a cél. A Tones-modell értelmében az egészségnevelésnek tervszerűnek és tudatosnak kell lennie, amely öntevékeny közösségek révén befolyásolja a közérdeket. (Nagy 2005) Az iskolai egészségfejlesztés tervezésekor a fenti modellek ismeretében szükséges figyelembe venni az adott iskola nevelési céljait és lehetőségeit, s ennek megfelelően végezni az egészségnevelési tevékenységet, mely akkor tud igazán hatékony lenni, ha az iskola sajátos arculatát meghatározó jellemzők és az egészségnevelési program jól illeszkednek egymáshoz. Ehhez elengedhetetlen az iskola mint szervezet sajátosságainak a feltárása,

mivel az adott iskola légköre, a benne tevékenykedők kapcsolatrendszerének sajátossága szoros kapcsolatban áll az életminőségben döntő szerepet játszó önértékelt egészséggel. (Meleg 2000)

4.4. Egy-szemponitú modellek

Az egészségnevelés egy-szemponitú modelljeinek közös jellemzője, hogy az egészségnevelési tevékenység során az egészségnek csupán az egyik összetevőjére fókuszál. A hazánkban széles körben ismert és alkalmazott programok (DADA,³⁶ CHEF) egy része elsősorban a rizikómagatartás mérséklését tűzi ki célul.

A DADA Program az Országos Rendőr-főkapitányság által folytatott és menedzselte általános iskolás korosztályon belül a 3–4. valamint a 7–8. osztálynak szóló komplex megelőzési program, mely elsődlegesen a veszélyhelyzetek felismerésére, elemzésére és a döntési készség elsajátítására tanítja a gyerekeket. Célja az egészséges, biztonságos és jogkövető életmódra nevelés. A DADA Program szisztematikusan felépített tananyagával, pedagógiai módszereivel az iskolai szervezett oktatás színterén valósítja meg céljait, mely az egészséges, drogmentes, dönteni képes, saját biztonságáért felelősséget vállaló gyermeki személyiség kialakulásának elősegítése.³⁷

A CHEF speciális egészségmagatartást alakító amerikai program, melynek elsődleges célja a drog³⁸- és alkoholfogyasztást elutasító személyiség fejlesztése. A program feltevése az, hogy a drogok fogyasztása, illetve nem fogyasztása egyéni döntésen alapul, mely döntéshozásban az információk mellett érzelmek, értékek és attitűdök valamint viselkedési módok is szerepet játszanak. Az információnyújtás mellett a program a döntéshozás kialakítására helyezi a hangsúlyt. Fontos része a programnak a megfelelő önértékelés és a pozitív énkép kialakításának elősegítése, mivel ezek hozzájárulnak a helyes döntésekhez és elkerülhetővé teszik a drogfogyasztást.³⁹

Bár mindkét program hangsúlyosnak tekinti a hatékony személyiségfejlesztést is, ezen programok tematikáiban azon képességek kibontakoztatása és megtanítottatása válik

³⁶ Dohányzás, Alkohol, Drog, AIDS

³⁷ <http://www.dada-orfk.hu/bemu.htm> [2010. július 29.]

³⁸ A program drog alatt nem csupán az illegitim szereket érti, hanem az elfogadott szerhasználatot is (alkohol, dohányzás valamint pszichoaktív gyógyszerek).

³⁹ <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:un25KaroefoJ:www.kollegium-bbogl.sulinet.hu/Drog/prevenci%C3%B3B3/jobbraCHEFprg.htm+chef+program&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu> [2010. július 29.]

hangsúlyossá, melyekkel az egyén nem tud mondani a különböző egészségkárosító magatartásformákra. Más szempontokat helyeznek előtérbe azok az egészségnevelési programok, melyek nem a rizikómagatartás elutasítását helyezik az egészségnevelési tevékenység középpontjába, hanem az egészség megőrzését elősegítő életmódbeli tényezőket hangsúlyozzák. Ezek között a programok között található többek között az Országos Egészségfejlesztési Intézet életmód programja,⁴⁰ mely elsősorban a táplálkozásra, testedzésre, a nemek egészséggel összefüggő társadalmi esélyegyenlőségére koncentrál, valamint a „Nutrikid Program”,⁴¹ melynek elsődleges célja, hogy az „egészséges táplálkozás” témakör oktatásához segítséget nyújtson a 10–12 éves korosztályt oktató pedagógusok számára.

Az egészségnevelés egy-szemponitú modelljeit összességében úgy értékelhetjük, hogy ezekben a programokban a teljes személyiségfejlesztés nem valósul meg.

4.5. Több-szemponitú modellek

Az egészségnevelés több-szemponitú modelljei közül a „Healthy Schools” elnevezésű program a legismertebb, mely az egészség mindhárom összetevőjét egyaránt hangsúlyosnak tartva tervezi meg egészségnevelési tevékenységét. Az „Egészséges iskolák” elnevezésű program elindulását az 1990-ben rendezett „Oktatást Mindenkinek” elnevezésű konferencián elhangzó, az iskolai egészségnevelés helyzetét világméretű összehasonlításban elemző előadás inspirálta. Az előadás az egészségnevelés fontosságának hangsúlyozása mellett megfogalmazta, hogy olyan iskolai akciótervek kidolgozása szükséges, melyek segítik az iskolák egészségfejlesztő intézményekké történő átalakulását, támogatják a családon és a helyi közösségen belüli tudatos egészségnevelési tevékenységek elterjedését, valamint lehetőséget biztosítanak a pedagógusok számára az egészségnevelés oktatásához szükséges ismeretek elsajátítására. Az Európai Bizottság, az Európa Tanács és az Egészségügyi Világszervezet „Egészséges városok” színtérprogramjának mintájára létrehozta az „Egészségesebb Iskolák Európai Hálózatát”, melynek elsődleges célja, hogy az egészség életvezetés értéként jelenjen meg a fiatalok gondolkodásában. A programhoz csatlakozó iskolák vállalják, hogy egészséges társadalmi intézményi színtérként

⁴⁰ <http://www.oefi.hu/taplalk.htm> [2012. március 15.]

⁴¹ http://www1.nestle.hu/nutrikid/felnotteknek_program.aspx [2012. március 15.]

folyamatosan fejlesztik környezetüket mindennapi tevékenységük során. Az egészséges iskola az egészségnevelési, egészségfejlesztési programok megvalósítása és az egészségbarát iskolai környezet kialakítása érdekében bevonja a folyamatba az egészségügyi ágazat szakembereit, tanárokat, diákokat, szülőket és a közösség vezetőit. A szomatikus egészség megőrzésének elősegítése mellett segítséget nyújt azoknak a szokásoknak, cselekvési formáknak a megtanulásához, gyakorlásához, amelyek a lelki jólét fenntartását szolgálják. A lelki egészség megőrzésének egyik elengedhetetlen pillére a megfelelő szoci higiéniés magatartás, mely a társas kapcsolatok kialakítását segítik. (Simonyi 2004) E programhoz szorosan kapcsolódik a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet által működtetett „EGÉSZsésés Élet”⁴² komplex egészségmegőrző program, mely az 5–8. osztályosok számára nyújt ismereteket az egészséges táplálkozásról, a környezetről, a személyes higiéniéről, a családi életéről és kapcsolatokról, az alkoholoról, dohányzásról és a kábítószerrel való visszaélésről az „EGÉSZsésés Élet” tantárgy keretein belül. (Felvinczi 2007) Bár a program elnevezésében a komplex jelző azt sugallja, hogy az egészség különböző dimenziói egyformán hangsúlyosak, a lelki egészségre vonatkozó tartalmak hiányoznak a felsorolásból.

A komplex egészségfogalomra és a személyiségfejlesztésben rejlő erőforrásokra építő, a Soros Alapítvány által kezdeményezett és támogatott „Egészségvirág iskolai egészségfejlesztési program” legfőbb értéke a programban részt vevők egészségfejlesztéssel kapcsolatos kompetenciáinak, készségeinek fejlesztése. A program alap gondolata, hogy minden pedagógusnak, szakjától függetlenül a korszerű, pozitív egészségfogalom szellemében kellene végeznie pedagógiai tevékenységét. Ennek elengedhetetlen feltétele, hogy a korszerű egészségfejlesztés szemlélete már a pedagógusképzés időszakában is jelen legyen a felsőfokú intézményekben. (Kulin 2007) Úgy vélem, ez a modell közelebb vihet a tantárgyakon átívelő egészségnevelési programok megvalósulásához.

Az iskola helyi adottságaira, helyi szükségleteire reflektáló program a „Közösségi szintér program”, melynek elsődleges célja egy iskolához vagy bármely más közösséghez tartozók aktív részvételére építve az egészségi állapot megőrzése illetve javítása az életminőségre ható tényezők változtatásán keresztül. A program az adott iskolát, közösséget

⁴² <http://www.oefi.hu/ipb.pdf> [2012. február 26.]

érintő konkrét problémákra kínál megoldást, mellyel a tanulók, s az iskolában tevékenykedők testi, lelki és szociális jól-létét szolgálja azzal, hogy e problémák megoldása során a közösségre épít, önbizalmat ad, s egyben cselekvési lehetőséget biztosít. A közösségi szintér program komplex megközelítést alkalmaz, mely során az egészséget az életminőség felől közelíti meg. Az egészségnek nem csupán a fizikai összetevőire koncentrál, hanem a közösség erejére építve a közösséghez tartozók életminőségét is befolyásolja. Éppen a közösség szerepének hangsúlyozása miatt a program egyik legfontosabb eleme és módszere a közösségfejlesztés. (Füzesi–Tistyán 2004b)

4.6. Egész-ség program: az iskola egészét érintő komplex, interdiszciplináris szervezetfejlesztés

Az egészség szempontjából lényeges feltételeket a különböző közösségek, intézmények, szervezetek határozzák meg, így ezek fontosságának felismerése alapvető az egészségfejlesztés szempontjából. (Füzesi–Lampek 2007:75–79; Füzesi és mtsai 2011) Az egészségfejlesztés maga is szervezeti változást igényel. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés vonatkozásában fontos szintér az iskola, ahol az ott dolgozóknak felelőssége, hogy egy egészségfejlesztő életvilág kialakulását segítsék elő. Lényeges, hogy az iskola mint szervezet céljai, és az egészségfejlesztés céljai átfedésben legyenek egymással. (Grossmann–Scala 2004:18)

Mivel az iskola a személyiségfejlődés, a gondolkodásmódok és a különböző értékek elsajátítása szempontjából, valamint az egészséget megőrző, vagy éppen veszélyeztető magatartásmódok kialakulása szempontjából kiemelt jelentőségű fejlődési periódusban lévő populáció elérését lehetővé tevő szintér, az iskolának mint szervezetnek az egészségre gyakorolt hatása nem elhanyagolható. (Paksi és mtsai 2004) Különösen fontos ezt szem előtt tartanunk annak ismeretében, hogy tudjuk, a serdülőket körülvevő társas erőtér véleményformáló szerepe befolyásolja egészségmagatartásukat. Az oktatási intézményekben létrejövő természetes és mesterséges közösségek olyan színteret jelentenek, ahol lehetőség nyílik a tudatos közösségnevelésre. Ezek a közösségek tanulható szerepeket kínálnak, viselkedésmintákat nyújtanak, s folyamatos visszajelzéseik révén segítenek a tanulók önismeretének felépítésében. Az iskola mint elsődleges intézményes szocializációs szintér, a tananyag közvetítésével tudatosan és latensen értékrendet is

közvetít, s egyben közösségi élményt is biztosít. Ez a közösségi lét a diák számára terápiás jelentőségű is lehet, hiszen a csapatban megélt valahová tartozás érzése, az elfogadás megélése megtartó erejű. Így a fiatalok életét alapvetően meghatározó iskolai közösségek védelmet jelentenek a lelki egészséget veszélyeztető külső hatásokkal szemben. (Fodor 2001) Ellenben a megoldatlan kapcsolatrendszeri zavarok, a konfliktuskezelési problémák, a lelki élet kiegyensúlyozatlansága, előre jelzik a serdülőkori rizikómagatartást, s különböző pótcselekvések – mint pl. dohányzás, alkohol, drog – felé sodorhatják az iskolásokat. Éppen ezért a lelki egészség védelmének és megőrzésének az iskolai egészségnevelésben is helyet kell kapnia. Különösen fontos ezt hangsúlyozni annak ismeretében, hogy az életminőség szempontjából a lelki harmónián alapuló önértékelt egészség jelenti a döntő faktort. (Meleg 2000) Ezt szem előtt tartva fogalmazódott meg az iskola egészét érintő komplex, mentálhigiénére alapozott interdiszciplináris szervezetfejlesztés szükségessége. A mentálhigiénés szempontoknak prioritást adó iskolai szervezetfejlesztés az iskolai szervezet magatartásirányító erejére építve határozza meg az egészségnevelés iskolai rendszerét. (Meleg 2001, 2006) E program elsődleges célja, hogy az iskola valamennyi résztvevőjét érintse (pedagógusok, diákok, szülők), az iskola valamennyi viszonyrendszerét átszője. Ezen komplex hatás következtében valósulhat csak meg a teljes személyiségformálás. A lelki egészségvédelmet kiemelő Egészség elnevezésű iskolai szervezetfejlesztő program a magatartásformálás és a szervezetfejlesztés összekapcsolásával az egészségmagatartás intézményes befolyásolását tűzte célul. A szervezetfejlesztésen keresztül történő egészségneveléssel az egészséges választások irányába történő elmozdulás befolyásolhatóvá vált. (Meleg 2009)

A program sikere ellenére e koncepció eredményességének felismerése az egészségnevelési prioritásokat meghatározók részéről még várat magára, s így e modell ez idáig nem válhatott általánosan elterjedté a közoktatásban. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy egyáltalán nem alkalmazzák az egészségfejlesztési gyakorlatban, csupán nem rendelkezünk róla megfelelő információval. Úgy tűnik, a mentálhigiénés szempontokat előnyben részesítő szervezetfejlesztés hatékonyságában rejlő lehetőségeket a versenyszféra is felismerte. A munkahelyi stressz kezeléséhez kapcsolódó egészségfejlesztést az Országos Egészségfejlesztési Intézet szakmai koordinálásával 2004–2005 során Balogh és Kiss az érintett szervezet fejlesztésén keresztül valósította meg. (Balogh–Kiss 2007)

5. Módszerek

*„Látni, amit mindenki lát, s
arra gondolni, amire senki”*

(Szent-Györgyi Albert)

5.1. Módszertani dilemmák

Vizsgálatom tervezésekor az egyik fő szempont az volt, hogy kutatásom során megtaláljam azokat a metodikai lehetőségeket, amelyek alapján választott módszereim kölcsönösen támogatják és egyben erősítik egymást. Az általam elemezni kívánt kérdéskör olyan területet érint, amely kvantitatív technikák felhasználásával teljes mélységében nem tárható fel. Az alkalmazás korlátai a kvantitatív szemlélet⁴³ jellemzőiből fakadnak. A kvantitatív kutatások kritikájaként megfogalmazódik, hogy az egyedi jelenségek számszerűsített, „kódolt” statisztikai adatok halmazaként jelennek meg, melyekből érvényesnek tűnő általánosítások, trendek rajzolódnak ki. Rejtve maradnak azonban a jelenségek azon fontos aspektusai, melyek az egyén szempontjából személyes jelentőségűek, s éppen a társadalmi folyamatokat alkotó kapcsolatrendszerek lényegét adják. (Falus–Ollé 2008) Ezek a különböző társadalmi folyamatok, és a bennük megjelenő összetett és változékony jelenségvilág az uralkodó pozitivistá metodológiát képviselő irányzat mellett más kutatás-módszertani megközelítést igényelnek. Ebben az összefüggésrendszerben a világ nem csupán oksági összefüggésláncok mentén írható le, az emberi jelenségek magyarázatához társulnia kell a megértés mozzanatának is. Ez az ismeretelméleti elgondolás az alapja annak az interpretatív paradigmának, mely a kvalitatív módszerek előretöréséhez vezetett.⁴⁴ (Szabolcs 2001) Így érthető, hogy a társadalmi

⁴³ A pozitivistá irányzatot képviselő kvantitatív kutatások elsődleges célja a valóság mások számára is hasznos objektív és értékes feltárása az előzetesen megfogalmazott hipotézisek tesztelésével, valamint az ok-okozati összefüggések feltárásával. A pozitivistá gondolkodók szerint a valóság kézzelfogható, mérhető, önállóan tanulmányozható, s ennek következtében megismerhető, így a világ jelenségei megmagyarázhatók. A megismerési folyamat során az objektivitás növelése érdekében a mennyiségi módszereket részesítik előnyben. A kvantitatív kutatásoknak az előre megfogalmazott elméletek adják a kiindulási alapját. A kvantifikálás a kontextustól független általánosításokat eredményez. (Falus 1993)

⁴⁴ Ismertek azonban az eltérő álláspontot képviselő társadalomkutatók elméleti vitái, melyek főbb metodológiai kérdése a kutatások objektivitása, érvényessége és megbízhatósága. A szakmai viták eredményeként megjelenik az a törekvés, mely egy olyan kvalitatív kritériumkatalógus kidolgozásához és

valóság feltárásában és értelmezésében egyre nagyobb helyet követelő kvalitatív kutatási módszerek az utóbbi néhány évben a hazai neveléstudományi kutatásokban is megjelentek. (Sántha Kálmán 2007b) A disszertáció alapját képező kutatási probléma vonatkozásában a kvantitatív megközelítés kritikájával részben egyetértve, a kutatásmetodikai szakirodalom eredményeinek és kutatási tapasztalatainak feltárása vezetett el azon komplex módszertani megközelítéshez, mely a vizsgálni kívánt problémakör több-szempon­tú elemzését tette lehetővé számomra. Kutatási kérdéseim megválaszolásához ezért kvalitatív és kvantitatív módszereket egyaránt alkalmaztam, mivel úgy gondolom, egyrészt a kvalitatív és a kvantitatív eljárások egymást igen jól kiegészítik, valamint e két módszertani csoport együttes alkalmazása, mint trianguláció⁴⁵ módszerkombinációs modell közelebb vihet kérdéseim megválaszolásához. E megközelítés előnye, hogy a kutatás egészéről összetettebb képet kapva szélesebb körben jelenik meg a vizsgált probléma, a hasonló eredmények pedig támogatják kutatásom érvényességét. Ezt felismerve döntöttem a módszerkombináció használata mellett.

A módszerkombináció használata – különös tekintettel a West Balkánban történt tragédia kapcsán íratott fogalmazások – és a témával kapcsolatos rendelkezésre álló reprezentatív vizsgálatok valamint kutatásom feltáró⁴⁶ jellege miatt a mintavétel során nem törekedtem a reprezentativitására, s viszonylag alacsony elemszámú mintával dolgoztam. Ebből adódóan az adatelemzés során feltárt összefüggések, következtetések korlátozott érvényességűek, s elsősorban arra alkalmasak, hogy egy differenciáltabb vizsgálat számára kijelöljék a lehetséges irányokat.

5.2. A választott módszer relevanciája

Számos, a fiatalok egészségmagatartásának feltárására irányuló kutatás látott napvilágot az elmúlt években, melyek közül témám szempontjából a négyévente végzett,

folyamatos fejlesztéséhez vezet, melynek következtében a kvalitatív elemzések is tudományos elismertséget kapnak. (Sántha 2007a)

⁴⁵ A trianguláció a kvalitatív és a kvantitatív technikák módszerkombinációja révén kialakított önálló módszertani modell. (Sántha 2007b)

⁴⁶ A feltáró, vagy felderítő vizsgálat más szemszögből közelíti meg a vizsgált témát. Hiányossága, hogy nem minden esetben ad kielégítő választ a kutatási kérdésekre, s a válaszok csupán eligazítanak, hogy mely módszerrel kaphatunk megfelelő választ. A feltáró vizsgálatokból nyert válaszok éppen ezért csak ritkán véglegesek, s a kutatásba bevont emberek nem feltétlenül tipikusak a populációra nézve, így ezek a vizsgálatok általában nem reprezentatívak. (Babbie 2001:106–107)

iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló HBSC kutatás, a szintén 4 évenként megismételt középiskolások dohányzását, alkohol- és egyéb drogfogyasztását feltáró ESPAD⁴⁷ vizsgálatok és az ifjúságkutatások tekinthetők a megfelelő forrásnak. Ezek többsége kvantitatív kutatási módszereket alkalmazott, az egészségmagatartás indikátorait statisztikai adatokkal támasztotta alá. Igen kevés kutatás vállalkozott azonban arra, hogy az egészségmagatartás mélyebb összefüggéseinek feltárásához kvalitatív eszközökhöz is nyúljon. A kvantitatív vizsgálatok sajátossága, hogy az egyedi megnyilvánulások rejtve maradnak, ezért a kutató nem is képes mélységeiben feltárni a vizsgált jelenséget, csupán tendenciákat jelez. A kvalitatív technika azonban az egyéni perspektívák feltárásával mélyebb összefüggések megismeréséhez vezetheti a kutatót, mely hozzájárul a megfigyelt jelenség árnyaltabb értelmezéséhez. (Meleg 2006:93) A kvalitatív technika alkalmazásának másik oka, hogy a fentebb említett iskoláskorúak, fiatalok egészségmagatartásának jellemzőit feltáró kutatások elsősorban az életmód látható paraméterét, nevezetesen az életvitelt ragadják meg, nem vizsgálják azonban az életvitel háttérében rejlő feltételeket, lehetőségeket, szükségleteket, indítékokat, melyek az életvitellel együtt az életmód felszíni, látható jelenségei mögött rejlő mélyebb okokat jelenítik meg.

A módszerkombinációs megközelítés hozadéka lehet éppen ezért a fiatalok egészségmagatartásának kvantitatív eszközökkel történő feltárásán túl az egészséggel kapcsolatos értékattitűdnek, az egészséges/egésztelen választás motivációjának és a gondolkodási struktúrának a megismerése is, melyben kvalitatív eszközök alkalmazása segítheti a kutatót.

5.3. A kutatás folyamata, eszközei

Kutatásom lebonyolítása két szakaszban történt. Az első szakaszban 2010 őszén a kutatásba bevont középiskolákban az iskolaigazgatók által kijelölt 11. évfolyamos

⁴⁷ Az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 1995-ben indult azzal a céllal, hogy a fiatalok fogyasztási szokásairól rendszeresen ismétlődő és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön. A program legfontosabb hosszú távú célja, a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások mérése, az országonként eltérő trendek összehasonlítása. Ez a hosszú távú elemzés lehetővé teszi, hogy a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat közvetlenül a rendszerváltást követő időszakról, immár másfél évtizeden át nyomon kövessék. Az évtizeden átnyúló kutatássorozat választ adhat arra a kérdésre, hogy mennyire romló a tendencia, amely Magyarországon és a többi rendszerváltó országban egyaránt megfigyelhető a fiatalok fogyasztási szokásaiban.

osztályokban osztályfőnöki órák keretében⁴⁸ került sor az adatfelvételre. Az adatfelvétel a kutatásban résztvevő tanulók előzetes tájékoztatása után a PTE ETK Kaposvári Képzési Központ nappali tagozatos védőnő szakos hallgatóinak közreműködésével írásbeli kikérdezéssel történt, melyhez a kérdőíves technikát alkalmaztam. Az adatfelvételt a hallgatók személyesen bonyolították le, így az adatok hitelessége biztosított, a válaszok őszintesége pedig feltételezhető, mivel egyrészt a válaszadókat biztosítottuk az anonimitásról, másrészt pedig a kérdőívek kitöltése során az iskola tanára vagy alkalmazottja nem volt jelen.

A kutatási folyamat közben, 2011 januárjában a West Balkán szórakozóhelyen három középiskolás fiatal életét vesztette, mely sajnálatos tragédia inspirált arra, hogy átgondoljam, vajon mennyiben járulhat hozzá eredeti kutatási kérdéseim megválaszolásához az érintett korosztály egészségmagatartással kapcsolatos azon attitűdje, melyet az esemény következtében fogalmaz meg. E tragikus esemény számomra lehetővé tette, hogy egy új módszertani elem segítségével kutatási kérdéseimet még több szempontból tudjam értelmezni, hiszen a szabadidő eltöltésének módja szerves része az egészségmagatartásnak nem csupán abban a vonatkozásban, hogy milyen tevékenységgel töltik szabadidejüket a serdülők, hanem abban a vonatkozásban is, hogy ehhez a tevékenységhez milyen „kellékek”-re van szükségük ahhoz, hogy jól tudják érezni magukat. A különböző „kihágások”, alkalmankénti alkohol-, illetve drogfogyasztás, dohányzás ebben az életkorban épp ezekhez a szabadidős tevékenységekhez kapcsolódnak a kortárshatás eredményeként. A kutatás második, a disszertáció előzetes kutatási tervében nem szereplő szakaszára így 2011 januárjában került sor, amikor a szórakozóhelyen történt eseményeket követően arra kértem a kutatásba bevont középiskolásokat, szabadon fogalmazzák meg gondolataikat a történekről, s ennek kapcsán gondolják át, hogy mi jellemzi a mai tizenévesek világát. Ugyan a dolgozat gerincét jelentő vizsgálattal a fogalmazások csak lazább kapcsolatban állnak, valójában hozzátesznek annak anyagához, árnyalják, színesítik a benne foglaltakat, s az elsődleges adatfelvétel során nyert információknak mintegy tükröt mutatnak. A West Balkánban történt eseményre való utalás csupán gondolatébresztő volt, arra szolgált, hogy a vizsgálatba bevont személyek

⁴⁸ Kivételt képeztek ez alól az Arany János Tehetséggondozó Program tanulói, mivel velük az adatfelvétel a Klebelsberg Kunó Középiskolai Kollégiumban történt. A program résztvevői számára kötelező a kollégium.

egészségmagatartáshoz kötődő értékorientációit, gondolatait egy számukra ismert szituáción keresztül közös mederbe tereljem (1. sz. melléklet). Úgy véltem, ezek a fogalmazások tükrözik majd azt a valóságot, mely a kérdőíves megkérdezés eredményeinek kizárólagos vizsgálatakor nem látható: a tizenévesek szórakozási szokásainak megismerésén keresztül rávilágítanak azokra a motívumokra, melyek az egészséges választást lehetővé téve az egészségkárosító magatartásformák visszaszorítását eredményezhetik.

5.4. Az elsődleges adatfelvétel eszközéül szolgáló kérdőív szerkezete

Az elsődleges adatfelvétel során a trianguláció megvalósulását szolgálta, hogy a kérdések összeállításakor törekedtem a kvantitatív és a kvalitatív kérdéstípusok optimális ötvözésére. Ennek eredményeképp a főbb kérdéscsoportokon belüli alkérdésekkel és a különböző véleményekkel való egyetértés mértékének kifejezésére szolgáló állításokkal együtt összesen 90 zárt és 14 nyílt kérdésből álló kérdéssort szerkesztettem, mely standardizált kérdőívekből átvett elemeket is tartalmazott (2. sz. melléklet). A kérdések sorrendjének meghatározásánál a tartalmi szempontokat tartottam irányadónak. A válaszok hitelességéről való meggyőződéseim érdekében a főbb tartalmi egységekhez kötődően kontrollkérdéseket is szerepeltettem. A kvantitatív elemzést olyan kérdéscsoportok mentén végeztem, mely lehetővé tette eredményeim összehasonlítását más vizsgálatok eredményeivel.

A kérdések első csoportját a szociodemográfiai paraméterek képezték, melyek segítségével feltérképeztem a válaszadók nemét, szüleik legmagasabb iskolai végzettségét, családi hátterét, szubjektív anyagi helyzetét.

A szubjektív életminőség vizsgálatához először az önminősített egészségi állapotról, majd az anticipált, 25 év múlva várható egészségi állapotról kérdeztem a serdülőket. Veenhoven a szubjektív életminőség szinonimájának tekinti mind a boldogságot, mind az étellel való elégedettséget (Veenhoven 1988, 1996a, 1996b), így a szubjektív jól-lét indikátorainak meghatározásához álláspontja szerint az „Összességében mennyire elégedett az életével?” kérdés is elegendő (Veenhoven–Kalmijn 2005), melyet a kérdőívben szerepeltettem. Más megközelítésben a szubjektív életminőség magába foglalja a boldogságot, az étellel való elégedettséget, a kellemes és kellemetlen érzéseket (Horn

1993), mely meghatározás azt sugallja, hogy a boldogság és az étellel való elégedettség jelentésértartalma különbözik, ezért vizsgálatomban a szubjektív jól-lét feltárásához a boldogság-érzetre is kitértem. A HBSC kutatások analógiájára mindezt kiegészítettem azzal, hogy egy létra legfelső fokát a „lehető legjobb élet”, legalsó fokát pedig a „lehető legrosszabb élet” szimbólumként használva el kellett helyezniük magukat a tanulóknak a létra megfelelő fokán. A tanulók szubjektív jól-létéről így skálák segítségével tájékozódhattam. Úgy véltem azonban, hogy ezek a skálák csupán jelzik azt, hogy inkább jó, vagy inkább rossz szubjektív életminőséggel rendelkeznek a válaszadók, azonban nem szolgáltatnak kellő információt arról, hogy vajon milyen szempontok mentén értékelik életüket inkább jónak vagy rossznak. Ezért nyitott kérdéseket fogalmaztam meg, melyek segítségével a „lehető legjobb élet” kifejezéssel kapcsolatos szempontokat kívántam feltárni.

Az egészségmagatartás jellemzőit a HBSC kutatás kérdőívében szereplő kérdések segítségével vizsgáltam. Az előző kérdéscsoporthoz hasonlóan az egészségmagatartás háttérében rejlő okokat nyitott kérdéseken keresztül kívántam megismerni. Az egészségkárosító magatartásról alkotott vélemény megformálásához továbbá 16 állítást fogalmaztam meg, melyekkel való egyetértés, illetve egyet nem értés mértéke kifejezte, hogyan gondolkodnak a fiatalok a dohányzásról, az alkohol- és a kábítószer-fogyasztásról.

Az egészségkárosító szokások feltárásakor azt gondolom, nem elegendő azt feltérképeznünk, hogy hozzátartozik-e valamilyen formában a fiatalok életéhez a dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás, hanem szükséges ismernünk azt is, hogy akár az említettek, akár egyéb szokások milyen intenzitással vannak jelen a megkérdezettek életében. Az ellenállhatatlan vágy bizonyos szerek használata, elfogyasztása iránt, a csupán pár percre tűnő, ám órákon át tartó számítógép használat rendszeres előfordulása, a kényszeres vásárlás mind-mind figyelmeztető jel lehet, ezért az egészségkárosító magatartás vizsgálatát az említett függőségek feltárásával egészítettem ki. Az egészségmagatartásra irányuló kérdéssort az életmód példaértékűségének megítélésére vonatkozó kérdéssel zártam le, melyhez a validitás biztosítása érdekében indoklást is vártam a serdülőkötől.

A kérdőív következő kérdéscsoportja a kutatásba bevont középiskolák rejtett tantervének és szervezeti kultúrájának megismerésére irányult. A rejtett tanterv vizsgálatára

vonatkozó kérdések a HBSC kutatás kérdőívéből lettek átemelve, a szervezeti kultúra vizsgálatát pedig a témára vonatkozó szakirodalom alapján adaptált, az oktatási intézmények szervezeti kultúrájához illeszkedő állítások mentén végeztem el. A rejtett tanterv feltárásához nyitott kérdéseket is megfogalmaztam, melyek az iskolai élettel kapcsolatos pozitív illetve negatív élményekre vonatkoztak.

Az egészséggel kapcsolatos értékorientáció feltárására közvetett kérdések szolgáltak. Nyitott kérdések segítségével választ vártam arra, hogy melyek azok a dolgok, amelyek pénzért nem vásárolhatók meg, mégis fontos szerepet töltenek be a fiatalok életében, továbbá hogy mit tartanak szükségesnek ahhoz, hogy boldognak mondják magukat. Ezen kérdésekre adott válaszok alapján úgy gondoltam, vélhetően választ kapok arra, hogy megjelenik-e az egészség mint érték a serdülők gondolkodásában.

A kutatásomban prioritásként megfogalmazódó koherencia-érzet és az egészségmagatartás kapcsolatának feltárásához végül a koherencia-érzetet vizsgáltam, melynek mérésére a PISI teszt⁴⁹ állításai szolgáltak, ahol a koherencia-érzet minőségét meghatározó paraméterek alapján átlagosnál magasabb és átlagosnál alacsonyabb koherencia-szinttel rendelkező csoportokat képeztem.

5.5. Mintaválasztás

A kérdőíves adatfelvétel során nem véletlenszerű, ún. „kényelmi” mintavételt alkalmaztam, azokat a középiskolákat kerestem fel, melyekkel intézményünknek szakmai kapcsolata van. Nem törekedtem a reprezentativitásra, ugyanis a serdülőkorúak egészségmagatartásának tendenciáiról a hazai és a nemzetközi összehasonlító vizsgálatok megbízható adatforrást biztosítottak. Kutatásom során ezért arra törekedtem, hogy az általánosan jellemző tendenciák mögötti mélyebb rétegeket tárjam fel. Így a kvantitatív kutatási módszert ötvözni tudtam a kvalitatív megközelítésekkel. Az összehasonlíthatóság érdekében a vizsgálatba bevont osztályok kijelölésénél kritériumként a 11. osztályt jelöltem

⁴⁹ A Psychological Immune System Inventory 80 ítemet és 16 db 5 fokozatú alskálát tartalmazó teszt, mely a pszichológiai immunrendszer fejlettségét, hatékonyságát vizsgálja 14 éves életkort betöltött személyeknél. A koherencia-érzés mérése a teszt erre vonatkozó alskálaja alapján történt, mely vonatkozásában a magyarországi átlag: 15,97. Bár a koherencia-érzet elemei az átélt élethelyzet érthetősége, átláthatósága, az életproblémák kezelhetősége valamint mindezek értelme, értéke, a PISI teszt koherencia-érzet mérésére vonatkozó állításai csupán az érthetőséget/átláthatóságot valamint az érdemességet vizsgálják. Amennyiben azonban e két összetevő alapján magas koherencia-érzet mutatkozik az egyénnél, a hiányzó erőforrásokon képes felülemelkedni. (Meleg 2009)

meg, mivel erre az évfolyamra vonatkozóan állnak rendelkezésre nemzetközi kutatási beszámolók.

Kutatásom második szakaszában az eredményesség érdekében fontos szempont volt a fogalmazások értékelhetősége, s az, hogy belőlük valóban kirajzolódjon a serdülők gondolkodása, az egészségmagatartással kapcsolatos értékattitűdje, ezért a mintaválasztást ez esetben a kérdőíves adatfeldolgozás eredményei határozták meg. A kérdőívek nyitott kérdéseinek elemzése rávilágított arra a problémára, mellyel úgy gondolom több, kvalitatív kutatásokat előnyben részesítő kutató is találkozott, miszerint ezekre a kérdésekre nem szívesen válaszolnak a megkérdezettek, a válaszok sok esetben felszínesek, kevés információt közvetítenek, vagy nem értelmezhetőek. A West Balkánban történt tragédia időpontjáig feldolgozott kérdőívek alapján esett a választásom a kaposvári Táncsics Mihály Gimnázium tanulóira, mivel az előzetes elemzések során úgy tapasztaltam, hogy ők voltak azok, akik tartalmas, leginkább értékelhető válaszokat adtak. A fogalmazások elemzése során nem fogalmaztam meg messzemenő következtetéseket korosztályuk egészségmagatartására vonatkozóan, csupán az adott osztályok egészségmagatartással, különösen a rizikó-magatartásformákkal kapcsolatos beállítódásait próbáltam megragadni. A fogalmazásokat a nyelvi tagozatos osztállyal az elsődleges adatfelvételhez hasonlóan szintén osztályfőnöki óra keretében, az Arany János Tehetséggyongozó Program tanulóival pedig a kollégiumban írtam meg. A leírtakat összevettem az őszi adatfelvétel során adott válaszokkal.

5.6. A statisztikai elemzés módja

A kérdőív zárt kérdéseire adott válaszokat az SPSS 13.0. statisztikai programban rögzítettem, s egy, illetve többváltozós elemzéseket készítettem. A vizsgált változók elemzése során első lépésben leíró statisztikai próbákat végeztem, majd a szubjektív jóllétet, az egészségmagatartást valamint a koherencia-érzetet befolyásoló faktorok azonosításához, s a köztük lévő kapcsolat feltárásához matematikai statisztikai próbákat használtam. A leíró statisztikai elemzéshez abszolút, illetve relatív gyakorisági sorokat valamint átlagszámítást, a matematikai statisztikai elemzéshez pedig korreláció számítást, χ^2 próbát, Fisher Exact tesztet, egyirányú varianciaanalízist, főkomponens analízist valamint bináris logisztikus regressziót alkalmaztam. A módszertani eljárás szabályainak

megfelelően a χ^2 próbát abban az esetben tartottam értelmezhetőnek, ha a megfigyelt érték minden cella esetén minimum 1.0 volt, a várható érték pedig a cellák maximum 20%-ában volt kevesebb, mint 5.0. Azokban az esetekben, ahol a χ^2 próba feltétele nem teljesült és módszertanilag megengedett volt az átkódolás vagy kategóriák összevonása, újból elvégeztem a statisztikai próbát. Az ANOVA táblát abban az esetben tartottam értelmezhetőnek, ha a Levene-teszt eredménye 0,05 felett volt. Szignifikánsnak minden esetben a $p \leq 0,05$ értéket tekintettem. (Székelyi–Barna 2002; Ketskemény–Izsó 2005; Falus–Ollé 2008; Ács 2009) Eredményeim áttekinthetőségét és érthetőségét szolgálja a szövegműanyagban található 13 ábra és 16 táblázat valamint a 44 melléklet, mely a statisztikai számításokat dokumentálja. Az ábrákat a Microsoft Excel 2003 táblázatkezelő program segítségével készítettem el.

Kvalitatív vizsgálatomban a középiskolás korosztály szövegmintáit dolgoztam fel elsősorban a mentalitásbeli különbségek és a gondolkodási struktúra sajátosságainak feltárása céljából. A válaszok elemzéséhez minden egyes választ egy „word dokumentum”-ba vezettem át az áttekinthetőség kedvéért, majd kódolást követően az SPSS file-ba rögzítettem. Független változókat nem jelöltem ki, mivel elsősorban arra szerettem volna választ kapni, hogy általánosságban mi jelenik meg a fiatalok gondolkodásában a feltett kérdésekkel kapcsolatban. Az elemzés során megvizsgáltam, hogy milyen szavak, szókapcsolatok fordulnak elő, azok milyen gyakorisággal szerepelnek, továbbá megvizsgáltam, hogy a különböző kifejezésekhez milyen jelzőket társítanak a serdülők. A szövegműanyagokból először főbb tartalmi kategóriákat, majd a kérdések jellegének megfelelő elemzési egységeket, motivációs és egyéb faktorokat képeztem, s ahol szükségesnek láttam, a továbbiakban a kvantitatív elemzéshez hasonló módon, azonban csupán leíró statisztikai módszerekkel elemeztem. Az eredmények bemutatása során a trianguláció megvalósulását szolgálta, hogy a kérdések elemzésekor törekedtem a tartalmilag összetartozó kvantitatív és kvalitatív kérdésekre adott válaszok egy fejezetben történő ismertetésére.

A West Balkán tragédia kapcsán elkészített fogalmazások elemzését külön fejezetben ismertettem, s ahol lehetséges volt, a leírtakat összevettem az őszi adatfelvétel eredményeivel.

6. Az eredmények ismertetése

6.1. A kutatásba bevont középiskolák bemutatása

A Lorántffy Zsuzsanna Általános Iskola és Gimnázium 1992 szeptemberében hagyományok nélkül indult. Működését a református gyülekezeti ház épületében kezdte meg, abban a teremben, amely a két világháború között a Lorántffy Zsuzsanna Református Nőegylet otthona volt. Az iskola alapelve, hogy „iskolánknak a tudás, képességek és készségek mellett a Szentírásban is megfogalmazott általános emberi, erkölcsi értékeket kell képviselnie. Individualizálódó társadalmunkban hangsúlyozzuk a másik ember tiszteletét, a munka megbecsülését és szeretetét, az elkötelezettség és felelősségvállalás fontosságát (önmagunkért és másokért, környezetünkért), az emberi szolidaritás fontosságát. Olyan embereket kívánunk formálni, akik számára fontos saját testi, lelki, erkölcsi fejlődésük. Olyan személyiségeket, akik megjelenésükben, megnyilvánulásaikban képesek megjeleníteni korosztályuk értékeit, s akiknek a társadalommal szemben megfogalmazott elvárásai mögött a megszerzett tudás, ismeret és az életkoruknak megfelelő teljesítményszint áll. Aki nem csak tisztességesen tanul, hanem tud a diákszerepen kívül fiatal lenni, tartalmas, a jövőt megalapozó életet élve”.⁵⁰

A Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola képzési struktúrája a társadalmi változásoknak és a gazdaság igényeinek megfelelően többször változott, eközben a közismereti tantárgyak oktatása mindig egyenrangú volt a szakmai tantárgyakéval. Az intézmény célja elsősorban az általános műveltség megalapozása, az önművelés iránti igény felkeltése, felkészítés a továbbtanulásra és természetesen a szakmai tantárgyakhoz szükséges alapismeretek elsajátítása.⁵¹

A kezdetben leányiskolaként működő közel 100 éves múlttal rendelkező Munkácsy Mihály Gimnázium hírnevét elsősorban a humán műveltségterület, azon belül is a nyelvi tagozatok biztosítják. Az iskola elsődleges nevelési célja, hogy „diákjainkat szellemileg-lelkileg felnőtt emberekké, a természeti és a társadalmi folyamatokat értő, és azokat a harmonikus fejlődés irányában befolyásolni képes egyénekké, a további tanulmányaikban

⁵⁰ <http://www.lorantffy-kaposvar.sulinet.hu/> [2011. július 16.]

⁵¹ <http://www.kinizsi-kap.sulinet.hu/> [2011. július 16.]

és a munka világában egyaránt sikeres, felelős döntések meghozatalára képes polgárokká neveljük”.⁵²

Az immár kétszáz éves, kezdetben fiúiskolaként működő Táncsics Mihály Gimnázium a megye egyik legmagasabb presztizsű gimnáziuma, mely elsősorban a reál műveltségterületen elért eredményeiről nevezetes. Diákjai gyakran szerepelnek az országos tanulmányi és sportversenyek dobogós helyezettjei között. A 200 éves múlt kötelez, mely megjelenik az iskola hagyományaiban, szellemiségében egyaránt.⁵³ Ez a gimnázium adott otthont az Arany János Tehetséggondozó Program diákjainak, melyet az Oktatási Minisztérium indított el tíz évvel ezelőtt. „A program elsődleges célja, hogy azoknak a tehetséges gyerekeknek segítsen színvonalas oktatással előbbre jutni, akiknek anyagi, szociális vagy egyéb hátrányos helyzete miatt ez különösen nehéz lenne saját erőből.”⁵⁴ A programba csak azok a tanulók vehetők fel, akik valamilyen szempontból hátrányos helyzetben vannak (pl. kistelepülésen él, anyagilag hátrányos a helyzete, a szülők nem rendelkeznek középiskolai végzettséggel, a szülők valamelyike tartósan munkanélküli, otthon fizikai vagy lelki veszélyben van). Az adatelemzés során némely kérdés vonatkozásában a két osztály válaszait külön kezeltem az Arany János Tehetséggondozó Program sajátosságaiból adódóan.

A Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium a rendszerváltást megelőző években épült, így nagy hagyományokkal még nem rendelkezik. Általános iskolaként és gimnáziumként is funkcionál. Kommunikáció-, dráma- és ének-zene tagozatos osztályai teszik népszerűvé a serdülők körében. Az iskola küldetésnyilatkozatában megfogalmazódik, hogy „az iskolában a nevelés-oktatás közös értékét a demokrácia értékei hatják át, a gyermekeket ebben a szellemben nevelik. Fontos a közös nemzeti érték mellett a kisebbségek kultúrája, az európai szellemiség, a másság elfogadása. Gondolkodásukat a humanizmus hatja át, melyet szeretnének tanítványaiknak átadni. Számukra minden gyermek egyedüli és megismételhetetlen érték, akinek az egész személyiségének a fejlesztése, fejlődése áll a középpontban.” A kitűzött célok között szerepel, hogy „a tanulók ismerjék meg az egyetemes emberi kultúra legjellemzőbb, legnagyobb hatású eredményeit,

⁵² <http://www.mmgsz.sulinet.hu/> [2011. augusztus 24.]

⁵³ http://www.tancsics.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=152&Itemid=57 [2011. augusztus 24.]

⁵⁴ http://www.tancsics.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=56 [2011. augusztus 24.]

növekedjék érzékenységük a problémák lényege, okai, az összefüggések és a megoldási lehetőségek keresése, feltárása iránt az élet minden területén.” Az iskola pedagógiai programjában megfogalmazódik, hogy „az iskola minden tevékenységével szolgálnia kell a tanulók egészséges testi, lelki és szociális fejlődését, a pozitív gondolkodás kialakulását, egészséges, biztonságos környezetben.”⁵⁵

A Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola a nappali képzés mellett nagy jelentőséget tulajdonít a felnőttképzésnek is. A piaci, és a kórházban elvárható igényekhez alkalmazkodva az intézmény biztosítja az egészségügyben dolgozók számára a továbblépés lehetőségét. Az iskolában alapelv „az általánosan művelt, szakmailag jól képzett, képzésének megfelelő munkakör ellátására illetve szakirányú továbbtanulásra alkalmas, testileg, lelkileg egészséges és harmonikusan fejlett tanulók nevelése. Olyan iskola működtetése, melyben tanuló és tanár egyaránt jól érzi magát.”⁵⁶

A Zichy Mihály Iparművészeti, Ruhaipari Szakképző Iskola és Kollégium „alig több mint tíz év alatt az egykori szakmunkásképzőből szakiskola és sikeres művészeti iskola lett. Az iskola névadójának személye és egész alkotó életútja nem csak nevet, hanem elkötelezettséget és felelősséget is jelent egyben, mely megmutatkozik abban, hogy az intézmény művészeti tantestülete igazi alkotóműhelyt teremtve oktatja, neveli növendékeit. A pedagógiai szemléletében egyre egységesülő, ugyanakkor sokszínű alkotói gárda lehetővé teszi, hogy a diákok többféle művészetfelfogással is széles körben megismerkedjenek. A lelkiismeretes, következetes szakmai munka következményeként tanítványaik egyre többen szerepeltek eredményesen a művészeti főiskolák felvételi vizsgáin és az országos vizuális versenyeken.” Az iskola pedagógiai alapelve: „olyan légkört biztosítani, melyben a kreativitás, önmegvalósítás szabadsága igazi cselekvésre készít minden szereplőt, harmonikus viszonyt teremtve és az egyre magasabb szintű tudás megszerzésére sarkallva, inspirálva tanárt és diákot egyaránt. Fő pedagógiai feladat a tanulók személyiségének minél szélesebb körű fejlesztése, alakítása, valamint a korszerű ismeretek, képességek és készségek elsajátítása, bővítése. Ez lehetőség szerint a

⁵⁵ http://www.toldi-portal.sulinet.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=130&Itemid=59 [2011. szeptember 9.]

⁵⁶ http://www.euszki-kap.sulinet.hu/Dokument/PPI_Szigeti.pdf [2011. szeptember 9.]

személyiségfejlesztés minden oldalára kiterjedő, szellemi – testi – erkölcsi nevelést kell, hogy jelentsen.”⁵⁷

6.2. A kérdőíves adatfelvételbe bevont tanulók jellemzése

A 290 válaszadó 30,3%-a (88 fő) fiú, 69,7%-a (202 fő) pedig lány. Intézményenkénti bontásban a református iskola kivételével a lányok felülreprezentáltsága figyelhető meg, kiemelkedően az egészségügyi szakközépiskolában, ami természetesen adódik abból, hogy az egészségügyi pályák felé inkább a lányok orientálódnak (II. táblázat).

Az iskola neve		Nem		Összesen/Fő
		Fiú	Lány	
Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	Fő	15	34	49
	%	30,60%	69,40%	
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János	Fő	9	14	23
	%	39,13%	60,87%	
Táncsics Mihály Gimnázium 11. c	Fő	13	23	36
	%	36,11%	63,89%	
Munkácsy Mihály Gimnázium	Fő	15	45	60
	%	25%	75%	
Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	Fő	1	16	17
	%	5,88%	94,12%	
Zichy Mihály Iparművészeti Iskola	Fő	4	18	22
	%	18,18%	81,82%	
Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző	Fő	20	43	63
	%	31,74%	68,26%	
Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	Fő	11	9	20
	%	55%	45%	
Összesen	Fő	88	202	290
	%	30,34%	69,66%	

II. táblázat: A válaszadók megoszlása intézmények és nemek szerinti bontásban (n=290)

⁵⁷ http://www.kapos-zichy.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=27 [2011. szeptember 9.]

A szülők legmagasabb iskolai végzettségét leíró statisztikai elemzések és a későbbiekben a matematikai statisztikai elemzések során mind az apa, mind pedig az anya esetén figyelmen kívül hagytam azokat, akik a „nem tudom” válaszlehetőséget jelölték, továbbá az általános iskolai végzettséggel és a kevesebb, mint nyolc osztály elvégzésével rendelkező szülőket a „legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezik” kategóriába soroltam. Az apáknál a szakmunkás, az anyáknál pedig az érettségi bizonyítvánnyal rendelkezők felülreprezentáltsága jelenik meg, ami megegyezik az országos adatokkal. Intézményenkénti bontásban megfigyelhető (3. sz. melléklet; 4. sz. melléklet), hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők legnagyobb arányban a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztályában (11. c), legalacsonyabb arányban pedig a Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggondozó Programban részt vevők esetén képviseltetik magukat (ami természetesen a program természetéből adódik). A felsőfokú végzettségű szülők felülreprezentáltsága figyelhető még meg a Munkácsy Mihály Gimnáziumban és az anya vonatkozásában a református gimnáziumban. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező szülők jövőre orientált gondolkodásmódjához a hosszabb iskolai tanulmányok képzete illeszkedik, (Mollenhauer 1974) ezért nem tekinthető véletlennek, hogy ezen iskolai végzettségű szülők gyermekei inkább a magasabb presztízsű gimnáziumokat részesítik előnyben a nyolcadik osztály utáni továbbtanulásban. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező szülők felülreprezentáltsága a fentebb részletezett bekerülési feltételek miatt értelemszerűen az Arany János Tehetséggondozó Programban részt vevőknél valamint az élelmiszeripari iskola tanulóinál figyelhető meg.

6.3. A szubjektív jól-lét vizsgálata

Mivel a külső körülményeket az egyén saját értékrendszerén keresztül éli meg, az életminőség ebben a vonatkozásban nem tekinthető objektív állapotnak. A szubjektív jól-lét vizsgálatakor az objektív feltételek tudatunkban való tükröződését próbáljuk megragadni, tehát azt, hogy az egyén hogyan viszonyul ahhoz a környezethez, illetve mennyire elégedett azzal a helyzettel, melyet az objektivációk biztosítanak számára. Ez az oka annak, hogy az életminőség-kutatásokban rendre megjelenik az a tendencia, miszerint az objektív feltételek nem minden esetben jelennek meg a szubjektív életminőség megítélésében, hiszen azok

tudatunk szűrőjén keresztül módosulnak. A disszertációban megfogalmazott kutatási kérdések az életminőség vonatkozásában a szubjektív jól-lét feltárására irányultak, ezért az adatfelvétel során az objektív feltételek vizsgálatára nem tértem ki.

A szubjektív jól-lét mérésére az elsődleges adatfelvétel során több kérdést szerepeltettem: a jól-lét globális értékelésére vonatkozó „*Összességében mennyire vagy boldog mostanában?*” és az „*Összességében mennyire vagy elégedett az eddigi életeddél?*” kérdések esetén kilenc fokozatú skálán kellett jelölni a választ. A HBSC kutatás mintájára a szubjektív jól-lét mérésére alkalmaztam még egy kilenc fokú létrát, melyen el kellett helyezniük magukat a tanulóknak. A létra alja a lehető legrosszabb életet jelölte, a teteje pedig a lehető legjobb életet. Mivel a kutatások egyértelműen rámutatnak arra, hogy a serdülők szubjektív életminőségét nagymértékben meghatározza a családi háttér, a családi közérzetre vonatkozóan is tettem fel egy kérdést, ahol a tanulónak arról kellett nyilatkoznia, hogyan érzi magát a családban. A választ egy hat-fokozatú skálán kellett jelölni.

A válaszadók döntő többsége inkább jónak minősítette szubjektív jól-létét. A szubjektív jól-lét mérésére alkalmazott kilenc-fokozatú skálán a leggyakrabban előforduló érték a hetes volt. Ugyanez elmondható a boldogság-érzet és az elégedettség-érzet kapcsán is. A boldogság-érzet vonatkozásában a modus a szubjektív jól-léthez hasonlóan a hetes, az elégedettség-érzet esetén pedig a nyolcas érték. A családi közérzet-mutató mérésére alkalmazott hat-fokozatú skálán a leggyakrabban előforduló érték az ötös volt, ami egyben jelzi, hogy a válaszadók többsége jól érzi magát a családban. A leíró statisztikai elemzés elvégzése után a korrelációs együttható alapján válaszoltam meg a szubjektív jól-lét, a családi közérzet, a boldogság- valamint az elégedettség-érzet összefüggéseire vonatkozó kutatási kérdésemet. Mind a boldogságérzet, mind az elégedettség-érzet, mind pedig a családi közérzetmutató pozitív irányú, közepes szorosságú szignifikáns kapcsolatot mutat a szubjektív jól-léttel (III. táblázat). A legerősebb kapcsolat az elégedettség-érzet és a szubjektív jól-lét között mutatható ki.

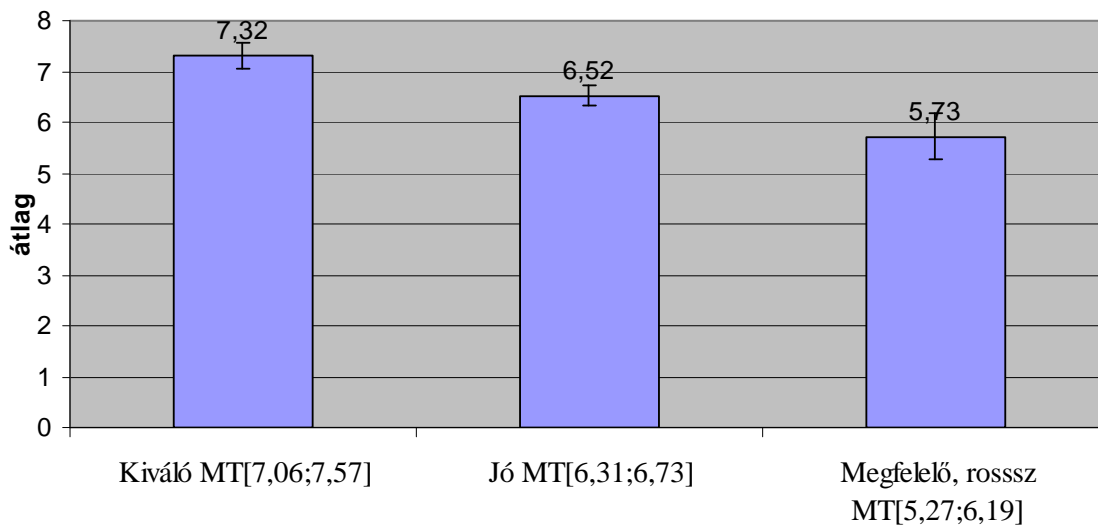
	Boldogság-érzet	Elégedettség-érzet	Családi közérzet-mutató
Szubjektív jól-lét	r=0,56*	r=0,699*	r=0,538*

* p < 0,01

III. táblázat: A boldogság-érzet, az elégedettség-érzet, a családi közérzet-mutató és a szubjektív jól-lét kapcsolata (n=290)

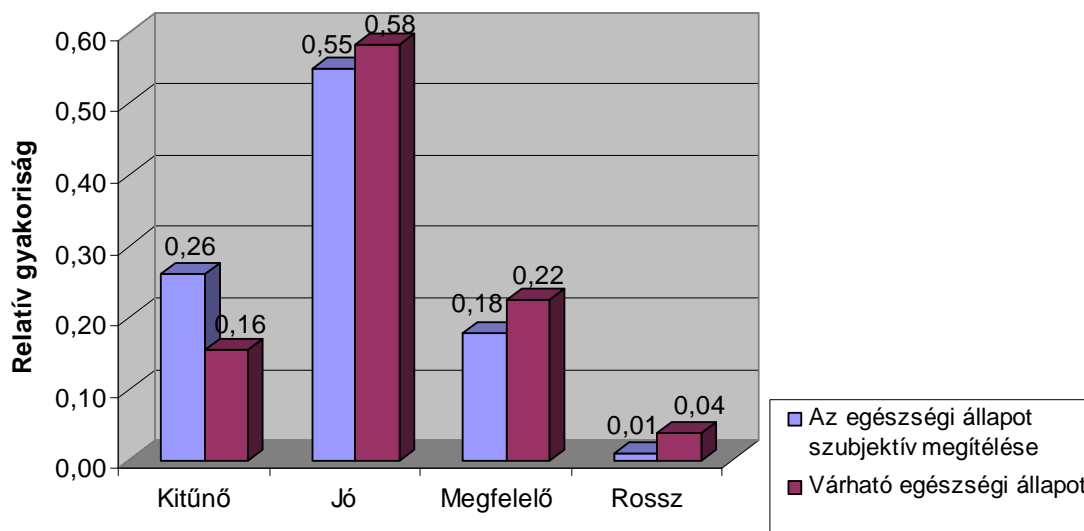
Az egészségi állapot szubjektív megítélése kutatások egybehangzó eredményei alapján megfelelő indikátora az egészségi állapotnak, (Kopp–Pikó 2006) s tulajdonképpen az egészséggel összefüggő életminőséget írja le, ily módon a szubjektív életminőség egyik aspektusa. Éppen ezért a szubjektív jól-lét vizsgálata során nem tekinthetünk el az önminősített egészségi állapot vizsgálatától. Fontos odafigyelnünk arra, hogy már serdülőkorban viszonylag alacsony azoknak a száma, akik egészségi állapotukat kiválónak minősítik, s már ebben az életkorban megjelennek az egészségüket megfelelőnek, vagy éppen rossznak minősítők.⁵⁸ Az egészségi állapot szubjektív megítélése és a szubjektív jól-lét közötti kapcsolatot a megbízhatósági tartományok elemzésével, 95%-os megbízhatósági szinten igazoltam. Jelen vizsgálat alapján megállapítható, hogy a mintára vonatkoztatva az egészségi állapotukat kiválónak értékelők szignifikánsan magasabb szubjektív jól-léttel rendelkeznek (1. ábra).

⁵⁸ A HBSC 2010-es adatfelvétel eredményeihez képest az általam megkérdezettek körében kissé magasabb az egészségüket kiválónak valamint jónak minősítők, s alacsonyabb az egészségüket megfelelőnek valamint rossznak minősítők aránya.



1. ábra: Az egészségi állapot szubjektív megítélésének hatása a szubjektív jól-létre (n=290)

A felnőttkorban várható egészségi állapot szubjektív megítélését több tényező befolyásolja. A családban előforduló megbetegedések, az életvitel, az egészségmagatartás mind-mind hozzájárulnak ahhoz, hogy a serdülők a jelenlegi egészségi állapotukhoz képest javulást, romlást, vagy éppen stagnálást várnak 25 év múlva. Az 2. ábra alapján a legszembetűnőbb, hogy összességében a jelenleginél rosszabb egészségi állapottal számolnak felnőtt korukra a serdülők. Természetesen az egyének szintjén nem minden esetben igaz ez a megállapítás, azonban általánosságban mindenképpen elmondható. A jelenlegi egészségi állapot megítéléséhez képest csökkent a kitűnő egészségi állapotot várók aránya, ezzel szemben viszont nőtt azoknak a száma, akik megfelelő vagy rossz egészségi állapotot jósolnak maguknak.



2. ábra: A jelenlegi és a várható egészségi állapot szubjektív megítélése (n=290)

A szubjektív jól-létre ható tényezők vizsgálata

A szubjektív jól-létre befolyásoló faktorok elemzése során a nem, a szülők legmagasabb iskolai végzettsége és az anyagi helyzet szubjektív megítélése mellett az iskolák szerepét is feltártam.

Az egyirányú varianciaanalízis eredménye alapján a fiúk szubjektív jól-lét átlaga szignifikánsan magasabbnak bizonyult a lányokénál ($p=0,025$) (5. sz. melléklet). Ebben a vonatkozásban kutatási eredményem nem illeszkedik abba a trendbe, melyet a HBSC 2010 adatfelvétel eredményei kijelölnek, mely szerint a fiúk szubjektív jól-léte alacsonyabb, s nincs jelentős különbség a fiúk és a lányok szubjektív jól-léte között. Az eltérés valószínűsíthetően az általam vizsgált minta alacsony elemszámából adódik.

A vizsgált minta vonatkozásában az anya iskolai végzettsége nem befolyásolja jelentősen a szubjektív életminőséget, azonban megjegyzendő, hogy az érettségivel rendelkező anyák esetén bizonyult legmagasabbnak a szubjektív jól-lét átlaga (IV. táblázat). Ennek magyarázata a rendelkezésre álló adatok alapján nem lehetséges, azonban további kutatási irányt jelölhet ki a szubjektív jól-lét vizsgálata kapcsán.

Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	Fő	Átlag
Egyetem	33	6,82
Főiskola	69	6,59
Érettségi	89	6,87
Szaktanácsképző	46	6,46
Legfeljebb 8 általános	41	6,10
Összesen	278	6,61

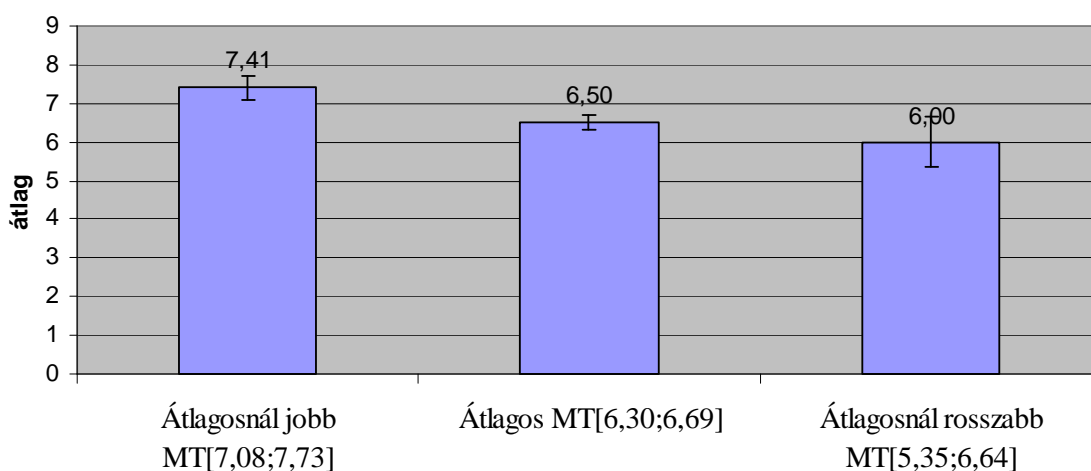
IV. táblázat: A szubjektív jól-lét átlaga az anya legmagasabb iskolai végzettségének függvényében (n=278)

Az apa legmagasabb iskolai végzettsége és a szubjektív jól-lét közötti kapcsolat vonatkozásában elmondható, hogy minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik az apa, annál magasabb szubjektív jól-lét átlagot mutat a varianciaanalízis, bár a főiskolai végzettséggel rendelkező apák gyermekei esetén ez a tendencia nem igaz. Jól látható, hogy a legfeljebb 8 általánossal rendelkező apák gyermekeihez hasonlóan szubjektív jól-lét átlaguk a minta átlaga alatt van (V. táblázat).

Az apa legmagasabb iskolai végzettsége	Fő	Átlag
Egyetem	43	7,09
Főiskola	42	6,45
Érettségi	92	6,78
Szaktanácsképző	21	6,50
Legfeljebb 8 általános	41	6,00
Összesen	270	6,62

V. táblázat: A szubjektív jól-lét átlaga az apa legmagasabb iskolai végzettségének függvényében (n=270)

Az anyagi helyzet megítélése a szubjektív jól-létre is hatással van. A leíró statisztikai elemzés alapján a válaszadók nagy része (74,7%, 216 fő) átlagosnak, 39 fő (13,5%) átlagosnál jobbnak, s átlagosnál rosszabbnak csupán 31 fő (10,7%) minősítette anyagi helyzetét. Árnyalja a képet azonban, hogy az átlagosnál rosszabb anyagi helyzetről nyilatkozók között felülreprezentáltak az Arany János Tehetséggondozó Programban részt vevő diákok. A szubjektív anyagi helyzet és a szubjektív jól-lét kapcsolatának vizsgálata a varianciák heterogenitása miatt egyirányú variancia-analízissel nem értelmezhető, annyi azonban bizonyos, hogy a szubjektív jól-lét átlaga annál magasabb, minél jobbnak ítéli az egyén anyagi helyzetét (6. sz. melléklet). A megbízhatósági tartományok elemzése alapján szignifikáns különbség az átlagosnál jobb és az átlagos, az átlagosnál jobb és az átlagosnál rosszabb anyagi helyzetű csoportok között mutatható ki (3. ábra).



3. ábra: A szubjektív jól-lét átlaga az anyagi helyzet szubjektív megítélésének függvényében (n=287)

A kutatásba bevont különböző intézmények tanulóinak szubjektív jól-léte közötti különbség egyirányú varianciaanalízissel történő feltárása a Levene–teszt eredménye alapján nem volt értelmezhető, azonban megállapítható, hogy a legalacsonyabb szubjektív jól-létről a Zichy Mihály Iparművészeti Iskola diákjai, a legmagasabb szubjektív jól-létről pedig a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztályának diákjai számoltak be (7. sz. melléklet). A Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztályában

felülreprezentáltak az egyetemet végzett apák gyermekei, talán ez magyarázhatja a magasabb szubjektív jól-lét átlagot.

Kutatásom során nyitott kérdések segítségével kívántam választ kapni arra a kérdésre, hogy „milyen szempontok jelennek meg a serdülők gondolkodásában a „lehető legjobb élet” kifejezéssel kapcsolatban?”. Ennek a kérdésnek a megválaszolásához a kérdőívben két nyitott kérdést szerepeltettem, melyek arra vonatkoztak, hogy milyen szempontok mentén minősítik a jövőbeli életüket várhatóan inkább jobbnak, vagy inkább rosszabbnak a fiatalok, továbbá hogy mit jelent számukra a „lehető legjobb élet” kifejezés, mit értenek alatta, milyen tartalommal töltik fel. A két kérdést az elemzés során nem választottam külön, mivel a válaszok alapján egyértelműen látszott, hogy a jövőbeli élet és a „lehető legjobb élet” leírásánál hasonló szempontok jelentek meg. A megkérdezettek többsége mindkét kérdésre válaszolt, néhányan azonban csak az egyikre. A válaszokból összességében kirajzolódik, hogy a serdülők a „lehető legjobb élet” megéléséhez elsősorban a megfelelő családi hátteret tartják fontosnak. A családi étellel kapcsolatban leggyakrabban a boldog, kiegyensúlyozott, szerető, békés, jól működő, összefogásra képes jelzők fordultak elő. Leginkább a lányoknál jelent meg hangsúlyosan, hogy a „lehető legjobb élet”-hez hozzátartozik a gyermek is.

„25 év múlva remélem már lesz saját családom. És szerintem egy nőnek a legjobb időszaka, amikor a gyerekeivel foglalkozik. És természetesen addigra remélhetőleg lesz biztos állásom is. Nem kell ennél több.”

A család után közel azonos súllyal szerepelt a munka és az anyagi biztonság. Azt gondolom, ez érthető, hiszen az anyagi biztonság elengedhetetlen feltétele a megfelelő munkahely. A munkával, munkavégzéssel kapcsolatban a válaszadók kifejezték, hogy fontos a tartós, jó munka, amelyet örömmel végeznek, amely megelégtíti, boldoggá teszi őket, s nem utolsó sorban, ami olyan jövedelmet biztosít, mely anyagi biztonságot nyújt. A siker, a karrier utáni vágy csupán néhány tanuló válaszában jelent meg, viszont nem elenyésző azoknak a száma, akik külföldi munkavállalással keresnék boldogulásukat. Az anyagi helyzettel kapcsolatban, amit a legfontosabbnak tartanak, az a stabilitás. A válaszokból számomra egyértelművé vált, hogy nem vágyálmokat kergető tinik szavait

olvasom, hanem olyan fiatalokét, akik reálisan gondolkodnak a lehetőségeiket illetően. Megjelenik a lakhatás kérdése, a mindennapi megélhetés gondolata, s az, hogy képesek legyenek biztosítani majdan megszülető gyermekük jövőjét. Ami számomra rendkívül örömteli, hogy a fiatalok egy része a materiális javaknál sokkal többre értékeli a spirituális, kézzel nem megragadható dolgokat.

„Ha boldognak érezzük magunkat és úgy érezzük, megtettünk mindent ezért. Szerintem nem számít a pénz, sokkal fontosabb a lélek és a jó lelkiismeret.”

„Egészség, boldogság, nyugalom, biztonság-érzet, fejlett önismeret (számomra többet jelent a nem kézzel fogható „fejlettség”, mint az anyagi tárgyak megléte).”

A barátok már kevésbé hangsúlyosan jelentek meg, a baráti kapcsolatoknál kiemelték a megbízhatóságot, a jó kapcsolatokat, s azt, hogy mindenben lehessen rájuk számítani. A jövőbeli várható szubjektív életminőség bejósolásánál többen kifejezték a célok fontosságát, s azt, hogy ezért mindent képesek megtenni. Olyan kifejezéseket használtak, mint a „küzdök”, „hajtok”, „megszenvedek, ha kell”.

„Mert kitartó vagyok, s megszerzek magamnak bármit, amit nagyon akarok, még ha meg is kell szenvednem érte.”

A gimnáziumokba járó tanulók írásaiban említésre került a tanulás fontossága, s az, hogy céljaik megvalósításának egyik eszköze a tudás megszerzése.

Az egészséget, mint a „lehető legjobb élet” egyik fontos összetevőjét kevésbé hangsúlyozták a serdülők. Mivel egészségüket inkább jónak, illetve kiválónak minősítették, valószínűsíthetően nem is gondoltak rá, hogy a teljes élet megélhetéséhez az egészség alapvető feltétel. Akiknél megjelent, sok esetben saját egészségük mellett szeretteik egészségét is fontosnak tartották ahhoz, hogy jól érezzék magukat.

Az életminőség lelki dimenziója a szövegkorpuszokban a boldogság és az elfogadás szükségességében fejeződik ki.

„Ez egy elég tág és relatív fogalom. Számomra a lehető legjobb élet nem az elvárásoktól és a szabályok lehető leghigorúbb betartásáról szól. A lehető legjobb életben nem ezek dominálnak, hanem az, hogy elfogadjuk és megértjük társainkat még akkor is, ha sokban különböznek tőlünk.”

„Magamhoz hűen élni, viselkedni és elkövetni mindent, amire képes vagyok.”

Úgy vélem, a fenti válaszok önmagukért beszélnek. A megkérdezett fiatalok elgondolkodtak a feltett kérdéseken, s igyekeztek őszinte válaszokat adni. Látható, hogy ahhoz, hogy valóban a „lehető legjobb életet” élhessék, az anyagiakon túl fontosnak tartják a kapcsolatokat, mely a szubjektív jól-lét társas dimenzióját fejezi ki, s legalább olyan fontos számukra a spirituális dimenzió is.

A válaszok koherensségéről való meggyőződésem érdekében a kérdőívben az egészségmagatartásra, s az iskola szervezeti kultúrájára, rejtett tantervére vonatkozó kérdéseket követően a fent elemzett két kérdéshez hasonló kérdést fogalmaztam meg, mely úgy hangzott, hogy: „neked mik szükségesek ahhoz, hogy boldognak mondd magad?”. Az előző kérdésekkel ellentétben itt leginkább csupán felsorolták a boldogsághoz szükséges dolgokat a válaszadók. A kategóriákat tekintve alapvető egyezést találtam a kérdések elemzésekor, azonban a boldogságra vonatkozó felsorolásnál hangsúlyosabban megjelent a spirituális dimenzió és a különböző erények (mint pl. tolerancia, együttérzés, meghallgatásra való képesség, becsület, empátia, őszinteség, hit, hűség) felsorakoztatása. Ezek után következtek a pszichoszociális erőforrást biztosító családi- és társas kapcsolatok, a materiális javakkal való ellátottság szükségessége pedig egész csekély számban jelent meg. Meglepő volt számomra, hogy annak ellenére, hogy a kérdőívben több, az egészségre és az egészségmagatartásra vonatkozó kérdés is helyet kapott, az egészség mint a boldogság egyik feltétele csupán néhány tanuló írásában szerepelt. A szubjektív jól-lét és a boldogság összefüggésének matematikai statisztikai módszerekkel történő vizsgálata pozitív irányú, közepes szorosságú kapcsolatot mutatott a változók között, a szövegtörzsek vizsgálata pedig rávilágított, hogy ugyan hasonló a jelentéstartalom, a hangsúlyokban eltérések mutathatók ki. Addig, amíg a szubjektív jól-lét leírásánál a spirituális dimenziót kevésbé hangsúlyozták a válaszadók, a boldogsághoz szükséges feltételek között első helyen szerepelt. Ez az eredmény némiképp ellentmond Veenhoven

korábban ismertetett álláspontjának, miszerint e két fogalom egymás szinonimájának tekinthető.

6.4. Az egészségmagatartás jellemzése

Az egészségmagatartás feltárására irányuló kérdések kizárólag a rizikómagatartásra vonatkoztak. Ennek oka egyrészt azokban a kutatási beszámolóknak rejlik, melyek megállapítják, hogy a táplálkozással és a sportolással kapcsolatos attitűdöt nagymértékben a családi szokások határozzák meg. Ismeret szintjén a gyermek pontosan tudja, mi a helyes, nagy valószínűséggel azonban a későbbiekben mégis a családi minták fogják befolyásolni táplálkozását, s a mozgáshoz való viszonyát. (Meleg 1986) A rizikómagatartásra vonatkozó kérdések preferálásának másik oka, hogy az életmód operacionalizálásának nehézségei miatt az egyik leggyakrabban alkalmazott életmód-indikátor az egészség-rizikómagatartás. (Pikó 2002)

A dohányzási szokások jellemzői

A dohányzási szokások vonatkozásában a kipróbálási és a gyakorisági arányok vizsgálata áll a HBSC kutatás fókuszában. Saját vizsgálatom csupán a gyakorisági arányok feltárására korlátozódik, ezért a HBSC kutatás kipróbálási arányokra jellemző trendekre vonatkozó eredményének ismertetésétől eltekintek. A fiúk és lányok dohányzási gyakoriságában korábban tapasztalt különbségek Európa-szerte eltűnni látszanak, melyet mind a HBSC kutatás, mind pedig a hazai ESPAD kutatás eredményei is megerősítenek. (Elekes 2009) A magyar serdülők körében nemzetközi összehasonlításban átlagos gyakoriságúnak mondható a rendszeres dohányzás. A négy évvel korábbi HBSC kutatás eredményeihez képest a dohányzás gyakoriságára vonatkozó mintázat nemek, korcsoportok, település- és iskolatípusok szerint jelentős elmozdulást nem mutatott. (Németh–Költő 2011)

Adataim elemzése során a dohányzás gyakoriságának vizsgálatakor rendszeresnek tekintettem, ha a válaszadó naponta, vagy hetente legalább egyszer dohányzik. Ennek megfelelően a mintában 19,7%-os a rendszerességgel dohányzók aránya.⁵⁹ A dohányzással kapcsolatos matematikai statisztikai elemzésekhez szükségesnek láttam a dohányzás

⁵⁹ A HBSC 2010-es adatfelvételhez képest mintámban a dohányzók aránya a 11. évfolyamosokra vonatkoztatva nem számottevően ugyan, de alacsonyabb.

gyakoriságára vonatkozó attribútumokat csökkenteni, mivel a több válaszlehetőség miatt a χ^2 próba feltétele nem teljesült. Dohányzóknak minősítettem⁶⁰ azokat, akik heti, illetve napi rendszerességgel valamint nagyon ritkán dohányoznak, nemdohányzóknak pedig azokat, akik egyáltalán nem dohányoznak. Ezek után a dohányzást mint függő változót vizsgáltam. A statisztikai elemzés alapján megállapítható, hogy az általam vizsgált mintában a dohányzási szokásokat nem befolyásolja sem a nem, sem pedig a szülők legmagasabb iskolai végzettsége. Az iskola⁶¹ ($p=0,000$) (8. sz. melléklet) azonban jelentős differenciáló tényezőnek bizonyult. Legmagasabb arányban a Kinizsi Pál Élelmiszeripari Iskola tanulói dohányoznak. Arra a kérdésre, hogy vajon miért emelkedik ki ebben a vonatkozásban az élelmiszeripari iskola a többi vizsgált intézmény közül, a további, többváltozós elemzés adhatja meg a választ, ezért ezt a későbbiekben ismertetem.

Az egészségkárosító magatartással kapcsolatos állításokkal való egyetértést-egyet nem értést elemezve megállapítható, hogy a dohányzó fiatalok nagy része azért nyúl a cigarettához, mert attól megnyugvást, feszültségoldást vár. A „cigaretta megnyugtat” és a „ha ideges vagyok, rágyújtok” állításokkal való egyetértés szignifikánsan magasabb a dohányzó fiatalok között ($p=0,000$) (9., 10. sz. melléklet). Nem jellemző azonban, hogy a cigarettázást a csoporthoz való tartozás feltételének tekintik. Ellenállhatatlan vágyat egy szál cigaretta elszívására rendszeresen a minta 10%-a, alkalmanként pedig 22%-a érez, ami összességében magasabb, mint a dohányzók (19,7%) aránya. A dohányzás utáni ellenállhatatlan vágy értelemszerűen szignifikánsan magasabb a dohányzók körében ($p=0,000$) (11. sz. melléklet).

Alkoholfogyasztási szokások

Az alkoholfogyasztás elterjedtségének méréséhez a témával kapcsolatos vizsgálatok a különböző alkoholfajták fogyasztási gyakoriságára kérdeztek rá, melyektől én kutatásom során eltekintettem. A problémás alkoholfogyasztást a HBSC kutatáshoz és az ESPAD

⁶⁰ A HBSC 2010-kutatás során dohányzóknak a napi és a heti rendszerességgel dohányzókat minősítették.

⁶¹ Bár jelen vizsgálat a gimnáziumokba és szakközépiskolákba járók közötti különbségre mutat rá, az iskola differenciáló szerepét a témával kapcsolatos reprezentatív kutatások is igazolják. A HBSC adatfelvétel eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a dohányzás vonatkozásában a szakmunkásképzőbe vagy szakiskolába járó tanulók kedvezőtlenebb képet mutatnak gimnáziumba vagy szakközépiskolába járó társaiknál.

kutatáshoz hasonlóan a részegségek⁶² számával mértem, az első részegség életkorát az idézett kutatásoktól eltérően nem vizsgáltam. A részegségek számának mérése azért kiemelkedően fontos, mert a fiatalkori gyakori lerészegedés egyrésztől összefüggésben állhat egyéb rizikómagatartásokkal, másrésztől pedig könnyen megalapozhatja a felnőttkorban jelentkező alkoholproblémákat. (Németh–Költő 2011)

A HBSC kutatási eredményeihez hasonlóan jelen mintára is vonatkoztatható az a megállapítás, miszerint napjainkban a serdülők nagy része volt már részeg.⁶³ Csupán 32%-uk nyilatkozott úgy, hogy még soha nem rúgott be, közel 50%-uk pedig több alkalommal is túlzásba vitte az alkoholfogyasztást. Az idézett adatfelvételekhez hasonlóan differenciáló tényezőnek bizonyult a nem ($p=0,041$) (12. sz. melléklet) és az iskola ($p=0,001$) (13. sz. melléklet), mindkét változó esetén az eltérés szignifikáns. A nemek vonatkozásában elmondható, hogy a rendszeres berúgás inkább a fiúkra jellemző. Érdekes és további kutatásokat indukál, hogy a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztálya miért emelkedik ki ebben a vonatkozásban. A kontroll nélküli alkoholfogyasztás legkevésbé a református iskola diákjaira jellemző. Itt is további vizsgálatok szükségesek annak magyarázatához, hogy vajon az iskola szelleme-e az a tényező, amely felülírja a nemi sajátosságokat. Az alkoholfogyasztás, illetve a részegség ebben az életkorban társasági összejövetelekhez, „bulik”-hoz kapcsolódik. Ami mindenképpen figyelemre méltó, hogy a válaszadók 36%-a egyáltalán nem vagy csak nehezen tudja elképzelni a szórakozást alkohol nélkül, közel 21%-uk nem tudja jól érezni magát a barátaival alkohol fogyasztása nélkül, s közel 16% azoknak az aránya, akik semmiféle problémát nem látnak abban, ha valaki részeg. Mindhárom állítás esetén szignifikáns különbség mutatkozik a több alkalommal berúgottak, és azok között, akik még soha nem voltak részegek. Összevetve továbbá ezeket az állításokat azzal a kérdéssel, hogy „Milyen gyakran érzel ellenállhatatlan vágyat, hogy megigyal egy pohár alkoholos italt” megállapítható, hogy a minta 3,5%-a

⁶² Mind a „részegség”, mind pedig a „berúgás” kifejezések elfogadottak a problémás alkoholfogyasztás vizsgálatára. A 2007. évi ESPAD-kérdőív az addigi gyakorlattól eltérően a próbakérdés során nem a megkérdezettre bízta a lerészegedés értelmezését, hanem definiálta, mit ért lerészegedés alatt. A kérdés megváltoztatása jelentős eltéréseket eredményezett a prevalencia értékekben, ezért a magyarországi adatfelvétel során a korábbi kérdést is szerepeltették. (Elekes 2007)

⁶³ A HBSC 2010-es adatfelvétel eredményei alapján a 11. osztályos fiúk körében 70%-ra, a lányok körében 54,5%-ra teszi azoknak az arányát, akik életük során legalább kétszer voltak már részegek. A teljes mintát tekintve az ESPAD kutatás eredményeihez hasonlóan közel fele a válaszoló tanulóknak volt már részeg legalább egyszer életében.

rendszeresen, 54,9%-a pedig alkalmanként érez késztetést arra, hogy alkoholt fogyasszon. Úgy vélem, ez az arány 17 éves korban mindenképpen magasnak tekinthető.

Az illegális szerhasználat⁶⁴ jellemzői

A HBSC 2002-es adatfelvételének alapján a droghasználat vonatkozásában hazánk a közepesen fertőzött országok közé tartozik Európában. (Aszmann 2003:63) Az azóta eltelt időszak változásairól a 2007. évi ESPAD kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy az ezredforduló elején tapasztalt romló tendencia az elmúlt években több mutató alapján mérséklődött, stabilizálódott, illetve javult.⁶⁵ A tendenciákban bekövetkező kedvező változások ellenére az ENSZ kábítószer-ellenes világnapja alkalmából Szabó Máté ombudsman a drogfogyasztás mértékével összefüggő kutatások eredményeire hívta fel a figyelmet, mely szerint Magyarország „közepesen fertőzött” országnak tekinthető.⁶⁶ Érthető ez a Fact Intézet 2011-ben lezárult kutatási eredményeinek tükrében, melynek egyik központi kérdése, hogy milyen az ún. dizájner drogok, vagyis a kábítószerlistán szereplő, tiltott anyagok apró változtatásaival előállított szerek „terjedési sebessége”. A vegyi összetétel manipulálásával máris legálissá formált tiltott szerek az eredmények értelmében legalitásuk és a hagyományos kábítószerkehez viszonyított alacsony áruk miatt egyre inkább elterjedtek.⁶⁷ Összességében megállapítást nyert, hogy a droghasználat fajtái és prioritásai az utóbbi években jelentősen megváltoztak.

A HBSC és az ESPAD adatfelvételeihez képest a drogfogyasztás alacsony számban fordul elő a mintában. Marihuána származékot rendszeresen 3, alkalmanként 21 fő használ, parti drogot rendszeresen 1, alkalmanként 4 fő, egyéb kábító hatású anyagot pedig rendszeresen szintén 1, alkalmanként pedig 4 fő használ.⁶⁸ A marihuána származékok fogyasztását jelentősen befolyásolja az iskola ($p=0,001$) (14. sz. melléklet) és az anya

⁶⁴ Illegális szerek alatt az ESPAD vizsgálatokban szereplő drogokat értem. Ezek a marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

⁶⁵ A tiltott szerek fogyasztása a 2003-ig tartó növekedés után 2007-ben csökkenést mutatott. Az attitűdökben bekövetkezett változások a fogyasztási adatok változásaihoz hasonló tendenciát mutattak, a legtöbb szer esetében a veszélyészlelés csökkenése megállt, sőt számos szer esetében növekedett a fogyasztást veszélyesnek tartók aránya. (Elekes 2007)

⁶⁶ http://hvg.hu/itthon/20110625_magyarorszag_kozepesen_drogfertozott [2011. augusztus 6.]

⁶⁷ <http://www.magyar nemzet.hu/portal/786023> [2011. október 23.]

⁶⁸ Az illegális szerfogyasztáshoz kapcsolódó változók elemzésekor a továbbiakban csupán a marihuána származékokat használókat vizsgáltam, mivel a parti drog valamint az egyéb kábító hatású anyagok fogyasztása a serdülők bevallása alapján olyan csekély mértékű a mintában, hogy nem alkalmas a statisztikai elemzésre.

legmagasabb iskolai végzettsége ($p=0,041$) (15. sz. melléklet).⁶⁹ Az iskola és a marihuána származékok kapcsolatának elemzése során feltűnt, hogy a füves cigaretta alkalmankénti, illetve rendszeres fogyasztása magasabb arányban jelenik meg a Zichy Mihály szakközépiskola tanulóiánál, ami valószínűleg annak tulajdonítható, hogy a művészeti képzésben részt vevő diákok már az iskoláztatás évei alatt művészként definiálják önmagukat, s az ennek megfelelő szerepviselkedés része, hogy a társadalomban élő sztereotípiák mentén cselekszenek. Ennek megfelelően érzik magukat másoknak, amiből adódóan elfogadottá, sőt kívánatosná válik körükben a normasértő viselkedés.

A szülők legmagasabb iskolai végzettségének hatását vizsgálva meglepő, hogy a marihuána származékok használata az általam vizsgált minta vonatkozásában inkább jellemző az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező szülők gyermekeinek körében. Ez az eredmény nem illeszkedik ahhoz a trendhez, melyet a témával kapcsolatos reprezentatív felmérések kijelölnek. Elekes (2007) vizsgálatai mutatták ki ugyanis először, hogy a dohányzás vonatkozásában igazolt összefüggés, miszerint a rizikómagatartás inkább megfigyelhető az alacsonyabb társadalmi státusúak között (Németh 2007), a drogfogyasztás vonatkozásában nem igazolható. A budapesti középiskolások drogfogyasztását feltáró vizsgálat rámutatott, hogy a magasabb státusú szülők gyermekei inkább drogfogyasztók. Differenciáltabb vizsgálatok erősítették meg, hogy a társadalmi státus szerinti különbség a drog minőségével áll kapcsolatban, a jobb státus jobb minőségű drog beszerzését teszi lehetővé. A rizikómagatartás és annak bármilyen formában való megfelelés ilyen formában éppen a magasabb státussal függ össze (ld. költséges sportok, szórakozások, West Balkán-féle helyekre a belépők megfizetése), mely alapján az életmód társadalmi meghatározottságától sem tekinthetünk el. Különösen igaz ez a serdülők esetén, ahol az őket körülvevő szociokulturális közeg normáival, érték- és szokásrendszerével formálja a benne élők mindennapjait. (Meleg 1999; Pikó 2002)

A drogfogyasztás prevalenciájára vonatkozó eredménynek némiképp ellentmond, hogy a válaszadók 67%-a inkább egyetért azzal, hogy a korosztályuk nagy része kipróbált már valamilyen kábítószerrel, 39%-uk egyetért azzal, hogy sokan közülük diszkó-drogot

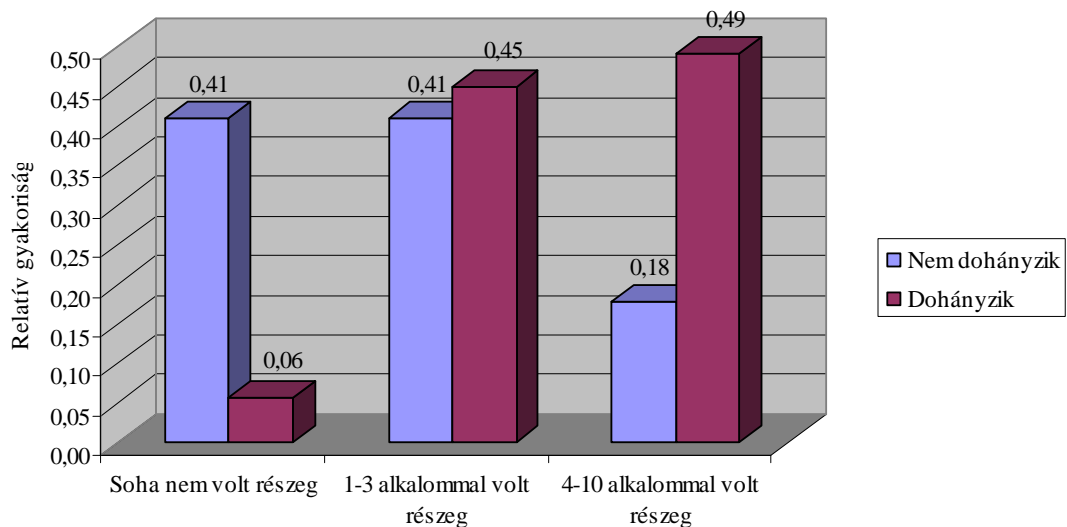
⁶⁹ A marihuána származékot használók alacsony elemszáma miatt a füves cigaretta fogyasztására vonatkozó kérdést átkódoltam, azonban az átkódolás nem járt eredménnyel, a χ^2 próba feltétele továbbra sem teljesült. Ezért, bár a kapott értékeket megjelenítettem, messzemenő következtetés sem a vizsgált intézmények, sem pedig az anya legmagasabb iskolai végzettségének szerfogyasztást befolyásoló hatására vonatkozóan nem vonható le.

használnak, 35%-uk pedig inkább egyetért azzal, hogy kortársaik közül sokan élnek marihuána termékekkel. A kortársak kemény droghasználata véleményük szerint kevésbé hangsúlyos, s általában egyetértenek azzal, hogy a „füvezés” ugródeszka a keményebb drogok világába. Elgondolkodtató, hogy vajon a kortársak elbeszélései vagy saját tapasztalat alapján (ez esetben felmerül, hogy nem válaszoltak őszintén a droghasználattal kapcsolatos kérdésekre) 25%-uk egyetért azzal, hogy az ember hangulatát jobbra teszik a marihuána-származékok. A válaszolók közül rendszeresen 2 fő, alkalmanként pedig 19 fő érez ellenállhatatlan vágyat, hogy elszívjon egy „füves” cigit. Megjegyzendő, hogy nem minden esetben azok érzik ezt a vágyat, akik egyébként bevallottan használnak marihuána-terméket.

A drogfogyasztásra vonatkozó kérdéseket követően a droghasználattal illetve a drogfogyasztóval kapcsolatos attitűd megismeréséhez egy rövid, befejezetlen történetet fogalmaztam meg. A történetben felvázoltam egy olyan szituációt, amelyben a válaszadónak döntést kellett hoznia, hogy adott szavát nem megszegve elmegy barátjával egy olyan partira, ahol a drogfogyasztás szinte elvárás, vagy ígéretét elfeledve, különböző kibúvókat keresve hagyja barátját egyedül elmenni. A válaszokat alapvetően két csoportba lehetett sorolni. Az első csoportba tartoztak azok, akik az ígéret ellenére nem mennének el barátjukkal a történetben említett partira. Közöttük akadtak olyanok, akik általuk „kegyes” hazugágnak nevezett kibúvókat találnának, s voltak, akik őszintén elmondanák barátjuknak a drogfogyasztással kapcsolatos aggályaikat, s ezzel indokolnák távol maradásukat. Egy-egy válaszban felbukkant a drogfogyasztóval szembeni negatív minősítés is: „lenézően elutasítom”. A második csoportba azok tartoznak, akik elmennének barátjukkal a szórakozóhelyre. Közülük néhányan ki is próbálnák a felajánlott marihuána terméket (általában azok, akik bevallottan alkalmanként, vagy rendszeresen fogyasztanak marihuána termékeket), néhányan egyszerűen csak igyekeznének jól érezni magukat, s páran kifejezetten azért kísérnék el barátjukat, hogy vigyázzanak rá, s akadtak, akik rendőrt, vagy mentőt hívnának. Többen kifejezték, hogy bár elmennének, egészen biztosan nem fogyasztanának illegális szert, s barátjukat is igyekeznének lebeszélni róla. Úgy gondolom, ezek a válaszok jól illusztrálják a serdülők droghoz, s a drogfogyasztóhoz kapcsolódó viszonyulásait. Míg egy részük engedve a csábításnak élve a lehetőséggel kipróbálná a felkínált szert, mások a drogfogyasztás veszélyeinek ismeretében távol tartanák barátjukat a

szer használatától, megint mások pedig a drogfogyasztóval szembeni negatív minősítést fogalmazzák meg.

Az egészségmagatartás, s ezen belül is különösen az általam vizsgált rizikómagatartás feltárása során nem elegendő az egészségkárosító magatartásformákat, s az azokra ható tényezőket egymástól elszigetelten vizsgálni, hanem szükséges annak feltérképezése, hogy mennyire jellemző a különböző rizikómagatartásformák együttes előfordulása. Felvetődik a kérdés, vajon a rizikómagatartásnak bármely formája szükségszerűen maga után vonja-e más egészségkárosító szokások preferálását is.⁷⁰ Ennek a kérdésnek az eldöntésére a χ^2 próbát és a Fisher Exact tesztet tartottam a megfelelő statisztikai módszereknek. Ennek eredményeként az ESPAD 2007 kutatási eredményeivel összhangban az a megállapítás tehető, hogy a dohányzás és a berúgások gyakorisága között erős szignifikáns kapcsolat ($p=0,000$) mutatható ki. A részegségek számának növekedésével egyenes arányban nő a dohányzók száma (4. ábra).

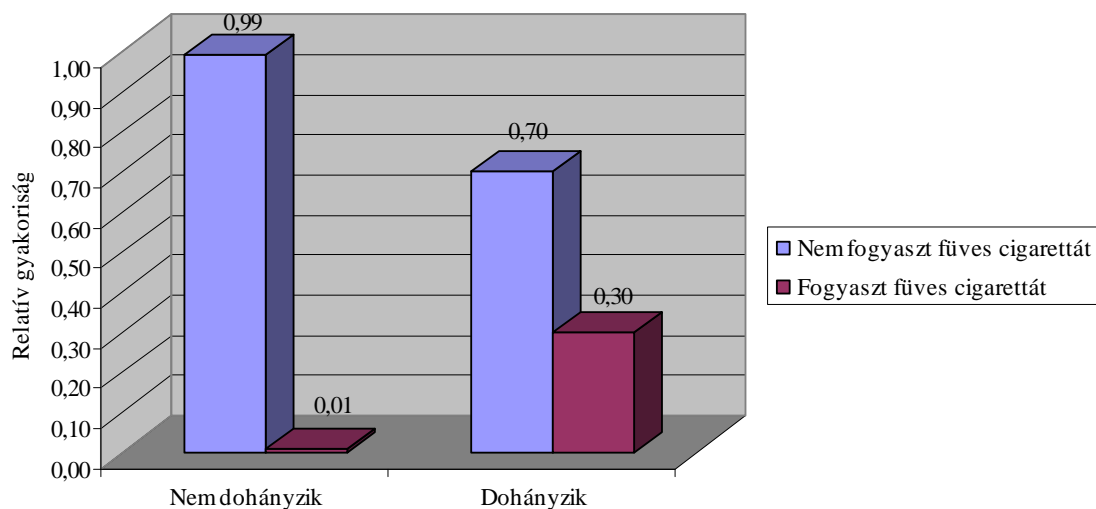


4. ábra: A dohányzás és a berúgás gyakorisága közötti összefüggés vizsgálata (n=288)

A dohányzás és a füves cigaretta használata közötti kapcsolat elemzése szintén a különböző egészségkárosító magatartásformák együtt járására mutatott rá ($p=0,000$). A

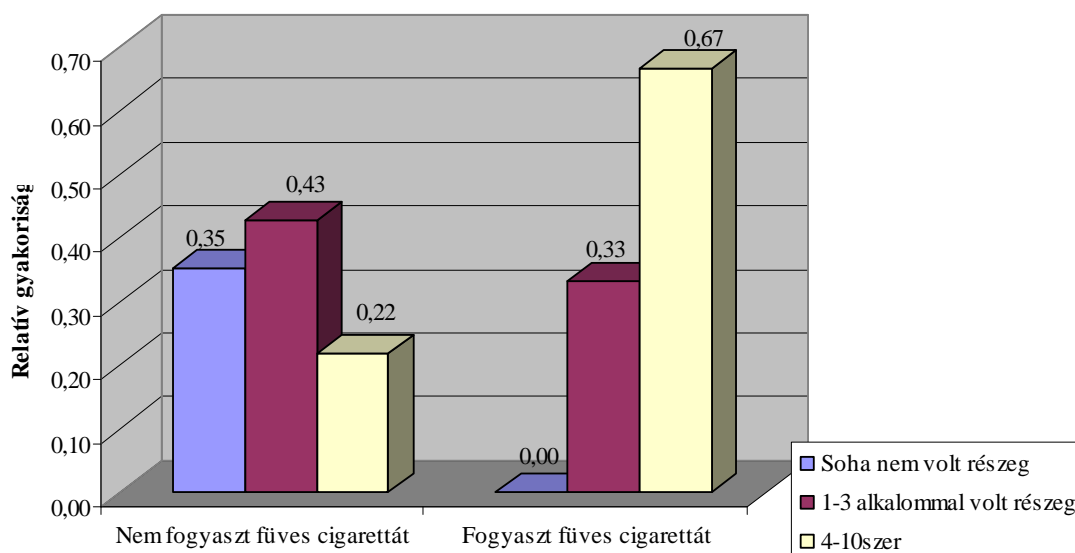
⁷⁰ Korábbi tanulmányok felhívták a figyelmet a különböző rizikó-magatartásformák együttes előfordulására. (Pikó 2003)

dohányzó fiatalok között lényegesen magasabb a marihuána származékokat fogyasztók aránya (5. ábra).



5. ábra: A dohányzás és a füves cigaretta használata közötti összefüggés vizsgálata (n=288)

Az előzőekhez hasonló összefüggés tárható fel a berűgás gyakorisága és a füves cigaretta használata közötti kapcsolat vizsgálatakor ($p=0,000$). A füves cigarettát fogyasztók körében lényegesen magasabb a több alkalommal berűgottak aránya (6. ábra).



6. ábra: A füves cigaretta használata és a berűgás gyakorisága közötti összefüggés vizsgálata (n=288)

Önértékelt egészségmagatartás

Az egészségmagatartás vizsgálata során fontosnak véltem annak feltárását, hogy a serdülő mennyire tartja azt példaértékűnek. Ennek a kérdésnek a megfogalmazásakor az egészségmagatartás szó helyett az életmód kifejezést használtam. Bár az életmód a szakirodalomban nem ugyanazt a jelentést hordozza, mint az egészségmagatartás,⁷¹ úgy vélem, a serdülők inkább az életmód kifejezést használják egészségmagatartásuk leírására. Életmódját teljes mértékben példaértékűnek a válaszadók csupán 13,5%-a, részben példaértékűnek pedig 72,5%-a tartja. Szignifikánsan nagyobb arányban tartják életmódjukat teljes mértékben példaértékűnek a nemdohányzók ($p=0,000$) (16. sz. melléklet), a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező anyák gyermekei ($p=0,04$) (17. sz. melléklet) és azok, akik saját bevallásuk szerint még soha, vagy csupán egy alkalommal voltak részegek ($p=0,022$) (18. sz. melléklet). A validitás biztosítása valamint az életmód példaértékűségének szempontjaira vonatkozó kutatási kérdésem megválaszolása érdekében megkértem a serdülőket, indokolják válaszaikat. A nyitott kérdésre adott válaszok elemzése során kirajzolódott, hogy az életmód kifejezés alatt a serdülők a táplálkozási szokásokat, mozgáskultúrát, illetve az egészségkárosító magatartáshoz való viszonyulást értik, amely tulajdonképpen megfeleltethető a tágabban értelmezett egészségmagatartásnak. Ezek után nem meglepő, hogy azok, akik életmódjukat teljes mértékben példaértékűnek ítélték, szignifikánsan jobbnak ítélték meg mind a jelenlegi ($p=0,000$) (19. sz. melléklet), mind pedig az anticipált egészségi állapotukat ($p=0,000$) (20. sz. melléklet). Az életmód példaértékűségének megítélésére vonatkozó kérdés matematikai statisztikai elemzése rávilágított arra, hogy a rizikómagatartás jelentős mértékben hozzájárul ahhoz, hogy életmódját kevésbé példaértékűnek ítélje a válaszadó, azonban az indokok elemzése során kirajzolódott, hogy a dohányzó, alkoholt fogyasztó fiatalok közül néhányan nem a káros szokásaik miatt tartják életmódjukat kevésbé példaértékűnek, hanem mert egészségtelenül táplálkoznak vagy keveset mozognak. Mindez egybevág azokkal a korábbi kutatási eredményekkel, melyek először hívták fel a figyelmet arra, hogy az egészségfogalom tartalma rendkívül különböző egyrészt résztartalmaikat, másrészt a hangsúlyokat tekintve. (Meleg 1986) Az egészségmagatartás ebben az

⁷¹ Elekes (1999) megfogalmazásában az életvitel az életmód látható paramétere, melybe az egészségmagatartás az életvitel egyik komponense.

értelemben a mindennapi életvitelt meghatározó döntések sorozata az egészségesség irányába mutató magatartásformák és az egészségkárosító szokások visszautasítása között.

Kutatásom jellegéből adódóan a továbbiakban nyitott kérdések segítségével kívántam választ kapni arra, vajon az előzőekben említett mindennapi életvitelt meghatározó döntések háttérében a serdülők milyen okokat nevesítenek. Mi az, ami hozzájárul ahhoz, hogy a fiatalok ismereteik ellenére sok esetben az egészségkárosító szokások választását preferálják az egészségesség irányába mutató magatartásformák választásával szemben. A kérdésre adott válaszok meglehetősen sokfélék, azonban legtöbbször a kortársaknak való megfelelést nevesítették. Sokan úgy vélik, a dohányzástól, alkoholfogyasztástól, droghasználattól lesznek „menők”, ami segíti őket abban, hogy a közösség befogadó legyen. Néhányan megemlítik, hogy a szerhasználat összefüggésben van a feszültség levezetésével. Páran a nehéz élethelyzetekből való menekülésnek vélik az egészségkárosító magatartás választását. A későbbiekben ismertetett West Balkán tragédia kapcsán írt fogalmazásokban az itt csupán címszavakban megjelölt szerhasználat háttérében rejlő motivációs faktorok jelentősége sokkal intenzívebben megjelent, ezért ezek részletesebb kifejtésére a fogalmazások elemzését bemutató fejezetben visszatérek.

Az egészséggel kapcsolatos választások háttérében rejlő okok feltérképezését követően fontosnak tartottam megismerni, hogyan gondolkodnak a serdülők arról, miképpen lehetne változtatni azon a tényen, hogy az egészségkárosító szokásokról szerzett ismeretek ellenére sok fiatal a választásai során a rizikómagatartás mellett dönt. A válaszok sokfélék voltak, túlnyomó többségben azonban az ismeretek bővítésének és a szankciók szigorításának szükségességét fejezték ki. Az ismeretek bővítéséhez kapcsolódóan többen adtak hangot annak a véleményüknek, mely szerint az elrettentő példa az, ami talán elgondolkodtatja a fiatalokat arról, érdemes-e dohányozni, alkoholt és kábítószer fogyasztani. A szankciók kapcsán többen megfogalmazták a szigorítás, s ezzel együtt az ellenőrzés szükségességét, a bírság és a büntetési tétel felemelését. Érdemes elgondolkodni azon, vajon az ismeretek bővítése, az egészségkárosító szokások szankcionálása eredménnyel kecsegtetne-e. Úgy vélem, a válasz egyértelműen nem. Meleg (1986) vizsgálatában rámutatott arra, hogy az ismeret és a tevékenység épp az egészségmagatartás vonatkozásában nincsenek szinkronban egymással. Ez egyben azt is jelenti, hogy az ismeretek bővítése, a szigorúbb szankcionálás nem feltétlenül hozza meg azt az eredményt,

hogy a serdülők egészségmagatartásában egyértelműen pozitív változás áll be. Az ismeretek hangsúlyozása továbbá könnyen azt eredményezheti, hogy maga a prevenció is patogenetikus szemléletűvé válik, amennyiben pusztán a betegségek rizikótényezőinek kiküszöbölésére, valamint e rizikófaktorok egészségkárosító hatásainak ismertetésére irányul. (Konkoly 2008:59) Milyen egyéb alternatíva áll akkor a fiatalok egészsége iránt elkötelezett pedagógusok és az egészségnevelés különböző területein tevékenykedők előtt? Erre a kérdésre vonatkozóan is találhatunk válaszokat a serdülők írásaiban, melyek közül kiemelendő a „más értékek előtérbe helyezése”, a „személyes beszélgetések” szükségessége, a szülői odafigyelés, a nevelés valamint a közösségi programok fontossága. Megjelenik az írásokban az önkontroll, az önismeret nevesítése is. Voltak elszigetelt vélemények is, melyek némelyike rendkívül szélsőséges nézetet fogalmazott meg (pl. „terápia” vagy egyenesen egy „munkatábor” lenne a megfelelő eszköz az egészségkárosító magatartás visszaszorítására), némelyike pedig inkább egyfajta közönyt, semlegességet fejezett ki a szerfogyasztóval szemben (pl. „megérteni”, „tolerálni”).

A függőséghez vezető út

Az egészség-rizikómagatartás abban az esetben jelent valós veszélyt a serdülő egészségre nézve, ha választása nem csupán egyszeri, alkalmi döntés eredménye, hanem a különböző egészségkárosító szokások huzamosabb ideig perzisztálva addikciókat eredményeznek az életében. Ezért fontosnak véltem megismerni, hogy a kutatásba bevont serdülők egészségét milyen mértékben veszélyeztetik a különböző függőségek. Természetesen az addikciók feltárása túlmutatna disszertációm keretein, azonban úgy vélem, a rendszeresen előforduló ellenállhatatlan vágy egy-egy szál cigaretta elszívása, egy-egy pohár alkoholos ital elfogyasztása vagy egy füves cigaretta elszívása iránt felhívhatja a figyelmet arra, hogy a serdülő könnyen hozzászokhat a szer fogyasztásához, mely első lépés lehet a függőség kialakulásához. Hasonló problémákat vethet fel a táplálkozással kapcsolatos különböző zavarok jelenléte és az időérzék teljes elvesztésével járó, napjainkban egyre több fiatal veszélyeztető számítógép-függőség. Ezek némelyike kifejezetten egészségkárosító, némelyike pedig pszichikai függőséget eredményez, s virtuális kapcsolatokat kínálva éppen a pszichoszociális erőforrásoktól fosztja meg a közösségi oldalakat rendszeresen használókat.

A cigaretta, az alkohol és a füves cigaretta iránti ellenállhatatlan vágy statisztikai elemzését a vonatkozó részeknél fentebb ismerttettem.⁷² A táplálkozással kapcsolatos abúzusok elemzése rámutatott, hogy a vizsgált csoportban nagy számban vannak jelen a különböző táplálkozási zavarok, melyek különösen a lányok esetén hangsúlyosak, s némely változó esetén szignifikáns különbséget mutat a fiúkkal összevetve. Ilyennek bizonyult az elfogyasztott kalóriák számolása ($p=0,004$) (21. sz. melléklet) és mielőbbi ledolgozása ($p=0,039$) (22. sz. melléklet). Szintén a lányok tűnnek inkább veszélyeztetetteknek a vásárlással összefüggő zavarok esetén ($p=0,01$) (23. sz. melléklet). Természetesen helytelen volna messzemenő következtetéseket levonni a táplálkozással és a vásárlással kapcsolatos nemi különbözőségek vonatkozásában, hiszen nem tekinthetünk el azoktól az életkori sajátosságoktól, melyek következtében a lányok érintettsége ebben az életkorban a vizsgált változók esetén nagyobb. Óvatosan kell tehát bánni ezért ezekkel az eredményekkel, s semmiképpen nem jelenthető ki, hogy a lányok esetén ezen függőségekkel inkább számolni kell.⁷³ Az időérzék elvesztésével járó számítógép-használatra irányuló kérdés elemzése során a nem mint független változó nem bizonyult differenciáló tényezőnek.

Az egészségkárosító szokásokkal kapcsolatos vélekedések elemzése

Az egészségmagatartás vizsgálatával összefüggésben kutatásom során kerestem a választ arra, hogyan gondolkodnak a serdülők a dohányzásról, az alkohol- és a drogfogyasztásról, továbbá milyen magyarázatot találnak az egészségkárosító viselkedésformákra. Különböző állításokat fogalmaztam meg, melyek segítségével azt kívántam feltárni, hogy milyen indokokat találnak a dohányzásra, alkoholfogyasztásra, droghasználatra, mennyire érzik szükségesnek ezen szerek használatát ahhoz, hogy jól érezzék magukat, illetve ahhoz, hogy a csoport befogadja őket. Néhány állítás arra irányult, hogy a válaszok segítségével képet kapjak arról, mennyire jellemző a serdülőkorúakra saját megítélésük szerint a droghasználat. Az eredményeket a vonatkozó részeknél fentebb ismerttettem. Az állításokból készített leíró statisztikai elemzés elvégzése után az

⁷² Összegezve: többen éreznek ellenállhatatlan vágyat egy szál cigaretta elszívására, mint ahányan dohányoznak, s ez a vágy értelemszerűen szignifikánsan magasabb a dohányzók körében. A minta 3,5%-a rendszeresen, 54,9%-a pedig alkalmanként érez késztetést arra, hogy alkoholt fogyasszon, s a válaszolók közül rendszeresen 2 fő, alkalmanként pedig 19 fő érez ellenállhatatlan vágyat, hogy elszívjon egy „füves” cigarettát.

⁷³ Megjegyzendő azonban, hogy a felnőttek körében végzett vizsgálatok is a nők veszélyeztetettségére hívják fel a figyelmet az általam vizsgált viselkedészavarok esetén. (Túry–Szabó 2010; Kun–Demetrovics 2010)

állításokból főkomponenseket hoztam létre faktoranalízis segítségével. Az analízis elvégzése előtt egy állítást szükséges volt átkódolni, hogy a válaszlehetőségek egyirányúak legyenek. A KMO-érték meghaladta a 0,5-öt és a Bartlett-teszt szignifikancia-értéke kisebb lett mint 0,05, ezért úgy ítélt meg, hogy a kiválasztott változócsoporthoz alkalmas az elemzésre (24. sz. melléklet). Mivel a kommunalitások egyetlen változó kivételével meghaladták a 0,5 értéket, ezért valószínűsítettem, hogy egymástól jól elkülöníthetőek lesznek az új komponensek (25. sz. melléklet). A program a saját értékek alapján 6 főkomponenst hozott létre, mely az eredeti változótér 66,63 %-át tömörítette (26. sz. melléklet) (VI. táblázat).

Az első főkomponens azokat a változókat tömöríti, melyek azt fejezik ki, mit gondolnak a serdülők kortársaik szerhasználatával kapcsolatban. A táblázat megtekintése során jól látható, hogy a drog kipróbálására, a diszkódrog használatára, a marihuána termékek és a kemény drogok rendszeres használatára vonatkozó állításokkal való egyetértés nagymértékű korrelációt mutat. Ez alapján kijelenthető, hogy a megkérdezettek inkább egyetértenek azzal, hogy kortársaik jelentős része rendszeresen fogyasztja ezeket a szereket. A második főkomponensbe a cigarettázás háttérben álló motivációs faktorok közül a stressz-oldó, coping motiváció kapott helyet, mely kifejezi, hogy a dohányzástól megnyugvást vár az egyén. A harmadik főkomponens szintén a dohányzási szokásokkal áll kapcsolatban, s a cigarettázás háttérben álló szociális, társas motivációt jeleníti meg. Ez a főkomponens fejezi ki azt, hogy a dohányzás a befogadás, a csoporthoz tartozás, s a felnőttként való elfogadás szükségszerű feltétele a serdülők egy csoportjának körében. A negyedik főkomponens a szerfogyasztás szükségességét kifejező változókat tömöríti, azokat, melyek azt fejezik ki, hogy a „bulizás” szinte elengedhetetlen kelléke az alkoholfogyasztás olyannyira, hogy a részegség is teljes mértékben elfogadott. Ebben a főkomponens-térben szerepel, de negatív előjellel az a változó, mely azt mutatja, hogy a füvezés ugródeszka lehet a keményebb drogok világába. Megjegyzem, ez volt az egyetlen olyan változó, ahol a kommunalitás nem érte el a 0,5 értéket. Az ötödik komponens igen érdekesen alkotta meg a program. „Jó fejnek látszani”, „jobb hangulat”, „ellazulni” – ezek igencsak összetartozó kifejezések. Hiszen ha valakinek jó a hangulata, el tud lazulni egy társaságban, általában úgy mond „jó fej”-nek tűnik a többiek szemében, mely segíti kapcsolatainak alakulását. A hatodik, egyben az utolsó komponens csupán egyetlen

változót tartalmaz, mely kifejezi, hogy alkohol fogyasztása nélkül is jól érezheti valaki magát egy baráti társaságban. Ez az egyetlen főkomponens, mely az egészségkárosító magatartás elutasítását fejezi ki.

Ezen komponensek kifejezik, hogyan gondolkodnak a serdülők az egészségkárosító szokásokról. Az ismeretek szintjén jelenlévő elutasítás, s a cselekvés szintjén jelenlévő elfogadás kognitív disszonanciát eredményez, melyet a serdülők igyekeznek feloldani azzal, hogy magyarázatokat gyártanak arra vonatkozóan, hogy tulajdonképpen miért is elfogadhatók ezek a magatartásformák. Egyesek úgy vélik, a csoporthoz tartozás feltétele a normakövető (jelen esetben ez a csoportnorma, mely természetesen nem megfeleltethető a társadalmi normáknak) viselkedés, mely lehet a dohányzás, az alkoholfogyasztás vagy éppen a drogfogyasztás. Néhányan megnyugvást várnak ezektől a szerektől, többen pedig mintakövető önigazolást alkalmaznak: „mások is ezt csinálják”. A kognitív disszonancia redukcióval énképüket hozzák hamis harmóniába.

	Főkomponensek					Egészség- károsító magatartás elutasítása
	Kortársak szerfogyasztási szokásai	Stressz-oldó, coping motiváció	Szociális, társas motiváció	Rizikó magatartás magyarázatai	Külső megítélés, s az ahhoz szükséges tényezők	
A cigi megnyugtat		,887				
A cigitől jó fejnek látszom					,694	
Ha elszívok egy cigit, úgy érezem, elfogadnak			,751			
Cigaretta nélkül nem vesznek felnőtt számba			,730			
Ha ideges vagyok, rágyújtok		,928				
Ha nem cigizek, nem is tartozom a csoporthoz			,726			
Egy jó buli elképzелhetetlen alkohol nélkül				,664		
Nem szükséges alkoholt fogyasztanom, hogy jól érezzem magam						,911
Semmi rossz nincs abban, ha valaki részegre issza magát				,781		
A velem egykorúak nagy része kipróbált már kábitószert	,729					
A velem egykorúak nagy része használ diszkódrogot	,815					
Sok velem egykorú él marihuána termékkel	,766					
A füvezés ugródeszka						
Sok velem egykorú használ kemény drogot	,785					
A hangulatot jobbbá teszik a marihuána származékok						,594
Ellazulni csak füves cigivel lehet						,712

VI. táblázat: Az egészségmagatartással kapcsolatos állításokból képzett főkomponensek

6.5. Az egészséggel kapcsolatos értékorientáció és a szubjektív jól-lét közötti összefüggés vizsgálata

A szubjektív jól-lét és az egészségmagatartás jellemzőinek valamint az azokra ható faktoroknak a feltárását követően választ kerestem a serdülők egészséggel kapcsolatos értékorientációja és szubjektív jól-léte közötti összefüggés vizsgálatára irányuló kutatási kérdésekre. Módszertanilag az egyirányú varianciaanalízist tartottam a megfelelő eljárásnak az összefüggés kimutatására. Mind a

dohányzás, mind a berűgás előfordulásának gyakorisága, mind pedig a droghasználat (elsősorban a füves cigaretta használata) vonatkozásában megállapítható, hogy a rizikómagatartás elutasítása magasabb szubjektív jól-lét átlaggal jár együtt. Szignifikáns különbséget a szubjektív jól-lét átlagában azonban csupán a berűgás előfordulásának gyakorisága eredményezett ($p=0,019$) (27. sz. melléklet). Bár a füves cigaretta használata és a szubjektív jól-lét között az előzőekben említettek szerint statisztikai értelemben nem mutatható ki kapcsolat, érdekesnek találtam, hogy a legalacsonyabb szubjektív jól-lét átlagot mutató Zichy Mihály Szakközépiskola tanulói bizonyultak a füves cigaretta szempontjából a legveszélyeztetettebb csoportnak.

6.6. A koherencia-érzet vizsgálata

A szalutogenezis központi elemének a koherencia-érzetnek az egyik összetevője, nevezetesen „az élet értelmessége” kutatási beszámolóik szerint szoros kapcsolatban van a serdűlők pszichés jól-létével, s az azzal összefüggő pozitív lelki működéssel. Szintén pozitív irányú összefüggés mutatható ki az élet értelmessége és az egészségvédő magatartás között is, ugyanakkor az értelemhiány, céltalanság könnyen sodorja rizikómagatartások felé a serdűlőt. (Brassai–Pikó 2010) A serdűlők szubjektív jól-létének, egészségmagatartásának feltárását követően ezért az általam vizsgált problémakört más szempontok szerint is elemeztem. Kutatási kérdéseimnek megfelelően kiemelt célom volt annak megállapítása, hogy az idézett kutatással összhangban vajon a koherencia-érzet milyen mértékben járul hozzá az egészséggel kapcsolatos választásokhoz, s milyen összefüggést mutat a szubjektív jól-léttel.

A koherencia-érzet mérésére a már fentebb említett PISI-teszt vonatkozó állításai szolgáltak. Az általam vizsgált minta koherencia-érzet átlaga a magyarországi standard átlag⁷⁴ alatti, 14,73. A szórás mértéke 3,049.⁷⁵ A legalacsonyabb koherencia-érzet 5.

A koherencia-érzet és a szubjektív jól-lét közötti összefüggés természetére irányuló kutatási kérdésem megválaszolásához a korrelációs együtttható volt segítségemre. Ennek értelmében a koherencia-érzet pozitív irányú, közepes szorosságú szignifikáns kapcsolatot mutat mind a boldogságérzettel, mind a szubjektív jól-

⁷⁴ 15,97

⁷⁵ A szórás magyarországi standard értéke 3,97.

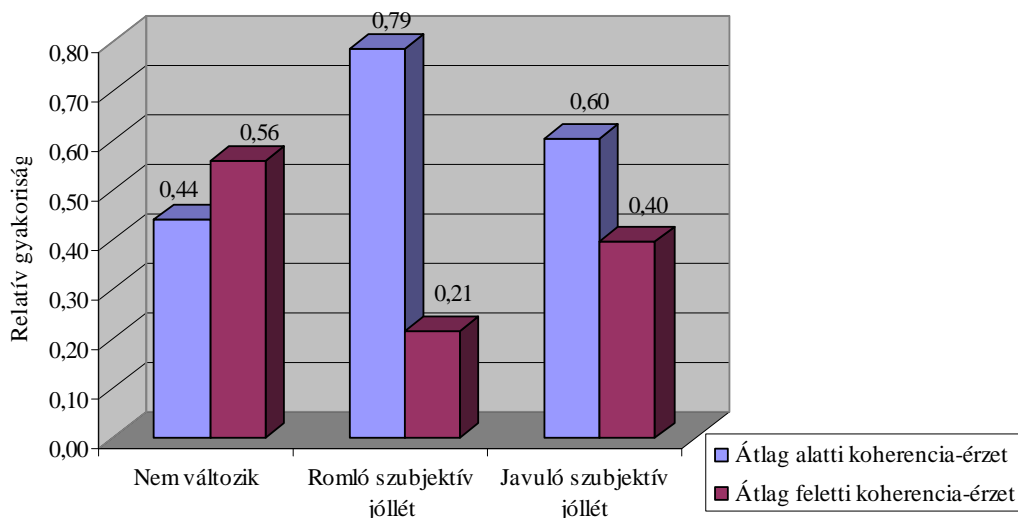
léttel, mind pedig a jövőbeli várható szubjektív életminőséggel (VII. táblázat). Legszorosabb kapcsolatot a koherencia-érzet az elégedettség érzésével mutat.

	Boldogság- érzet	Szubjektív jól- lét	Anticipált szubjektív jól-lét	Elégedettség- érzet
Koherencia- érzet	r=0,362*	r=0,369*	r=0,402*	r=0,505*

* p < 0,01

VII. táblázat: A boldogság-érzet, a jelenlegi és a várható szubjektív jól-lét, az elégedettség-érzet és a koherencia-érzet kapcsolata (n=290)

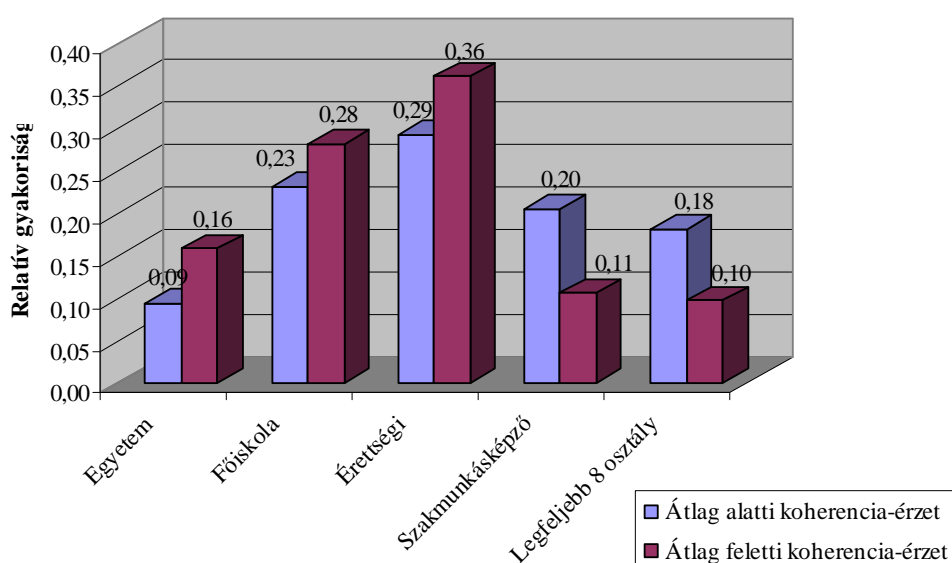
A koherencia-érzet és a szubjektív jól-lét kapcsolatának további elemzése során megvizsgáltam, vajon a koherencia-érzet befolyásolja-e azt, hogy az egyén jobb, rosszabb vagy a jelenlegihez hasonló szubjektív életminőséggel számol a jövőben. Ehhez szükséges volt egy új változót létrehoznom, amely a szubjektív jól-létben bekövetkező lehetséges változás irányát mutatta meg. Az egyirányú varianciaanalízis a Levene-teszt eredménye alapján nem bizonyult értelmezhetőnek, ezért a vizsgált változók közötti összefüggést más matematikai statisztikai próbával, elsősorban χ^2 próbával igazoltam. Mivel azonban a χ^2 próba kizárólag kategorikus változók esetén végezhető el, a koherencia-érzet minőségét meghatározó paraméterek alapján a magyarországi standard átlagnál magasabb-alacsonyabb koherencia-szinttel rendelkező csoportokat képeztem. A χ^2 próba eredményeként a magasabb koherencia-érzettel rendelkezők nagy részéről elmondható, hogy nem vár változást, vagy javulást vár szubjektív életminőségében, az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők körében pedig igen magas azoknak az aránya, akik rosszabbodó életminőséggel számolnak (p=0,007) (7. ábra). Ennek értelmében kijelenthető, hogy a koherencia-érzet befolyásolja azt a képzetet, melyet az egyén a jövőbe vetít saját életminőségét tekintve.



7. ábra: A koherencia-érzet és a szubjektív életminőségben bekövetkező változás várható irányának kapcsolata (n=284)

A koherencia-érzettel kapcsolatos kutatási kérdéseim megválaszolásához matematikai statisztikai próbákat használtam. A koherencia-érzetet befolyásoló faktorok meghatározásához egyirányú varianciaanalízist alkalmaztam, ahol a koherencia-érzet függő változóként, a nem, a szülők legmagasabb iskolai végzettsége és az iskola pedig független változóként szerepeltek. A nem mint független változó és a koherencia-érzet közötti kapcsolat vizsgálatára az egyirányú varianciaanalízis nem volt alkalmas, azonban megállapítható, hogy a fiúk koherencia-érzet átlaga a szubjektív jól-léthez hasonlóan magasabb, mint a lányoké. Az iskola és a szülők legmagasabb iskolai végzettségének elemzésekor jól látszik, hogy az iskola vonatkozásában a legmagasabb koherencia-érzet átlagával a református iskola tanulói, legalacsonyabbal pedig az élelmiszeripari iskola tanulói rendelkeznek (28. sz. melléklet). A szülők legmagasabb iskolai végzettségének elemzésekor szembe tűnő, hogy mind az apa (29. sz. melléklet), mind az anya (30. sz. melléklet) esetén a magasabb iskolai végzettség a gyermekben ugyan nem szignifikáns, de magasabb koherencia-érzetet eredményez. Az egyirányú varianciaanalízis több esetben nem bizonyult értelmezhetőnek, ezért a fenti összefüggéseket χ^2 próbával igazoltam. Eredményeim tükrében megállapítható, hogy a varianciaanalízis eredményével összhangban a χ^2 próba nem mutat szignifikáns különbséget a fiúk és lányok koherencia-

érzete között (31. sz. melléklet). Az apa legmagasabb iskolai végzettsége nem, azonban az anyja legmagasabb iskolai végzettsége jelentősen befolyásolja ($p=0,032$) (32. sz. melléklet) a koherencia-érzet átlagosnál magasabb, illetve alacsonyabb voltát. A 8. ábra jól illusztrálja, hogy az anyja legmagasabb iskolai végzettségét tekintve az egyetemi végzettségtől kiindulva az érettségiig túlsúlyban vannak az átlag feletti koherencia-érzettel rendelkező tanulók, s nő a mintában az arányuk, az érettségitől kiindulva a legfeljebb 8 osztály osztályt végzettekig pedig a tendencia éppen ellentétes, csökken a mintában az arányuk.



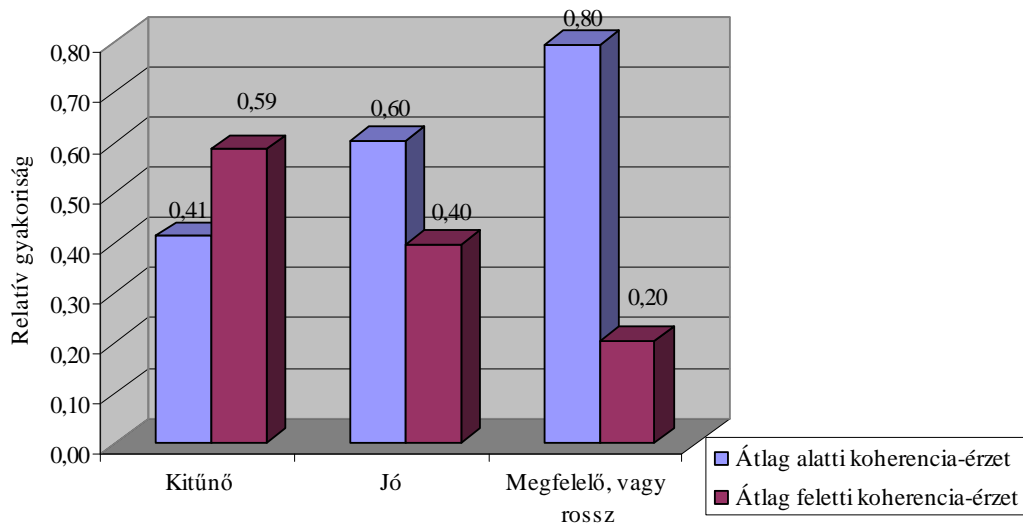
8. ábra: Az anyja legmagasabb iskolai végzettsége és a koherencia-érzet kapcsolata
($n=275$)

Addig, amíg a varianciaanalízis nem mutatott szignifikáns különbséget a különböző iskolákba járók koherencia-érzetének átlaga között, a χ^2 próba jelentős különbséget igazolt ($p=0,005$) (33. sz. melléklet). Annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy az anyja legmagasabb iskolai végzettsége vagy az iskola az, ami inkább felelős a koherencia-érzet magasabb vagy alacsonyabb voltáért, bináris logisztikus regressziót végeztem. Az elemzés rámutatott arra, hogy a két független változó hasonló mértékben befolyásolja a koherencia-érzetet (34. sz. melléklet).

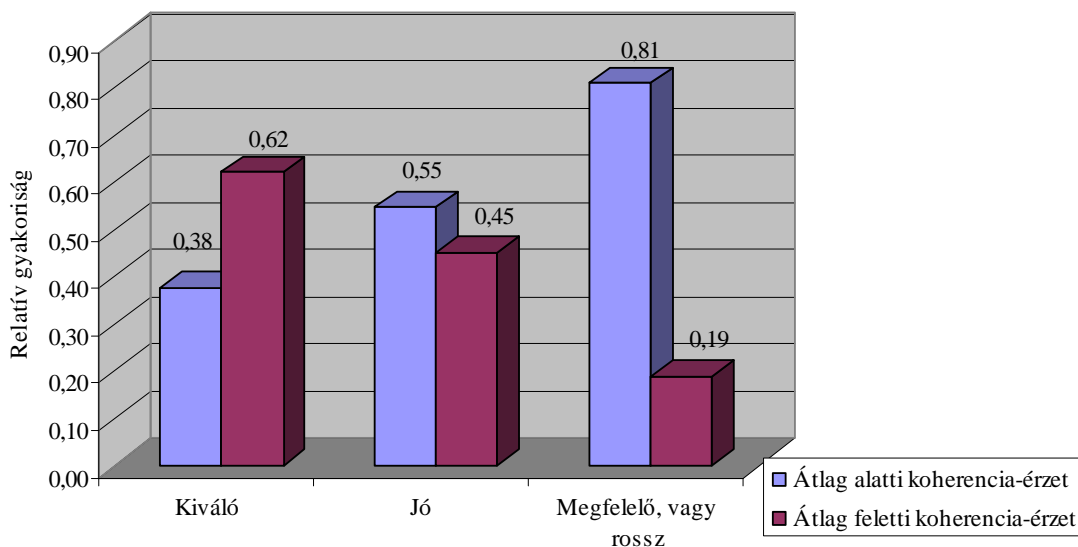
A koherencia-érzet és az önminősített egészségi állapot közötti kapcsolat vizsgálata

A serdülők koherencia-érzete és önminősített egészsége, egészséggel kapcsolatos értékorientációja, egészségmagatartása valamint az életmóddal kapcsolatos döntések közötti összefüggés vizsgálatát χ^2 próbával igazoltam. E kérdések vonatkozásában független változónak a koherencia-érzetet tekintetem.

A koherencia-érzet és az önminősített egészségi állapot valamint az anticipált egészségi állapot közötti összefüggésre irányuló kutatási kérdésem megválaszolásához utóbbi két változót szükséges volt átkódolnom, hogy a χ^2 próba feltétele teljesüljön. Mindkét változó esetén a „megfelelő” és a „rossz” egészségi állapotot kifejező attribútumokat összevonva elemeztem az adatokat. Ennek megfelelően elmondható, hogy a koherencia-érzet minősége szignifikánsan befolyásolja a jelenlegi ($p=0,000$) (9. ábra) és az anticipált ($p=0,000$) (10. ábra) önminősített egészségi állapotot egyaránt. Az átlagosnál magasabb koherencia-érzettel rendelkezők inkább érzik kitűnőnek mind a jelenlegi, mind pedig a jövőbeli egészségi állapotukat, az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők pedig nagyobb arányban érzik megfelelőnek vagy rossznak a jelenlegi és a jövőbeni egészségi állapotukat egyaránt.



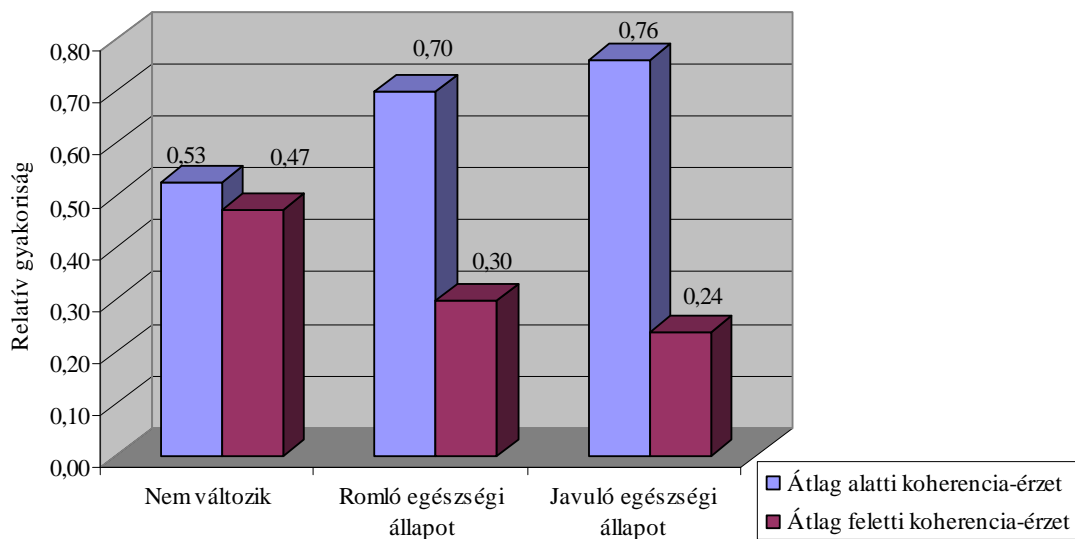
9. ábra: A koherencia-érzet és az önminősített egészségi állapot összefüggései (n=285)



10. ábra: A koherencia-érzet és az anticipált egészségi állapot összefüggései (n=285)

A továbbiakban megvizsgáltam, vajon a koherencia-érzet befolyásolja-e, hogy az egyén jobb, rosszabb vagy változatlan egészségi állapotot vár a jövőben, mint a jelenlegi. Ehhez szükséges volt egy új változót létrehoznom, amely az egészségi állapotban bekövetkező lehetséges változás irányát mutatta meg. A magasabb koherencia-érzettel rendelkezők nagy részéről elmondható, hogy nem vár változást egészségi állapotában,⁷⁶ az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők esetén viszont aránylag magas (32,1%) a romló egészségi állapotot várók aránya. A χ^2 próba eredményeként az összefüggés szignifikánsnak bizonyult ($p=0,008$) (11. ábra). Az eredmények azt mutatják, hogy a koherencia-érzet nem csupán azt a képzetet befolyásolja melyet az egyén a jövőbe vetít saját várható életminőségét tekintve, hanem ehhez hasonlóan az egészségi állapotban bekövetkező változás várható irányát is kijelöli.

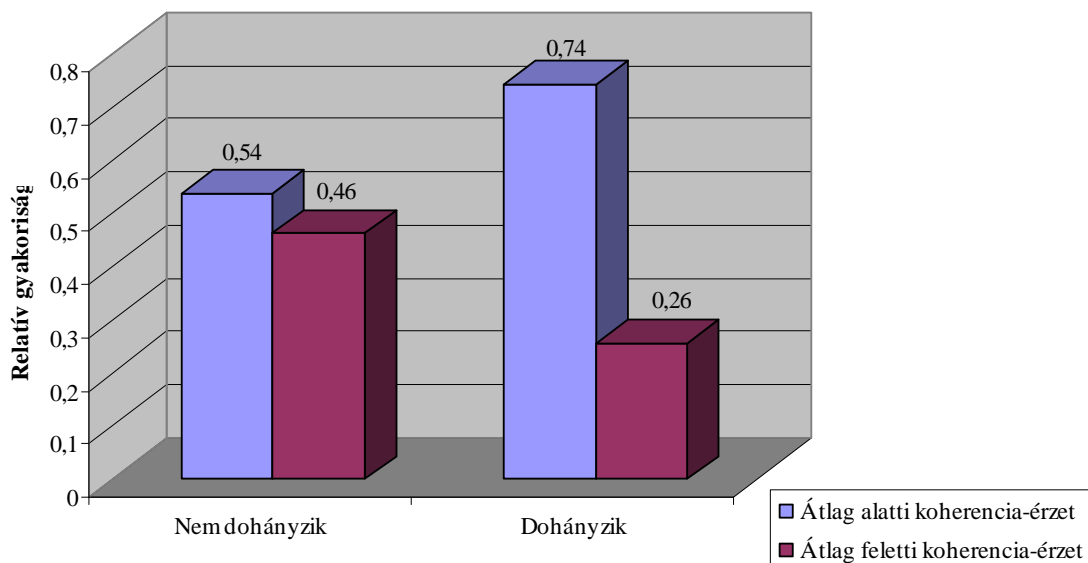
⁷⁶ Megjegyzendő, hogy a fentebb ismertetettek szerint közöttük szignifikánsan magasabb az egészségi állapotukat kiválónak értékelők aránya, így értelemszerűen további javulással már nem számolnak.



11. ábra: A koherencia-érzet és az önminősített egészségi állapotban bekövetkező változás várható irányának kapcsolata (n=284)

A koherencia-érzet és az egészségmagatartás összefüggései

Az egészségi állapot és az életminőség feltárására irányuló kutatások egyre inkább számolnak a koherencia-érzet befolyásoló hatásával, azonban az egészségmagatartás vizsgálata során ez még kevésbé hangsúlyos. Brassai és Pikó (2010) ebben az összefüggésben tárta fel a serdülőkorúak egészségviselkedését, mely alapján a magasabb koherencia-érzet az egészségkárosító magatartásformák alacsonyabb előfordulásával és ezzel együtt az egészségpreventív viselkedés nagyobb gyakoriságával mutat összefüggést. Ezen kutatási beszámolóval összhangban saját kutatási eredményeim is a koherencia-érzet egészségmagatartást befolyásoló szerepét igazolták. Különösen igaz ez a dohányzás vonatkozásában, ahol a Fisher Exact teszt szignifikáns különbséget jelzett a magasabb, illetve az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők dohányzási szokásai között ($p=0,002$) (12. ábra). Az átlagosnál alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők jellemzően magasabb arányban dohányoznak.



12. ábra: A dohányzás és a koherencia-érzet összefüggése (n=284)

A berűgás gyakorisága, a droghasználat és a koherencia-érzet közötti kapcsolatot vizsgálva nem találtam szignifikáns különbséget a két csoport között, azonban mindkét változó esetén kirajzolódik, hogy az alacsonyabb koherencia-érzet könnyebben sodorja az egészségkárosító magatartásformák preferálásának irányába a serdülőket. Mind a berűgás, mind pedig a droghasználat jellemzőbb az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők körében. Önmagában a koherencia-érzet tehát, bár egészségmagatartást befolyásoló hatása kétségtelen, nem tekinthető differenciáló tényezőnek. Annál is inkább, mert a koherencia-érzetre törekvés az önigazoló magatartásnak is jellemzője. Magas szinten koherens pl. az egészségkárosító cselekedetekkel való azonosulás, míg alacsony szinten koherens, ha nem azonosul azzal. Ugyanakkor magas szintű a koherencia az egészségesség irányába, de alacsony a rizikótényezőkkel. Tehát önmagában a koherencia sem nem jó, sem nem rossz, az azonban biztos, hogy mindig erre törekszünk.

6.7. A kutatásba bevont iskolák szervezeti kultúrájának vizsgálata

Az oktatási intézményekben a különböző egészségértéket közvetítő tanulók és tanárok az iskola belső környezetét különbözőképpen alakítják, s ennek megfelelően az intézményben egyaránt létrejöhet az egészséget értéként közvetítő iskolai környezet, vagy éppen ellenkezőleg, az egészségről, mint értékről való gondolkodás nem jut érvényre.

Amennyiben az iskolai élet stresszel, konfliktusokkal terhelt, a tanuló és a tanár izoláltsággal, kirekesztéssel küzd, az iskola belső környezete nem funkcionál, mint egészségtámogató rendszer. Amennyiben az iskolában tanárok és tanulók az egymással szembeni elvárásaikat nyílttá teszik, s ennek megfelelően viselkednek, s az intézményben egyaránt jól érzik magukat, az iskola egészségtámogató környezete adott. (Meleg 2005; Petőné 2007) Azoknak a látens, szelekciós mechanizmusoknak a feltárása, melyek hozzájárulnak az iskola egészségtámogató belső környezetének kialakulásához elősegítik, hogy az oktatási intézmények olyan egészségfejlesztő iskolaként tudjanak funkcionálni, ahol a tanulók egészséges lelki fejlődése biztosított. (Petőné 2007; Veresné 2010)

Az iskola belső világának feltárásához a HBSC kutatás rejtett tantervre vonatkozó állításait és a témára vonatkozó szakirodalom alapján adaptált, az oktatási intézmények szervezeti kultúrájához illeszkedő állításokat használtam. Az iskolai élettel kapcsolatos változókat elemezve a következő megállapítások tehetők:

1. A gimnáziumokban közel azonos mértékben tartják megfelelőnek a rendszabályokat a tanulók, azonban azok alakításában a Táncsics Mihály Gimnázium és a Munkácsy Mihály Gimnázium tanulói nemigen vesznek részt. A Toldi Lakótelepi Gimnázium esetén a szabályok alakításával kapcsolatos válaszok elemzésekor nagymértékű középre húzást találtam, ezért ez kevésbé értelmezhető. A szakközépiskolákban a nagymértékű középre húzás mellett erőteljesebben megjelenik az iskolai rendszabályok elutasítása, s ezzel párhuzamosan a tanulók kirekesztése a szabályok alakításának folyamatából.
2. Az iskolai munka és tevékenység mint örömforrás leginkább a református gimnáziumban, legkevésbé a szakközépiskolai osztályokban jelenik meg. A gimnáziumok közül a nagymértékű középre húzás mellett a Táncsics Mihály Gimnázium tanulói élvezik legkevésbé az iskolai munkát.
3. Az elvárásokat a református iskola tanulói egyáltalán nem érzik túlzónak, viszont érdekes, hogy a két nagy hagyományokkal rendelkező gimnázium mellett az elvárások magas szintjéről a Zichy Mihály Szakközépiskola diákjai számoltak be.

Az iskola szervezeti kultúrájának megismerésére vonatkozó állítások elemzése során a feladatorientációval kapcsolatosan a következő eredményekre jutottam:

1. Az intézményükre jellemzően a gimnáziumok tanulói büszkék, a szakközépiskolák esetén inkább az ellenkezője tapasztalható.
2. A tanulók munkájának az elismerése egyaránt hangsúlyos mindegyik vizsgált középiskolában.
3. „Az iskolában szabadon tevékenykedhetünk” állítással a gimnáziumok közül legkevésbé a Táncsics Mihály Gimnázium tanulói értettek egyet, azonban a szakközépiskolákban a fenti állítással való egyet nem értés sokkal hangsúlyosabb.
4. A hibáktól való félelem kiemelkedően magas a Táncsics Mihály Gimnázium tanulóinak körében.
5. A változásokra való fogadókészség erőteljesebben van jelen a gimnáziumokban, ami némiképp ellentmond annak, hogy a szabályok alakításában állításuk szerint nemigen vesznek részt.

A fenti állítások elemzését követően úgy tűnik, hogy a feladatorientáció inkább a gimnáziumokban jelenik meg. A szakközépiskolák közül legkevésbé a Kinizsi Pál Élelmiszeripari Iskola tanulói érzik iskolájukat feladatorientáltként. Összességében azonban kijelenthető, hogy mivel mindegyik vizsgált iskola esetén inkább az egyetértést kifejező válaszok voltak túlsúlyban, a feladatorientáció a vizsgált középiskolák szervezeti kultúrájának egyik meghatározó eleme.

Az iskola szervezeti kultúrájának megismerésére vonatkozó állítások elemzése során a kapcsolatorientáció vonatkozásában a következő megállapítások tehetők:

1. Az egymás személyes életének ismerete kevésbé jellemző a vizsgált középiskolákban.
2. Hiba esetén a Táncsics Mihály Gimnázium tanulói érzik legrosszabbul magukat, legkevésbé pedig a Szigeti Gyula Egészségügyi Szakképző Iskola tanulói.
3. A kommunikációs minimum az élelmiszeripari iskolában nem működik.
4. Az élelmiszeripari iskolában szakmai, tanulmányi ügyekben nem számíthatnak segítségre a tanulók.
5. A fontos dolgok megvitatása kevésbé hangsúlyos az általam vizsgált középiskolákban.

A fenti állítások elemzése alapján megállapítható, hogy a feladatorientációhoz hasonlóan a kapcsolatorientáció is inkább a gimnáziumokban jelenik meg. A szakközépiskolák közül legkevésbé a Kinizsi Pál Élelmiszeripari Iskola tanulói érzik iskolájukat kapcsolatorientáltként. Összességében kijelenthető, hogy mivel mindegyik vizsgált iskola esetén inkább az egyetértést kifejező válaszok voltak túlsúlyban, a feladatorientáció mellett a vizsgált középiskolákban hangsúlyosnak tekinthetők az interperszonális kapcsolatok, tehát a teljesítményorientáció nem megy a kapcsolatok rovására. Elgondolkodtató azonban, hogy a feladatorientációval kevésbé jellemezhető középiskolák esetén a kapcsolatorientáció is kevésbé hangsúlyos. Jelentheti ez talán azt, hogy azokban a középiskolákban, ahol magasak az elvárások a tanulókkal szemben, egyúttal a tanulók közötti kapcsolatokra is nagyobb hangsúlyt fektetnek. Úgy tűnik, ezekben az intézményekben a tanulók úgy élik meg, hogy összességében nagyobb figyelmet szentelnek rájuk a pedagógusok. Azonban mivel kutatásom során ennek feltárására nem tértem ki, a rendelkezésemre álló adatok alapján ez nem jelenthető ki.

A tanár-diák kapcsolatra vonatkozó állítások elemzésekor a leggyakrabban előforduló érték a skála középső értéke volt, ami azt sugallta, hogy a pedagógusokkal való kapcsolat megítélésekor a megkérdezettek törekedtek arra, hogy lehetőleg semlegesek maradjanak, s válaszuk ne tükrözze véleményüket. Természetesen emellett nem lehet szó nélkül elmenni, hiszen a véleménynyilvánítástól való tartózkodás is egyfajta vélekedést fejezi ki. Nem derül ki azonban az elemzés során ennek a tartózkodásnak az oka, éppen ezért ennek értékelése nem lehetséges. A válaszok elemzését követően a következő – az előzőekben említettek miatt természetesen korlátozott érvényességű – megállapítások tehetők:

1. A vélemény nyilvánításra a szakközépiskolákban kevésbé bátorítják a pedagógusok a tanulókat. Egybecseng ez azzal a korábbi megállapítással, miszerint ezekben az intézményekben tartják legkevésbé megfelelőnek a rendszabályokat a tanulók, s azok alakításában sincs túl sok beleszólásuk. Ez arra enged következtetni, hogy a tanulók úgy élik meg iskolai mindennapjaikat, hogy autoriter légkörben zajlik az oktatás, ahol a diákoknak semmiféle beleszólásuk nincs az őket érintő döntésekbe, s véleményük sem fontos a pedagógusok szemében.

2. A gimnáziumok közül leginkább a református iskola, legkevésbé a Munkácsy Mihály Gimnázium tanulói tartják igazságosnak tanáraikat, s ugyanez megállapítható a tanároktól kapott segítségnyújtásra vonatkozóan is. Összességében azonban e két állítás vonatkozásában is a szakközépiskolákba járók más képet mutatnak: kevésbé értékelik tanáraikat igazságosnak és a segítségnyújtást sem tekintik jellemzőnek rájuk.
3. A diákok egyénisége a gimnáziumok esetén az előzőekhez hasonlóan a református iskolában érdekli leginkább a pedagógusokat, a legkevésbé pedig a Munkácsy Mihály Gimnáziumban. Ismételten szükséges megjegyezni, hogy e kérdés vonatkozásában is a szakközépiskolák tanulóitól kaptam a legnegatívabb válaszokat.
4. Legkevésbé türelmes a tanári kar a diákok megítélése szerint a Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakközépiskolában, a gimnáziumok közül pedig kiemelendő a Munkácsy Mihály Gimnázium, ahol a válaszadóknak csupán 21%-a értékeli türelmesnek, segítőkésznek tanárait.
5. Az osztályfőnök szigorúsága a Tánicsics Mihály Gimnáziumra jellemző leginkább (88,2%).⁷⁷ Ez annyira hangsúlyosan megjelenik, hogy számomra meglepő módon akadt olyan tanuló, akinek az ötös skála nem volt elegendő, s tízzel jellemezte az osztályfőnök szigorúságát, voltak, akik több felkiáltó jellel hívták fel a figyelmemet osztályfőnökük szigorúságára, s voltak, akik többszörös bekarikázással fejezték ki nagymértékű egyetértésüket. Természetesen ez egyáltalán nem tekinthető negatívumnak, hiszen a serdülőknek szükségük van az elvárások, a szabályok, s ezzel együtt a határok ismeretére, hiszen ez az, ami biztonságot nyújt számukra.

A tanár-diák kapcsolat egyik aspektusa a problémák pedagógusokkal történő megbeszélése, mely Hamvai és Pikó (2009) vizsgálata alapján nem befolyásolja a serdülők szubjektív jól-létét. Bár az általam megfogalmazott állítások e kapcsolat más dimenzióira

⁷⁷ A „rejtett tanterv” és az egészségmagatartás összefüggésére irányuló korábbi kutatás hasonló eredményt igazolt. (Petőné 2008)

kérdeztek rá, a tanár-diák kapcsolat szubjektív jól-létre gyakorolt hatását a korrelációs számítások alapján az említett vizsgálathoz hasonlóan nem sikerült igazolnom.⁷⁸

A tanár-diák kapcsolat elemzését követően elmondható, hogy a gimnáziumi osztályok közül tanáraikról a Munkácsy Mihály Gimnázium tanulói nyilatkoztak legnegatívabban, azonban összességében megállapítható, hogy a szakközépiskolákra jellemző legkevésbé a harmonikus, kölcsönös bizalmon és elfogadáson alapuló tanár-diák kapcsolat.

A rejtett tanterv elemzéséhez az iskolai élet legszebb és legrosszabb élményeinek számbavétele is hozzásegíthet bennünket, ezért a tanulóknak feladatuk volt ezeknek az élményeknek a leírása. A pozitív tapasztalatokat alapvetően 2 csoportba lehetett sorolni. Az első csoportba tartoztak a közösséggel, közösségi élettel kapcsolatos események, mint pl. a gólyaavatók, osztálykirándulások, táborok, különböző iskolai rendezvények. Néhányan megemléstették a „befogadás”-t, mint pozitív élményt, mely szintén a közösséggel kapcsolatos élmények közé sorolható. A második csoportba tartoztak az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos pozitív tapasztalatok, mint pl. jó jegyek, egy-egy érdekes tanóra, tanulmányi versenyeken elért jó helyezések. Megjegyzem, a pozitív élmények között túlsúlyban voltak a közösséggel kapcsolatosak, a tanulmányi sikerek kevésbé hangsúlyosan jelentek meg. Hiányoltam azonban a felsorolásból a pedagógus személyével kapcsolatos pozitív érzéseket. Az iskolai élettel kapcsolatos negatív tapasztalatokat jóval sokrétűbben jelenítették meg a diákok. A pozitív élményekhez hasonlóan a negatív hatások is elsősorban a közösséghez és a teljesítményhez kapcsolódtak, azonban ebben az esetben inkább a teljesítményhez valamint a tanári értékeléshez kapcsolódó negatív élmények voltak túlsúlyban. A közösség felől érkező negatív tapasztalatok között említették a tanulók a felsőbb évesek megalázó bánásmódját, a baráti kapcsolatok meglazulását, az igazságtalan bánásmódot és a kiközösítést. A teljesítménnyel kapcsolatos negatív élmények elsősorban a rossz jegyekhez, a bukásokhoz kapcsolódnak, s megjelenik a leterheltség mint az iskolával kapcsolatos negatív tapasztalat is. A negatív élmények számbavételekor több fogalmazásban is kitértek a pedagógusokra, akiktől több esetben érdemtelen büntetést, igazságtalan osztályzatot, s nem egyszer megaláztatást, megvetést kapnak. Néhány tanuló

⁷⁸ Szignifikáns kapcsolat csupán abban az esetben mutatható ki, amikor a diákok megtapasztalják tanáraik segítőkészségét valamint azt, hogy érdeklődnek egyéniségük iránt. Mindkét esetben a kapcsolat azonban csupán gyenge szorosságú.

írásában megjelent az is, hogy úgy érzi, a pedagógus nem szereti, nem fogadja el, vagy éppen csalódott benne. Mindenképpen említést érdemel, hogy a Toldi Lakótelepi Gimnázium tanulói szinte kivétel nélkül üresen hagyták a negatív élmények leírására helyet biztosító sorokat, páran pedig csak megjegyezték, hogy nem volt olyan iskolai élményük, melyet a feledés homályába szeretnének rejteni. Ettől eltekintve nem találtam eltéréseket a vizsgált intézmények tanulóinak iskolai élettel kapcsolatos pozitív illetve negatív élményei között.

Az iskola szervezeti kultúrájának, a serdülők koherencia-érzetének és az egészséggel kapcsolatos értékorientációjának kapcsolata

Az adatok elemzése után megállapítható, hogy az általam vizsgált középiskolák szervezeti kultúrája nem mutat nagy eltéréseket. Mind a teljesítményorientáció, mind pedig a kapcsolatorientáció egyaránt hangsúlyos az intézményekben. A vizsgált középiskolák szervezeti kultúrája, rejtett tanterve ugyan igen nagymértékű hasonlóságot mutat, mégis a fenti elemzési egységek mindegyike rávilágított a gimnáziumok és a szakközépiskolák közötti különbségekre. A szervezeti kultúra és az egészségmagatartás összefüggéseinek vizsgálatához ezért a továbbiakban a vizsgált középiskolákból két csoportot képeztem, ahol csoportképző ismérv a fentieket figyelembe véve az iskola szervezeti kultúrája volt, mely jelen esetben egyben az iskolatípus mentén szerveződött. A szervezeti kultúra, a koherencia-érzet és az egészségmagatartás összefüggéseire vonatkozó kutatási kérdéseim megválaszolásához a továbbiakban e két csoport mentén elemeztem az adatokat.

A statisztikai elemzés során kirajzolódott, hogy a két iskolatípus között erős szignifikáns eltérés mutatható ki a koherencia-érzet⁷⁹ ($p=0,000$) (35. sz. melléklet), a dohányzási szokások ($p=0,001$) (36. sz. melléklet) és a füves cigaretta használatának

⁷⁹ Az Arany János Tehetséggondozó Programban a szakközépiskolákban tanulókhöz képest alacsonyabb arányban vannak jelen az átlag alatti koherencia-érzettel rendelkezők annak ellenére, hogy a koherencia-érzetet befolyásoló tényezők vonatkozásában igen kedvezőtlen mutatókkal rendelkeznek. Jelzi ez talán azt, hogy az iskola képes lehet felülről a családi háttérből adódó, alacsony koherencia-érzetet eredményező hatásokat. A hátrányos helyzetű tanulók beemelése a programba túl azon, hogy lehetőséget kínál egy „jobb életre”, a tanulók koherencia-érzetének felépítéséhez is hozzájárul azzal, hogy átláthatóvá, érdemessé teszi céljaikat, továbbá megadja azt az eszközt, a tudást, mellyel ezeket a célokat el is tudják érni. Épp ezek, a célok eléréséhez szükséges erőforrások, melyeket az iskola képes nyújtani, nem állnak rendelkezésükre a szakközépiskolákban tanuló diákoknak. Talán ezzel magyarázható körükben az alacsony koherencia-érzetük túlsúlya.

($p=0,041$) (37. sz. melléklet) vonatkozásában. A szakközépiskolákban túlnyomó többségben vannak az átlag alatti koherencia-szinttel rendelkezők, s nagyobb arányban jellemző rájuk a dohányzás és a füves cigaretta használata. A berúgás gyakoriságában szignifikáns különbség nem mutatkozik a két iskolatípus diákjai között, azonban megjegyzendő, hogy összességében a gimnáziumok tanulóira kevésbé jellemző a lerészegedés.⁸⁰

Az egészségmagatartást befolyásoló faktorok elemzése rávilágított arra, hogy a nem, az anya legmagasabb iskolai végzettsége, a koherencia-érzet és az iskola típusa a vizsgált egészségkárosító magatartásformák esetén különböző mértékben ugyan, de hatással van a serdülők választásaira. Felmerül a kérdés, hogy e független változók milyen mértékben járulnak hozzá a serdülők életmóddal kapcsolatos döntéseikhez. A válaszhoz a bináris logisztikus regresszió a megfelelő statisztikai módszer, mely alkalmas arra, hogy eldöntsük, a bemeneti változók közül melyik az a változó, melynek hatása közvetlenül érvényesül. (Székelyi–Barna 2002:374-424)

A korábban ismertetett elemzés során a koherencia-érzet valamint az iskola típusa mutatkozott befolyásoló tényezőnek a dohányzás mint függő változó vizsgálatakor. Ezért a logisztikus regresszió elvégzésekor első lépésben e két független változót egyenként vittem be a modellbe. A χ^2 -próba eredményével egyezően mindkét független változó jelentős mértékben befolyásolja a dohányzást. Ezt követően a két független változó hatását együttesen vizsgáltam, melynek eredményeként mindkét változó befolyásoló szerepe megmaradt (38. sz. melléklet).⁸¹ Utolsó lépésben az egészségmagatartást magyarázó két másik változót, a nemet és az anya legmagasabb iskolai végzettségét is bevontam az elemzésbe. Az iskola és a koherencia-érzet dohányzást befolyásoló hatása továbbra is szignifikáns maradt, mely jelzi, hogy mindkét változó közvetlenül felelős a dohányzással kapcsolatos választásokért (39. sz. melléklet).

A berúgások számának vizsgálatakor a χ^2 -próba a nem és az iskola magyarázó szerepére világított rá. A logisztikus regresszió elvégzése során a berúgások gyakoriságára vonatkozó attribútumokat kétértékűvé alakítottam, s ezután végeztem el a statisztikai próbát. Elsőként a nemet mint független változót, majd az iskolatípust vittem be a

⁸⁰ Kivételt képeznek ez alól a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztályának tanulói.

⁸¹ Az iskola és a dohányzás kapcsolatának vizsgálata esetén $p=0,007$, a koherencia-érzet és a dohányzás esetén pedig $p=0,019$.

modellbe. A berűgások gyakoriságára vonatkozó attribútumok kétértékűvé alakítását követően a nem magyarázó szerepe megszűnt, azonban továbbra is differenciáló tényezőnek bizonyult az iskola típusa ($p=0,04$). A két független változó együttes beemelése a modellbe szintén az iskola egészségmagatartást befolyásoló szerepét igazolta ($p=0,03$) (40. sz. melléklet). A dohányzással kapcsolatos választásért felelős változók vizsgálatához hasonlóan a részegséggel kapcsolatos bináris logisztikus regressziós elemzést is elvégeztem az egészségmagatartást befolyásoló független változók mindegyikének bevonásával. Ebben az esetben azonban az iskola típusának szignifikáns hatása eltűnt ($p=0,07$), ami egyben jelzi, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatos döntésekért az iskola közvetetten felelős (41. sz. melléklet).

A füves cigaretta használatát a χ^2 -próbával végzett számítások alapján az anya legmagasabb iskolai végzettsége valamint az iskola típusa jelentős mértékben befolyásolja. A bináris logisztikus regressziós elemzés során az anya legmagasabb iskolai végzettségének szignifikáns hatása nem mutatható ki, s úgy tűnik, az iskola típusa az, ami inkább befolyásoló tényező ($p=0,014$) (42. sz. melléklet). Az egészségmagatartást befolyásoló faktorok beemelése a modellbe az iskola típusának befolyásoló szerepét megtartotta ($p=0,03$), tehát a füves cigaretta használatával kapcsolatos döntések meghozatalában az iskola közvetlenül felelős (43. sz. melléklet).

Az elemzés során kirajzolódott, hogy a nem, az anya legmagasabb iskolai végzettsége, a koherencia-érzet és az iskola típusa különbözőképpen járulnak hozzá a serdülők egészséggel kapcsolatos választásaihoz. Legerőteljesebb befolyásoló tényezőnek az iskola típusa bizonyult, mely a dohányzás és a füves cigaretta használata esetén önmagában is képes magyarázni az egészségmagatartást. A dohányzás vonatkozásában hasonló magyarázó erővel bír a koherencia-érzet, mely jelzi, hogy az iskola típusához hasonlóan közvetlenül felelős a serdülők dohányzással kapcsolatos választásaiért. Az egészségmagatartást befolyásoló független változók bináris logisztikus regresszióval történő vizsgálata arra is felhívta a figyelmet, hogy ezek a változók együttesen, egymás hatását felerősítve, gyengítve vagy éppen kioltva hozzájárulhatnak a serdülők egészségviselkedéséhez. Ebben az összefüggésben válik értelmezhetővé a korábban feltett kérdés, mely arra vonatkozott, vajon miért emelkedik ki a dohányzás tekintetében az élelmiszeripari iskola a többi vizsgált intézmény közül. A koherencia-érzetnek és az iskola

típusának egészségmagatartást befolyásoló hatása ez esetben úgy érvényesül, hogy a mindkét területen kedvezőtlen mutatókkal rendelkező élelmiszeripari iskolába járók különösen veszélyeztetetteknek tűnnek a dohányzás vonatkozásában, tehát a két befolyásoló tényező egymás hatását felerősítve járul hozzá ezen tanulók dohányzással kapcsolatos döntéseihez. Ugyanakkor a koherencia-érzet vonatkozásában hasonlóan kedvezőtlen mutatókkal rendelkező Arany János Tehetséggondozó Program tanulói az egészségmagatartás terén a gimnáziumi tanulókhoz hasonló mutatókkal rendelkeznek, mely jelentheti azt, hogy az alacsony koherencia-érzetből eredő hátrányokat az iskola felülírja, kompenzálja. Így, bár a koherencia-érzet vonatkozásában a program résztvevői inkább a szakközépiskolákban tanulókhöz hasonlítanak, az iskola, amelyben tanulnak, egészségmagatartásukat mégis az egészségesség irányába mozdítja el.

Összességében megállapítható, hogy a vizsgált független változók (nem, az anya legmagasabb iskolai végzettsége, koherencia-érzet, iskola típusa) közül az iskola típusa az, ami erőteljesebb befolyást gyakorol az egészséggel kapcsolatos választásokra, differenciáló hatása a legtöbb esetben megmarad. Ebben a megvilágításban még inkább hangsúlyossá válik az a bevezető fejezetben megfogalmazott megállapítás, mely szerint az egészségmagatartás befolyásolásában kiemelt szerepe van a magatartásirányítás folyamatában fontos szerepet betöltő intézményeknek. Ezen intézmények közül témám szempontjából kiemelkednek a nevelési, oktatási intézmények, melyek nyíltan vagy rejtetten értékeket, normákat, viselkedési mintákat közvetítenek, hatva a felnövekvő generáció gondolkodására, értékrendjére, magatartására, s nem utolsó sorban döntéseire, melyek interiorizálódva a későbbiekben életminőséget meghatározó magatartásokká formálódnak.

6.8. A West Balkán és ami mögötte van

A West Balkánban történtek azt gondolom az egész országot megrázták, de különösen az érintett korosztály tagjait és azok szüleit. Naponta történhetnének hasonló tragédiák, hiszen a serdülők rendszeresen részt vesznek olyan rendezvényeken, ahol a biztonsági előírások nem megfelelő betartása, a sokszor alkohol vagy éppen kábítószer befolyása alatt álló tinédzserek felelőtlen viselkedése a West Balkánban történetekhez hasonló eseményeket indíthatna el. A tragédia kapcsán számtalan hír, spekuláció látott napvilágot a médiában, mely sok esetben tovább gerjesztette a felkorbácsolt indulatokat. Ez a sajnálatos tragédia kutatásomat is befolyásolta. Előzetes terveimhez az esemény kapcsán új szempontot kapcsolhattam a kutatási folyamathoz. A szociálpszichológia érzelmi járványnak nevezi azt a jelenséget, melynek során egy esemény kapcsán az érintettek érzelmi involválódása magatartásukat, viselkedésüket, véleményalkotásukat döntő mértékben befolyásolja. Ezért tartottam fontosnak megismerni a vizsgált serdülők gondolatait a West Balkánban történetek kapcsán. Módszertanilag a fogalmazást tartottam olyan eszköznek, mely elrendezi a fejben kavargó információkat, az ambivalens érzéseket formába önti és véleményalkotásra készíti a megkérdezetteket (44. sz. melléklet).⁸²

A szórakozóhelyen történt tragédia egy olyan konkrét esemény volt, mely nem csupán büntetőjogi kérdéseket vetett fel a felelősség megállapítása kapcsán, hanem az általam vizsgált kontextusban is értelmezhető. A fogalmazások elemzésekor a korosztályi mentalitást kívántam megragadni. Milyen üzenetté transzformálódott számukra az esemény, megfigyelhetők-e olyan önvédelmi stratégiák, melyeket a szociálpszichológiai kutatásokból ismerünk. Kutatási kérdéseimnek megfelelően kiemelt célom volt az egészségviselkedéssel kapcsolatos önértékelés, a kortársak egészségmagatartásáról alkotott értékítélet, az egészségmagatartással kapcsolatos értékattitűd valamint az egészséggel kapcsolatos döntések háttérében álló motivációs faktorok feltárása. Az elemzés során arra törekedtem, hogy az elsődleges adatfelvétel eredményeit összekapcsoljam a West Balkán tragédia kapcsán írt fogalmazásokban megjelenő tartalmakkal.

⁸² A mellékletben nem szerepeltettem mind az 51 fogalmazást, csupán néhányat választottam, melyek jól illusztrálják a serdülők írásait.

A minta jellemzése

A West Balkánban történt tragédiát követően a Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggondozó Program 11. osztályos és a nyelvtagozatos osztály tanulóit kértem meg, hogy az események kapcsán fogalmazzák meg gondolataikat. A fogalmazások anonimek voltak, az osztály feltüntetésén kívül semmiféle azonosításra alkalmas domént nem tartalmaztak. A januári adatfelvételben résztvevők nem egyeztek teljes mértékben az őszi adatfelvétel szereplőivel (hiányzások miatt), azonban az elemzés során az őszi adatfelvétel eredményeit véve alapul, eltekintettem az esetleges eltérésektől.

A fogalmazást összesen 51 tanuló írta meg, 32 fő a nyelvtagozatos osztály, 19 fő pedig az Arany János Tehetséggondozó Program tanulója. A mintában a lányok felülreprezentáltsága jelenik meg (62,7%). A szülők legmagasabb iskolai végzettségének elemzésekor szükségesnek láttam a két osztályt külön-külön vizsgálni, mivel az Arany János Tehetséggondozó Program sajátosságaiból adódóan a szülők legmagasabb iskolai végzettsége nagymértékű eltérést mutat a két osztályban. A nyelvtagozatos osztályban felülreprezentáltak a felsőfokú, azon belül is különösen az egyetemi végzettséggel rendelkező apák gyermekei, az Arany János Tehetséggondozó osztályban pedig az alacsonyabb iskolai végzettségű, ezen belül pedig különösen a szakmunkás végzettséggel rendelkező apák gyermekei. Az apa iskolai végzettségéhez hasonlóan az anyáknál is a felsőfokú végzettséggel rendelkezők felülreprezentáltsága jelenik meg a nyelvtagozatos osztályban, az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők felülreprezentáltsága pedig az Arany János Tehetséggondozó osztályban. Az anyagi helyzet szubjektív megítélése nem meglepő módon igen nagy különbséget mutat a két osztályban. Míg a nyelvtagozatos osztályban a válaszadók túlnyomó többsége átlagosnak (71,4%), illetve átlagosnál jobbnak (22,9%) minősíti családjának anyagi helyzetét, addig az Arany János Tehetséggondozó osztály tanulói között magas az aránya az átlagosnál rosszabb anyagi helyzetű tanulóknak (47,8%), s az átlagosnál jobb anyagi helyzet meg sem jelenik a válaszokban. A családi közérzetmutató, az elégedettség-érzet és az anticipált szubjektív jól-lét vizsgálatára irányuló egyirányú varianciaanalízis a két osztály közötti szignifikáns különbségre mutatott rá.⁸³ Mindhárom változó esetén a nyelvtagozatos osztály tanulói rendelkeznek kedvezőbb

⁸³ A családi közérzetmutató esetén $p=0,019$ (45. sz. melléklet), az elégedettségérzet vonatkozásában $p=0,02$ (46. sz. melléklet), az anticipált szubjektív jól-lét esetén pedig $p=0,033$ (47. sz. melléklet).

mutatókkal. A boldogság-érzetre és a szubjektív jól-létre vonatkozó mutatók esetén a nyelvtagozatos osztály tanulóinál mutatkozik magasabb átlagérték, azonban a varianciák heterogenitása miatt az ANOVA tábla nem volt értelmezhető. A jelenlegi és az anticipált szubjektív egészségi állapot vizsgálata nem mutat szignifikáns különbséget a két osztály tanuló között, azonban mindkét változó esetén inkább a nyelvtagozatos osztály tanuló választották a kiváló vagy a jó attribútumot. Nem mutatható ki jelentős különbség a két osztály tanulóinak koherencia-érzete, egészségmagatartása és az életmód megítélése között. A boldogság-érzethez és a szubjektív jól-léthez hasonlóan a nyelvtagozatos osztály tanuló magasabb, a tehetséggondozó program tanuló pedig alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkeznek. Azt gondolom, érthető ez annak ismeretében, hogy a koherencia-élmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességén túl azt a bizonyosságot, hogy az egyén képes a változó körülmények között a családi háttér támogató segítségével megfelelő erőforrásokat mobilizálni, s saját erőforrásai mellett külső segítségben is bízhat, erős „társadalmi tőkével” rendelkezik. (Skrabski és mtsai 2006) Ez az erős társadalmi tőke kevésbé áll rendelkezésére az Arany János Tehetséggondozó Program tanulóinak, viszont annál inkább rendelkeznek vele a gimnázium más osztályaiba járó tanulók.⁸⁴

A fogalmazások elemzése

A West Balkánban történt események kapcsán íratott fogalmazásokat a tragédiával kapcsolatos tényszerű információk rövid, tömör összegzésével, s a tragédia kapcsán megnyilvánuló hozzászólások, kommentek ismertetésével vezetem be. Abból indultam ki, hogy a fenti esemény a kutatásba bevont tizenéveseket érzelmileg mélyen megérintette, s valószínűsíthetően ennek kapcsán az általam felkínált szempontok segítségével megfogalmazódik az egészségviselkedéssel kapcsolatos önértékelés, továbbá a kortársak egészségmagatartásáról alkotott értékítélet. A fogalmazásokat tartalomelemzésnek vettem alá, mely eljárás során szövegek sajátosságai alapján módszeres és objektív módon az adatok kontextusaira vonatkozó megismételhető és érvényes következtetéseket vonunk le. A tartalomelemzés módszerével vizsgált közlések információt szolgáltatnak az adatok empirikus környezetéről. Lényeges, hogy a tartalomelemzés során megragadjuk azokat az üzeneteket, melyek a szövegben nem voltak kimondva, de összefüggésben állnak a

⁸⁴ A Tánics Mihály Gimnáziumban felülreprezentáltak a magasan kvalifikált, erős társadalmi tőkével rendelkező szülők gyermekei.

valóságának azzal a szeletével, melyben maga az elemzett szöveg megszületett. E módszerrel lehetőség nyílik a szövegben rejlő információk üzeneteinek feltérképezésére mind mennyiségi, mind minőségi elemzés révén, s egyben egy olyan információréteg kibontására, melyre más eljárással nem lenne mód. (Krippendorff 1995)

A tartalomelemzés első lépésében a forrásként szereplő fogalmazások tartalmi összefoglalását végeztem el, majd az így létrehozott tartalmi egységeket olyan átfogóbb kategóriákba rendeztem, melyekbe a szövegek tartalmi egységei előre meghatározott szabályok alapján besorolhatók, kódolhatók. Az ilyen formában kódokká alakított szövegelemeket excel file-ban rögzítettem, s statisztikai elemzésnek vetettem alá.⁸⁵ Az értelmezés során a szövegben ki nem mondott, rejtett, felszín alatti tendenciákat igyekeztem megragadni, s ezekből következtetéseket megfogalmazni. Az elemzést követően egy-egy jellemző vélemény kiragadásával megpróbáltam érzékeltetni azokat a gondolatokat, melyek a serdülők fejében kavarnak. Igyekeztem azokat a gondolatokat is bemutatni, melyek az általános vélekedéstől nagymértékben eltérnek.

Az elemzés érdekében valamennyi szövegelemet kategorizáltam, az így kialakult kategóriarendszer felöleli a fogalmazások tartalmát (VIII. táblázat). Mivel az általam megfogalmazott kérdések csupán irányadóak voltak, értelemszerűen nem minden kérdésre reflektáltak a diákok, némely kérdésre pedig többféle választ is adtak. Ez az oka annak, hogy a különböző kérdések, kérdéscsoportok elemzésekor a szövegelemek abszolút számában eltérések adódtak:

⁸⁵ A kódolást két eltérő időpontban végeztem, mely időpontok között több mint egy év telt el. Azokban az esetekben, amikor a két időpontban végzett kódolás során az általam kialakított kategóriák eltérést mutattak, a kérdéses tartalmi egység ismételt értelmezése segített annak kérdésnek az eldöntésében, hogy melyik kategória fejezi ki pontosabban a kódolt szövegelemet.

Kategóriarendszer	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
A tragédiával kapcsolatos vélekedés	69
A tragédia kapcsán megjelent tizenévesek egészségmagatartására utaló kommentek véleményezése	28
A tragédia kapcsán megjelent szülői magatartással kapcsolatos kommentek véleményezése	33
Elvárható szülői magatartás	23
Szabadidő eltöltésével kapcsolatos szövegelemek	86
Baráti társaságban alkoholfogyasztási szokások	37
Berúgás előfordulására utaló szövegelemek	28
Kábítószerrel kapcsolatos szövegelemek	50
Szerfogyasztás motivációi	39
Társadalmi hatások, individualizáció	9
Serdülőkori problémák, identitásválság	13
Az alkoholt fogyasztóval kapcsolatos érzelmek	26
Dohányzás	10

VIII. táblázat: A kategóriarendszer szövegelemeinek előfordulási gyakorisága

A fogalmazások elemzésekor nem volt céлом a tragédiával kapcsolatos vélekedéseknek, spekulációknak, indulatoknak a feltárása, azonban éppen az érzelmi érintettség miatt úgy véltem, nem lehet figyelmen kívül hagyni azt, ami a serdülőkben megfogalmazódik. Általánosságban elmondható, hogy mélyen megrendítették őket a történetek, azonban néhányan inkább egyfajta közönytől számoltak be. Természetesen, mint mindenki, a válaszadók is elsősorban a tragédia okait, a felelősöket keresik. Legtöbben a szervezőket, a biztonsági szolgálatot hibáztatják, azonban néhány tanuló az áldozatok valamint az áldozatok szüleinek a felelősségét is megemlíti. Az alábbi táblázat illusztrálja, hogy a tragédiával kapcsolatos vélekedések hogyan oszlottak meg (IX. táblázat). Számomra meglepő volt, hogy az Arany János Tehetséggondozó Programban részt vevők fogalmazásai között találtam kilenc olyan szövegelemet, mely a tragédiával kapcsolatban

semmilyen módon nem nyilvánított véleményt, csupán tárgyilagosan megismételte az általam a bevezetőben megfogalmazottakat.

A tragédiával kapcsolatos vélekedés	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Megrázta, megrendítette a hír	29
Közömbösség	7
A tragédia felelőseinek keresése	24
Kommentálás nélkül közli a tényeket	9

IX. táblázat: A tragédiával kapcsolatos vélekedések megoszlása

Az alábbiakban idézett szövegcsoportok a West Balkánban törtétekkel kapcsolatban alapvetően kétféle elhárító mechanizmus működésére hívják fel a figyelmet. Az első két gondolatsor az eseményeket követő intellektualizációs folyamatot illusztrálja, melynek segítségével az egyén magasabb, másodlagos gondolati szinten dolgozza fel a törtéteket. Az intellektualizálás arról győzi meg az egyént, hogy nem kell érzelmileg bevonódnia. A harmadik gondolatsor a tragédia távolítását fejezi ki, mely során az egyén úgy érzi, hogy nem kell szembenéznie a törtétekkel. Ebben az esetben az egyén így fejezi ki, hogy nem akar érzelmileg bevonódnia.

„A West Balkánban törtétek szomorúak, de én egyáltalán nem kaptam fel a fejem a hírre, mert ha nem is szokványos esetről van szó, de az esély mindig megvan arra, hogy hasonló tragédia történjen – ez most bekövetkezett.”

„Szerintem, ami a West Balkánban történt nem csak a szülők és a fiatalok hibája, mert nem szabadott volna ennyi embert beengedni, viszont igaz, hogy önszántukból maradtak bent...”

„A szórakozóhelyen törtétek különösebben nem ráztak meg, ha szabad így fogalmazni, hidegen hagytak. Valószínűleg maguknak köszönhetőek (személyes vélemény).”

A West Balkánban törtétekkel kapcsolatos különböző közösségi portálokon olvasható hozzászólások igen szerteágazóak voltak, azonban a kommentrengetegben kirajzolódó témák közül kiemelkedett a drogos, alkoholisták fiatalok becsmérlése, akikre

nem figyelnek oda szüleik. Témám szempontjából különösen fontos volt, hogy megtudjam, jellemző-e a megkérdezettekre a drog- és az alkoholfogyasztás, továbbá pedig hogy megismerjem, hogyan vélekednek az említett hozzászólásokról, kommentekről maguk az érintettek. A fiatalok alkoholfogyasztó, drogfogyasztó magatartására utaló kommentekkel a válaszadók többsége részben egyetértett, a kommentekkel való teljes mértékű egyetértés csupán öt szövegelemben jelent meg (X. táblázat). Nem találtam olyan fogalmazást, mely a fent említett kommentek valóság tartalmát teljes mértékben megkérdőjelezte volna, inkább az volt a jellemző, hogy próbáltak a szerfogyasztás okaira elfogadható magyarázatokat találni.

A tragédia kapcsán megjelent tizenévesek egészségmagatartására utaló kommentek véleményezése	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Részben egyetért	23
Egyetért	5

X. táblázat: A tizenévesek egészségmagatartására utaló kommentek véleményezése

A fogalmazásokból megtudhatjuk, hogy a West Balkánhoz hasonló jellegű rendezvényekre csak kevesen járnak rendszeresen, inkább a barátaikkal töltik az időt beszélgetéssel vagy egyéb közös programmal. Több fogalmazásban megjelenik, hogy a baráti társasággal rendezett házibulikat preferálják, szemben a nagyobb szórakozóhelyek népszerű rendezvényeivel (XI. sz. táblázat). Ennek egyik oka lehet, hogy ezeken a rendezvényeken a fogalmazások alapján egyre inkább a 13-14 éves korosztály jelenik meg, mely sok esetben kifejezetten zavarja a 17-18 éveseket.

„... nem tudom elviselni azt, hogy akárhova megyek 13-14 éves kis csitrikkel meg fűcskákkal találkozom, akiknek igazán nem ott lenne a helyük.”

A kortársak szórakozási szokásainak ismertetése tulajdonképpen egybecseng a saját szórakozási szokásokkal. Nem meglepő ez, hiszen a legtöbb fiatal elsősorban a baráti társaságának a szokásait ismeri, így ebből kiindulva jellemzi korosztályát. Számomra érdekes volt olvasni, hogy a legtöbb fogalmazásban megjelent, hogy a kortársak többségére

jellemző a nagymértékű alkoholfogyasztás, de persze a fogalmazás írója mindig kivételt képezett ez alól.

„... a kortársaim többségének a buli azt jelenti, hogy „nyolckor veszünk valami olcsóbb piát alapozónak, tizenegyre jól berúgunk, aztán hajnalig a discoban ki tudja, milyen zenére bulizunk”.”

Szabadidő eltöltésével kapcsolatos szövegelemek		Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Bulizás	Egyáltalán nem jár „bulizni”	16
	Időnként jár „bulizni”	10
	Csak nyáron jár „bulizni”	1
	Rendszeresen jár „bulizni”	8
Beszélgetés barátokkal		19
Közös programok		11
Egyéb rendezvények (sport, koncert, tánc ház, színház)		13
Házibuli		8

XI. táblázat: A szabadidő eltöltésének módja a fogalmazások elemzése alapján

A kvantitatív elemzés eredményeivel összhangban a legtöbben bevallottan fogyasztanak alkoholt, amikor baráti társasággal vannak, s a részegség sem ritka körökben.⁸⁶ A 37 válaszolóból 31 fő rendszeresen fogyaszt alkoholt baráti társaságban, 28 válaszolóból 19 fő pedig nem egy alkalommal volt már részeg (XII. táblázat). Bár nem kérdeztem rá, többen megjegyezték, hogy tulajdonképpen alkoholos befolyásoltság nélkül is jól tudnák érezni magukat, mégis úgy gondolják, az alkoholfogyasztás hozzátartozik a társasági összejövetelekhez.

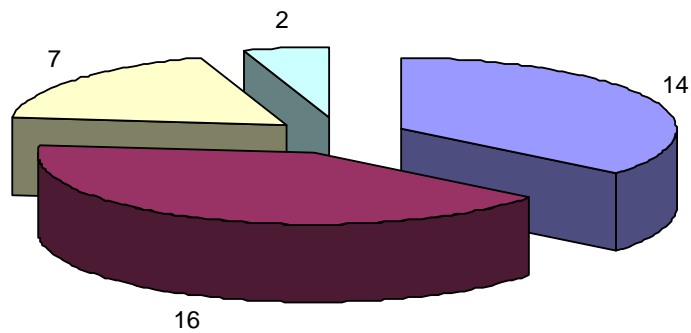
⁸⁶ A kvantitatív elemzés során a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztálya emelkedett ki a berúgás vonatkozásában.

Baráti társaságban alkoholfogyasztási szokások	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Nem fogyaszt alkoholt	6
Fogyaszt alkoholt	31
Berúgás előfordulására utaló szövegelemek	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Soha nem volt részeg	9
1-2 alkalommal volt már részeg	5
Több alkalommal volt részeg	9
Rendszeresen előfordul, hogy részeg	5

XII. táblázat: Alkoholfogyasztási szokások

A fogalmazások tartalomelemzése során az abszolút gyakoriságok megjelenítése mellett kiegészítheti az elemzést a fogalmazásokban előforduló azon tartalmi egységek vizsgálata, melyekkel kapcsolatosan nem kínáltam fel szempontokat a fiataloknak. Ilyennek bizonyultak a szerfogyasztással kapcsolatos motivációs faktorokra vonatkozó szövegelemek. A nagy számban előforduló szövegelemek azt mutatják, hogy a fiatalokat foglalkoztatja a gondolat, hogy vajon mi az oka annak, hogy bár tisztában vannak e szerek hatásával, mégis fogyasztják azokat, legfőképpen amikor társaságban vannak.⁸⁷ A serdülők által megnevezett okokat kategóriákba rendeztem, s motivációs faktorokat képeztem. Az így létrejött motivációs faktorok megfeleltethetők a Wills és Cleary modelljében felvázolt négy motivációs faktornak (idézi: Pikó 2004), melyek közül a stressz oldó, coping motiváció az elsődleges, majd ezt követi a szociális, társas motiváció. Jelentős, ám kevésbé hangsúlyos az én-megerősítés motivációja, s egészen csekély számban fordul elő az unaloműzés, élménykeresés motivációjának a nevesítése (13. ábra).

⁸⁷ A szakirodalomban számos elemzés olvasható a drog- és alkoholfogyasztást befolyásoló tényezőkről, melyek többsége elsősorban a kortársak hatását emeli ki, rámutatva a mintakövető magatartás veszélyeire. Az adollescensek konformálódnak a referenciacsoport viselkedés és értékstruktúrájához, ami az alkoholfogyasztást és a kábítószer- használatot illeti. A legerőteljesebb prediktornak az alkoholfogyasztó és/vagy kábítószer – használó barátok aránya tekinthető, valamint a baráti kör fogyasztással kapcsolatos toleranciája. (Anderson–Henry 1994)



13. ábra: A szerfogyasztás motivációi (n=39)

A szövegtörzsekből képzett motivációs faktorok létrehozása a XIII. táblázatban illusztrált módon, három lépésben⁸⁸ történt.

⁸⁸ Kékesi Márk: Tartalomelemzés c. on-line elérhető előadásvázlata nyomán.

1. lépés: Tartalmi összefoglalás	
<i>Milyen okok állnak a szerfogyasztás hátterében?</i>	
„Hiszen úgy veszem észre, hogy a korosztályom a problémák és elvárások elől menekül az alkoholhoz és a droghoz. Vágynak, vágyunk arra, hogy felszabaduljunk mindezek alól és sokan ezért öntudatlan állapotig iszunk, vagy hangulatjavító szereket fogyasztunk. Velem is előfordult már ilyen. Sokkal egyszerűbbnek tűnik elfelejteni legalábbis egy kis időre is a problémáinkat, mint valakivel őszintén megbeszélni őket.”	Problémák elől menekül a szerfogyasztáshoz. Vágynak arra, hogy felszabaduljanak, ezért fogyasztanak hangulatjavító szereket.
„Sajnálatos módon azonban manapság ez divatba jött, ahhoz hogy valaki ne lógjon ki a társaságból, ne nézzék le, azt kell csinálni, amit a többiek, azt kell inni, szívni, amit ők, ami a „divat”. Szerintem sokan vannak akiket csak sodor az ár.”	Ahhoz, hogy a társaság befogadjon, szükséges azt fogyasztani, amit ők. Sodródni az árral.
2. lépés: Átfogóbb kategóriákba rendezés	
Problémák elől menekül a szerfogyasztáshoz. Vágynak arra, hogy felszabaduljanak, ezért fogyasztanak hangulatjavító szereket.	Problémákkal való megküzdés. Vágy a felszabadulásra.
Ahhoz, hogy a társaság befogadjon, szükséges azt fogyasztani, amit ők. Sodródni az árral.	Társaságnak való megfelelés.
3. lépés: Nagyobb pszichológiai egységek – motivációs faktorok	
Problémákkal való megküzdés.	Stressz-oldó, coping motiváció
Vágy a felszabadulásra.	
Társaságnak való megfelelés.	Szociális, társas motiváció.

XIII. táblázat: Motivációs faktorok létrehozásának lépései (illusztráció)

A stressz-oldó, coping motiváció elsődlegessége jelzi, hogy a különböző stresszorzal való találkozáskor a serdülők sebezhetősége úgy mutatkozhat meg, hogy a megküzdési stratégiák gyakran maladaptívává – az egyénre vagy környezetére hátrányossá – válhatnak. Számos esetben a fiatalok tévesen a szerhasználatot választják, mint megküzdési módot. Az

elsődleges adatfelvétel alkoholfogyasztásra vonatkozó eredményei kapcsán felmerült a kérdés, vajon mi lehet az oka annak, hogy a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztályának tanulói kiemelkednek a részegségek számát tekintve a vizsgált gimnáziumok közül. Egy hipotetikus magyarázat lehetne a tanulókkal szemben megfogalmazott igen magas elvárás, ami ellen úgy védekeznek a tanulók, hogy alkoholt fogyasztanak. A két osztály válaszait összevetve nem találtam eltérést a stressz-oldó, coping motiváció előfordulásában. Az idézett szövegcsoportok mégis felhívják a figyelmet erre a védekezési mechanizmusra.

„... korosztályom a problémák és elvárások elől menekül az alkoholhoz és a droghoz. Vágynak, vágyunk arra, hogy felszabaduljunk mindezek alól és sokan ezért öntudatlan állapotig iszunk, vagy hangulatjavító szereket fogyasztunk.”

„... családi problémák, stressz az iskolában, az, hogy túl sok mindent várnak el tőlünk, vagy talán nem szeretik magukat.”

Bár a társas motiváció nem a legtöbbször nevesített motivációs faktor, mégis ennek szerepét úgy vélem igen hangsúlyosnak érzékelik a fiatalok, melyet a következőképpen fejeztek ki fogalmazásaikban:

„... ahhoz hogy valaki ne lógjon ki a társaságból, ne nézzék le, azt kell csinálni, amit a többiek, azt kell inni, szívni, amit ők, ami a „divat”.”

„... sok olyan embert ismerek, aki nem azért iszik, cigizik, drogozik, mert ő szeretne, hanem csak így fogadja be a társaság...”

„Szerintem ez egy nagy problémája a fiataloknak, hogy mindig másnak akarnak megfelelni, és olyanok akarnak lenni, mint a többiek, és ezáltal nem jobbak, menőbbek lesznek, hanem teljesen beleolvadnak a tömegbe.”

Az én-megerősítés motivációja ugyan csupán 7 tanuló fogalmazásában jelent meg, mégis a szavak, melyekkel kifejezték azt, hogy tulajdonképpen miért van szükségük alkoholra ahhoz, hogy jól tudják érezni magukat, igen súlyosak.

„Ettől még nem vagyok pszichológiai eset, csak identitászavaros és önbizalomhiányos ember. Aki szeretné úgy érezni, hogy nem felesleges ezen a világon. Ezért iszok, ezért vonom fel magamra öntudatlanul is a figyelmet. És ez nem exhibicionizmus. Csak egy rendszeres önáltató elkeseredettség elnyomása.”

A túlzott mértékű alkoholfogyasztás, s a droghasználat háttérben némelyek a fent említett motivációs faktorokon túl a fiatalok befolyásolhatóságában látják az egyik legnagyobb problémát. Néhányan úgy vélik, a különböző egészségkárosító magatartásformák választásáért ez a nagymértékű befolyásolhatóság a felelős.

„A mai fiatalság legnagyobb problémája az, hogy rettentően befolyásolható, és iszonyú fogékony a tömegreakciókra. Nem gondolkoznak, csak cselekszenek, és nem néznek a dolgok mögé.”

A fentiekből kirajzolódik, hogy a különböző társas összejövetelekhöz kapcsolódó alkoholfogyasztást a fiatalok nagy többsége elfogadhatónak, sőt szükségesnek érzi, bár keresik az elfogadható magyarázatot viselkedésükre. Egybecseng ez mindazzal, amire az ESPAD 2007 kutatási eredményei rámutattak, miszerint a fiatalok inkább számolnak az alkoholfogyasztás pozitív hatásainak a bekövetkezésével, mint a negatívával. Pozitív következményként elsősorban a „jól szórakoznék” és az „ellazulnék, feloldódnék” választ jelölték az idézett kutatásban a megkérdezettek, mely leginkább megfeleltethető a szerfogyasztás háttérben álló élménykeresés motivációjának valamint a stressz-oldó, coping motivációnak. Mindezzel együtt a mértékletesség mint elvárás rendre megfogalmazódik, s megjelenik a fogalmazásokban az is, hogy bár többen nem egy alkalommal voltak már részegek, utólag szégyellik ezt az állapotot. A mértékletességhez kapcsolódóan a fogalmazások többségében megjelenik a határok ismeretének a szükségessége, s ezeknek a határoknak a betartása. Többen megfogalmazták, hogy ezeknek a határoknak a megismertetése, s betartatása elsősorban a szülőknek a feladata.

A drogfogyasztással kapcsolatos vélemények alapján jól látható, hogy addig, amíg az alkoholfogyasztást a baráti összejövetel természetes velejárójának tartják, a droghasználatot teljes mértékben elutasítják, a drogfogyasztó magatartást elítélik, magát a

drogfogyasztót pedig sok esetben lenézik, megvetik, kiközösítik. Magyarázható ez a vélemény a 2007-es ESPAD vizsgálatban feltárt, droghasználattal kapcsolatos attitűddel, mely jelzi, hogy a fiatalok egyértelműen az illegális szereket tartják a legveszélyesebbnek. (Elekes 2009) Ennek tudható be, hogy a fogalmazások nagy részében a serdülők hangsúlyozzák, hogy ugyan az alkoholfogyasztás elfogadott körökben, a drog szóba sem jöhet, a drogfogyasztót pedig kirekesztik. A kábítószer-fogyasztók társadalmi kirekesztettségére Domokos és Ruff (2005) kutatása hívta fel a figyelmet.⁸⁹ Bár a társadalmi kirekesztettséget a szakértők, szakmapolitikai elemzők többsége még ma is elsősorban a jövedelmi viszonyokkal összefüggő kontextusban értelmezi, az öndestrukciót, mint a drogfüggőség, alkoholizmus Füleki (2001) a társadalmi kirekesztés indokai közé sorolta. (idézi: Domokos–Ruff 2005) A fogalmazásokban csupán 2 fő említette, hogy előfordult, hogy fogyasztott valamilyen drogot, nyolcan fogalmazták meg, hogy kifejezetten elítéli a drogfogyasztást, 1 fő pedig aggasztónak tartja azt. 1 fő gondolja úgy, hogy a drogfogyasztót nem elítélni, hanem segíteni kell, 3 fő kifejezte, hogy amint megtudná barátjáról, ismerőséről, hogy drogot használ, mindenféle kapcsolatot megszakítana vele, hárman pedig nagymértékű előítéletüknek adtak hangot a drogot használókkal kapcsolatban (XIV. sz. táblázat).

Kábítószerrel kapcsolatos szövegelemek		Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Drogfogyasztás előfordulása	Fogyasztott	2
	Nem fogyasztott	32
Drogfogyasztással kapcsolatos attitűd	Kifejezetten elítéli	8
	Aggasztja	1
Drogfogyasztóval kapcsolatos attitűd	Nem elítélni, segíteni kell	1
	Megszakítaná a kapcsolatot	3
	Erős előítélet	3

XIV. táblázat: Kábítószerrel kapcsolatos szövegelemek megoszlása

⁸⁹ Amennyiben a társadalmi kirekesztés dimenziói a disszertációmban tárgyalt életminőség kontextusában nyernek értelmezést, a szubjektív indikátorok mint például a szabálykövető attitűd vagy a kábítószer-probléma kezelésével, megoldásával kapcsolatos egyéni vélemények felértékelődnek. (Domokos–Ruff 2005)

A fenti adatokat az alábbi idézetek is jól illusztrálják:

„... kábítószereseket elítélem. Akár „könnyű”, akár „nehéz” drog, a drog az drog... Erős előítéleteim is vannak ezekkel az emberekkel szemben.”

„... a kábítószer fogyasztást nagymértékben elítélem. Gyenge és gyáva embereknek tartom azokat, akik ilyen szerekhez nyúlnak.”

A fogalmazások elemzésekor feltűnt, hogy a szerfogyasztás fentebb említett motivációs faktorainak nevesítése mellett az alkohol és a drogfogyasztás háttérében egyéb tényezőket is megneveznek a fiatalok, mely tulajdonképpen egyfajta társadalomkritikának is megfeleltethető. A napjaink társadalmaira jellemző individualizációs hullám⁹⁰ a családok privát szféráját is elérte, melynek terheit, ellentmondásait a serdülőkorú fiatalok nap, mint nap megtapasztalják. Néhányan úgy vélik, éppen ezek a társadalmi folyamatok, a családok életében jelen lévő elszigetelődés az, ami a serdülők egészségtelen választásait eredményezik.

„... hozzájárul a fiatalok ilyenfajta viselkedéséhez az egyre gyorsuló világ, a bizonytalanság (mind érzelmi, mind egzisztenciális szempontból).”

„... én-központúvá válik az egész társadalmunk, csak az a fontos, hogy „nekem” mi a jó és ez nagyon káros, ha a szülő felfogásában is megjelenik, akár észrevétlenül is.”

„De a legnagyobb probléma az, hogy azon fiatalok száma, akikre otthon nem figyelnek hatalmas, több mint az alkoholfogyasztók és drogosok százaléka. Ez a probléma a társadalmunk jellegéből adódik.”

Az individualizáció, s ezzel együtt a családok elszigetelődése kapcsolódik a fent említett kommentekhez, melyekben a fiatalok egészségtelen életviteléért a szülőket teszik

⁹⁰ A posztmodern társadalmakra oly nagymértékben jellemző individualizációs folyamatról Ulrich Beck „Túl renden és osztályon” c. írásában részletesen olvashatunk. Ebben a munkában Beck kifejti tézisét, mely szerint a viszonylag magas életszínvonal valamint az oktatási esélyek növekedése más egyéb tényezők mellett egy „individualizációs hullámot” indított el, melynek eredményeként az emberek kikerültek hagyományos kötődéseikből, gondoskodási viszonyaikból, s kizárólag saját magukra kell hagyatkozniuk. Ez az individualizációs folyamat olyan társadalmi és kulturális evolúciós és eróziós folyamatokat indított el, melyek a család, a házasság, a gyermekvállalás valamint a közösségi kötődések formájának megváltozásához vezet, s egyben hozzájárul az ifjúsági viselkedés és tiltakozás különféle formáinak megjelenéséhez is. (Beck 1983)

felelőssé. A XV. sz. táblázat alapján jól látható, hogy a szövegelemek nagy része az említett kommenttel való részben egyetértésről tanúskodik. Jelenti ez egyben azt, hogy sok fiatal részben felelőssé teszi a szülőket azért, amiért az alkoholfogyasztás, drogfogyasztás nem ritka körükben. Természetesen ennek okaként más és más indokot nevesítenek.

A tragédia kapcsán megjelent szülői magatartással kapcsolatos kommentek véleményezése	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Egyetért	4
Részben egyetért	27
Nem ért egyet	2

XV. táblázat: A szülői magatartással kapcsolatos kommentekről alkotott vélemény

A szülői feladatok közül Lees és munkatársai (2008) kiemelték a gondoskodást, érzelmi melegséget, a biztonságérzet megteremtését, a stabilitást. A szülői felelősséghez tartozik az egészséges fejlődés biztosítása és a jól-lét elősegítése, amely szoros összefüggésben áll azzal, hogy mennyi szabadságot adnak a szülők a gyermekeknek. Ezek a kritériumok tetten érhetők a fogalmazásokban, bár a serdülők fogalomhasználata értelemszerűen eltér a Lees és munkatársai (2008) által megfogalmazottaktól. A fogalmazások alapján a következő kategóriákba rendezhető a serdülők által elvárt és fontosnak ítélt szülői magatartás az egészségviselkedés szempontjából: bizalom, stabilitás, kötődés, kontroll (XVI. táblázat).

Elvárható szülői magatartás	Előfordulás (abszolút gyakoriság)
Bizalom	7
Stabilitás	5
Törődés	8
Kontroll	3

XVI. táblázat: Az egészségviselkedés szempontjából elvárható szülői magatartás

A serdülők életében különösen fontos, hogy érezzék, szüleik maradéktalanul megbíznak bennük. Sok esetben próbára teszik szüleik bizalmát, nem egyszer pedig

„eljátsszák” azt. Azokban a családokban, ahol a kötődés megfelelő, ahol stabil érzelmi háttérrel biztosítanak a gyermek számára, ott a bizalom elvesztése sosem végleges. A gyermekkel szembeni bizalom megnyilvánul abban, hogy kellő mértékű szabadságot, önállóságot biztosítanak a szülők gyermekeik számára. A szabadságban benne van a tévedés lehetősége, a tévedés pedig ott, ahol jelen van a stabilitás, a kötődés, mindig korrigálható. A bizalom, a stabilitás és a kötődés mellett nem elhanyagolható tényező a negyedikként említett szülői kontroll. A kontrollban benne foglaltatik, hogy a szülő határokat szab, melyeket betartat, figyelemmel kíséri gyermeke mindennapjait, kapcsolatait, s természetesen szankcionálja a határok átlépését. A kontroll azonban csak azokban a családokban működik megfelelően, ahol a kellő stabilitás és kötődés mellett a szülő és a gyermek között az alapvető bizalom kiépült.

„... a szüleink annak ellenére sem hagynak minket önállóan sodródni a világban, hogy nemsokára nagykorúak leszünk. Szerintem sokaknál ez a baj. A szülők azt hiszik, hogy az ő gyerekük már felelős felnőtt – csak közben elfelejtették felelősségre nevelni.”

„... fontos, hogy elmondja gyermekének a határokat. A figyelmeztetés és a felelősségre való megtanítás az egyik legfontosabb dolog.”

„A legfontosabb tényező, úgy gondolom, a szülői hozzáállás, bizalom, valamint az önfeláldozás.”

„A szülői odafigyelés kérdése az egész problémakörben a legfontosabb, mert ha ez megvan, akkor az ilyen függőségek, rossz szokások elkerülhetők.”

„... a szülő feladata, hogy tudja, hogy hova megy a gyerek, mit csinál, kikkel, és a gyereknek meg kell bíznia a szülőben, és így van fordítva is.”

„... nagyobb esély van a rászokásra, mert nem olyan erősek lelkileg és nincs elég akaratuk, hogy nemet mondjanak ezekre a szerekre, hiszen nincs egy erős, összetartó család mögöttük.”

Az idézett szövegek korpuszok prezentálják, hogy a fiatalok álláspontja egyöntetű a tekintetben, hogy az egészségmagatartással kapcsolatos döntések háttérében a szülők felelőssége megkérdőjelezhetetlen. Bár a fent említett kommenttel, miszerint a mai fiatalokra nem figyelnek oda szüleik, általában nem értenek egyet, néhányan hangot adnak

annak a véleményüknek, hogy a szülők egy része bizony kevés figyelmet szentel gyermekének. Ezzel összefüggésben a szülők felnőttkori önmegvalósítási törekvései valamint a nevelés liberalizációja specifikusan hat a fiatalokra, mely felértékeli a kortárs csoportokat és a serdülőkori szocializáció fő erőterévé teszik őket. (Buda 2006)

A serdülőkori szerfogyasztás háttérében álló lehetséges okok a továbbiakban kiegészülnek azokkal a lélektani folyamatokkal, melyeket a serdülő a felnőtté válás küzdelmei között átél. A szülők érték- és normarendszerének lebontása, megkérdőjelezése, majd a saját érték- és normarendszer felépítése, melybe az egyén a későbbiek során introjektálja azokat a szülőktől kapott normákat, szabályokat, amelyek az új, személyre szabott identitással együtt tudnak működni, a serdülőkori identitáskeresés folyamatába illeszthető. (Erikson 1963; idézi: Stöcker 1999:82) A szülőktől való lélektani elkülönüléssel és a társadalmi szerepváltásokkal kapcsolatosan jelentősen megnövekedik a fiatalok stressz-terhelése, mely kiemelkedően veszélyeztetetté teszi ezt az időszakot. Mindehhez hozzájárul a már korábban említett individualizáció, mely általános és a civilizált társadalmak életformáira általában, de a fiatalkorban különösen hat, mely szétzilálja a felnőtté válás hagyományos szabályozási módjait. A fiatalok számára mindezek beilleszkedési stresszt okoznak, melynek következtében elmagányosodás, kudarckerülő magatartás, szorongásos reakciók, érzelem- és impulzusszabályozási nehézségek alakulhatnak ki, amelyek feldolgozatlanul vagy huzamosan fennállva könnyen a drogok felé sodorhatják a serdülőt. (Buda 2006)

„... a kamaszkor nem egyszerű időszak az ember életében. Az állandó érzelmi hullámok, a felfokozott érzelmek és a kitörésre való törekvés több módon nyilvánulhat meg.”

A tartalomelemzés során a szerfogyasztás motivációs faktorainak a feltárása rávilágított, hogy a legális és az illegális szerek választásának a háttérében meghúzódó okokat alapvetően két nagy csoportba lehet sorolni. Az első csoportba tartoznak azok a motivációs faktorok, melyek az adott szituációban a fiatalok választásaiért közvetlenül felelősek. Ezek a korábban bemutatott Wills és Cleary modelljében felvázolt motivációs faktorok: a stressz-oldó, coping motiváció, a szociális, társas motiváció, az én megerősítés

motivációja, továbbá az unaloműzés, élménykeresés motivációja. Nem hagyható figyelmen kívül azonban, hogy adott baráti társaságban, bár valószínűleg mindenkire hasonló mértékben hat pl. a szociális, társas motiváció, mégis a szerfogyasztással kapcsolatos döntések egyéenként változnak. Az, hogy mennyire enged ezeknek a motivációs hatásoknak a serdülő, úgy vélem, nagymértékben függ a szerfogyasztás háttérében álló okok azon csoportjától, mely sokkal inkább a fentebb részletezett társadalmi, családi hatásokból, a serdülő pszichés állapotából, érettségéből, s nem utolsó sorban koherencia-érzetének szintjéből ered.

Végezetül a West Balkán tragédia kapcsán íródott fogalmazások elemzése során felvetődik a kérdés, vajon van-e kiút az egészségtelen választásokból. Mi szükséges ahhoz, hogy a serdülők, akik megannyi veszélynek vannak kitéve, döntéseikkel képesek legyenek különbséget tenni az életminőségüket hosszú távon megalapozó valódi értékek és a pillanatnyi, múló örömet biztosító élmények között. Annak ellenére, hogy a fogalmazás elkészítését segítő kérdések között nem szerepeltettem az erről alkotott vélemény megformálására utaló kérdést, mégis több fogalmazásban kitértek erre a problémára a fiatalok. A szövegek elemzésekor nagymértékű egyezést találtam az őszi adatfelvétel során megfogalmazott kérdésre adott válaszokkal. Az elsődleges adatfelvétel eszközüül szolgáló kérdőívben szerepeltetett kérdés arra vonatkozott, vajon hogyan lehetne befolyásolni a fiatalok egészséggel kapcsolatos választásait. Mivel a West Balkánban történt események kapcsán írt fogalmazásokban csak részben tértek ki erre a problémára, s a kérdőíves adatfelvétel során sokkal szerteágazóbb válaszokat fogalmaztak meg a megkérdezettek, melyeket a korábbiakban ismertettem, itt csupán egyetlen véleményt emelek ki, mely a fiatalok egy részének e problémakörrel való gondolkodását reprezentálja.

„Ez egy korszellem, egy életfelfogás, ezen nem segítenek a szigorúbb szabályok, szigorúbb szülők, de talán az ilyen esetek elgondolkoztatják a fiatalokat, hogy érdemes e minden hétvégén bulizni, lerészegedni, és talán több odafigyelést és foglalkozást fognak ezután kapni a fiatalokkal kapcsolatos kérdések. Végére is miénk, fiataloké a jövő...”

A West Balkánban történtek kapcsán kifejezésre juttatott vélemények elemzése során kirajzolódott, hogy a fiatalokat nem csupán megrázták a történetek, hanem

nagymértékben hozzájárultak veszélyészlelésük felerősödéséhez. A tragédia alapvető üzenete az érintettek számára, hogy a felhőtlennek ígért szórakozás nyújtotta pillanatnyi örömeik számtalan veszélyt hordoznak magukban, melyek közül ebben a vonatkozásban azért emelkednek ki a West Balkánban történtek, mert az életkori egyezés miatt a veszélyeztetett korosztály érzelmileg jobban bevonódott. A szórakozóhely többszörös rizikót jelentett a részt vevők számára. Egyrészt a szervezők hibájából bekövetkező túlzásfűlés, másrészt a „buli” nyújtotta kínálkozó alkalom a mértéktelen alkoholfogyasztásra, droghasználatra mind hozzájárultak a biztonságos kikapcsolódás veszélyeztetéséhez. A válaszadók egy részét mélyen megérintette az a bizonyosság, hogy számos hasonló, általuk látogatott rendezvény rejt közel ugyanilyen veszélyeket magában, s ezzel együtt felismerték, hogy akár velük is történhetett volna hasonló tragédia.

A West Balkánban történt tragédiához kapcsolódó fogalmazások elemzésének összegzéseként kutatási kérdéseimre az alábbi válaszok adhatók:

Bár a többség úgy véli, akár vele is történhetne hasonló tragédia, néhány fogalmazásban az a felfogás érvényesült, hogy az érintettek egy részének meggyőződése, hogy „mindenki mással megtörténhet, csak velem nem”. Ezekben az írásokban a saját és a korosztályi egészségmagatartás jellemzése a kortársak egészségkárosító magatartását taglalta, miközben a saját egészségviselkedés kevésbé negatív színezetű volt. Ez egyben jelentheti az egészségmagatartással kapcsolatos értékattitűd átértékelődését is, hiszen azzal, hogy a saját egészségviselkedést a kortársakénál jobb színben tüntetik fel, egyben kognitív szinten elismerik a rizikómagatartás ártalmas következményeit, azonban viselkedéses szinten a tapasztalat nem ezt mutatja. A serdülők egészségmagatartásáról a kvantitatív elemzés ugyan statisztikai értelemben részletesebb képet nyújtott, azonban a tragédia kapcsán megfogalmazott rizikómagatartás háttérében rejlő motivációs faktorok és az egészségmagatartásról alkotott értékítélet a fogalmazásokban árnyaltabban jutottak kifejeződésre. A kortársak egészségmagatartásáról alkotott értékítéletben felismerhető a serdülők felerősödő előítélete. Ez az előítéletekkel terhelt gondolkodás, ami egyben szélsőséges általánosítást is közvetít („mindenki iszik, csak én nem”) az „én” védelmét is szolgálja azzal, hogy saját magát felmentve nem okoz büntudatot az egyén számára a negatív értékelés. Különösen igaz az előítéletes gondolkodás a drogfogyasztással, s a drogfogyasztóval szemben. Addig, amíg az alkoholfogyasztást általában mégis csak

elfogadhatónak tartják, ugyanez a drog vonatkozásában már egyáltalán nem mondható el. Megjegyzendő, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatosan is megjelenik a mértéktartás iránti igény, ezzel együtt az, hogy az alkoholfogyasztót is elítélik, amennyiben bizonyos határokat átlép. A koherencia-érzetre való törekvés a fogalmazásokban megnyilvánul abban, hogy az ismeretek ellenére történő szerfogyasztás szükségességére elfogadható magyarázatokat keresnek. Ezeken a magyarázatokon keresztül értelmezhetővé váltak a szerfogyasztás háttérében rejlő motivációs faktorok, melyek a szerfogyasztással kapcsolatos döntéseket befolyásolják. Ezen faktorok ismerete közelebb vihet bennünket a korosztályi mentalitás feltáráshoz, mely egyben az egészségnevelési gyakorlat számára újabb támpontokat kínálhat.

A West Balkánban történt tragédia üzenetértékű lehetett volna, amennyiben a média feladatának tartotta volna és felvállalta volna, hogy az esemény kapcsán olyan kérdéseket fogalmazzon meg, melyek segítségével az érintett korosztály képes a tragédiát közvetlenül előidéző okok háttérében rejlő egészségmagatartást befolyásoló attitűdök, motivációs tényezők felismerésére. Sajnos azonban a történetek kapcsán a felelősök keresése állt az érdeklődés középpontjában (szervezők, szülők), ami az indulatok felkorbácsolásának kedvezett. Nem fogalmazott meg a média olyan üzenetet, mely hozzájárulhatott volna ahhoz, hogy a fiatalok átértékeljék egészségmagatartásukkal kapcsolatos értékattitűdjüket, s ezzel együtt egészségviselkedésüket. Az általam megfogalmazott kérdések úgy érzem, segítettek a serdülőket abban, hogy az események kapcsán átgondolják, átértékeljék helyzetüket, választásaikat, preferenciáikat. A fogalmazásokban feltároló világ kicsit közelebb vihet bennünket ahhoz, hogy megértsük vívódásaikat, melyek sok esetben meglehetősen ambivalens érzéseket keltve bennük megküzdési preferenciáikat befolyásolják.

7. Összegzés

Értekezésemben elsősorban arra a kérdésre kerestem a választ, hogy milyen kapcsolat mutatható ki a serdülők szubjektív jól-léte, koherencia-érzete és az egészséggel kapcsolatos értékorientációja között, továbbá, hogy az iskola szervezeti kultúrája milyen mértékben járul hozzá a serdülők szubjektív jól-létéhez, koherencia-érzetéhez, valamint befolyással van-e egészségmagatartásukra. Kérdéseim megválaszolásához kvantitatív és kvalitatív módszereket egyaránt alkalmaztam, mivel úgy véltem, az általam elemzett kérdéskör így árnyaltabban vizsgálható.

Kutatási kérdéseim első csoportja a szubjektív jól-létre vonatkozott. A szubjektív jól-létre ható tényezők feltárását követően elsősorban arra kívántam választ kapni, hogyan függ össze a serdülők egészséggel kapcsolatos értékorientációja és szubjektív jól-léte. A szubjektív jól-lét és az egészségmagatartás összefüggésének vizsgálata az elemzésbe bevont egészségkárosító szokások mindegyike esetén a rizikómagatartás elutasításával együtt járó magasabb szubjektív jól-lét átlagot igazolt, mely különösen igaz a részegség gyakorisága esetén. További kutatásokat indukálhat, s egyben egészségnevelési feladatokat jelölhet ki az, hogy a legalacsonyabb szubjektív jól-lét átlagot mutatók bizonyultak a legveszélyeztetettebb csoportnak a füves cigaretta használata szempontjából.

Kutatási kérdéseim második csoportja a koherencia-érzet és a szubjektív jól-lét valamint a koherencia-érzet és az egészséggel kapcsolatos értékorientáció közötti kapcsolat feltárására irányult. A koherencia-érzet mérésére szolgáló PISI-teszt alapján az általam vizsgált minta koherencia-érzet átlaga a magyarországi standard átlag alattinak bizonyult. A koherencia-érzet pozitív irányú, közepes szorosságú szignifikáns kapcsolatot mutat a boldogság- és az elégedettség-érzettel valamint a szubjektív jól-léttel. Eredményeim alapján úgy tűnik, a koherencia-érzet befolyásolja azt a képzetet, melyet az egyén a jövőbe vetít saját életminőségét tekintve. A koherencia-érzet minősége hatással van az önminősített egészségi állapotra továbbá a 25 év múlva várható egészségi állapotra s ezzel együtt nem csupán az életminőségben bekövetkező változás irányát befolyásolja jelentős mértékben, hanem az egészségi állapotban bekövetkező változás várható irányát is

kijelöli. A koherencia-érzetre ható tényezők vizsgálata során jelentős befolyásoló faktornak bizonyult az anya legmagasabb iskolai végzettsége és az iskola.

Kutatási eredményeim a koherencia-érzet egészségmagatartást befolyásoló szerepét igazolták. Különösen igaz ez a dohányzás vonatkozásában, ahol a Fisher Exact teszt szignifikáns különbséget jelzett a magasabb, illetve az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők dohányzási szokásai között. A koherencia-érzet dohányzási szokásokat befolyásoló hatása mellett a berűgás gyakoriságának és a droghasználat jellemzőinek feltárása is azt igazolta, hogy az alacsonyabb koherencia-érzet könnyebben sodorja az egészségkárosító magatartásformák preferálásának irányába a serdülőket. A koherencia-érzet és az egészségmagatartás összefüggését vizsgálva összességében megállapítható, hogy a mintára vonatkoztatva az alacsony koherencia-érzet prediktív tényezőnek, a magas koherencia-érzet pedig protektív tényezőnek bizonyult a serdülők rizikó-magatartását illetően.

Az iskola szervezeti kultúrájának, a serdülők koherencia-érzetének és egészségmagatartásának kapcsolatára irányuló kutatási kérdésekre vizsgálatom alapján nem sikerült egyértelmű választ adnom, mivel a vizsgált intézmények szervezeti kultúrájának különbözőségei formális szervezeti jellemzők mentén, nevezetesen iskolatípusonként differenciálódtak. Ezért jelen vizsgálat alapján nem tárható fel a szervezeti kultúra koherencia-érzetet és egészségmagatartást befolyásoló hatása, mivel nem tudni, hogy a koherencia-érzet valamint az egészségviselkedés eltérései a különböző szervezeti jellemzőkből vagy az adott iskolatípus sajátosságaiból adódnak. Annyi bizonyos, hogy az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalához az iskola hozzájárul, mégpedig oly módon, hogy a teljesítmény- és a kapcsolat-orientációval egyaránt jellemezhető gimnáziumi tanulók úgy tűnik, védettebbek a rizikó-magatartásformákkal szemben. Az iskolatípusonként differenciálódó szervezeti kultúra mentén történő elemzés markáns különbségekre hívta fel a figyelmet mind a dohányzásra, mind a berűgás gyakoriságára, mind pedig a marihuána származékok fogyasztására vonatkozó mutatókban. Az eredmények a szakközépiskolákba járó tanulók fokozott veszélyeztetettségét igazolják.

Az egészségmagatartást befolyásoló faktorok vizsgálata a koherencia-érzet és az iskola típusának differenciáló hatása mellett a nem és az anya legmagasabb iskolai végzettségének egészségviselkedést meghatározó szerepére mutatott rá. A korábban

ismertetett bináris logisztikus regresszió eredménye értelmében e változók mindegyike hozzájárul az egészségmagatartáshoz, azonban önmagában egyik sem felel érte. Jelenti ez egyben azt, hogy sem a nem, sem az anya alacsony iskolai végzettsége, sem az alacsony koherencia-érzet, sem pedig az egészségkárosító magatartásformáknak inkább kedvező iskolatípus önmagában nem predesztinálja az egyént az egészségtelen választásokra, azonban ezen faktorok egészségviselkedést befolyásoló szerepének ismerete különösen fontos, hiszen a prevenciónak és egészségnevelésnek külön figyelmet kell fordítani a veszélyeztetett csoportokra.

A kérdőíves adatfelvétel során nyitott kérdésekkel kerestem a választ arra, vajon milyen szempontok jelennek meg a serdülők gondolkodásában a „lehető legjobb élet” kifejezéssel kapcsolatban, milyen okokat, motivációs faktorokat nevesítenek az egészségkárosító magatartás megjelenésének hátterében, mely szempontok mentén értékelik életmódjukat példaértékűnek valamint megjelenik-e az egészség mint érték gondolkodásukban. A „lehető legjobb élet” kifejezéshez társított gondolatok elsősorban a materiális javakhoz, a pszichoszociális erőforrásokhoz valamint a spirituális dimenziókhoz köthetők. Kevésbé hangsúlyosan jelenik meg az egészség mint érték a serdülők gondolkodásában, mely elsősorban abban nyilvánul meg, hogy az egészség, mint a „lehető legjobb élet” egyik fontos eleme csupán néhány fogalmazásban jelent meg. Az életmód megítélése kapcsán felsorolt szempontok arra engednek következtetni, hogy az egészségfogalom tartalma rendkívül különböző egyrészt résztartalmaikat, másrészt a hangsúlyokat tekintve, hiszen a dohányzó, alkoholt fogyasztó fiatalok közül néhányan nem a káros szokásaik miatt tartják életmódjukat kevésbé példaértékűnek, hanem mert egészségtelenül táplálkoznak vagy keveset mozognak.

Disszertációm készítése kapcsán az egyik legfontosabb tanulság a kérdőívben megfogalmazott nyitott kérdésekre adott válaszokhoz és a West Balkán tragédia kapcsán íratott fogalmazásokhoz kapcsolódott. Az adatelemzés során szembesültem azzal a problémával, hogy az elsődleges adatfelvétel eszközüül szolgáló kérdőív nyitott kérdéseire kapott válaszok sok esetben hiányosak (nem egyszer teljes mértékben hiányoznak), felszínesek, s a zárt kérdésekhez hasonlóan tömören, egy-egy szóval fejezik ki a válaszadók gondolataikat. A rendelkezésre álló sorokat a megkérdezettek ritka kivételtől eltekintve

nem használták fel érzéseik, véleményük kinyilvánítására, mely azt az érzést keltette bennem, hogy mielőbb igyekeztek megszabadulni a válaszadás kötelezettsége alól. Ezzel szemben a West Balkánban történt tragédia kapcsán írt fogalmazások a gondolkodást segítő kérdésekre adott válaszokon túl olyan gondolatokat tartalmaztak, melyekről nem vártam információt a serdülőktől, mégis úgy tűnik úgy érezték, szükséges leírniuk. Bár mindkét esetben kvalitatív eszközről beszélhetünk, mégis az eredményesség szempontjából ez utóbbi mindenképpen több adalékot szolgáltatott a kutatáshoz. Ennek oka talán abban rejlik, hogy az elsődleges adatfelvétel során alkalmazott kérdőív zárt kérdései közé iktatott nyitott kérdések a válaszok megfogalmazásához vezető gondolkodási művelet során a gondolkodási struktúrából a zárt kérdésekhez hasonló, s annak struktúrájához illeszthető kategóriákba rendezte a válaszadó gondolatait. A fogalmazás ezzel szemben előre felkínált kategóriák hiányában mintegy rákényszerítette a válaszadót a fejében kavargó gondolatok, érzések megfogalmazására. A West Balkánban történetekkel kapcsolatos fogalmazások hozadéka lett éppen ezért a disszertációm alapját képező kérdéskör árnyaltabb megjelenítése, s ezzel együtt a kutatási kérdéseimre adható válaszok szélesebb kontextusban történő értelmezése.

7.1. Következtetések

Kutatásom tervezése során végső célom az volt, hogy eredményeim birtokában a pedagógiai praxis számára használható következtetéseket, üzeneteket fogalmazzak meg, melyek a mindennapi gyakorlatba beépítve az egészségmagatartásért felelős tényezők befolyásolásán keresztül végső soron az életminőség formálásához járulnak hozzá. Miután a szubjektív jól-lét és az egészségmagatartás összefüggésének vizsgálata a rizikómagatartás elutasításával együtt járó magasabb szubjektív jól-lét átlagot igazolt, valamint az alacsony koherencia-érzet prediktív tényezőnek, a magas-koherencia érzet pedig protektív tényezőnek bizonyult a serdülők rizikó-magatartását illetően, úgy vélem az egészségnevelési tevékenység megtervezése során nem tekinthetünk el e faktorok egészségmagatartást befolyásoló szerepétől. A szubjektív jól-lét egyik dimenziója a spirituális elemeket is tartalmazó pszichés jól-lét, mely a kérdőíves adatfelvétel nyitott kérdéseinek elemzése kapcsán is kirajzolódott. A koherencia-érzet összetevői szintén a spirituális tartományban mozognak, mely felhívja a figyelmet arra, hogy a szervezetek

általi egészségérték közvetítésében nem csupán a testi egészség mibenlétére szükséges koncentrálnunk, hanem a lelki egészség fenntartását, erősítését is segíteni kell. Sajnos épp a lelki egészség vonatkozásában tapasztalható leginkább, hogy nem kap kellő hangsúlyt az egészségnevelési tevékenység során. A testi és lelki egészség megőrzéséhez járulhat hozzá azoknak az erősségeknek, erényeknek a feltárása és fejlesztése, melyek az egyén és a társadalom jól-létét alapozzák meg. Ezek az erősségek a pozitív életminőségen túl meghatározzák az egyén egészségmagatartását. (Hamvai–Pikó 2008) Mivel csakúgy, mint az egészségnek, az életminőségnek is a pszichés dimenzió az egyik összetevője, a felnövekvő generációk életminőségének javítását célul kitűző iskolai egészségfejlesztés csak abban az esetben képes valóban hatékony lenni, ha a lelki egészség megőrzését és fejlesztését tekinti egyik kiemelt feladatának.⁹¹ Nem tekinthetünk el attól, hogy a lelki egészséget tudattalanul befolyásolják mindazon hatások, melyek a tanulókat a közvetlen tanórai tanítási-tanulási folyamatban, illetve azon kívül az iskolában érik. Az iskola a hivatalos tantervben megfogalmazott művelődési tartalom átadásán túl akaratlanul is közvetíti az adott intézmény érték- és normarendszerének megfelelő viselkedési szabályokat, a tekintélyhez való viszonyulással kapcsolatos elvárásokat, s a szándékos nevelésen kívüli rejtett nevelő hatásokat, melyet összefoglaló néven „rejtett tanterv”-nek nevezünk. Ezek a rejtett nevelő hatások formálják a még alakulóban lévő személyiséget, s érdemi hatást gyakorolnak a későbbi életideálok, preferenciák és értékorientációk, különös tekintettel az egészségmagatartással kapcsolatos értékorientáció alakulására. Mivel azonban az egészségmagatartással kapcsolatos értékorientáció kialakulására hatást gyakorló rejtett nevelő hatások nem csupán egy-egy tanórán nyilvánulnak meg, hanem az iskolai élet minden területén fellelhetők, s ezzel együtt az iskola minden viszonyrendszerét átszövik, az iskolai egészségnevelés feladatai csak akkor oldhatók meg, ha az iskolavezetés, a pedagógusok és az egész iskolai személyzet az egészségtudatos magatartás kialakítása iránt teljes mértékben elkötelezett. Az iskola szereplőinek személyes elköteleződése képes lehet a tanulókból olyan viselkedésformákat előhívni, melyek hozzájárulnak az egészségpreventív magatartás preferálásához. Éppen ebben rejlik a szalutogenetikus megközelítés által inspirált gondolkodásmódbeli paradigmaváltás lényege, mely a

⁹¹ A lelki harmónián alapuló önminősített egészség a felnőttkori egészségességben az életminőség szempontjából döntő faktor. (Meleg 2000)

személyiség aktív szerepére és az egészségessé tevő erőforrásokra irányítja a figyelmet és a kutatások során ennek összetevőit elemzi. E megközelítés hozadéka lehet az egészségnevelési praxis számára az egészségessé tevő erőforrások feltérképezése mellett azoknak az erőforrásoknak a feltárása, melyek az életmóddal kapcsolatos döntéseinket befolyásolják. A szalutogenetikus szemlélet szellemében végzett egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenység során így prioritást élvez az egészségkárosító magatartásformák választásával szembeni védőfaktorok fejlesztése. Ezeknek az erőforrásoknak, védőfaktoroknak az ismeretében az egészségnevelési tevékenység során a hangsúly az ismeretek közléséről áttevődik az erőforrások megerősítésére, mely egyben az egészségnevelés számára új feladatokat, irányokat jelöl ki. Az egészségmagatartás szempontjából protektív tényezőnek bizonyuló pszichés jól-lét, ezzel együtt a pozitív lelki működést eredményező koherencia-érzet komponens szerepe az egészségnevelési, egészségfejlesztési gyakorlat számára a pedagógiai beavatkozás irányát határozza meg: ha értelmessé, átláthatóvá és a tanulók számára érdekessé tehető az egészségfejlesztés, akkor a gyengébb erőforrások ehhez fognak igazodni.

7.2. A távlatok, a kutatás további lehetséges irányai

Disszertációmban igyekeztem az általam megfogalmazott kutatási kérdések megválaszolása során feltárt összefüggések mélyebb vonatkozásaira is rávilágítani. Ez irányú törekvésemnek nem minden esetben sikerült maradéktalanul megfelelni, azonban úgy vélem, hogy bár a választott eszközökkel és a rendelkezésemre álló adatokkal ennél sokkal mélyebb összefüggések feltárása nem lehetséges, némely összefüggés további kutatásokat indukál. Adódik ez elsősorban kutatásom feltáró jellegéből, mely az adatelemzés során megfogalmazott következtetéseket elsősorban arra teszi alkalmassá, hogy egy differenciáltabb vizsgálat számára kijelöljék a lehetséges irányokat.

Az egészségmagatartás, ezen belül is a berúgást eredményező nagymértékű alkoholfogyasztás vizsgálata irányította a figyelmet a Táncsics Mihály Gimnázium nyelvtagozatos osztályára, mely osztály tanulói kiemelkedtek ebben a vonatkozásban. A West Balkánban történtek kapcsán megfogalmazták, hogy a szerfogyasztás háttérben sok esetben a túlzott iskolai megterhelés áll. További kutatásokat indukálhat, hogy vajon a

magas elvárások, a teljesítménykényszer sodorhatja-e a rizikómagatartás preferálása felé a serdülőt.

Szintén további kutatásokat indukálhat a Református Gimnáziumban tanulók egészségmagatartása, mely jellemzően az egészségkárosító viselkedésformák elutasításának irányába mutat valamint koherencia-érzetük, mely a vizsgált tanulók körében a legmagasabbnak bizonyult. Vajon az iskola szelleme mennyiben képes felülrni a kortársak egészségkárosító szokásokra buzdító hatását?

A szerfogyasztás háttérében álló motivációs faktorok közül további szociológiai, egészségszociológiai kutatásokat generálhat az individualizációs folyamatokkal esetlegesen összefüggő rizikómagatartás. Paradoxon, hogy a világhálón naponta szövődő egyre sűrűsödő kapcsolathálók ellenére a kapcsolatok meggyengülését, elsivárosodását s ezzel együtt a 21. század emberének elmagányosodását figyelhetjük meg.

Bár a kérdés nem kapcsolódik szorosan az általam vizsgált problémához, mégis az egészségnevelési gyakorlat számára is hasznos lehet annak megválaszolása, vajon a véletlennek köszönhető, vagy tendenciaként van jelen a magyar közoktatásban, hogy a szakközépiskolák és a gimnáziumok szervezeti kultúrája a kapcsolat- és a feladatorientáció vonatkozásában eltérést mutat. Mivel a prevenciónak és ezzel együtt az egészségnevelésnek hangsúlyozottan kell a veszélyeztetett csoportok felé az egészségértéket közvetíteni, fontos volna tudni, vajon az iskola típusa mentén, avagy a szervezeti kultúra mentén különülnek el bizonyos veszélyeztetett csoportok.

Az iskolatípusonként differenciálódó egészségmagatartással kapcsolatos értékorientáció különbözőségeire számos vizsgálat, köztük jelen disszertáció is felhívta a figyelmet. A kérdés azonban, hogy az iskola típusa, vagy az iskola rejtett tanterve, szervezeti kultúrája az, ami e differenciáló hatást eredményezi, nyitva maradt. Úgy vélem, mivel az iskola az egészségmagatartás formálásában kiemelt szerepet játszik, differenciáltabb vizsgálatok szükségesek annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy az iskola típusa, szervezeti kultúrája, rejtett tanterve valamint egészségnevelési programja, s annak megvalósulása hogyan járul hozzá az egészségérték alakulásához.

E kérdések, s még számos egyéb kérdés megválaszolása újabb és újabb adalékot szolgáltathat az egészségnevelési gyakorlat számára, mely hasznos segítséget nyújthat a napi pedagógiai tevékenység során.

8. Záró gondolatok

Disszertációm elkészítése során az általam vizsgált kérdéskört elsősorban a nevelésszociológia és az egészségpedagógia felől közelítettem meg, azonban témám szempontjából elengedhetetlennek tartottam, hogy kitekintsek a pszichológia, azon belül is különösképp a szociálpszichológia szakterületére, mely tudományterületek látásmódjának hozzáillesztése vizsgálatomhoz további számos, hasznos kutatást indukálhat. E dolgozat keretein túl a vizsgálat kiterjesztése mellett további támpontokat kínál a kérdőív nyitott kérdéseire adott válaszainak mélyrehatóbb elemzése, valamint a West Balkán tragédia kapcsán megírt fogalmazásokban megjelenő rejtett tartalmak feltárása. Ezen tartalmak elemzése során megmutatkozhatnak azok a ki nem mondott érzések, gondolkodási struktúrák, melyek az egészségviselkedéssel, a jól-léttel kapcsolatban a serdülők gondolataiban kirajzolódnak. A mélyebb tartalmak elősegíthetik a vizsgált nemzedék egészségmagatartásának szélesebb társadalmi kontextusban történő elemzését, s ezzel együtt utat mutathatnak a nevelési, egészségfejlesztési gyakorlat számára, hogy egészségtudatosabb egészségmagatartás kialakítását segítsék elő, s ezzel hozzájáruljanak a felnövekvő generációk egészségének, ezzel együtt életminőségének formálásához.

Köszönetnyilvánítás

Az alábbiakban szeretném megköszönni Tanárain, Családom és Kollégáim áldozatos segítségét, a biztatást és érdeklődést, mellyel disszertációm elkészüléséhez nagymértékben hozzájárultak.

Elsőként témavezetőmnek, Prof. Dr. Meleg Csillának szeretnék köszönetet mondani, aki témavezetőként időt és energiát nem kímélve javaslataival segített, ösztönzött és támogatott mindvégig értekezésem elkészítése során.

Köszönettel tartozom férjemnek, aki kezdettől fogva támogatta ambícióimat, s soha, semmilyen akadályt nem gördített terveim megvalósítása elé. Mikor megfáradtam, mindig átsegített a holtponton.

Gyermekeimnek, akik pusztán létükkel folyamatosan motiváltak, hogy előrébb jussak.

Szüleimnek, akik törekvéseimet erejükön felül támogatták mind érzelmileg, mind anyagilag tanulmányaim során. Külön köszönettel tartozom anyukámnak, aki hogy időm felszabaduljon levette vállamról a háztartás terheit.

Köszönettel tartozom nagynénémnek, aki mindvégig biztatott, s támogatott, s nagybátyámnak, aki sajnos már nem élhette meg disszertációm elkészültét, de nagynéném támaszaként nekem is sokat segített.

Disszertációm módszertani fejezetének összeállításában nyújtott segítségéért, ötleteiért, értékes gondolataiért, biztató szavaiért szeretném köszönetemet kifejezni kolleganómnek, Bencze Mártának.

Pál Katalinnak a témáról folytatott közös beszélgetésekért, amelyek sok esetben tovább lendítették gondolkodásomat amikor megakadtam, vagy bizonytalan voltam.

Hivatkozások

- Ács Pongrác (2009): *Sporttudományi kutatások módszertana*. Pécs: Magyar Sporttudományi Társaság
- Ágoston László (szerk.) (2007): *Az életminőség fogalmán túl. Elméletek, módszerek és gondolatok az életminőség kapcsán*. Budapest: DEMOS Magyarország Alapítvány, 4–5.
- Anderson, Allan R. and Henry, Carolyn S. (1994): Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use; www.findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_n114_v29/ai_15622145/ [2011. augusztus 6.]
- Andorka Rudolf (2006): *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris Kiadó, 664–665.
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well*. London: Jossey-Bass
- Antonovsky, Aaron (1996): The sautogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1). 11–18.
- Aszmann Anna (szerk.) (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Budapest: OGYEI, 63.
- Babbie, Earl (2003): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi Kiadó
- Balogh Judit és Kiss Judit (2007): Egy lelkiegészség-fejlesztési és szervezetfejlesztési pilotprojekt eredményeiről. *Egészségfejlesztés*, XLVIII.évfolyam, 3.szám, 24–25.
- Beare, H., Caldwell B. J. and Millikan, R. M. (1998): Az iskolai kultúra fejlesztése. in: Balázs Éva (szerk.): *Oktatásmenedzsment*. Budapest: OKKER Kiadó, 189–215.
- Beck, Ulrich (1983): Túl renden és osztályon? Társadalmi egyenlőtlenségek, társadalmi individualizációs folyamatok és az új társadalmi alakulatok, identitások keletkezése. in: Angelusz Róbert (szerk.) (1997): *A társadalmi rétegződés komponensei*. Budapest: Új Mandátum Kiadó, 418–468.
- Benkő Zsuzsanna (2010): Egészségfejlesztés a közoktatásban és a tanárképzésben. *Népegészségügy*, 88.évfolyam 1. szám 37–42.
- Bourdieu, Pierre (1978): *A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése*. Budapest: Gondolat, 71–129, 268–311.

- Brassai László és Pikó Bettina (2010): Egzisztenciális/spirituális attitűdök jelentősége a serdülők egészségprevenzív és rizikómagatartásában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2010,65. 4. 597–611.
- Buda Béla (2006): Elme mater: Drogproblémák, ifjúsági pszichopatológia, szociokulturális háttértényezők. *Ideggyógyászati Szemle*, 59. évfolyam (3-4): 132-134.
- Bukodi Erzsébet (2001): Társadalmi jelzőszámok – elméletek és megközelítések. *Szociológiai Szemle*, 2001/2: 35–57.
- Csabai Márta és Molnár Péter (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó, 26–36.
- Csigó Péter (2007): Társadalmi rétegződés és egyenlőtlenségek. in: S. Nagy Katalin (szerk.) *Szociológia közgazdászoknak*. Budapest: Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, 59–70.
- Diener, E. (1995): A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36 (2): 107–27.
- Domokos Tamás és Ruff Tamás (2005): A kábítószer-fogyasztó fiatalok társadalmi kirekesztettségének vizsgálata EU indikátorok alapján. www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=908 [2011. augusztus 6.]
- Eckersley, R. (2000): The state and fate of nations: implications of subjective measures of personal and social quality of life. *Social Indicators Research*, 52:3–27.
- Elekes Attila (1999): *Pedagógia, Egészségpedagógia*. Budapest: ETI
- Elekes Zsuzsanna (2007): Változó trendek, változó szerfogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai, 1992–2007. *Addiktológia*, 3. évfolyam, 189–211.
- Elekes Zsuzsanna (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 41–49.
- Fábián Róbert (2000): Az iskolai egészségnevelés. in: Aszmann Anna (szerk.): *Iskolaegészségügy*. Budapest: Anonymus 602–607.
- Falus Iván (szerk.) (1993): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Budapest: Keraban Könyvkiadó

- Falus Iván és Ollé János (2008): *Az empirikus kutatások gyakorlata*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Felvinczi Katalin (2007): Az „Egészséges Iskolákért” program bemutatása. in: Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert és Kökönyei Gyöngyi (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. Budapest: L’ Hartmann Kiadó, 265–282.
- Fodor Gábor (2001): Az iskola: esély a lelki egészségvédelemre. *Új Pedagógiai Szemle*, 2001/05: 76–79.
- Füleki Dániel (2001): A társadalmi kirekesztés és befogadás indikátorai. *Szociológiai Szemle*, 2001/2: 84–95.
- Füzesi Zsuzsanna, Illés Tamás, Tistyán László, és Czirják László (2004a): *A felnőtt népesség egészségi állapota a dél-dunántúli régióban*. Pécs: Fact Intézet, 4–6.
- Füzesi Zsuzsanna és Tistyán László (2004b): *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken*. <http://mek.oszk.hu/08100/08109/08109.pdf> [2012. február 26.]
- Füzesi Zsuzsanna és Lampek Kinga (2007): Az egészségi állapothoz való viszony változásai. in: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt., 65–86.
- Füzesi Zsuzsanna, Péntek Eszter és Szőke Katalin (2011): A helyi önkormányzatok, munkáltatók és a civil társadalom szerepe az egészségre ható társadalmi-gazdasági tényezők alakításában. *Népegészségügy*, 89. évfolyam 2. szám 135–146.
- Gerevich József (2000): Drogfogyasztás és drogfogyasztáshoz vezető út gyermek- és serdülőkorban. in: Vikár György és Vikár András (szerk.): *Dinamikus gyermekpszichiátria*. Budapest: Medicina, 217–223.
- Golnhofer Erzsébet (2006): Az iskolák belső világa. in: Golnhofer Erzsébet (szerk.) *Az iskolák belső világa*. Budapest: ELTE PPK Neveléstudományi Intézet, 6–9.
- Golnhofer Erzsébet (2006): Szervezeti kultúra. in: Golnhofer Erzsébet (szerk.) *Az iskolák belső világa*. Budapest: ELTE PPK Neveléstudományi Intézet, 40–44.
- Gonzales, M., Casas, R. and Coenders, G. (2007): A complexity approach to psychological well-being in adolescence: major strengths and methodological issues. *Social Indicators Research*, 80: 267–295.
- Grossman, Michael (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80: 223-255.

- Grossmann, R. and Scala, K. (2004): *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés*. Szeged: JGYF Kiadó
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2008): Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: a pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia*, 108.évf. (1): 71–92.
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2009): Serdülők szubjektív jól-létét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, Internet: <http://www.ofi.hu/tudastar/hamvai-csaba-piko> [2009. október 14.]
- Havasi Éva (2011): A megtört egészség – a hazai lakosság egészségi állapotának egyenlőtlenségei, különös tekintettel a szegényekre. *Népegészségügy*, 89. évf. 2. szám 80–93.
- Hegedűs Rita (2001): Szubjektív társadalmi indikátorok – szelektív áttekintés a téma irodalmából. *Szociológiai Szemle*, 2001/2: 58–72.
- Horn, R.V. (1993): *Statistical Indicators for the Economic and Social Sciences*. Cambridge, Cambridge University Press
- Kapronczay Károly és Virágh Zoltán (2001): Fodor József élete és jelentősége a medicina történetében. *Egészségtudomány*, 45, 15–22.
- Kékesi Márk: Tartalomelemzés (előadásvázlat):
http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=hu&gbv=2&gs_sm=s&gs_upl=78111873410120156129126112112210117501385813-1.6-2.0.11410&rlz=1R2GGLL_en&q=cache:3zBslGUVsBcJ:http://www.pszich.u-szeged.hu/old//index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1288&Itemid=86+k%C3%A9kesi+m%C3%A1rk+tartalomelemz%C3%A9s&ct=clnk
 [2011. január 8.]
- Kéri Katalin (2000): Rousseau magyar követője az egészségnevelésről. *Egészségnevelés*, 2000/3. sz. 104–106.
- Kéri Katalin (2007): Az egészség kultúrtörténeti megközelítése. in: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 35–51.
- Ketskeméty László és Izsó Lajos (2005): *Bevezetés az SPSS programrendszerbe*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó

- Kolosi Tamás (1984): *Státus és réteg*. Budapest: MSZMP KB Társadalomtudományi Intézete
- Konkoly Thege Barna (2008): A szalutogenetikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben. in: Kopp Mária (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 59–65.
- Kopp Mária (2006): Az életminőség kutatás jelentősége a népesség jól-létének vizsgálata céljából: interdiszciplináris modell in: Kopp Mária és Kovács Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 2–9.
- Kopp Mária és Pikó Bettina (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. in: Kopp Mária és Kovács Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 10–19.
- Kopp Mária és Skrabski Árpád (2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. in: Nagy Ildikó és Pongrácz Tiborné (szerk.): *Szerepváltozások 2009*. Budapest: TÁRKI, 117–136.
- Kósa Karolina (2010): Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, 88.évfolyam (1): 3–10.
- Kovács Katalin és Őri Péter (2009): Halandósági különbségek. in: Monostori Judit, Őri Péter, S. Molnár Edit és Spéder Zsolt (szerk.) *Demográfiai portré 2009*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, 53–66.
- Kovács János Endre (2002): Az iskola szervezetpszichológiai kérdései az új ezredfordulón. in: Perjés István és Kovács Zoltán (szerk.): *Életvilágok találkozása*. Budapest: Aula Kiadó Kft, 24–34.
- Kovács József (2006): Életminőség a bioetika nézőpontjából: elméleti problémák in: Kopp Mária és Kovács Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 20–23.
- Krippendorff, Klaus (1995): *A tartalomelemzés módszertanának alapjai*. Budapest: Balassi Kiadó

- Kulin Eszter (2007): Az „Egészségvirág” iskolai egészségfejlesztési programok bemutatása. in: Demetrovics Zsolt, Urbán Róbert és Kökönyei Gyöngyi (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. Budapest: L’ Hartmann Kiadó, 283–294.
- Kun Bernadette és Demetrovics Zsolt (2010): Kényszeres vásárlás in: Demetrovics Zsolt és Kun Bernadette (szerk.): *Az addiktológia alapjai IV*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó 213–228.
- Lees, J., Howarth, J., Sidebotham, P., Higgins, J. and Imtiaz, A. (2008): Religion, beliefs and parenting practices. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2265.pdf> [2011. augusztus 6.]
- McDowell, I. and Newell, C. (1987): *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: *Oxford University Press*, 73–77.
- Meleg Csilla (1986): A 12–14 éves tanulók egészségfogalmának tartalma. *Egészségnevelés*, 1986/3: 127–130.
- Meleg Csilla (1991): Egészségérték és intézményes befolyásolás. *Társadalomkutatás*, 2–3. sz. 81–89.
- Meleg Csilla (1998): Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, 39. 155–159.
- Meleg Csilla (2000): Egészség. Egy szervezetfejlesztési program körvonalai. *Új Pedagógiai Szemle*, 2000/12: 34–42.
- Meleg Csilla (2001): „Egészség” (*Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés*). Pécs: Pécsi Tudományegyetem
- Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, (1): 11–29.
- Meleg Csilla (2005): Az oktatási-nevelési intézmény, mint pszichoszociális környezet. in: Aszmann Anna (szerk.): *Iskola-Egészségügy*. Budapest: OGYEI, 40–51.
- Meleg Csilla (2006): *Az iskola időarcai*. Budapest–Pécs: Dialóg Campus Kiadó
- Meleg Csilla (2009): Életminőség: társadalmi probléma és pedagógiai válasz. in: Benedek András és Hunyady Györgyné (szerk.): *Az oktatás közügye: VII. Nevelésügyi Kongresszus: zárókötet*.
<http://www.petriktizsk.hu/Dokumentumok/Egy%C3%A9b%20dokumentumok/viivelesugyikongresszuszarokotet.pdf> [2011. szeptember 12.]

- Mollenhauer, K. (1974): Szocializáció és iskolai eredmény. in: Meleg Csilla (szerk.) (1996): *Iskola és társadalom*. Pécs: JPTE Tanárképző Intézet Pedagógia Tanszék, 149–172.
- Murinkó Livia (2007): Életkor és szubjektív életminőség. in: Utasi Ágnes (szerk.): *Az életminőség feltételei*. Budapest: MTA Politikai Tudományok Intézete, 47–71.
- Nagy Judit (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, 105. évf. (4): 263–282.
- Németh Ágnes (szerk.) (2007): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Budapest: OGYEI
- Németh Ágnes és Költő András (szerk.) (2011): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf [2011. október 15.]
- Ollé János (2006): Az iskola, mint szervezet. in: Golnhofer Erzsébet (szerk.): *Az iskolák belső világa*. Budapest: ELTE PPK Neveléstudományi Intézet, 13–23.
- Paksi Borbála, Felvinczi Katalin és Schmidt Andrea (2004): Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. www.nefmi.gov.hu/2005/prevenacios-tevekenyseg [2012. március 23.]
- Paksi Borbála (2010): A közoktatási intézmények prevenációs kompetenciáinak és tevékenységének változása az utóbbi 5 évben. *Addiktológia*, IX.évfolyam 3.szám 185–215.
- Paksi Borbála, Felvinczi Katalin és Schmidt Andrea (2011): Az iskolák prevenációs aktivitása. in: Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt (szerk.): *Drogprevenáció és egészségfejlesztés az iskolában*. Budapest: L'Harmattan Kiadó. 95–167.
- Petőné Csima Melinda (2007): Az iskolai egészségfejlesztés szelekciós mechanizmusai. in: Kadocsa László (szerk.): *A Dunaújvárosi Főiskola Közleményei XXIX/2*. Dunaújváros: Dunaújvárosi Főiskola Kiadó Hivatala, 183–188.
- Petőné Csima Melinda (2008): „Rejtett” tanterv és egészségmagatartás. in: Kereszty Orsolya (szerk.): *Új utak, szemléletmódok, módszerek a pedagógiában*. Kaposvár: Kaposvári Egyetem Pedagógiai Főiskolai Kar, 261–268.
- Petőné Csima Melinda és Harjánné Brantmüller Éva (2010): Az iskolai egészségnevelés szerepe a leendő életminőség formálásában in: Kadocsa László (szerk.): *A*

Dunaújvárosi Főiskola Közleményei. Dunaújváros, Főiskolai Kiadó (szerkesztés alatt)

- Petőné Csima Melinda (2011): A szubjektív életminőség és az egészségmagatartás vizsgálata középiskolások körében. in: Hajdicsné dr.Varga Katalin (szerk.): *Nevelés és társadalom: Hagyomány és megújulás.* Kaposvár: Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kara Nyugat-Magyarországi Egyetem Benedek Elek Pedagógiai Kara, 241–254.
- Pikó Bettina (2002): *Egészségpszichológia.* Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó
- Pikó Bettina (2003): Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: újabb kockák a „kirakós Játékhoz”. *Szenvedélybetegségek*, IX. évfolyam; (3), 195–203.
- Pikó Bettina (2004) Anyag használata a vallásosság és egyéb védelmi tényezőkre tekintettel a magyar fiatalok körében. *Addiktív viselkedések*, 29. évf. 1095–1107.
- Pikó Bettina (szerk.) (2006): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban.* Budapest: L' Hartmann Kiadó
- Pauwlik Zsuzsa és Margitics Ferenc (2008): Személyes törekvések kapcsolata a szubjektív jól-léttel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 2008/1: 1–34.
- Sántha Kálmán (2007a): A kvalitatív metodológiai követelmények problémái. *Iskolakultúra*, 2007/6–7. 168–177.
- Sántha Kálmán (2007b): Beavatkozás nélküli vizsgálat. *Új Pedagógiai Szemle*, 2007/7: 68–77.
- Sidanus, J. and Pratto, F. (2005): *A társadalmi dominancia.* Budapest: Osiris Kiadó, 274–304.
- Simonyi István (szerk.) (2004): *Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez.* Budapest: Oktatási Minisztérium
- Skrabski Árpád, Kopp Mária, Rózsa Sándor és Réthelyi János (2006): A koherencia, az élet értelme, mint az életminőség fontos dimenziója in: Kopp Mária és Kovács Erika (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó, 146–155.
- Susánszky Éva és Szántó Zsuzsa (2003): Szociokulturális környezet, megküzdési stratégiák, életminőség. *Szociológiai Szemle*, 2003/2: 84–102.

- Stöcker Károlyné (1999): *Személyiséglélektan nevelőknek*. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó, 78–84.
- Szabolcs Éva (2001): *Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó
- Szabó László Tamás (1988): *A „rejtett tanterv”*. Budapest: Magvető Kiadó
- Szabó Laura (2003a): A társadalmi támaszt nyújtó személyes kapcsolatháló és a szubjektív életminőség összefüggései az egészséges és a mozgáskorlátozott személyek körében. PhD-értekezés. Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem. http://www.lib.uni-corvinus.hu/phd/szabo_laura.pdf [2008. augusztus 24.]
- Szabó Laura (2003b): A boldogság relatív. *Szociológiai Szemle*, 2003/3. 86–105.
- Szauer Erzsébet (2005): A magyar gyermekek egészségi állapotának jellemzői. *Demográfia*, 48. (1): 110–125.
- Szarvasné Mátó Veronika és Benkő Zsuzsanna (2006): Főiskolai hallgatók egészségképe. Összehasonlító vizsgálat. *Magyar Pedagógia*, 106.évf. (2) 107–127.
- Székely Lajos (2007): Előjelek és feladatok változó világunk óvodai egészségnevelésében. *Egészségfejlesztés*, XLVIII. évfolyam (3.): 9–28.
- Székelyi Mária és Barna Ildikó (2002): *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Budapest: Typotex Kiadó
- Tahin Tamás, Jeges Sára és Lampek Kinga (2000a): Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 1. 70–93.
- Tahin Tamás, Jeges Sára és Lampek Kinga (2000b): Az iskolai végzettség és az egészségi állapot változása követéses vizsgálat alapján. *Demográfia*, 2–3. 305–334.
- Túry Ferenc és Szabó Pál (2010): Az evés zavarai: anorexia, bulimia, falási zavar. in: Demetrovics Zsolt és Kun Bernadette (szerk): *Az addiktológia alapjai IV*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 423–443.
- Utasi Ágnes (2002): *A bizalom hálója. Mikrotársadalmi kapcsolatok, szolidaritás*. Budapest: Új Mandátum Kiadó, 71–73.
- Varga Károly (2004): Az egészségérték ébresztése. *Egészségfejlesztés*, XLV. évfolyam. (5–6): 13–19.
- Varga Károly (2005a): Szalutogenezis – „a visszacsapás rugóhatása”. *Egészségfejlesztés*, XLVI.évfolyam. (1–2): 38–42.

- Varga Károly (2005b): A szalutogenezisről – képben és fogalomban. *Egészségfejlesztés*, XLVI.évfolyam. (3): 15–22.
- Veenhoven, R. (1988): The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20: 333–354
<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1980s/88a-full.pdf>
 [2009. október 16.]
- Veenhoven, R. (1996a): The study of life satisfaction. in: Saris, W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. and Bunting B. (ed.) *A comparative study of satisfaction with life in: Europe*. Eötvös University Press, 11–48.
<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/96d-full.pdf> [2010. szeptember 05.]
- Veenhoven, R. (1996b): Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37: 1–46. <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/96a-full.pdf>
 [2010. szeptember 05.]
- Veenhoven, R. and Kalmijn W. (2005): Inequality-adjusted happiness in nations. *Egalitarianism and Utilitarianism Married in a New Index of Societal Performance. Journal of Happiness Studies*, 6 (4): 421–455
- Veenhoven, R. (2007): Quality of Life Research. in: Bryant, Clifton D. and Peck, Dennis L. (ed.): *21st Century Sociology. A Reference Handbook 1–2*. SAGE Publications, 54–62.
- Veresné Balajti Ilona (2010): Egyetemi hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása. PhD-értekezés. Debreceni Egyetem.
http://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/2437/95578/22/Veresne_Balajti_ilona_Dissertacio_2010_majus.pdf [2011. november 2.]
- Vitrai József, Bakacs Márta, Juhász Attila, Kaposvári Csilla és Nagy Csilla (2010): Jelentés egy egészségben elmaradott országból... *Egészségjelentés – 2010*.
http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Osszefoglalo_Egeszsegjelentes_2010.pdf
 [2011. február 12.]
- World Health Organization (1986): Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Ottawa, 1986. november 17–21. in: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet, 9–14.

- World Health Organization (1997): Dzsakartai nyilatkozat. Egészségmegőrzés a XXI. Században. Dzsakarta, 1997. július. in: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet, 29–34.
- Yassur, Esther (2001): A szervezeti légkör és az iskola vezetési stílusának összefüggései. *Magyar Pedagógia*, 101.évf. (2) 171–190.

Források

Törvényi rendelkezések

1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról

http://www.nailpro.hu/fileadmin/all/beautyforum/HU/archiv/2008/01_2008/1993.LXXIX.tv..pdf [2011. november 3.]

2003. évi LXI. törvény: a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosításáról

<http://www.vbjnet.hu/fooldal/torvtar/kozokt/kozokt.htm> [2011. november 3.]

Adatbázisok

KSH (2009): Születéskor várható átlagos élettartam.

http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int009.html [2010. augusztus 15.]

KSH: Születéskor várható átlagos élettartam. (Nők)

http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int010a.html [2012. február 25.]

KSH: Születéskor várható átlagos élettartam. (Férfiak)

http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int009a.html [2011. február 25.]

Intézményi honlapok, intézményi dokumentáció, pedagógiai programok

Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola és Gimnázium Kaposvár: <http://www.kinizsi-kap.sulinet.hu/> [2011. július 16.]

- Lórántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium Kaposvár:
<http://www.lorantffy-kaposvar.sulinet.hu/> [2011. július 16.]
- Munkácsy Mihály Gimnázium Kaposvár: <http://www.mmgsz.sulinet.hu/> [2011. augusztus 24.]
- Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola Kaposvár: http://www.euszki-kap.sulinet.hu/Dokument/PPI_Szigeti.pdf [2011. szeptember 9.]
- Táncsics Mihály Gimnázium Kaposvár:
http://www.tancsics.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=152&Itemid=57 [2011. augusztus 24.]
http://www.tancsics.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=56 [2011. augusztus 24.]
- Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium Kaposvár: http://www.toldi-portal.sulinet.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=130&Itemid=59 [2011. szeptember 9.]
- Zichy Mihály Iparművészeti, Ruhaiipari Szakképző Iskola és Kollégium Kaposvár:
http://www.kapos-zichy.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=27 [2011. szeptember 9.]

Szerző nélküli on-line elérhető hivatkozások

- Az Országos Egészségfejlesztési Intézet története: <http://www.oefi.hu/tortenet.htm> [2010. október 4.]
- CHEF program:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:un25KaroFoJ:www.kollegium-bbogl.sulinet.hu/Drog/prevenci%C3%B3/jobbraCHEFprg.htm+chef+program&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu> [2010. július 29.]
- DADA program: <http://www.dada-orfk.hu/bemu.htm> [2010. július 29.]
- Egészségfejlesztés az iskolában:
<http://www.oefi.hu/ipb.pdf> [2012. február 26.]

Magyarország közepesen drogfertőzött ország:

http://hvg.hu/itthon/20110625_magyarorszag_kozepesen_drogefertozott [2011. augusztus 6.]

Megdöbentő: testükkel fizetnek az iskolás lányok a drogért:

<http://www.magyarnemzet.hu/portal/786023> [2011. október 23.]

Nutrikid Program:

http://www1.nestle.hu/nutrikid/felnotteknek_program.aspx [2012. március 15.]

Országos Egészségfejlesztési Intézet: Életmód Program:

<http://www.oefi.hu/taplalk.htm> [2012. március 15.]

Mellékletek

1. sz. melléklet

A West Balkán szórakozóhelyen történtek kapcsán írt fogalmazások szempontjai

„Három tizenéves lány, köztük két tizenegyedikes halt meg szombat éjjel 11 óra körül a West Balkánban, a Nyugati tér egyik neves szórakozóhelyén. Rendőrségi információ szerint pánik tört ki a diszkóban, és a fiatalok menekülés közben kerültek a földre, ahol agyontaposták őket. Kábítószer fogyasztására utaló jeleket is találtak a rendőrök a helyszínen, az egyik áldozat vérében pedig amfetamin származék volt.”

A tragédiával kapcsolatos hozzászólások szerteágazóak, azonban a kommentrengetegben kirajzolódó témák közül kiemelkedik a drogos, alkoholista fiatalok becsmérése, akikre nem figyelnek oda a szülei.

Bizonyára nem ismeretlenek előtted a fenti sorok, hiszen az elmúlt napokban különböző forrásokból juthattak el hozzád információk valamint vélemények erről az eseményről. Talán elgondolkodtatott, hogy Te is időnként hasonló rendezvényeken próbálsz lazítani, s akár veled is előfordulhatna, hogy egy gondtalan, bulizó tömeg magával ragad.

Kérlek, az alábbi szempontokat átgondolva **fogalmazd meg szabadon a gondolataidat!** Az alábbi kérdések csak irányadóak, hogy gondolkodásodat segítsék önálló véleményed megalkotásában.

- Mit gondolsz a West Balkánban történekről? Mi jut eszedbe róla?
- Kérlek, fejtsd ki a véleményed arról a fent említett kommentről, miszerint „a mai tizenévesek drogosok, alkoholisták, akikre nem figyelnek oda a szülei”!
- Te hogyan szoktál szórakozni, kikapcsolódni?
- Mi jellemzi kortársaid szórakozási szokásait?
- Szoktál e „bulikba” járni, ezek milyen jellegűek, s milyen gyakorisággal veszel részt ezeken?
- Hogyan készülsz rá ezekre a „bulikra”, hogy jól érezd magad? Fogyasztasz- e előtte, s közben alkoholt, esetleg kábítószer?

- Elő szokott e fordulni veled, s ha igen, milyen gyakran, hogy az elfogyasztott alkoholtól berúgsz, vagy kábítószer hatása alatt elveszíted a realitásérzékedet, befolyásolhatóvá válsz?
- Zavar e, ha azok, akikkel együtt szórakozol (barát/barátnő, társak) alkoholt, vagy kábítószer fogyasztanak?
- Mi a véleményed azokról a vélekedésekről, melyek szerint ezek a bulik, illetve a zenék csak kábítószer hatása alatt élvezhetők igazán?

2. sz. melléklet

Kérdőív az elsődleges adatfelvételhez

Kedves Fiatal!

Az „Oktatás és Társadalom” Doktori Iskola hallgatójaként szeretnék megkérni, hogy e kérdőív kitöltésével segítsd a munkámat. A kérdőív kitöltése természetesen önkéntes és anonim (azaz név nélküli).

Számos kutatás vizsgálta a serdülőkorúak egészségmagatartását, ezen belül azt, hogy milyen mértékben dohányoznak, fogyasztanak alkoholt valamint kábítószer. Ezen kutatásoknak köszönhetően sok információval rendelkezünk arról, mi jellemző ebben a vonatkozásban a serdülőkorúakra, azonban vajmi keveset tudunk arról, hogyan gondolkodnak ezekről a szokásokról, mi minden befolyásolja, hogy használják-e ezeket a szereket, valamint hogyan gondolkodnak az egészségről, mit gondolnak a különböző egészségkárosító magatartásformákról.

Kutatásomban ezért elsősorban azokat a tényezőket szeretném feltárni, amelyek befolyásolják a fiatalok egészségről, egészségmagatartásról alkotott elképzeléseit, valamint szeretnék képet kapni arról, hogyan gondolkodnak ezekről a kérdésekről a ma fiataljai.

Mivel ez **NEM tudáspróba**, nincsenek jó, vagy rossz válaszok. Minden válasz jó, amelyik összhangban van azzal, amilyen tapasztalataid és gondolataid neked személyesen vannak a megkérdezett dologgal kapcsolatban.

A válaszadás módja ismerős lehet számodra: vagy beírsz, bekarikázod, aláhúzol a megadott lehetőségek közül azt, amelyik megegyezik a te véleményeddel, tapasztalataiddal, vagy beírod válaszodat a kihagyott helyre.

Köszönöm a munkádat:

Petőné Csima Melinda

PTE ETK
főiskolai tanársegéd

1. Iskolád neve, osztályod (tagozat):

.....

2. Nemed:

Fiú
Lány

3. Szüleid legmagasabb iskolai végzettsége:

3/1. Édesapád

Egyetemet végzett
Főiskolát végzett
Érettségije van
Szakmunkás bizonyítványa van
Általános iskolát végzett
Nem fejezte be az általános iskolát

Nem tudom

3/2. Édesanyád

Egyetemet végzett
Főiskolát végzett
Érettségije van
Szakmunkás bizonyítványa van
Általános iskolát végzett
Nem fejezte be az általános iskolát

Nem tudom

A következő néhány kérdés arról szól, hogy mennyire vagy elégedett, valamint hogy mik azok a dolgok, amelyek téged elégedetté tesznek.

4. Általában hogy érzed magad a családban, amikor együtt vagytok?

(Jelöld a skálán – az '1' jelenti, hogy nagyon rosszul, a '6' pedig, hogy nagyon jól)

1 2 3 4 5 6

5. Másokhoz viszonyítva milyennek tartod a családod anyagi helyzetét?

Átlagosnál jobb
Átlagos
Átlagosnál rosszabb

6. Milyennek tartod az egészségi állapotodat?

Kitűnő
Jó
Megfelelő
Rossz

6.1. Mit gondolsz másokhoz viszonyítva 25 év múlva milyen lesz az egészséged?

Kitűnő
Jó
Megfelelő
Rossz

7. Összességében mennyire vagy boldog mostanában?

(Jelöld a skálán, ahol az '1' jelenti, hogy nagyon boldogtalan vagy, a '9' pedig, hogy nagyon boldog)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

8. Összességében mennyire vagy elégedett az eddigi életeddél?

(Jelöld a skálán, ahol az '1' jelenti, hogy egyáltalán nem vagy elégedett, a '10' pedig, hogy teljesen elégedett vagy)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

9/1. Itt van előtted egy létra.

A létra teteje (9. fokozat) a lehető legjobb életet jelenti, a létra alja (1. fokozat) a lehető legrosszabb életet jelöli. Gondolj magadra, és jelöld be, hol állsz most a létrán!

9/2. Itt van előtted ugyanaz a létra.

A létra teteje (9. fokozat) a lehető legjobb életet jelenti, a létra alja (1. fokozat) a lehető legrosszabb életet jelöli. Gondolj magadra, és jelöld be, hol fogsz állni 25 év múlva a létrán!



Milyen szempontok alapján gondolod, hogy ilyen lesz az életed?

.....
.....
.....
.....

10. Neked mit jelent a „lehető legjobb élet”, Te mit értesz ez alatt?

.....
.....
.....
.....

A következő néhány kérdés az egészségmagatartásodra, s az azzal kapcsolatos véleményedre vonatkozik.

11. Milyen gyakran dohányzol?

- Naponta
- Hetente legalább egyszer, de nem minden nap
- Ritkábban, mint hetente
- Nem dohányzom

12. Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?

- Nem, soha
- Igen, egyszer
- Igen, 2-3-szor
- Igen, 4-10-szer
- Igen, több mint 10-szer

13. Amikor alkoholt fogyasztasz, milyen gyakran vagy

Egyedül?	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran
Barátaiddal?	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran
Édesapáddal (nevelőapáddal)?	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran
Édesanyáddal (nevelőanyáddal)?	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran

Soha nem iszom alkoholt

14. Használtál-e az elmúlt 12 hónapban a következő anyagokból?

Füves cigi (marihuána, hasis):

- Rendszeresen
- Alkalmanként
- Soha

Különböző parti-drogok:

- Rendszeresen
- Alkalmanként
- Soha

Más kábító hatású anyagot, mégpedig:_____

- Rendszeresen
- Alkalmanként
- Soha

15. Mi lehet az oka annak, hogy sok veled egykorú fiatal pontosan tudja, mik azok a szokások, melyek az egészségre ártalmasak, mégis dohányoznak, alkoholt, kábítószer fogyasztanak, egészségtelen életmódot folytatnak?

.....
.....
.....
.....

Szerinted lehet ezen változtatni? Hogyan?

.....
.....
.....
.....

16. Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal? (Kérlek, karikázd be a megfelelő számot)

- 1 egyáltalán nem értek egyet
- 2 inkább nem értek egyet
- 3 inkább egyet értek
- 4 teljesen egyetértek

A cigi megnyugtat	1	2	3	4
A cigitől jó fejnek látszom	1	2	3	4
Ha elszívok egy cigit, úgy érzem, már el is fogadtak a többiek	1	2	3	4
Cigaretta nélkül az embert nem veszik felnőtt számba	1	2	3	4
Ha ideges vagyok, rágyújtok	1	2	3	4
Ha nem cigizek, nem is tartozom a csoporthoz	1	2	3	4
Egy jó buli elképzelhetetlen alkohol nélkül	1	2	3	4
Nem szükséges alkoholt fogyasztanom ahhoz, hogy jól érezzem magam a barátaimmal	1	2	3	4
Semmi rossz nincs abban, ha valaki részegre issza magát	1	2	3	4
A velem egykorúak nagy része kíváncsiságból kipróbált már valamilyen kábítószerrel	1	2	3	4
A velem egykorúak nagy része bulik alkalmával használ valamilyen diszkódrogot	1	2	3	4
A velem egykorúak közül sokan élnek marihuána termékekkel	1	2	3	4
A füvezés ugródeszka a keményebb drogok felé	1	2	3	4
A velem egykorúak közül sokan rendszeresen használják keményebb drogokat	1	2	3	4
Az ember hangulatát jobbra teszik a marihuána származékok	1	2	3	4
Igazán ellazulni csak egy füves cigi segítségével lehet	1	2	3	4

17. Kérlek, fejezd be a következő történetet!

A nyári szünetről visszatérve barátod/barátnőd elmeséli neked, hogy a nyár folyamán jóformán csak aludni járt haza, élvezte a szabadságot, különböző társaságokkal lógott, s rendszeresen füves cigit szívott. Arról győzköd téged, hogy ebben semmi rossz nincs, s neked is feltétlenül ki kell próbálnod. Megígéred neki, hogy legközelebb vele mész. A következő héten elérkezik az alkalom, amikor elhív magával. Mit teszel?

.....

.....

.....

.....

18. Milyen gyakran érzel ellenállhatatlan vágyat, hogy...

elszívj egy szál cigit	rendszeresen	alkalmanként	soha
megigyál egy pohár alkoholtartalmú italt	rendszeresen	alkalmanként	soha

elszívj egy füves cigit	rendszeresen	alkalmanként	soha
evésbe fojtsd bánatod	rendszeresen	alkalmanként	soha
minél előbb ledolgozd az elfogyasztott kalóriát	rendszeresen	alkalmanként	soha
megvegyél magadnak egy olyan dolgot, amire egyáltalán nem biztos, hogy szükséged van	rendszeresen	alkalmanként	soha

Milyen gyakran fordul elő veled, hogy...

úgy érzed, csak pár percet töltöttél el számítógépezéssel/internetezéssel, miközben valójában órák teltek el

	rendszeresen	alkalmanként	soha
azon kapod magad, hogy számolgotod az elfogyasztott étel kalóriatartalmát	rendszeresen	alkalmanként	soha

Milyen gyakran fordul elő veled, hogy nem bírsz ellenállni a vágyaknak, hogy rövid idő alatt nagy mennyiségű ételt fogyassz el

	rendszeresen	alkalmanként	soha
--	--------------	--------------	------

19. Mennyire tartod életmódodat példaértékűnek?

Teljes mértékben	részben	egyáltalán nem
Kérlek, indokold válaszod!		
.....		
.....		
.....		

A következőkben iskoládról, valamit tanáraidról olvashatsz állításokat. Kérlek, dönts el, mennyire értesz egyet velük!

20. Kérlek, olvasd el az alábbi állításokat iskoládról!

(Mindegyiknél jelöld, amelyik a leginkább jellemző)

- 1 egyáltalán nem értek egyet
- 2 nem értek egyet
- 3 részben egyetértek, részben nem
- 4 egyetértek
- 5 teljesen egyetértek

Az iskola tanulói részt vesznek az iskolai rendezvények szervezésében	1	2	3	4	5
Iskolánkban a rendszabályok megfelelőek	1	2	3	4	5
Iskolánkban a tanulók részt vesznek a rendszabályok kialakításában	1	2	3	4	5
Élvezem az iskolai munkát/tevékenységet	1	2	3	4	5

Az iskolai elvárásokat túlzottnak tartom

1 2 3 4 5

Kérlek, jelöld, mennyire igazak az alábbi állítások iskoládra!

1 – egyáltalán nem igaz

4 – teljesen igaz

A mi iskolánkban:

A tanulók büszkék az intézményükre	1	2	3	4
Észreveszik a tanulók jó munkáját	1	2	3	4
Szabadon tevékenykedhetnek a tanulók	1	2	3	4
A tanulók nem félnek attól, hogy hibát követnek el	1	2	3	4
A pozitív változásokra van fogadókészség	1	2	3	4
A tanulók inkább saját ügyeikre koncentrálnak, mint az iskoláéra	1	2	3	4
Fontos, hogy mindenki jól érezze magát	1	2	3	4

A mi iskolánkban:

A tanulók ismerik egymást	1	2	3	4
Működik egy kommunikációs minimum	1	2	3	4
Egymás személyes életéről is tudnak	1	2	3	4
Ha valaki hibát követ el, rosszul érzi magát a többiek előtt	1	2	3	4
Kemény helyzetekben másokra lehet számítani	1	2	3	4
A tanulók segítik egymást szakmai ügyekben/ (tanulmányi ügyekben)	1	2	3	4
Minden fontos dolgot megvitatnak egymással a tanulók	1	2	3	4

21. Kérlek, olvasd el az alábbi állításokat a tanáraidról!

(Mindegyiknél azt a választ jelöld, amelyik a legtöbbjükre jellemző)

- 1 egyáltalán nem értek egyet
- 2 nem értek egyet
- 3 részben egyetértek, részben nem
- 4 egyetértek
- 5 teljesen egyetértek

Tanáraim arra ösztönöznek, hogy elmondjam a véleményemet az osztályban

1 2 3 4 5

Tanáraink igazságosan bánnak velünk

1 2 3 4 5

Ha külön segítségre van szükségem, megkapom tőlük

1 2 3 4 5

Tanáraimat érdekli, hogy milyen az egyéniségem

1 2 3 4 5

Tanáraink többsége türelmes és segítőkész

1 2 3 4 5

Osztályfőnökünk szigorúan bánik velünk

1 2 3 4 5

22. Kérlek, fejezd be a következő nyitott mondatokat!

A legszívesebben arra emlékszem az iskolai történésekből, hogy

.....

.....

.....

Szeretném elfelejteni azt az iskolai élményt, amikor

.....

.....

.....

23. Mi az, ami pénzért nem megvásárolható, de számodra mégis fontos?

.....

.....

.....

.....

Sok gazdag ember nem érzi magát boldognak, mert olyanokban szenved hiányt, amit nem tud pénzért megvásárolni. Szerinted mik hiányoznak a boldogságukhoz?

.....

.....

.....

Neked mik szükségesek ahhoz, hogy boldognak mondd magad?

.....

.....

.....

24. Képzeld el, hogy 25 év múlva, súlyos betegséget állapít meg az orvos, ami egyértelműen a korábbi életmódod hibáiból adódik. Ha volna lehetőséged visszautazni a múltba, mit mondanál jelenlegi önmagadnak?

.....

.....

.....

25. Melyik a te utad?

Életed során egy nagy útelágazáshoz érsz. Választanod kell, melyik úton indulj el.

1. út: Rendelkezel: egyetemi végzettséggel, jól fizető állással, beosztottjaid, ismerőseid irigykedve néznek rád. Állandóan dolgozol, nincs szabadidőd, családdal, barátaiddal kevés időt tudsz együtt tölteni. Folyamatosan napra késznek kell lenned, mert különben mások megelőznek.
2. út: csendes, nyugodt, teljesen átlagos életet élsz. Olyan végzettséged van, amellyel biztos munkahelyed lehet. Felnőtt életed első 25- 30 évében házad törlesztő részleteit fizeted. Házastársaddal, gyermekeiddel harmonikus a kapcsolatod.

3. út: a pénzt, amit keresel, el is költöd (leginkább szórakozásra). Szabadidőd nagy részét különböző társaságokban töltöd, magánéletedben alkalmi partnerek tűnnek fel. Saját életed szabadságát élvezed, amelyhez nincs szükséged tartós kapcsolatokra, kööttségekre.
4. út: Az én utam az, hogy
-
-
-
-

Miért ez a te utad?

.....

.....

.....

.....

26. Kérlek, olvasd el a következő állításokat, s jelöld, mennyire jellemzőek rád!

- 4 – teljes mértékben jellemző
 3 – majdnem jellemző
 2 – csak egy kicsit jellemző
 1 – egyáltalán nem jellemző

Akár a múltamat vizsgálom, akár a jövőmről elmélkedem, úgy érzem, én értelmesen élek	1	2	3	4
Olyan érzésem van, hogy sok dolog, ami velem történik, az zavaros, és nem is tudom, miért is mennek úgy a dolgok, ahogy mennek	1	2	3	4
Ha az életemet nézem, úgy látom, hogy az értelmes és következetesen alakul	1	2	3	4
Ritkán tapasztalom azt, hogy bármi is érdemessé tenné a mindennapjaimat	1	2	3	4
Úgy érzem, az életemből hiányoznak a világosan megfogalmazott célok	1	2	3	4
Ha valamit nagyon szeretnék elérni, akkor képes vagyok a szórakozásról is lemondani	1	2	3	4
Vannak olyan dolgok, amelyeket annyira fontosnak tartok a jövőm életem szempontjából, hogy a szabadidőmben is szívesen foglalkozom velük.	1	2	3	4
Sokkal egészségesebben élnék, ha biztosan tudnám, hogy ezáltal évtizedek múlva kiváló lesz az egészségem	1	2	3	4
Többet mozognék, ha több időm lenne	1	2	3	4

Ha nincs elég pénzem, hogy megvalósítsam a terveimet, akkor sem adom fel, mindent megmozgatok, hogy célt érjek.

1 2 3 4

Ha kell, különórákra járok, hogy továbbtanulási terveimet megvalósítsam

1 2 3 4

27. Ha lehetne három kívánságod, mit kívánnál?

1.
2.
3.

Köszönöm a segítségédet!

3. sz. melléklet

Az apa legmagasabb iskolai végzettsége intézményenkénti bontásban

	Az apa legmagasabb iskolai végzettsége					Összesen	
	egyetem	főiskola	érettségi	szakmunkás képző	legfeljebb 8 általános		
Iskola neve, osztálya	Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	8 17,0%	5 10,6%	19 40,4%	13 27,7%	2 4,3%	47 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggondozó Program	0 ,0%	1 4,5%	4 18,2%	13 59,1%	4 18,2%	22 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	12 34,3%	8 22,9%	7 20,0%	8 22,9%	0 ,0%	35 100,0%
	Munkácsy Mihály Gimnázium	13 24,1%	17 31,5%	16 29,6%	8 14,8%	0 ,0%	54 100,0%
	Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	0 ,0%	1 6,3%	2 12,5%	11 68,8%	2 12,5%	16 100,0%
	Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	1 5,9%	4 23,5%	7 41,2%	5 29,4%	0 ,0%	17 100,0%
	Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	6 10,0%	2 3,3%	9 15,0%	30 50,0%	13 21,7%	60 100,0%
	Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	3 15,8%	4 21,1%	8 42,1%	4 21,1%	0 ,0%	19 100,0%
	Összesen	43 15,9%	42 15,6%	72 26,7%	92 34,1%	21 7,8%	270 100,0%

4. sz. melléklet

Az anya legmagasabb iskolai végzettsége intézményenkénti bontásban

Iskola neve, osztálya	Az anya legmagasabb iskolai végzettsége					Összesen
	egyetem	főiskola	érettségi	szakmunkás képző	legfeljebb 8 általános	
Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	6 13,6%	14 31,8%	13 29,5%	8 18,2%	3 6,8%	44 100,0%
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggondozó Program	0 ,0%	1 4,8%	6 28,6%	6 28,6%	8 38,1%	21 100,0%
Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	8 22,2%	15 41,7%	10 27,8%	1 2,8%	2 5,6%	36 100,0%
Munkácsy Mihály Gimnázium	14 24,6%	19 33,3%	18 31,6%	5 8,8%	1 1,8%	57 100,0%
Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskc	0 ,0%	1 5,9%	7 41,2%	3 17,6%	6 35,3%	17 100,0%
Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	0 ,0%	10 47,6%	8 38,1%	3 14,3%	0 ,0%	21 100,0%
Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	2 3,2%	2 3,2%	18 29,0%	19 30,6%	21 33,9%	62 100,0%
Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola é Gimnázium	3 15,0%	7 35,0%	9 45,0%	1 5,0%	0 ,0%	20 100,0%
Összesen	33 11,9%	69 24,8%	89 32,0%	46 16,5%	41 14,7%	278 100,0%

5. sz. melléklet

A fiúk és a lányok szubjektív jól-létének különbözőségei

Subjektív jóllét

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Férfi	88	6,88	1,429	,152	6,57	7,18	2	9
Nő	202	6,45	1,490	,105	6,24	6,66	1	9
Összesen	290	6,58	1,482	,087	6,41	6,75	1	9

Test of Homogeneity of Variances

Subjektív jóllét

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,012	1	288	,315

ANOVA

Subjektív jóllét

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	11,046	1	11,046	5,101	,025
Within Groups	623,630	288	2,165		
Total	634,676	289			

6. sz. melléklet

Szubjektív jól-lét az anyagi helyzet szubjektív megítélésének függvényében

Szubjektív jóllét

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Átlagosnál jobb	39	7,41	,993	,159	7,09	7,73	5	9
Átlagos	217	6,50	1,447	,098	6,31	6,70	1	9
Átlagosnál rosszabb	31	6,00	1,844	,331	5,32	6,68	3	9
Összesen	287	6,57	1,485	,088	6,40	6,74	1	9

7. sz. melléklet

A szubjektív jól-lét intézményenkénti különbségei

Szubjektív jóllét

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	49	6,47	1,082	,155	6,16	6,78	3	8
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János	23	6,35	1,613	,336	5,65	7,05	3	9
Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	36	7,28	1,031	,172	6,93	7,63	5	9
Munkácsy Mihály Gimnázium	60	6,92	1,154	,149	6,62	7,21	4	9
Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	17	6,47	1,663	,403	5,62	7,33	3	9
Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	22	6,00	2,093	,446	5,07	6,93	1	9
Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző	63	6,21	1,648	,208	5,79	6,62	2	9
Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	20	6,75	1,743	,390	5,93	7,57	1	9
Összesen	290	6,58	1,482	,087	6,41	6,75	1	9

8. sz. melléklet

Dohányzási szokások az iskola függvényében

Iskola * Dohányzási szokások

		Dohányzási szokások		Összesen
		Nem dohányzik	Dohányzik	
Iskola	Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	33 67,3%	16 32,7%	49 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium	47 79,7%	12 20,3%	59 100,0%
	Munkácsy Mihály Gimnázium	54 90,0%	6 10,0%	60 100,0%
	Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	15 88,2%	2 11,8%	17 100,0%
	Zichy Mihály Iparművészeti Szakképző Iskola	15 68,2%	7 31,8%	22 100,0%
	Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	34 54,8%	28 45,2%	62 100,0%
	Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	20 100,0%	0 ,0%	20 100,0%
	Összesen	218 75,4%	71 24,6%	289 100,0%

9. sz. melléklet

A „cigaretta megnyugtat” állítással való egyetértés a dohányzási szokások függvényében

A cigi megnyugtat

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Nem dohányzik	217	1,41	,765	,052	1,30	1,51	1	4
Dohányzik	71	2,93	,867	,103	2,72	3,13	1	4
Összesen	288	1,78	1,028	,061	1,66	1,90	1	4

Test of Homogeneity of Variances

A cigi megnyugtat

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,080	1	286	,777

ANOVA

A cigi megnyugtat

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	124,257	1	124,257	198,577	,000
Within Groups	178,961	286	,626		
Total	303,219	287			

10. sz. melléklet

A „ha ideges vagyok, rágyújtok” állítással való egyetértés a dohányzási szokások függvényében

Ha ideges vagyok, rágyújtok

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Nem dohányzik	217	1,12	,397	,027	1,06	1,17	1	3
Dohányzik	68	3,10	1,039	,126	2,85	3,35	1	4
Összesen	285	1,59	1,046	,062	1,47	1,71	1	4

Test of Homogeneity of Variances

Ha ideges vagyok, rágyújtok

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
105,432	1	283	,000

ANOVA

Ha ideges vagyok, rágyújtok

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	204,569	1	204,569	544,112	,000
Within Groups	106,399	283	,376		
Total	310,968	284			

11. sz. melléklet

A cigaretta utáni ellenállhatatlan vágy a dohányzási szokások függvényében

Ellenállhatatlan vágy egy szál cigaretta iránt * Dohányzási szokások

		Dohányzási szokások		Összesen
		Nem dohányzik	Dohányzik	
Ellenállhatatlan vágy egy szál cigaretta iránt	Rendszeresen	1 3,4%	28 96,6%	29 100,0%
	Alkalmanként	28 43,8%	36 56,3%	64 100,0%
	Soha	189 96,9%	6 3,1%	195 100,0%
Összesen		218 75,7%	70 24,3%	288 100,0%

12. sz. melléklet

A nem és a berúgás gyakoriságának összefüggései

		Berúgás előfordulása					Összesen
		Nem, soha	Igen, egyszer	Igen, 2-3-szor	Igen, 4-10-szor	Igen, több mint 10-szer	
Nem	Férfi	24 27,3%	13 14,8%	20 22,7%	13 14,8%	18 20,5%	88 100,0%
	Nő	69 34,3%	39 19,4%	50 24,9%	27 13,4%	16 8,0%	201 100,0%
Összesen		93 32,2%	52 18,0%	70 24,2%	40 13,8%	34 11,8%	289 100,0%

13. sz. melléklet

A berúgás előfordulásának gyakorisága a vizsgált intézmények függvényében

		berúgás előfordulása			Összesen
		nem, soha	1szer-3-szor	4-10szer	
Iskola neve, osztálya	Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	14 28,6%	24 49,0%	11 22,4%	49 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggondozó Program	5 21,7%	12 52,2%	6 26,1%	23 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	12 33,3%	8 22,2%	16 44,4%	36 100,0%
	Munkácsy Mihály Gimnázium	22 37,3%	22 37,3%	15 25,4%	59 100,0%
	Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	4 23,5%	10 58,8%	3 17,6%	17 100,0%
	Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	5 22,7%	8 36,4%	9 40,9%	22 100,0%
	Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	16 25,4%	33 52,4%	14 22,2%	63 100,0%
	Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	15 75,0%	5 25,0%	0 0,0%	20 100,0%
	Összesen	93 32,2%	122 42,2%	74 25,6%	289 100,0%

14. sz. melléklet

Marihuana származékok használata a vizsgált intézmények függvényében

		Füves cigaretta használata		Összesen
		Nem füvezik	Füvezik	
Iskola neve, osztálya	Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	44 89,8%	5 10,2%	49 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggondozó Program	20 87,0%	3 13,0%	23 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	35 97,2%	1 2,8%	36 100,0%
	Munkácsy Mihály Gimnázium	59 98,3%	1 1,7%	60 100,0%
	Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	17 100,0%	0 ,0%	17 100,0%
	Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	15 68,2%	7 31,8%	22 100,0%
	Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	55 88,7%	7 11,3%	62 100,0%
	Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	20 100,0%	0 ,0%	20 100,0%
	Összesen	265 91,7%	24 8,3%	289 100,0%

15. sz. melléklet

A füves cigaretta használata az anya legmagasabb iskolai végzettségének függvényében

		Füves cigaretta használata		Összesen
		Nem füvezik	Füvezik	
Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	egyetem	33 100,0%	0 ,0%	33 100,0%
	főiskola	60 87,0%	9 13,0%	69 100,0%
	érettségi	83 93,3%	6 6,7%	89 100,0%
	szakmunkás-képző	39 84,8%	7 15,2%	46 100,0%
	legfeljebb 8 általános	39 97,5%	1 2,5%	40 100,0%
Összesen		254 91,7%	23 8,3%	277 100,0%

16. sz. melléklet

Az életmód példaértékűségének megítélése a dohányzási szokások függvényében

Életmód példaértékűsége * Dohányzási szokások

		Dohányzási szokások		Összesen
		Nem dohányzik	Dohányzik	
Életmód példaértékűsége	Teljes mértékben	38 97,4%	1 2,6%	39 100,0%
	Részben	156 74,6%	53 25,4%	209 100,0%
	Egyáltalán nem	24 58,5%	17 41,5%	41 100,0%
Összesen		218 75,4%	71 24,6%	289 100,0%

17. sz. melléklet

Az életmód példaértékűségének megítélése az anya legmagasabb iskolai végzettségének függvényében

		Életmód példaértékűsége			Összesen
		Teljes mértékben	Részben	Egyáltalán nem	
Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	egyetem	5 15,2%	22 66,7%	6 18,2%	33 100,0%
	főiskola	14 20,3%	45 65,2%	10 14,5%	69 100,0%
	érettségi	12 13,6%	71 80,7%	5 5,7%	88 100,0%
	szakmunkás-képző	1 2,2%	37 80,4%	8 17,4%	46 100,0%
	legfeljebb 8 általános	5 12,2%	27 65,9%	9 22,0%	41 100,0%
Összesen		37 13,4%	202 72,9%	38 13,7%	277 100,0%

18. sz. melléklet

Az életmód példaértékűségének megítélése a berúgás előfordulásának függvényében

		Életmód példaértékűsége			Összesen
		Teljes mértékben	Részben	Egyáltalán nem	
Berúgás előfordulása	Nem, soha	18 19,4%	70 75,3%	5 5,4%	93 100,0%
	Igen, egyszer	9 17,6%	35 68,6%	7 13,7%	51 100,0%
	Igen, 2-3-szor	7 10,0%	52 74,3%	11 15,7%	70 100,0%
	Igen, 4-10-szer	3 7,5%	26 65,0%	11 27,5%	40 100,0%
	Igen, több mint 10-szer	2 5,9%	25 73,5%	7 20,6%	34 100,0%
Összesen		39 13,5%	208 72,2%	41 14,2%	288 100,0%

19. sz. melléklet

Az önminősített egészségi állapot az életmód példaértékűségének megítélése függvényében

		Önminősített egészségi állapot				Összesen
		Kitűnő	Jó	Megfelelő	Rossz	
Életmód példaértékűsége	Teljes mértékben	28 71,8%	10 25,6%	1 2,6%	0 ,0%	39 100,0%
	Részben	44 21,1%	132 63,2%	32 15,3%	1 ,5%	209 100,0%
	Egyáltalán nem	4 9,8%	17 41,5%	18 43,9%	2 4,9%	41 100,0%
Összesen		76 26,3%	159 55,0%	51 17,6%	3 1,0%	289 100,0%

20. sz. melléklet

A jövőbeli várható egészségi állapot az életmód példaértékűségének megítélése függvényében

		Jövőbeli egészségi állapot				Összesen
		Kitűnő	Jó	Megfelelő	Rossz	
Életmód példaértékűsége	Teljes mértékben	23 59,0%	15 38,5%	1 2,6%	0 ,0%	39 100,0%
	Részben	18 8,6%	142 67,9%	46 22,0%	3 1,4%	209 100,0%
	Egyáltalán nem	4 9,8%	11 26,8%	18 43,9%	8 19,5%	41 100,0%
Összesen		45 15,6%	168 58,1%	65 22,5%	11 3,8%	289 100,0%

21. sz. melléklet

A kalóriatartalom számolásának nemek közötti különbségei

		Kalóriatartalom számolása			Összesen
		Rendszeresen	Alkalmanként	Soha	
Nem	Férfi	0 ,0%	13 14,8%	75 85,2%	88 100,0%
	Nő	21 10,7%	34 17,3%	142 72,1%	197 100,0%
Összesen		21 7,4%	47 16,5%	217 76,1%	285 100,0%

22. sz. melléklet

Az elfogyasztott kalória ledolgozásának nemek közti különbségei

		Elfogyasztott kalória ledolgozása			Összesen
		Rendszeresen	Alkalmanként	Soha	
Nem	Férfi	18 20,5%	28 31,8%	42 47,7%	88 100,0%
	Nő	47 23,4%	89 44,3%	65 32,3%	201 100,0%
Összesen		65 22,5%	117 40,5%	107 37,0%	289 100,0%

23. sz. melléklet

A vásárlással kapcsolatos ellenállhatatlan vágy nemek közti különbözőségei

		Vágy a vásárlásra			Összesen
		Rendszeresen	Alkalmanként	Soha	
Nem	Férfi	7 8,0%	40 45,5%	41 46,6%	88 100,0%
	Nő	19 9,5%	125 62,2%	57 28,4%	201 100,0%
Összesen		26 9,0%	165 57,1%	98 33,9%	289 100,0%

24. sz. melléklet

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,659
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	986,893
	df	120
	Sig.	,000

25. sz. melléklet

Communalities

	Initial	Extraction
A cigi megnyugtat	1,000	,840
A cigitől jó fejnek látszom	1,000	,605
Ha elszívok egy cigit, úgy érzem, elfogadnak	1,000	,615
Cigaretta nélkül nem vesznek felnőtt számba	1,000	,545
Ha ideges vagyok, rágyújtok	1,000	,890
Ha nem cigizek, nem is tartozom a csoporthoz	1,000	,562
Egy jó buli elképzelhetetlen alkohol nélkül	1,000	,618
Nem szükséges alkoholt fogyasztanom, hogy jól érezzem magam	1,000	,852
Semmi rossz nincs abban, ha valaki részegre issza magát	1,000	,660
A velem egykorúak nagy része kipróbált már kábítószer	1,000	,639
A velem egykorúak nagy része használ diszkódrogot	1,000	,684
Sok velem egykorú él marihuána termékkel	1,000	,655
A fűvezés ugródeszka	1,000	,469
Sok velem egykorú használ kemény drogot	1,000	,681
A hangulatot jobbra teszik a marihuána származékok	1,000	,657
Ellazulni csak füves cigivel lehet	1,000	,690

Extraction Method: Principal Component Analysis.

26. sz. melléklet

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,149	19,679	19,679	3,149	19,679	19,679	2,724	17,022	17,022
2	2,264	14,151	33,830	2,264	14,151	33,830	1,822	11,385	28,407
3	1,710	10,686	44,515	1,710	10,686	44,515	1,760	11,003	39,410
4	1,360	8,501	53,016	1,360	8,501	53,016	1,653	10,331	49,741
5	1,130	7,065	60,082	1,130	7,065	60,082	1,522	9,512	59,253
6	1,049	6,555	66,636	1,049	6,555	66,636	1,181	7,383	66,636
7	,919	5,746	72,382						
8	,770	4,814	77,196						
9	,653	4,081	81,277						
10	,570	3,562	84,839						
11	,537	3,356	88,195						
12	,495	3,097	91,292						
13	,438	2,739	94,031						
14	,392	2,451	96,482						
15	,363	2,269	98,751						
16	,200	1,249	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

27. sz. melléklet

A berúgás előfordulásának gyakorisága és a szubjektív jól-lét átlag összefüggése

Szubjektív jóllét

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
nem, soha	93	6,94	1,458	,151	6,64	7,24	1	9
1szer-3-szor	122	6,39	1,423	,129	6,13	6,64	1	9
4-10szer	74	6,46	1,554	,181	6,10	6,82	2	9
Összesen	289	6,58	1,484	,087	6,41	6,75	1	9

Test of Homogeneity of Variances

Szubjektív jóllét

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,674	2	286	,510

ANOVA

Szubjektív jóllét

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	17,454	2	8,727	4,046	,019
Within Groups	616,885	286	2,157		
Total	634,339	288			

28. sz. melléklet

A koherencia-érzet intézményenkénti különbségei

PISI teszt eredménye

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
					Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	48		
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetségdondozó Program	22	14,41	3,187	,680	13,00	15,82	8	19
Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	36	15,58	3,065	,511	14,55	16,62	6	20
Munkácsy Mihály Gimnázium	59	15,08	3,025	,394	14,30	15,87	8	20
Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	17	14,71	2,756	,668	13,29	16,12	10	20
Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	22	14,32	3,228	,688	12,89	15,75	8	20
Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	61	13,61	2,765	,354	12,90	14,31	8	20
Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	20	15,85	3,558	,796	14,18	17,52	5	20
Összesen	285	14,74	3,045	,180	14,38	15,09	5	20

Test of Homogeneity of Variances

PISI teszt eredménye

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,461	7	277	,862

ANOVA

PISI teszt eredménye

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	145,209	7	20,744	2,309	,026
Within Groups	2488,054	277	8,982		
Total	2633,263	284			

29. sz. melléklet

A koherencia-érzet átlaga és az apa legmagasabb iskolai végzettségének kapcsolata

PISI teszt eredménye

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
egyetem	43	15,12	3,049	,465	14,18	16,05	8	20
főiskola	42	15,10	2,685	,414	14,26	15,93	10	20
érettségi	70	14,97	3,362	,402	14,17	15,77	5	20
szakmunkás-képző	89	14,69	3,044	,323	14,04	15,33	6	20
legfeljebb 8 általános	21	13,57	2,675	,584	12,35	14,79	8	18
Összesen	265	14,81	3,057	,188	14,44	15,18	5	20

30. sz. melléklet

A koherencia-érzet átlaga és az anya legmagasabb iskolai végzettségének kapcsolata

PISI teszt eredménye

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
egyetem	33	15,33	3,285	,572	14,17	16,50	8	20
főiskola	69	15,00	3,426	,412	14,18	15,82	5	20
érettségi	88	15,06	2,854	,304	14,45	15,66	8	20
szakmunkás-képző	45	14,09	2,945	,439	13,20	14,97	8	20
legfeljebb 8 általános	40	13,80	2,633	,416	12,96	14,64	8	19
Összesen	275	14,73	3,071	,185	14,37	15,10	5	20

31. sz. melléklet

A nem és a koherencia-érzet összefüggései

		Koherencia-érzet		Összesen
		Magyarországi átlag alatti	Magyarországi átlag feletti	
Nem	Férfi	49	38	87
		56,3%	43,7%	100,0%
	Nő	119	79	198
		60,1%	39,9%	100,0%
Összesen		168	117	285
		58,9%	41,1%	100,0%

32. sz. melléklet

Az anya legmagasabb iskolai végzettsége és a koherencia-érzet összefüggései

		Koherencia-érzet		Összesen
		Magyarországi átlag alatti	Magyarországi átlag feletti	
Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	egyetem	15 45,5%	18 54,5%	33 100,0%
	főiskola	37 53,6%	32 46,4%	69 100,0%
	érettségi	47 53,4%	41 46,6%	88 100,0%
	szakmunkás- képző	33 73,3%	12 26,7%	45 100,0%
	legfeljebb 8 általános	29 72,5%	11 27,5%	40 100,0%
	Összesen	161 58,5%	114 41,5%	275 100,0%

33. sz. melléklet

A koherencia-érzet intézményenkénti különbségei

		Koherencia-érzet		Összesen
		Magyarországi átlag alatti	Magyarországi átlag feletti	
Iskola neve, osztálya	Toldi Lakótelepi Általános Iskola és Gimnázium	26 54,2%	22 45,8%	48 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium Arany János Tehetséggyógyító Program	13 59,1%	9 40,9%	22 100,0%
	Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	16 44,4%	20 55,6%	36 100,0%
	Munkácsy Mihály Gimnázium	29 49,2%	30 50,8%	59 100,0%
	Szigeti-Gyula János Egészségügyi Szakképző Iskola	11 64,7%	6 35,3%	17 100,0%
	Zichy Mihály Ipatművészeti Iskola	15 68,2%	7 31,8%	22 100,0%
	Kinizsi Pál Élelmiszeripari Szakképző Iskola	49 80,3%	12 19,7%	61 100,0%
	Lorántffy Zsuzsanna Református Általános Iskola és Gimnázium	9 45,0%	11 55,0%	20 100,0%
	Összesen	168 58,9%	117 41,1%	285 100,0%

34. sz. melléklet

Az anya legmagasabb iskolai végzettsége, az iskola típusa és a koherencia-érzet összefüggéseinek vizsgálata bináris logisztikus elemzéssel

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	-,264	,108	5,995	1	,014	,768	,622	,949
Iskola	-,148	,065	5,109	1	,024	,863	,759	,981
Constant	,955	,373	6,556	1	,010	2,600		

a. Variable(s) entered on step 1: Az anya legmagasabb iskolai végzettsége, Iskola.

35. sz. melléklet

Az iskola típusa/szervezeti kultúrája és a koherencia-érzet közötti összefüggés

		Koherencia-érzet		Összesen
		Magyarországi átlag alatti	Magyarországi átlag feletti	
Iskolatípusok- szervezeti kultúra	gimnáziumok	93 50,3%	92 49,7%	185 100,0%
	szakközépiskolák	75 75,0%	25 25,0%	100 100,0%
Összesen		168 58,9%	117 41,1%	285 100,0%

36. sz. melléklet

Az iskola típusa/szervezeti kultúrája és a dohányzás gyakorisága közötti összefüggés

		Dohányzási szokások		Összesen
		Nem dohányzik	Dohányzik	
Iskolatípusok- szervezeti kultúra	Gimnáziumok	154 81,9%	34 18,1%	188 100,0%
	Szakközépiskolák	64 63,4%	37 36,6%	101 100,0%
Összesen		218 75,4%	71 24,6%	289 100,0%

37. sz. melléklet

Az iskola típusa/szervezeti kultúrája és a marihuána származékok használata közötti összefüggés

		Füves cigaretta használata		Összesen
		Nem használ	Használ	
Iskolatípusok- szervezeti kultúra	gimnáziumok	178 94,7%	10 5,3%	188 100,0%
	szakközépiskolák	87 86,1%	14 13,9%	101 100,0%
Összesen		265 91,7%	24 8,3%	289 100,0%

38. sz. melléklet

Az iskola típusa/szervezeti kultúrája, a koherencia-érzet és a dohányzás összefüggéseinek vizsgálata bináris logisztikus regressziós elemzéssel

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	Iskola típusa(1)	-,777	,290	7,151	1	,007	,460	,260	,813
	Koherencia-érzet(1)	,741	,315	5,542	1	,019	2,099	1,132	3,892
	Constant	-1,130	,327	11,919	1	,001	,323		

a. Variable(s) entered on step 1: Iskola típusa, Koherencia-érzet.

39. sz. melléklet

Az egészségmagatartást befolyásoló független változók és a dohányzás összefüggéseinek vizsgálata bináris logisztikus regressziós elemzéssel

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	Nem(1)	-,457	,333	1,879	1	,170	,633	,330	1,217
	Iskola típusa	-,812	,312	6,795	1	,009	,444	,241	,817
	Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	-,080	,123	,425	1	,514	,923	,725	1,175
	Koherencia-érzet(1)	,772	,319	5,850	1	,016	2,164	1,158	4,045
	Constant	-,739	,543	1,855	1	,173	,478		

a. Variable(s) entered on step 1: Nem, Iskola típusa, Az anya legmagasabb iskolai végzettsége, Koherencia-érzet.

40. sz. melléklet

A nem, az iskola típusa/szervezeti kultúrája és a berűgás összefűggéseinek vizsgálata bináris logisztikus regressziós elemzéssel

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
Nem(1)	,395	,285	1,917	1	,166	1,484	,849	2,597
Iskola típusa(1)	-,604	,278	4,713	1	,030	,547	,317	,943
Constant	1,036	,238	18,899	1	,000	2,817		

a. Variable(s) entered on step 1: Nem, Iskola típusa.

41. sz. melléklet

Az egészségmagatartást befolyásoló független változók és a berűgás összefűggéseinek vizsgálata bináris logisztikus regressziós elemzéssel

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
Nem(1)	,351	,292	1,449	1	,229	1,421	,802	2,517
Iskola típusa(1)	-,538	,301	3,191	1	,074	,584	,323	1,054
Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	-,003	,107	,001	1	,981	,997	,809	1,231
Koherencia-érzet(1)	,314	,269	1,366	1	,243	1,369	,808	2,318
Constant	,838	,488	2,957	1	,086	2,312		

a. Variable(s) entered on step 1: Nem, Iskola típusa, Az anya legmagasabb iskolai végzettsége, Koherencia-érzet.

42. sz. melléklet

Az iskola típusa/szervezeti kultúrája, az anya legmagasabb iskolai végzettsége és a fűves cigaretta használata közötti összefűgés vizsgálata bináris logisztikus regressziós elemzéssel

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
Iskola típusa(1)	-,148	,469	5,976	1	,014	,317	,126	,796
Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	-,109	,186	,345	1	,557	,896	,622	1,291
Constant	-,423	,719	3,921	1	,048	,241		

a. Variable(s) entered on step 1: Iskola típusa, Az anya legmagasabb iskolai végzettsége.

43. sz. melléklet

Az egészségmagatartást befolyásoló független változók és a füves cigaretta használata közötti összefüggés vizsgálata bináris logisztikus regressziós elemzéssel

		Variables in the Equation						95,0% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Step 1	Nem(1)	-,226	,505	,200	1	,655	,798	,296	2,148
	Iskola típusa(1)	-1,036	,480	4,652	1	,031	,355	,138	,910
	Az anya legmagasabb iskolai végzettsége	-,144	,195	,541	1	,462	,866	,591	1,270
	Koherencia-érzet(1)	,610	,510	1,430	1	,232	1,840	,677	4,995
	Constant	-1,707	,830	4,233	1	,040	,181		

a. Variable(s) entered on step 1: Nem, Iskola típusa, Az anya legmagasabb iskolai végzettsége, Koherencia-érzet.

44. sz. melléklet

A West Balkánban történtek kapcsán készített fogalmazások (illusztráció)

„Természetesen szörnyűnek tartom, ami ott akkor történt. Bárki lehetett volna a három lány helyében és azt gondolom, hogy mind a szervezők, mind a WB cégcsoport vezetője felelős a tragédiáért. Sem az engedélyek, sem a biztonsági őrszolgálat nem volt megfelelően elintézve, ennek tudható be ez a tragédia. Ha erre az esetre gondolok, akkor eszembe jut a tavaly megrendezett duisburgi Love Parade, ahol szintén agyontaposták az embereket (kb.20-30 főt, vagy még többet). A Love Parade szervezői elismerték a felelősségüket és akkor bejelentették azt is, hogy többet nem lesz Love Parade. De mi a helyzet itt? Több embert gyanúsítanak, kihallgatnak, őrizetbe vesznek; a cég kiadott egy közleményt, amibe sajnálatukat fejezték ki és részvétet nyilvánítottak. Először kiderül, hogy 90 napra bezár a West Balkán, majd pár napra rá kiderül, hogy a hely soha többé nem nyithat ki. Egy valami mégis hiányzik. Mégpedig az, hogy a felelősséget senki sem vállalta, az emberek pedig ujjal mutogatnak egymásra. Ekkor került szóba, hogy a lányok drogoztak, mivel a rendőrségi vizsgálatok során állítólag ez derült ki. Ám az áldozatok hozzátartozói ezt rágalomnak veszik, hiszen állításuk szerint egyik lány sem drogos, és nem is fogyasztott drogot. De persze az emberek többségének csak az marad meg a fejében, hogy a mai fiatalok drogosok, alkoholisták, bunkók, és még ki tudja, hogy miket csinálnak. Ez hülyeség. Nem minden tini iszik, drogozik, vagy éppenséggel bulizik. Azok közé tartozom, akik soha nem drogoztak, cigizni sem cigiztem, inni meg csak jeles alkalmakkor iszom,

bulizni pedig nem járok, mert nem tudom elviselni azt, hogy akárhova megyek 13-14 éves kis csitrikkel meg fiúcskákkal találkozom, akiknek igazán nem ott lenne a helyük. Elmondhatom magamról, hogy soha nem voltam részeg és nem fetrengtem a hányásomban hajnalok hajnalán. Bulizni úgy is lehet, hogy az ember nem iszik, vagy csak nagyon picit, azt is mértékkel. Az, hogy nem járok bulizni nem azt jelenti, hogy nem vagyok társasági ember, az vagyok, csak másképpen oldom meg. Nekem az a buli, mikor olyan emberek vesznek körül, akiket szeretek és ők is engem. Sokkal jobb közös programokat szervezni (kirándulás, mozi, közös kajálás, kávé vagy forró csoki), és azokra együtt elmenni. Amikor pedig otthon vagyok lazítok, meccset nézek, meccsre járok (amit szintén szoktunk a barátokkal, barátnőkkel) vagy éppen edzek. Egyébként meg egyáltalán nem zavar, ha mellettem isznak. Igyon, ha jól esik neki, amíg nem piszkál, addig igyon, de ha elkezd piszkálni, akkor megfogom magam és ott hagyom, mert idegesít, mikor valaki azzal jön, hogy „na gyere, próbáld ki, igyál...” meg stb.” (11. c)

„Először, mikor hallottam a West Balánban történekről, nem keltette fel az érdeklődésemet a dolog. Aztán a következő napokban mindenki mindenhol erről beszélt, úgyhogy nem kerülhette el a figyelmemet a dolog, ezért elgondolkodtam kicsit a történeken, és azon, mi lehetett ennek az oka. Arra jutottam, hogy a felelőtlenség; nem biztos, hogy annak a három lánynak a felelőtlen hozzá állása, hanem mindenkié, aki ott a tömegben bulizott.

A fenti állításról, és a West Balkánban történt tragédiáról lehet egyszerre beszélni, hiszen ott tényleg sok volt az ittas állapotú vagy drog hatása alatt álló fiatal. Ugyanakkor nem gondolom, hogy általánosítani kellene. Az én baráti körömben például senki nem drogozik, ha fogyasztunk is alkoholt, tudjuk, hol a határ, és erre egymást is figyelmeztetjük, a szüleink pedig odafigyelnek ránk. Persze, mi szerencsések vagyunk, mert a szüleink annak ellenére sem hagynak minket önállóan sodródni a világban, hogy nemsokára nagykorúak leszünk. Szerintem sokaknál ez a baj. A szülők azt hiszik, hogy az ő gyerekek már felelős felnőtt – csak közben elfelejtették felelősségre nevelni. Mondjuk, én sem tudom reálisan megítélni a west balkános tragédiát, mert nem járok hasonló bulikba, ahol olyan nagy a tömeg, hogy mozdulni sem lehet, az elektronikus zene pedig mindenkit megőrjít. Ha szórakozni akarok, beülök valahová a barátaimmal, vagy csak otthon együtt vagyunk, vagy elmegyek táncba (néptánc), vagy egy koncertre. Szeretem az alternatív zenét, ahol azért

a többség szintén nem mindig józanul érkezik a koncertre, még sincsenek ilyen problémák, hiszen sokkal kisebb réteg érdeklődik ez iránt, meg lehet, hogy inkább a normálisabbak. De a kortársaim többségének a buli azt jelenti, hogy „nyolckor veszünk valami olcsóbb piát alapozónak, tizenegyre jól berúgunk, aztán hajnalig a discóban ki tudja, milyen zenére bulizunk.” Hát nekem ez nem buli. Ami még idegesítő, hogy 13 éves lányok különböző közösségi portálokon már hétfőn tervezik, hogy pénteken hol buliznak. Hát engem 13 évesen még az esti táncházba sem engedtek el. Pedig ott nincs drogvészély.

Szoktam a barátaim társaságában alkoholt fogyasztani, és rúgtam már be, de az ítéloképességem mindig megmaradt, és addig az sem zavar, hogy a barátaim kicsit többet isznak, amíg tudják magukról, hogy hol vannak, és reálisan tudják megítélni a helyzetet. A kábítószerrel más a véleményem. Az állítólag olyan dolog, hogy ha valaki egyszer kipróbálja, nincs megállás. Éppen ezért félttem is tőle szokot a barátaimat, akik kicsit bevállalósabbak az átlagnál. Magamat nem, mert még a poharamat sem hagyom ott őrizetlenül, nehogy valaki „meglepetést” szerezzen.

Az elektronikus zenéről egyezik a véleményem a kérdésben leírtakkal. Lehet, hogy én még alkohol hatása alatt sem élvezem igazából. Persze ez azért is lehet, mert otthon is mindig jó zene szólt. De hát, kinek mi a jó.

Talán ez az eset majd ráébreszti azokat a fiatalokat, akik ilyen bulikba járnak, hogy csak felelősen lehet szórakozni, hiszen egy jó buli valakinek/valakiknek az életébe került. A West Balkánban gyakran játszottak alternatív zenét játszó zenekarok (pl. Quimby), ott még sem történt ilyen baleset. Ettől függetlenül persze, az üzemeltető is mondhatott volna „álljt”. De a fiatalok valószínűleg akkor is megtalálták volna a módját, hogy bejussanak. Senki nem kényszerítette őket, sőt. De én erről nem beszélhetek reálisan, mert nem járok ilyen helyekre. És ezek után kétszer meggondolom, hogy egyáltalán elinduljak e egy diszkóba.” (11. c)

„Sajnálatos dolog az, ami a West Balkánban történt, azonban szerintem semmi sem történik véletlenül. A tragédia után hirtelen szinte mindenkinek fontossá vált, hogy odafigyeljen a körülötte zajló dolgokra, és a szabályok szigorúbb betartására/betartatására. Úgy gondolom, nem baj, ha tényleg pontosabban betartjuk ezeket az előírásokat, de elgondolkodtató, hogy vajon meddig fog ez a nagy szigor tartani. Egy idő után elfelejtődik, vagy legalábbis

elhalványul az eset és a következő hasonló alkalomig minden visszakerül a régi „kerékvágásba”.

A problémát én a nevelésben látom. Nem arra gondolok persze, hogy egy szülőnek konzervatívan kell viselkednie és fiatal gyermekét otthonlétre kell kényszerítenie, de mindenképpen fontos, hogy elmondja gyermekének a határokat. A figyelmeztetés és a felelősségre való megtanítás az egyik legfontosabb dolog. Egy fiatalnak szüksége van egy kis kikapcsolódásra és arra, hogy megismerje a határait, de egy szülőnek kötelessége, hogy felelősségteljességre tanítsa gyermekét. Én nem részesítem előnyben, ha egy szülő tiltja valamitől a gyermekét, mert én úgy gondolom, hogy épp az ellenkezőjét éri el. A fiatal lázadni fog és a „tiltott gyümölcs lesz neki édes”. Az én anyukám sosem tiltott semmit, de mindig figyelmeztetett arra, amire jó, ha odafigyelek. Szerintem (a környezetemhez hasonlítva) én eredményesnek tartom ezt. Olykor persze mindenki követ el hibákat és felülértékeli saját határait, de szerintem az is fontos, hogy a szülő megtanítsa gyermekét a hibákból való tanulásra. Emellett lényeges az is, hogy a szülő milyen példát mutat, mert a gyermek tudatosan vagy tudat alatt, de nagyon sok viselkedési formát tovább visz. Ezen felül pedig fontos, hogy ne csak olyanokat mondjanak a fiataloknak, hogy „nem szabad ezt vagy azt”, hanem azt is elmondják, hogy miért. Megérteni kell a dolgokat, nem csak „szájba rágni”.

A mai fiatalok valóban gyakran határtalanul viselkednek, ami eredhet családi-, anyagi-, egyéb okok miatt. Szerintem hozzájárul a fiatalok ilyenfajta viselkedéséhez az egyre gyorsuló világ, a bizonytalanság (mind érzelmi, mind egzisztenciális szempontból).

Én leginkább barátaim társaságában szeretek kikapcsolódni. 17 évesen inkább 25 év körüli fiatalokkal vagyok gyakrabban, mert engem is zavar olykor a hozzám hasonló korúak „fejtelensége”. Persze én is kipróbálok/-tam sok mindent és alkoholt is fogyasztok egy-egy olyan alkalommal, amikor a barátaimmal összejövünk, de figyelek (próbálok) a hatáira. Barátaimmá inkább az olyan embereket választom, akiknek az értékrendszerüket nem a külsőségek határozzák meg, hanem a belső és a valódi emberi tulajdonságok.

Az alkoholfogyasztás, a dohányzás és egyéb függőséget okozó dolgokra való rászokást pedig én akaratkérdésnek látom. Az én életemben is volt családi és anyagi probléma bőven, ami okot adhatott volna rászokásra. Igen, kipróbáltam a dohányzást és az alkoholt is, de ezek számomra pillanatnyi „megoldásnál” nem voltak többek. Mindig éreztem, hogy mikor

kell ezekre nemet mondanom. Tudom, hogy sokan ezen a téren nem ilyen erősek és nem tudják úgy kontrollálni, de ha valaki érzi, hogy kicsúsznak a dolgok a kezei közül, fontos, hogy segítséget kérjen. Nem szabad félni, sokszor félelemből és a szégyenérzet miatt nem fordulnak segítséghez, de mindenképp fontosnak tartom, hogy a „mi generációnknak” is meg kell tanítani, hogy merjenek segítséget kérni.

A körülöttem lévő emberek függőségei zavarnak, de mindenkinek saját joga eldönteni, hogy mit tesz. Sokszor nem látom helyesnek a tetteiket, de egy figyelmeztetésnél többet nem tudok adni. Egy beszélgetés nagyon sokat tud segíteni és az is nagyon fontos, hogy ne ítéljük el a függő embereket. Inkább segítsük és támogassuk őket.

Az utolsó kérdéshez azt fűzném hozzá, hogy ez is egy jó magyarázat a „szerek” használatára. Nyilván ez (legalábbis számomra) megmutatja azt, hogy milyen fontos szembenézni tetteinkkel és őszintének lenni önmagunkhoz.” (11. c)

„A véleményem az, hogy a szervezők kapzsisága miatt haltak meg a fiatalok, mert ha nem engedtek volna be annyi embert, akkor nem történik meg ez az egész.

Bizonyos személyeket tényleg az sodor bele az alkoholizmusba és a drogba, hogy szüleik nem adnak megfelelő odafigyelést, esetleg elkényeztetik gyerekeiket vagy túl nagy szabadságot kapnak. De ezek a dolgok inkább embertől függenek, ha nem akar valaki bent lenni ilyenekbe, az nem is fog. Nem szabad általánosítani az ifjúságot, mert pár személlyel rossz tapasztalatokat szerez valaki. Vannak olyanok is, akik nagyon műveltek és csak kiengedik a gőzt és például alkoholt fogyasztanak.

Én általában ... baráti társasággal szoktam bulizni, néha alkoholt is fogyasztunk de ... nélküle is jól érezzük magunkat. A barátaim nagy része általában szórakozó helyekre járnak bulizni. Előtte nem csinálnak semmit, buli közben néha fogyasztanak alkoholt, de kábítószer nem. Körülbelül 2 havonta fogyasztok alkoholt, vagy ritkábban, és be szoktam rúgni tőle. De nem válok befolyásolhatóvá és mindig tudom, hogy mit is csinálok és nem tudnak belerángatni nagy hülyeségbe és még így is figyelek társaimra!

Egy bizonyos mértékig nem zavar, még úgymond nem itta magát hülyére, és megfelelő a magatartása. Nem csak velük lehet élvezni a bulikat. Nélküle is jól lehet bulizni. De ezek a szerek lehet, hogy kicsit szabadabbá teszik az illetőt és meg mernek tenni olyan dolgokat is, amit máshogy nem, példa csajt leszólítani, barátkozni.” (AJTP)

„Az esetről a véleményem az, hogy nem túl sok esze van annak, aki bepréselődik egy lépcsőházba 301.-nek. Én személy szerint nem járok ilyen helyekre, mert ezek nekem túl zűrösek. Nem bírom azt a zajt, amit ők zenének neveznek, és a részeg miniruhás bugyi nélküli tizenéves lányokat meg lyuk-lyuk csak a keret más fiúkat. Azt hiszik, hogy már nagyok, és tisztában vannak mindennel, pedig fogalmuk sincs az életről.

A szülők manapság egyre jobban elhanyagolják a gyerekeiket, hála Istennek, ez az enyémekekre nem vonatkozik, de sajnós azt veszem észre, ez a jelenség dominál. Véleményem szerint egy tizennégy éves gyereknek este 10 után az ágyban a helye, és nem az utcán duhajkodni. Be sem engedném őket az ilyen szórakozó helyekre. Arra pedig, hogy csak részegen, vagy kábítószeresek által tudják jól érezni magukat, azt tudom mondani, hogy 17 éves múltam, és még egyszer sem voltam részeg, se kábítószer hatása alatt, mégis ha elmegyek egy koncertre, vagy a barátaimmal akárhová, nagyon jól érzem magam, sőt nem egyszer dagadtra sírom a szemem a nevetéstől. A jó bulit nem a pia és hasonlók teszik jóvá, ha innod kell, hogy jól érezd magad, inkább állj tovább, mert szar a buli. Nem azt mondom, hogy soha egy kortyot se igyál, de mértékkel és átgondoltan tedd!

A mai fiatalság legnagyobb problémája az, hogy rettentően befolyásolható, és iszonyú fogékony a tömegreakciókra. Nem gondolkoznak, csak cselekszenek, és nem néznek a dolgok mögé. Ha csak egy valaki akkor éjjel észnél lett volna, és a többit észhez térítette volna, megelőzhette volna... Csak az a sok ... Az ész nélküli cselekvés az ösztön fölerősödéséhez vezet, ez pedig a szülői nemtörődömségre vezethető vissza. Nem érzem magam többnek másoknál, de engem arra tanítottak, vagy inkább neveltek, hogy gondolkozzak, és utána cselekedjek. Persze van, hogy nincs rá idő, de az esetek nagy részében lenne. Az meg, hogy megtehetik a fiatalok, hogy lerészegedjenek meg ilyenek, nem csak a szülő hibája, hanem tulajdonképp mindenkié, mert van, aki eladta nekik, hogy több bevétele legyen, a családját el tudja látni, és az adót (ha fizeti) képes legyen kifizetni, a fogyasztóvédelem, ami nem védi a fogyasztókat ettől és az élet maga, ami erre „kényszeríti” az árusokat.

Nem voltam még discóban, sem óriás koncerten, nem is vágyok rá.” (AJTP)

„A West Balkános eset szerintem nem történt volna meg, ha nem lettek volna többen a megengedettnél és lett volna megfelelő vészkijárat. Az emberek, akik ott voltak, azért észrevehették volna, hogy fellöktek valakit és rajta tapostak.

Szerintem a mai fiatalok nem azért drogoznak meg alkoholizálnak, mert a szülei nem figyelnek rájuk, hanem azért, mert ők maguk szeretnék kipróbálni (ami elég nagy hülyeség), vagy olyan közösségbe keveredett, ahonnan nem akar kilógni, ezért kezdi el ő is. A szülő feladata, hogy ha észreveszi a gyereken, hogy valami nincs rendben vele, akkor azonnal segítséget kell nyújtani neki, hogy ne legyen nagyobb a gond.

Én főleg discóba járok, ahol jó zene van, és lehet táncolni és együtt lehetek a barátaimmal, és nem az a fontos, hogy hülyére igyam magam, de most ezzel nem azt mondom, hogy nem iszok semmilyen alkohol tartalmú italt, mert bevallom, hogy szoktam inni, de csakis mértékkel.

A fiatalok a mai világban, ahogy én láttam, szeretnek úgy bulizni, hogy tök részegek, és azt hiszik, így jó a buli. De a többségnek ez sem elég, még drogozik is, amivel rátesz egy lapáttal. Most ezzel nem azt mondom, hogy minden ilyen, hanem a nagy része.

Igen, szoktam járni, ahogy az előbb is írtam, főleg discókba járok, de néha máshova is betérek, mint pl. olyan helyekre, ahol van billiárd, csocsó asztal, stb. Főleg csak nyáron bulizok, télen és ősszel csak néha-néha.

A bulikban szoktam inni alkoholt, néha még többet, mint kéne, de legtöbbször mértékkel iszok, de nekem nem az a fontos a bulikba. De kábítószer még sosem! Mert engem nem vonz a kipróbálása! A szórakozóhelyeken nem nagyon szoktam berúgni, de talán 1-vag 2-szer, nem többször.

Hát, egy kicsit zavar! (de ha kábítószeretik, azért még le is szúrnám)

Ha valaki csak akkor tudja magát jól érezni, ha alkohol, vagy kábítószer alatt áll, akkor ott nagyon bajok vannak az illetővel. Lehet, lelki baja van v. csak így tud feloldódni.” (AJTP)

45. sz. melléklet

A családi közérzetmutató osztályonkénti különbségei

Hogy érzed magad a családban

	N	Átlag	Szórás	Standard Hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Felső érték	Alsó érték		
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János	23	4,65	,832	,173	4,29	5,01	3	6
Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	35	5,17	,785	,133	4,90	5,44	3	6
Összesen	58	4,97	,837	,110	4,75	5,19	3	6

Test of Homogeneity of Variances

Hogy érzed magad a családban

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,303	1	56	,584

ANOVA

Hogy érzed magad a családban

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,742	1	3,742	5,791	,019
Within Groups	36,189	56	,646		
Total	39,931	57			

46. sz. melléklet

Az elégedettség-érzet osztályonkénti különbségei

Elégedettségérzet

	N	Átlag	Szórás	Standard hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János	23	6,22	1,622	,338	5,52	6,92	3	9
Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	36	7,22	1,551	,259	6,70	7,75	3	9
Összesen	59	6,83	1,642	,214	6,40	7,26	3	9

Test of Homogeneity of Variances

Elégedettségérzet

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,322	1	57	,573

ANOVA

Elégedettségérzet

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	14,170	1	14,170	5,682	,020
Within Groups	142,135	57	2,494		
Total	156,305	58			

47. sz. melléklet

Az anticipált szubjektív jól-lét osztályonkénti különbségei

Jövendőbeli szubjektív jóllét

	N	Átlag	Szórás	Standard hiba	95% Megbízhatósági tartomány (Átlag)		Minimum	Maximum
					Alsó érték	Felső érték		
Táncsics Mihály Gimnázium Arany János	22	7,50	,964	,205	7,07	7,93	5	9
Táncsics Mihály Gimnázium 11.c	36	8,08	,996	,166	7,75	8,42	4	9
Összesen	58	7,86	1,017	,133	7,59	8,13	4	9

Test of Homogeneity of Variances

Jövendőbeli szubjektív jóllét

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,722	1	56	,399

ANOVA

Jövendőbeli szubjektív jóllét

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,647	1	4,647	4,796	,033
Within Groups	54,250	56	,969		
Total	58,897	57			