

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

Karácsony Ilona Hajnalka

**ERŐFORRÁSOK VIZSGÁLATA
A GIMNÁZIUMI TANULÓK
EGÉSZSÉGÉNEK FEJLESZTÉSÉBEN**

**(középpontban az iskolavédőnői ellátás erőforrás szerepének felmérése
- a tanulók kvantitatív és az iskolavédőnők kvalitatív megkérdezésével)**

Doktori (PhD) értekezés

**Témavezető
Prof. Dr. Benkő Zsuzsanna
Professzor Emerita**

Pécs
2019.

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés	1
1.1.	Problémafelvetés, a témaválasztás indoklása.....	1
1.2.	A kutatás célja	3
1.3.	Kutatási kérdések	4
2.	Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás kialakulása és részvétele az iskolai egészséges életmódra nevelésben – az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig	5
2.1.	Az iskola-egészségügyi ellátás kialakulása, felvilágosító szerepe.....	5
2.2.	Országos lefedettségű, alapellátás szintű iskola-egészségügyi ellátás feladatai az iskolai egészséges életmódra nevelésben	14
2.3.	Egészségfejlesztési feladatok megjelenése az iskola-egészségügyi ellátásban	17
2.4.	Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás kialakulásától napjainkig, felvilágosítástól a fejlesztésig – összegző gondolatok.....	26
3.	Iskolai szintér szerepe az egészségfejlesztésben.....	29
4.	Erőforrások szerepe az egészségfejlesztésben – Antonovsky szalutogenetikus egészség szemlélete.....	33
4.1.	Antonovsky szalutogenetikus modellje.....	33
4.2.	Koherencia-érzet jelentése, elemei.....	35
4.3.	Erőforrások szerepe, fajtái	36
4.4.	Koherencia-érzet mérése	43
4.5.	A koherencia-érzet stabilitása - változása	44
4.6.	A koherencia-érzet és az erőforrások egészséggel való kapcsolata kutatások tükrében	45
4.7.	Összegző gondolatok a szalutogenetikus egészség szemléletről	48
5.	Erőforrások vizsgálata a tanulók egészségének fejlesztésében és az egészségmagatartás egyes elemeinek felmérése kérdőíves megkérdezéssel	49
5.1.	Kutatási kérdések	49
5.2.	Vizsgálati módszertan	50
5.2.1.	Kutatás általános jellemzői (típusa, helye, ideje)	50
5.2.2.	Minta (mintavétel módja célcsoport kiválasztása, elemszám).....	50
5.2.3.	Etikai megfelelés.....	51
5.2.4.	Alkalmazott mérőeszköz, a kérdőív.....	52
5.2.5.	Adatfelvétel.....	57

5.2.6.	Adatfeldolgozás- adatelemzés (statisztikai szoftver).....	57
5.3.	A minta jellemzői.....	58
5.4.	A gimnáziumi tanulók egészségi állapota és koherencia-érzete.....	60
5.5.	A gimnáziumi tanulók egészségmagatartása-rizikómagatartása.....	64
5.6.	Társas támogatás és a koherencia-érzet, illetve a társas támogatás és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat.....	73
5.7.	Iskolai hatások és a koherencia-érzet, illetve az iskolai hatások és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat.....	77
5.8.	Az iskolavédőnői ellátás, mint speciális erőforrás.....	81
5.8.1.	A védőnői ellátással kapcsolatos tájékozottság.....	81
5.8.2.	Az iskolavédőnői ellátás elérhetősége.....	83
5.8.3.	A védőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevételének mennyiségi és minőségi értékelése.....	83
5.8.4.	A védőnői tevékenység megközelítése (egészségnevelő, rizikóközpontú / egészségfejlesztő, egészségközpontú).....	87
5.8.5.	Az iskolavédőnői tevékenység hatásának önminősített megítélése az egyén egészségszemléletének változására.....	92
5.8.6.	Az iskolavédőnői feladatellátás hatékonysága.....	94
5.8.7.	Iskolavédőnői munkaszoba, váróterem környezete.....	99
5.8.8.	Az iskolavédőnői ellátás vizsgált területeinek összefüggései.....	105
5.9.	Erőforrások szerepe a tanulók egészségének fejlesztésében.....	106
5.10.	Megbeszélés, kvantitatív kutatás - Hipotézisvizsgálat.....	115
6.	Az iskolavédőnői ellátás szerepe az egészségfejlesztésben.....	127
6.1.	Kvalitatív kutatás célja, az alkalmazott kutatás jellemzői.....	127
6.1.1.	A kutatás általános jellemzői (típusa, helye, ideje).....	130
6.1.2.	Minta (mintavétel módja célcsoport kiválasztás, beválasztás, elemszám)	130
6.1.3.	Etikai megfelelés.....	131
6.1.4.	Alkalmazott mérőeszköz.....	131
6.1.5.	Adatfelvétel.....	132
6.1.6.	Adatfeldolgozás – adatelemzés.....	132
6.2.	A fókuszcsoportos vizsgálat eredményeinek bemutatása.....	133
6.2.1.	A minta jellemzői – bemelegítő kérdések.....	133
6.2.2.	Bevezető, átvezető kérdések – fogalmi meghatározások.....	135

6.2.2.1.	Az egészség definíciója	135
6.2.2.2.	Az egészségfejlesztés fogalmi meghatározása	138
6.2.2.3.	Az iskolai egészségfejlesztés definiálása	140
6.2.3.	Kulcskérdés az iskolavédőnö munkája a jelenben.....	145
6.2.3.1.	Az iskolavédőnö feladatai a jelenben. Védőnöi feladatkörök	145
6.2.3.2.	Az iskolavédőnö célcsoportjai.....	150
6.2.3.3.	Az iskolában dolgozó védőnö szakmai partnerei	152
6.2.4.	Kulcskérdés: ideális egészségfejlesztő iskolavédőnöi ellátás.....	157
6.2.4.1.	Az ideális egészségfejlesztők	157
6.2.4.2.	Az ideális egészségfejlesztő segítői.....	160
6.2.4.3.	Minőségfejlesztési javaslatok, ötletek	161
6.2.5.	Összegzés - záró kérdés	165
6.3.	Megbeszélés, kvalitatív kutatás - Hipotézisvizsgálat.....	167
7.	Következtetések és a gyakorlatot érintő jövőbeni feladatok.....	175
8.	Ábrák és táblázatok jegyzéke.....	179
8.1.	Ábrák jegyzéke.....	179
8.2.	Táblázatok jegyzéke	182
9.	Rövidítések jegyzéke	183
10.	Irodalomjegyzék.....	184
10.1.	Idézett forrásmunkák	184
10.2.	Idézett jogszabályok	196
11.	Köszönetnyilvánítás	197
12.	Melléklet	198
12.1.	1. számú melléklet Kvantitatív kutatás kérdőíve.....	198
12.2.	2. számú melléklet Fókuszcsoporthoz kapcsolódó interjúvázlat	213
12.3.	Publikációs jegyzék	215
12.3.1.	Doktori értekezés témaköréhez kapcsolódó publikációk.....	215
12.3.2.	Doktori értekezés témaköréhez kapcsolódó előadások	215

1. Bevezetés

1.1. Problémafelvetés, a témaválasztás indoklása

Egészségmutatók alapján jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető megbetegedések és halálozások tekintetében. A 2016-ban készült hazai Egészségjelentés adatai alapján minden negyedik (26%) haláleset megfelelő népegészségügyi beavatkozással megelőzhető lett volna. Az idő előtti halálozást - 65 éves kor előtti halálesetek - a nők 54%-ánál (n=5745), a férfiak 58%-ánál (n=12160) ki lehetett volna védeni adekvát népegészségügyi tevékenységekkel. A népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető korai halálozás mértéke közel kétszerese az egészségügyi ellátással megelőzhető korai halálozásnak (Varsányi et al., 2017.).

Az egészségveszteségek az egyént körülvevő környezet és 80%-ban a viselkedéssel összefüggésbe hozható kockázatokra vezethetők vissza (Vitrai et al., 2015.; Németh, 2016.; Németh et al., 2016.; Bauer et al., 2017.; Varsányi et al., 2017.). A halálozások megelőzésére szolgáló népegészségügyi beavatkozásokba beletartoznak az életmód megváltoztatására irányuló, valamint a társadalmi-gazdasági helyzet és a környezet javítását célzó intézkedések, aminek a megvalósításában a törvényalkotás, a szociális szféra, a családok, vagy a média mellett az egészségügyi ellátórendszer és a köznevelési intézmények dolgozóinak meghatározó feladatai vannak és lehetnek. Kedvező irányú változást elsősorban az egészségmagatartás protektív irányba történő elmozdulásától lehet remélni, minél fiatalabb életkorban elkezdett, élethosszig tartó, állami feladatvállaláson alapuló, több szektor egy irányba haladó népegészségügyi tevékenységeinek összességétől. Az iskola (óvoda) az egészségmagatartás befolyásolásának, az egészségnyereség növelésének kiemelkedően fontos területe, a család, mint elsődleges szocializációs színtér mellett. Az iskolának közvetlen kapcsolata van a 6–16 éves (tankötelezettség korát figyelembe véve) fiatalok közel száz százalékával. A diákok szomatikus, pszichés, emocionális, kognitív és szociális fejlődésük legszenzitívebb időszakában naponta legalább hat- nyolc órát töltenek el az oktatási intézmények különböző szintjén. Az iskolák jelentős szerepet játszanak az egészséggel kapcsolatos értékek formálásában és az egész életre kiható egészséget befolyásoló minták kialakításában. 2015-ben a hazai iskolákban iskolaigazgatók (n=535), pedagógusok (n=569) és az iskola-egészségügyi szakemberek (n=400

jellemzően védőnők) megkérdezésével végzett „Iskolai egészséges életmódkutatás és felmérés” eredményei alapján a válaszadók az egészségkultúra fejlesztését sokszereplős feladatnak tekintették az iskola, az egészségügyi szolgálat dolgozói és a család együttes tevékenységeként. Az iskola oldaláról nézve a pedagógusok 88%-a az iskolavezetők 87%-a az iskolai egészségfejlesztésben fontos szerepet tulajdonítottak az iskola-egészségügyi ellátásnak (Járomi et al., 2016.). Az iskola-egészségügyi team tagjainak, mind az iskolaorvosnak, mind az iskolavédőnőnek kiemelt feladatai vannak a jelenben is a tanulók egészségének fejlesztésében. A védőnői ellátás területén belül több mint 10 éve jelentős strukturális változások mentek végbe. A főállású, teljes munkaidejű iskolavédőnők száma 2005. január 1-től 2,5-szeresével megnövekedett. Az iskolavédőnői hivatás specializációjának megerősítése eredményesebb munkavégzést segített elő az egészséges életmód gyakorlásához szükséges ismeretek, készségek, jártasságok és képességek elsajátításában (Odor et al., 2004.). Annak ellenére, hogy mind a köznevelés, mind az iskola-egészségügy szakemberein keresztül a tanulók felé szervezetteren és folyamatosan történtek az egészséges életmód irányába mutató tevékenységek, mégsem következett be jelentős pozitív változás a tanulók egészségmagatartásában. Ennek oka lehetett, hogy sok esetben az ismeretközlés szintjén rekedt meg a közvetített tudásanyag, másrészt a kockázati tényezőkre helyezték a súlypontot. Ennek megváltozását segíti elő egyrészt a népegészségügyi intervenciók jelenlegi irányvonala (pl. „Nemzeti Népegészségügyi Stratégia 2017-2026”, „Egészséges Magyarország 2014-2020”), a bizonyítékokon alapuló gyakorlati cselekvések kidolgozása, a kulturális különbségek által determinált viselkedésmódok formálásán alapuló tevékenységek, programok, az egyének szerepének a középpontba helyezése, mint a helyi közösségek tagjainak támogatása (Járomi et al., 2015.). Másrészt a 2016-ban Sanghajban megrendezett 9. Egészségfejlesztési Konferencia is kiemelt szerepet tulajdonított a helyi közösségeknek, a városoknak, az erőforrásokra épített, egészségük feletti kontrollt biztosító és egyénközpontú egészségügyi rendszerek működtetésének (Csizmadia et al., 2017.). Az iskolák falain belül tevékenykedő egészségügyi alapellátás egyik szakemberének, az iskolavédőnőnek is jelentős feladatai lehetnek a tanulók egészségének támogatásában, az egészségmegőrző utak választásának segítésében. Kutatásomban Antonovsky szalutogenetikus koncepciójára építve vizsgálom az iskolavédőnői ellátás hatását a gimnáziumi tanulók egészségi állapotára, a diákok és a védőnők megkérdezése segítségével. Antonovsky szalutogenetikus modelljében az egészség megőrzése szempontjából támogató

tényezők, az erőforrások (az általános és a speciális) kerülnek középpontba, melyek felhasználására, alkalmazására való képesség a koherencia-érzet. Antonovsky megközelítése az egészség keletkezésével foglalkozik, az egészség eredetének okát vizsgálja, mely hozzásegíti a felnövekvő ifjúságot ahhoz, hogy egészsége felett nagyobb ellenőrzést tudjon kialakítani.

Témaválasztásomat szubjektív tényezők is befolyásolták: a köznevelésben szerzett pedagógusi tapasztalataim, és az iskolavédőnői hivatás gyakorlása során megismert kihívások, lehetőségek a tanulók egészségének fejlesztésében.

„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”¹

1.2. A kutatás célja

Kutatásomban a tanulók, és a védőnők véleményének megismerésével kívántam képet kapni az iskolai egészségfejlesztés egy szegmenséről, az iskolavédőnői ellátás tevékenységéről és annak a tanulók egészségére gyakorolt hatásáról. Vizsgálatom célja volt tanulmányozni - a tanulók kérdőíves megkérdezésével - az egészségközpontú iskola-egészségügyi ellátórendszer védőnői tevékenységének egészségfejlesztésben betöltött szerepét. Feltételeztem, hogy az iskolavédőnői ellátás kedvezően - közvetetten és/vagy közvetlenül (társas támogatás és iskolai erőforrások) - befolyásolja a diákok önminősített egészségmutatóit, egészségmagatartását, de emellett visszahat a szolgáltatás igénybevételének szükségletére is, és ezáltal fokozza, tovább erősíti annak speciális funkcióját a tanulók egészségének fejlesztésében. Kutatásom második részében az iskolavédőnők fókuszcsoportos interjú keretében adott válaszai segítették a vizsgált probléma szakemberek oldaláról történő bemutatását. Ennek a vizsgálatnak az volt a célja, hogy az iskolavédőnők egészséggel, egészségfejlesztéssel, iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos szemléletmódját, attitűdjét megismerjem, és a tanulók egészségfejlesztésében tulajdonított speciális erőforrás szerepét személyükben azonosítsam.

Végső célom a védőnői praxis számára az iskolai egészségfejlesztés területén belül a jövőbe mutató fejlesztési irányok megfogalmazása, az egészségorientált egészségügyi ellátás hatásának megvilágítása és a védőnők működését segítő tényezők pontosítása volt.

¹ Magyarország Alaptörvénye XX. cikk Magyar Közlöny 2001. 43.sz. p. 10663

1.3. Kutatási kérdések

A kvantitatív kutatás kérdései az iskolavédőnői ellátás a tanulók egészségének fejlesztésben betöltött erőforrás szerepének felmérésére irányultak gimnáziumi tanulók megkérdezése által.

- 1) Van-e, és ha igen, milyen összefüggés van az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének, tevékenységének egészségközpontú megítélése és a tanulók egészségmagatartása, szubjektív egészségi állapota között?
- 2) Az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének, tevékenységének egészségközpontú megítélése összefüggést mutat-e a védőnői ellátás igénybevételével és hatékonyságával?
- 3) Befolyásolják-e és ha igen, hogyan az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – az iskolavédőnői szolgáltatás igénybevételét?

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú kutatási kérdései az iskolavédőnők oldaláról vizsgálták az iskolavédőnői ellátás speciális erőforrás szerepét a tanulók egészségének a fejlesztésében.

- 1) Az iskolavédőnők egészségfejlesztő munkájának minőségét nagymértékben befolyásoló tényezők – kiemelten a) az ellátott gyermekpopuláció méretének jelentősége; b) az iskolavédőnők egészségfogalmának korszerűsége; c) az iskolai egészségfejlesztő tevékenységük törvényi és szakmai megfelelősége – vonatkozásában a gyakorló iskolavédőnők önreflexióinak és tapasztalatainak feltérképezése.
- 2) Az iskolai egészségfejlesztés vonatkozásában az iskolavédőnők ágazatokon belüli és az ágazatok közötti együttműködésre vonatkozó gyakorlatának, tapasztalatainak feltérképezése.
- 3) A gyakorló iskolavédőnők minőségfejlesztési ötleteinek, javaslatainak feltárása, kiemelten a kompetenciák fejlesztése, az ágazati és ágazatközi együttműködés javítása, és az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságának növelése szempontjából.

2. Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás kialakulása és részvétele az iskolai egészséges életmódra nevelésben – az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig

2.1. Az iskola-egészségügyi ellátás kialakulása, felvilágosító szerepe

Az iskolás gyermekek egészségügyi ellátásának első törekvései a XVI. – XVII. századra tehetőek, elsősorban a felekezeti iskolákban, ekkor a népeiséget megtizedelő járványok hívták életre az egészségügyi szerepvállalást az oktatási intézményekben. Hazánkban a XVII. - XVIII. században a pestis, majd a XIX. század elején az Európán végigsöprő kolerajárvány közel negyedmillió áldozatot követelt (Mádai, 1983.; Tahin, 2010.). A XIX. század közepén az újszülött csecsemők továbbélési valószínűsége 10–14 éves korukig 50% volt, a 80 éves kort csak 2%-uk érte meg, a születéskor várható élettartam 28 év volt (Püski et al., 2000.). Az előbbieket mellett az oktatási épületek általában kis légterűek, zártak, zsúfoltak voltak, melyek járványügyi oldalról kiemelten veszélyesnek számítottak. Egy 1770-ben kelt királyi körrendelet az iskolák állapotáról tájékozódott, mely vizsgálat során azt tapasztalták, hogy a falusi iskolák túlnyomó részében külön tanterem nem volt, a tanító egyetlen szobájában zajlott a tanítás. Zsindely közleményében leírta, hogy a városokban sem volt jobb a helyzet. Példaként említette, hogy Pesten a piarista iskolában, két szobában 155 diák szorongott, illetve a sárospataki kollégiumban az 1740-1763 közötti években egy auditorium volt, az is olyan kicsi, hogy a tanulók közül nagyon sokan a tantermen kívül álltak, vagy a földön fekvé dolgoztak, de 1770-ben a nagyszombati egyetem tantermei is fűtetlenek voltak (Zsindely, 1936.). Felismerték, hogy a higiéniai szabályok betartásával csökkenthetők a tömegeket érintő veszélyek. Így a prevenció területén belül elsőként az iskola-higiéné és a beteg tanulók korai felfedezése és ellátása kezdett megerősödni; ezt az iskola belső törvényei, rendelkezései szabályozták, melyet az országban csak egy-két szakember - iskolaorvos próbált megvalósítani, Balsaráti Vítus Sárospatakon (Jákó et al., 2015.), valamint 1636-ban a nagyszombati Collegium Jesuíticumban is tevékenykedett orvos, Kolozsváron pedig iskolakórházat működtettek (Zsindely, 1936.).

A felvilágosodás racionalizmusa Magyarországra is hatással volt, felismerték, hogy az államnak egészségesebb, jobb körülmények között élő emberekre van szüksége, ezért Mária Terézia mind az oktatás, mind az egészségügy területén belül az egész országra vonatkozó rendelkezéseket adott ki. Az 1770-es egészségügyi szabályzat a Generale Normativum in Re Sanitatis orvosok alkalmazását rendelte el (Tahin, 2010.)

és az 1777-es Ratio Educationis megfelelő iskolaépületek kialakítását, az egészségi állapot fenntartását, a testi nevelés fontosságát írta elő (AZ 1777-IKl Ratio Educationis, 1913.), ellenben a megoldást a helyi hatóságok kötelességévé tették, illetve az oktatásra vonatkozó szabály nem rendelkezett a tantermek belső berendezéséről (Zsindely, 1936.; Pintér, 1998.). Ezen jogszabályokból hiányoztak az állami szabályozás helyi szintű megvalósításának lépései és az ehhez szükséges finansziális háttér is, ezért a tervezett célok nem voltak kivitelezhetőek, az egységes szabályozás részben vagy egyáltalán nem tudott megvalósulni. De mindenképpen előnyként értelmezendő, hogy Mária Terézia felismerte, az egészség javításához nem elégséges csak egészségügyi rendeletek létrehozása, emellett szükséges szabályozni az oktatást, a tanulók egészségének fenntartását, gondozását állami feladatként. Egészséges gyermekek kellenek ahhoz, hogy a jövőben egészségesebb nemzet legyen, ezért nagyon fontos volt az oktatás egészségügyi feltételeit és a fiatalok egészséges életmódra nevelését is szabályozni, az oktatási és az egészségügyi szektorban egymással párhuzamosan.

1789-ben II. József az újonnan épülő iskolákra vonatkozó, illetve szerződéses iskolaorvos alkalmazásáról szóló rendelete is csak elvétve, egy-két helyen tudott meghonosodni. Például a sárospataki református kollégiumban dolgozott egy tanár-orvos Tóth-Pápay Mihály, aki nemcsak tanár volt, hanem az iskola orvosaként diákjait ténylegesen gyógykezelt is. Ő volt az, aki 1794-ben elsők között készített iskolaorvosi jelentést az éves iskola-egészségügyi munkáról (Jákó et al., 2015.). Az iskola-higiéné és a szellemi nevelés mellett a test egészségére való odafigyelés is fontos volt, melyet már a XIX. századi orvosi feljegyzések is bizonyítottak, miszerint az iskolai lét alatt az iskolai osztályok számának emelkedésével növekedést mutatott a rövidlátók száma, a rövidlátás foka és a gerincferdülések (oldalgörnyék) gyakorisága (Raisz, 1869.).

A XVIII. század végén, a XIX. század elején Európa szerte visszatérő, veszélyes járványok jelentek meg, melyek az élet illetve az egészség veszteségeit előidéző kórképek kialakulásához vezettek, aminek a hátterében a zsúfolt lakhatási, munkahelyi, iskolai körülmények, a nem megfelelő minőségű folyóvíz, a rossz közegészségügyi viszonyok, másod sorban az egészséggel kapcsolatos ismeretek hiátusai álltak.

Az iskola és az egészség réges-régen kapcsolatba került egymással, de a pedagógia és az egészségügy összefonódása elsők között Virchow 1866-os javaslatában jelent meg, aki kiemelte a kötelező iskoláztatás és az iskola-egészségügy szükségességét. Az egészséggel kapcsolatos tudásközvetítés magyar iskolákban történő meghonosodásában szerepet játszottak még az előzőeken kívül a nyomtatott formában

megjelent útmutatók is, melyek az egészséges életmód ismereteit továbbították, valamint gyakorlati tanácsokat adtak, igaz ezek az első művek német nyelven láttak napvilágot. Johann Peter Frank System einer vollständigen medicinischen Polizey hatkötetes művében először írt a csecsemő és gyermek egészségügyről, mely később magyar nyelvre is lefordításra került (Kertai, 1999.). A német közegészségügy atyjának Max Josef von Pettenkofernek a munkássága hazánkra is úgy, mint Európa többi országára jelentős hatással volt. Hazai követője Fodor József volt, aki fő feladatáknak a Közegészségtani Intézetek megalapításában, és ezen ismeretkörnek az egyetemeken oktatási palettáján való megjelenésében működött közre. Fodor Józsefnek nagy szerepe tulajdonítható az első magyar Közegészségügyi törvény létrejöttében, a közegészségügy intézményrendszerének és ellenőrzésének állami feladatként való kiépítésében (Tahin, 2010.). Az iskolai szinten megvalósuló, intézményesült egészséges életmódra nevelés első lépése az országgyűlés által 1876. február 25.-én elfogadott közegészségügyi törvény volt. Tisza Kálmán miniszter zárszava nyomatékosította Fodor József elképzelését az iskolaorvoslás jelentőségéről: *„Az iskolában kell megvetni az alapját annak, hogy az egészségügy Magyarországon javíttassék”* (Ackermanné Kelő, 2006., 8.) ami az egészségügy és oktatásügy feladatait összekapcsolta és örökérvényűvé tette az egészség eléréséhez vezető feladatok tekintetében. Fodor József közegészségügyi szemléletének egyik fontos alappillére az egészségügyi felvilágosítás volt (Antall et al., 1975.) javasolta, hogy az egészséges életmódra nevelést minél fiatalabb korban, már az óvodáskorban ajánlott elkezdni (Ackermanné Kelő, 2006.). Fodor József kortársa, egyben kiváló munkatársa, Markusovszky Lajos is fontosnak tartotta az egészséges életmód ismereteinek közvetítését, csak szélesebb rétegeket érintve: *„törekvésünk [...] a nemzedék ép testi és lelki fejlődését szabályozó élet és egészségügyi törvényekre nézve a lakosságot felvilágosítani!”* (idézi: Füst Molnár, 1981., 72.). Trefort Ágoston vallás- és közoktatásügyi miniszter is felvilágosító tevékenységet említ az 1879. március 1-jén kelt 3844. sz. rendeletében, de a szülők bevonását is fontosnak tartotta: *„Végre felhívom figyelmét a m. kir. Belügyminiszter úrnak a járvány megakadályozására vonatkozó rendeleteire, és arra, hogy azokat saját hatáskörében is, nemcsak a tanintézetekben példásszerű pontossággal végrehajtani, hanem alattas közegeit, különösen a tanítókat utasítani szíveskedjék, hogy azok üdvös és szükséges volta iránt a szülőket s általában a közönséget is, amennyire tőlük telik és módjukban van, felvilágosítani törekedjenek”* (Ackermanné Kelő, 2006., 6.).

A közegészségügyi törvény rendelkezései kiterjedtek a betegellátásra, a kórházügyre, a munka-, az ipar- és az iskola-egészségügyi ellátásra is. Az iskolaorvoslás egyben jelentett orvosi és oktatási tevékenységet is; Fodor József fontosnak tartotta az oktatásügy és a közegészségügy tevékenységeinek egymásba fonódását, a nevelés - oktatás és a higiénia együttes megjelenését az iskolákban. Kulcsszereplőjének az iskolaorvost képzelte el, akinek feladata a közegészségügyi szabályok érvényre juttatása, nyomonkövetése és az egészségtani ismeretek átadása, az egészséges életre és életmódra való igény felkeltésének kialakítása (Szeles et al., 1998.; Kapronczay, 2016.).

Az 1876-os törvény hátrányaként említendő, hogy csak a járványok bejelentését rendelte el, de az odavezető utat, az iskolai környezet ellenőrzését, felügyeletét nem szabályozta. A népiskolák a közegészségügy tekintetében a törvényhatóság felügyelete alá kerültek, az iskolaorvos feladatait ekkor még nem szabályozták. Az egészségtan oktatása területén belül a közegészségügyi törvény megszületése után 3 évvel megjelenő rendelet a pedagógusok egészségügyi felvilágosító-nevelő tevékenységéről írt, de a megvalósításához hiányzott a tanárok számára szóló megfelelő képzés, ugyanígy hiátus volt az egészségügyi szakemberek ilyen irányú képzése terén is. Az előbbiekből alaphoz látható, hogy a tanulók egészségvédelmére irányuló teendők lassan bontakoztak ki, megjelentek igaz az 1876-os törvényben, de ennek kivitelezése, szabályozása késlekedett. A megvalósulás kezdetben csak a tervek szintjén maradt, az igazi érdemi változás országos szinten valamennyi iskolatípusra kiterjedően csak jóval később tudott megjelenni. A törvény megvalósítását nehezítette még, hogy nem rendelkezett külön szakminisztérium felállításáról, továbbá nem biztosított kellő finanszírozást, ezért hiába írta elő a kisebb falvakban is az orvos tartási kötelezettséget, de ezt ott forráshiány miatt nem tudták kivitelezni (Ackermanné Kelő, 2006.). A közegészségügyi törvény meghaladta a hazai és az adott kor adta lehetőségeket. Az iskolaorvosi ellátás kiépítése lehetőségként került megfogalmazásra, pontos intézkedési terv nem állt rendelkezésre ennek gyakorlati megvalósításához, a szervezeti felépítés kialakításához. A teendők, feladatok megfogalmazásra kerültek, de ennek a praxisban, országos szinten történő kiépítése még váratott magára (Kapronczay, 2015.). Az iskolák közegészségügyi viszonyainak javítását, a jogszabályok megvalósulását gazdasági társadalmi nehézségek is gátolták (Katona, 1961.).

A Fodor József irányításával 1880-ban végzett település-egészségügyi kutatás is további bizonyítékot szolgáltatott, az iskolaorvosi ellátás mielőbbi pontos szabályozásának kidolgozásához. A zsúfolt, jelentős higiénés hiányosságokat mutató népiskolákban a 7–10 évesek körében a gyermekhalandóság 70%-os volt. (Kapronczay, 2015.). Azt tartották, hogy az iskolai élet az, mely maga fertőző, ezért a tanintézmények bezárását javasolták (Katona, 1961.).

Változás az iskolaorvosi tevékenység területén belül, majdnem tíz évvel a közegészségügyi törvény megszületését követően történt, ekkor látott napvilágot az iskolaorvosi hálózat kiépítésére és feladataira vonatkozó 48281/1885. sz. vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendelet, és ennek 44250/1887. sz. végrehajtási utasítása (Antall et al., 1975.). Az igen sokrétű, komplex iskolaorvosi feladatkörnek három fontos pillére volt és van ma is. Elsőként a közegészségügyi feladatokat érdemes megemlíteni, ami az iskolai környezet, az ivóvíz, az iskolaépület higiénéjére, a tanítási eszközök felügyeletére terjedt ki, hiányosságok esetén fertőtlenítés elrendelését is lehetővé téve. A következő jelentős feladatkör a tanulók rendszeres, komplex orvosi ellenőrzését és orvos szakértői feladatokat, a különböző tantárgyak alóli felmentéseket foglalta magába, végül pedig az iskolaorvosnak egészségtan tanári feladatoknak is meg kellett felelnie (Szeles et al., 1998.; Ackermanné Kelő, 2006.; Kapronczay, 2016.). Az iskolaorvosok ilyen széles spektrumú feladatvégzéséhez megfelelő képesítés vált szükségessé, iskolaorvos-egészségtan tanár oklevél megszerzését írták elő. Az egészségtan tanári képzési részhez kötelező pedagógiai gyakorlat, hospitálás, és mintatanítás is tartozott.

Az iskolaorvosi rendszer egészségtan oktatásban való szerepvállalását igen erős vita előzte meg. Az egyik kérdés az volt, hogy milyen széles körben valósuljon meg az egészségtan tantárgy tanítása, a másik pedig, hogy ki lehet a hiteles információkat átadó személy (Tigyiné Pusztafalvi, 2013.). A közvélemény, illetve a pedagógus társadalom ellenezte az orvosok bekapcsolódását az oktatásba, mivel úgy gondolták, hogy csak a tanár képes egyszerűbben, az orvosi szakkifejezéseket mellőzve az egészségtant előadni (Ackermanné Kelő, 2006.). Nehézséget jelentett az is, hogy a pedagógusok kezdetben nehezen fogadták el az iskolaorvos jelenlétét az oktatási intézményekben, úgy tartották, az iskola nem gyógyintézet, ezért ott fölösleges az egészségügyi szakemberi jelenlét és felügyelet is. A tanárok nehezen ismerték fel, hogy az iskola lehet az az intézmény, amely a prevenció szemléletének csiráit elültetheti (Antall et al. 1975.).

1885-ben a középiskolákban valósult meg elsőként az iskolaorvosi ellátás, melynek több magyarázata is volt. A nyugati modellek (Németország, Anglia,

Franciaország), az állam erős szabályozó hatása, illetve az elit nevelés itt történt, tanulók a későbbiekben részt vehettek az ország vezetési feladataiban (Tigyné Pusztafalvi, 2011.).

1886-tól a polgári iskolákban, 1889-ben már a népiskolákban is komplex iskolaorvosi feladatokat alkalmaztak, de a népiskolákban nem volt iskolaorvos, így a területi orvos végezte a vizsgálatokat. A polgári fiúiskolákban az egészségtan oktatás csak az 1918-as tanévtől kezdődően indult meg. 1920-ban a leány gimnáziumokban külön rendelet szabályozta, hogy lehetőleg nő tanítsa az egészségtan tantárgyat és lássa el az iskolaorvosi feladatokat (Tigyné Pusztafalvi, 2013.). 1887-ben 34 iskolaorvos, 1888-ban már 158, 1896-ban 342, 1909-ben 896 függetlenített iskolaorvos működött és 1347 hatósági orvos látott el a népiskolákban iskolaorvosi feladatkört.

Az iskolaorvos összekötő szereppel rendelkezett az iskola és a közegészségügyi hatóságok között, ellenőrzött, észlelte a problémát, de intézkedés csak az iskolaigazgató beleegyezésével történhetett, így végül csak véleményezési joggal rendelkezett. Az orvosnak az iskola falain belül meg kellett ismertetnie és el kellett fogadtatnia az egészségügyi jelenlét fontosságát, jövőbe mutató előnyeit, melyet nehezített, hogy a népegészségügyi feladatok megoldása az államigazgatásban, a költségvetésben is mellékkérdésként szerepelt (Katona, 1961.).

Fodor József az egészségügyi felvilágosítást jelentős feladatnak tekintette az iskolaorvosi teendők között, melynek alapjait úgy tartotta, az iskolában kell letenni. Fontosnak tartotta a szülők bevonását is (Antall et al., 1975.) felolvasásokat, előadásokat tartva az emberi testről, az ember életmódjáról, a betegségek kialakulásáról.

A 44.250/1887. sz. végrehajtási utasítás rögzítette a Fodor József által megfogalmazott, egészségtan oktatáshoz kapcsolódó alapelveket, mely elsősorban a veszélyeztető tényezőkre fókuszált, a népesség egészségét nagymértékben károsan befolyásoló faktorokra (Antall et al., 1975.). Táplálkozástudományi, lakáshigiéniai ismeretekről, az élvezeti szerek hatásairól, az egészségügyi intézmények rendszeréről, a test ápolásáról, a betegségek felismeréséről, valamint az életmentés alapfogalmairól folyt az oktatás, a tananyag tartalma mellett a tanítás módszertani kérdéseivel is foglalkoztak (Ackermanné Kelő, 2006.).

Az 1906. évi 14532 sz. BM rendelet alapján a népiskolákban függetlenített iskolaorvosokat alkalmazhattak, ha nem volt rá lehetőség, akkor továbbra is, de bővített hatáskörrel, a hatósági orvosok látták el a feladatokat. Ez utóbbi esetben az oktatást 1-4 osztályban a tanítókra bízta, melyről jogszabályban nem volt utalás. A tanítók

rendelkeztek ehhez szükséges ismeretekkel, melyet a képzésük során megkaptak. Népiskolai fokon viszont nehézséget jelentett, hogy vidéken többségében képesítés nélküli tanítók dolgoztak, akik sem pedagógiai, sem közegészségügyi tudással nem rendelkeztek (Tigyiné Pusztafalvi, 2013.). Az egészségügyi ismeretek átadására vonatkozólag nem voltak szabályok a népiskolákban, a tanító nem igazodott sem tematikához, sem az órarendhez, az egészségügyi tanítót akkor tanította, amikor a tanítás jellege azt megkívánta, de a betegségek gyógyításával kapcsolatos ismereteket tilos volt oktatnia (Ackermanné Kelő, 2006.).

Az előbbieket alapján látható, hogy jelentős szakadék volt az iskolák egészségvédelmi feladatainak megvalósulásában város és vidék, valamint középiskola és népiskola között, ahol legnagyobb szükség mutatkozott, ott tudott legkevésbé megvalósulni a széleskörű feladatrendszerrel megbízott iskolaorvoslásra irányuló feladatvégzés.

A népiskolák életében változást az 1925-ben megjelent új tanterv hozott, melyben az egészségügyi önálló tantárgy lett. A 12.644/1925-VII. sz. rendelet egységesítette az iskolaorvosi teendőket az iskolaépületek – berendezések, közegészségügyi, környezet higiénés feladatainak rögzítése révén, valamint elrendelte az egységes dokumentáció vezetését, melyhez pontos kitöltési útmutató szolgált sorvezetőül.

1925-től az orvos munkatársa a tanítói végzettséggel rendelkező iskola-egészségügyi gondozónővér lett, 1927-től pedig a Zöldkeresztes védőnő (Szeles et al. 1998.). A feladatkör bővült pályaválasztási tanácsadással, valamint a beteget nemcsak megvizsgálni, gyógyítani kellett, hanem gondozni is és így az egészségügyi ellátás mellett szerepet kapott az egészségügyi- és a szociális gondozás is. A gondozónővérek feladata tovább bővült a beteg tanulók környezetének tanulmányozásával, a családok otthonában végzett látogatásokkal is. Az 1920-30-as évek jogszabályi változásai nemcsak az iskolaorvoslás nevét módosították iskola-egészségügyi ellátásra, hanem a valamennyi tanulóra kiterjedő gondozási és szakértői feladatok is megjelentek, aminek megoldása már egy team feladata lett; iskola-egészségügyi szakrendelések, iskolafogászati ellátás, iskola-egészségügyi gondozónővérek révén, a gyógyítást és a megelőzést szolgáló egységes rendszer által (Melly, 1959.). Ennek ellenére a költségvetési lehetőségek behatárolták az iskolai egészségvédelmi feladatok komplexitásának megjelenését. A fővárosi iskolaorvoslás színvonala, az ellátásban részt vevő szakemberek száma jelentősen magasabb volt, mint vidéken. A fővárosban igény merült fel az orvosi teendők bővülésére, az iskolaorvos-testnevelő-felügyelő munkakör

létrehozásával szerették volna az élettani alapok figyelembevételével a gyógytornáztatást megerősíteni a testnevelési órák keretében. Az iskolai egészségvédelmi feladatokba legkésőbb 1933-ban az ipari iskolák kapcsolódtak be.

Az iskolaorvos - egészségtan tanári képzés intézményi háttere is változott; az Orvos Továbbképző Bizottságtól 1929-ben az orvosi egyetemekhez, majd 1933-tól a közegészségtani tanszékekhez került át.

1945-ig csak a fővárosban és a vidéki városokban, nagyobb településeken működtek önálló, illetve körzetesített iskolaorvosok, a falvakban a körzeti orvosok látták el ezt a feladatot. A fővárosban tudott kialakulni az egységes iskolaorvosi hálózat, az is a középiskolákban, ahol mind a megelőzés, mind az egészségtan oktatása, mind a gyógyítás prioritást kapott, ezzel szemben vidéken esetleges volt a preventív ellátás, az egészségtan oktatása is csak más tárgyakba integrálva, véletlenszerűen történt meg. A gyógyító – megelőző ellátás dualitását képező kuratív ellátást biztosító iskola-egészségügyi szakrendeléseknek vidéken még nyoma sem volt látható (Karácsony, 2017.).

A II. világháborút követően nagy lendületet kapott az iskola-egészségügyi munka. A korábbi feladatkörök mellett a védőoltások beadása, tüdőszűrések szervezése is már a munkáját képezte a főfoglalkozású alkalmazottaknak, akik a napi 5 óra helyett már 8 órában lettek foglalkoztatva. A vidéki ellátás egyrészt részfoglalkozású orvosok, másrészt a körzeti orvosok feladatkörébe tartozott. A gyermekek egészségvédelme mind a teljes munkaidejű iskolaorvostól, mind a körzeti orvostól, aki gyógyító feladatai mellett végezte ezeket a preventív teendőket, ugyanazt követelte meg, ezért a körzeti orvosok munkáját a Mozgó Szakorvosi Szolgálat és a járási főorvos segítette, irányította (Melly, 1959.).

A 3304/28-6/1949. NM rendelet a kiseddóvó intézetek és az iskolák egészségügyének szabályozása alapján az iskolaorvosoknak továbbra is voltak feladatai az egészségtan oktatásában. A célcsoportba a tanulók mellett a tanszemélyzet és a szülők is beletartoztak, akik szintén részesei voltak a felvilágosító tevékenységek előadásainak. A főfoglalkozású iskolaorvosok mellett az általános gondozási feladataikat ellátó védőnők napi 4 órában az iskolákban asszisztensi – orvossegédi, gondozási, közegészségügyi, együttműködési és ügyviteli teendőket is végeztek. Jelentősnek számított, hogy az iskolás tanulókat a védőnők nemcsak az iskola épületén belül gondozták, hanem családlátogatások keretében is. Havi 50 látogatás volt az előírányzott a krónikus beteg vagy a családi körülményei miatt veszélyeztetett, balesetet

szenvedett vagy egy hétnél többet mulasztó tanulóknál. Az iskolaorvos szakmai partnere az iskolai egészségügyi védőnő is részt vett a felvilágosító tevékenységben, egészségügyi szakkörök szervezése, vezetése által, másrészt az orvossal közösen a kis egészségőrök, tisztasági felelősök képzésében, ezáltal megteremtve a kortársképzés alapjait az egészséges életmódra nevelésben. 1949-től az Oktatásügyi Minisztériumtól az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe került az iskola-egészségügyi ellátás (Karossa-Pfeiffer, 1959.).

Az egészségügyi felvilágosító munkát, mivel széles rétegeket érintett, az 1950-es években egészségügyi népnevelésként említik. Az iskolaorvos partnerei voltak a felvilágosításban a szülők, a nevelők mellett még a társadalmi szervezetek is, pl. a Vöröskereszt vagy a KISZ. A cél továbbra is a Fodor József által megfogalmazottakkal egyezett meg: az egészségügyi ártalmaktól való mentesség, a kórállapotok kivédése, előfordulásának csökkentése. Az iskolában dolgozó orvosnak kiemelt feladatot tulajdonítottak a szülők és a pedagógusok helyes egészségügyi szemléletének kialakításában, melyet szoros együttműködésben próbáltak megvalósítani. A kölcsönös tájékoztatáson alapuló nevelés koordinátora az orvos volt, a közös munka eredményének tekintették a gyermekekben kialakított egészséges élethez kapcsolódó szokásokat és bizonyos fokú aktív egészségügyi tevékenységet is. A szülő és a tanár példamutatását nagyon fontosnak tartották, ezért is helyeztek nagy hangsúlyt az ő egészségügyi felvilágosításukra is. Az egészségtan oktatás főbb területei a személyi és környezeti tisztaság, a járványügyi felvilágosító munka, valamint a testnevelés és sport egészségügyi követelményei voltak. A tartalom mellett továbbra is figyeltek az ismeretátadás hogyanjára és módszereire. Elsősorban az egyéni és csoportos beszélgetést részesítették előnyben, de a kiselőadásokat is hatékonyak tartották, esetleg még az előadás is választható módszernek bizonyult, de ebben az esetben a motiváció fenntartását, a szemléltetést különös gondossággal kellett megtervezni. Megjelent az „egészségügyi felvilágosító sarok”, ami nagyon fontos információs bázist jelenthetett valamennyi, az egészségtan oktatásában érintett személy számára, faliújság, plakátok, elvihető prospektusok, kiadványok, füzetek révén. Ebben a korban javasolták kis, iskolai egészségügyi könyvtár létrehozását is. A nemzet egészségügyi kultúrájának szintjét az iskolai felvilágosító munkával állították párhuzamba (Mélykúti, 1959.).

A XIX. század végén felvilágosításról beszélnek az egészségügyi ismeretek közvetítése kapcsán, ami a Magyar nyelv szótára alapján „*valamely homályos, elvont eszmének felfoghatóvá tételét; kétes értelemnek eloszlatását*” (Czuczor et al., 1862.,

797-798.) jelenti. A felvilágosítás keretében végzett ismeretátadás a XIX. század végén, de napjainkban is az előbbi jelentéstartalom alapján valósult/valósul meg: a fiatalság, a lakosság számára nehezen érthető, a szaknyelvbe ágyazott egészségügyi szakismertek közvetítése, illetve a téves információk korrekciója. Több mint 100 évvel ezelőtt az egészségügyi felvilágosítás célja a higiénia megismertetésére és a fertőző betegségek terjedésének megakadályozására irányult: „*az egészségtan tanításának nem annyira az egészségre ártalmas apróbb tényezők felsorolására kell súlyt fektetni, mint inkább azon természeti erők megismertetésére, melyek az egyes ember, valamint a népesség egészét nagy mértékben és széles körben veszélyeztetik*” (Ackermanné Kelő, 2006., 12.). A jövő nemzedék részére felvilágosítás révén valósult meg a higiéniai és a pedagógiai elvek együttes alkalmazása (Kapronczay, 2016.), mely elsősorban a közegészségügyi helyzet javítását irányozta elő, a veszélyeztető tényezők megismertetését, tehát tudásbővítést az egészségtelen életmódról, valamint az egészségi állapot fenntartásáról. A felvilágosítás célja az ismeretátadás, ismeretpontosítás volt, főként az egészséget negatívan befolyásoló tevékenységekre összpontosított (Szeles et al., 1998.; Meleg, 2002.) ami önmagában nem volt elég az egészségvédő magatartás eléréséhez, követéséhez (Métneki, 2001.).

2.2.Országos lefedettségű, alapellátás szintű iskola-egészségügyi ellátás feladatai az iskolai egészséges életmódra nevelésben

Az iskolán belüli népegészségügyi feladatok az 1950-es évekre megerősödtek, beépültek az iskola mindennapjaiba. De 1950-re megszűnt az iskolaorvosi képzés, jó tíz évre rá ez még inkább beszűkítette a feladatot vállaló orvosok körét, másrészt már a hivatás sem volt vonzó a szakemberek között, illetve akik a rendszerben dolgoztak egyre idősebbek lettek. A felmerült igények növekedtek a komplex iskola-egészségügyi ellátás iránt: a tanulói létszám növekedett. A fertőző betegségek száma csökkent, de a tanulók egészségkárosító magatartása terén viszont emelkedést tapasztaltak, ezért az egészséges életmódra nevelés tartalmában a hangsúlyok változtak, illetve újabb területek jelentek meg. Az egészségtan oktatására ugyanúgy szükség volt. A kereslet, kínálat egyensúlyának a helyreállítását az 1960-as évek elején a körzeti gyermekgyógyászok bevonásában látták, melyet szintén a fővárosban vezettek be elsőként, s csak az 1975-ben megjelent miniszteri utasítás tette országosan egységessé az újjászervezett, de a XIX. század végén megfogalmazott feladatellátáson alapuló,

gyermekre irányuló iskolai egészségvédelmet (Pintér, 1998.; Pintér, 2005.). 1975-től már nevében differenciálták a megcélzott korcsoport szerinti ellátást: a középiskolákban ifjúság egészségügyi, illetve az általános iskolákban az iskola-egészségügyi ellátás működött. Míg a középiskolákban lehetőség szerint főfoglalkozású iskolaorvosok dolgoztak, addig az általános iskolákban körzeti gyermekorvosok, körzeti orvosok végezték az iskolás korcsoport népegészségügyi feladatainak a megvalósítását. Ekkor már minden intézményben az orvos munkatársa a védőnő volt, akinek a feladataiban több önálló terület jelent meg, melyet a főiskolai szintre emelt képzés is lehetővé tett (Ágfalvi, 1986.). Az oktatási intézmények egészségügyi ellátásról szóló 23. számú módszertani levél szabályozta az iskola-egészségügyi team feladatait, melyben a mentálhigiénés tevékenységek között került megnevezésre a felvilágosítás mellett az egészséges életmódra és családi életre nevelés orvosi és védőnői feladatellátással, aminek célcsoportja a diákság, a tanári testület és a szülők. Ekkor már szerepet kap a magatartásformálás, nevelés. Az iskolákban folyó egészségnevelés az általános nevelésbe szervesen beépült, mely rendszeresen és folyamatosan valósult meg életkori sajátosságokhoz igazított módszerek segítségével, a tanulók aktív bevonásával. A nevelés – oktatás cselekvő részvételt kívánt meg az egyéntől. Fő célkitűzése volt, hogy képessé tegye a tanulókat az egészségi állapotukban bekövetkező változások felismerésére, a kialakult helyzetre reagálására, döntések meghozatalára, valamint a tudás alkalmazására, ha kell korrekció elvégzésére. Az oktatás kitért az egyén és a közösség egészségének pszicho-szociális kapcsolatának ismertetésére is. Az iskolai egészséges életmódra nevelés megvalósult egyénileg személyes beszélgetések, különböző egészségügyi vizsgálatok alkalmával és közösségi szinten is, az iskola oktatási programjában, valamint az iskola-egészségügyi ellátás egészségnevelési tervének részeként. Az osztályszinten folyó nevelés – oktatás a következő témakörökre terjedt ki: fiziológiás és kóros testi, szellemi fejlődés jelei, tünetei, teendői; fertőző betegségek tünetei; elsősegélynyújtás alapjai; káros szokások veszélyei; szexuális fejlődés és a pubertás testi-lelki változásai (Ágfalvi, 1986.).

Az iskola egyik legfőbb feladata a tudásbővítés volt – ez valósult meg az egészségnevelésben is, mely témájában főként a bajok elhárítására, a veszélyekre próbálta a figyelmet felhívni, a prediktív tényezőkre figyelmeztetett, a patogén egészségmagatartást vette górcső alá. Ez a feladat inkább fenntartó, negatívumokat középpontba helyező tevékenység. Meleg Csilla úgy fogalmaz, hogy az egészségnevelés során ismeretátadás történik, így az ismeretek közvetítése és a nevelés

közé egyenlőségjel is tehető (Meleg, 2002.). A választási lehetőségekről, a betegségek megelőzési módjáról tájékoztat - életmód változtatásra ösztönöz, áldozatra hárított felelősség áll a középpontjában (Ewles et al., 1999.). Ez a fajta nézet elsősorban a korrekciókkal foglalkozik, a baj elhárítására koncentrálnak, a jelen kihívásaival néznek szembe, pedig a cél a jövő felé tekintés, ami hosszú távon a pozitív életminőséget eredményezhetné (Meleg, 2006.,b.). Az egészségnevelésnek az emberek szükségleteit kell felmérnie, tájékoztatást adni a választási lehetőségekről, a betegségek megelőzési módjáról, az életmód változtatásról, többféle útirányt mutatni és a cselekvésre ösztönzőleg hatni.

Az egészséggel kapcsolatos kérdésekben a tanulók legtöbb esetben rendelkeznek ismeretekkel, de ezzel párhuzamosan a cselekvéshez szükséges készségeik nagyon gyakran hiányoznak (Heathcote, 2003.), melyet az oktatás - nevelés mindennapi gyakorlata változatos módszerekkel igyekszik képességgé és a személyiség részévé tenni. Az egészség dinamikusan változik, életkoronként is mást jelent, ezért fontos annak folyamatos szinten tartása és fejlesztése. Az oktatás a felvilágosítás ismeretközlő tevékenységén túl módszertani, didaktikai sokszínűséggel próbálja segíteni az információnyújtást, a nevelési módszerek pedig segítik az ismeretek belsővé válását, a személyiség formálása, alakítása által. Mind az oktatásnak, mind a nevelésnek a direkt hatásai mellett a látens funkciói is igen jelentősek voltak régen, de ma is.

A hagyományos egészségnevelés rizikófaktor elméleten alapuló, elsősorban a betegségek megelőzésére, a meglévő problémák korrigálására, a figyelem felkeltésére irányuló, jelen időre fókuszáló preventív tevékenység (Ratalics, 2002.; Meleg, 2006., b.), tartalma az orvostudományon kívül a társadalomtudományok diszciplínáiból is áll (Gritz, 2007.). A hagyományos egészségnevelés során elsősorban az egészségi állapot fenntartására irányuló szabályok, a közegészségügyi problémák és a testi nevelés kerül felszínre, a lelki egészséggel nem vagy kevésbé foglalkoznak. Az egészséges életmód egyes elemei között nem érvényesül a transzferhatás, párhuzamosan történik az egyes témakörök ismereteinek átadása, melyek között kapcsolódás, találkozás nem igen mutatkozik, nem épül össze egy egységes egészzé, nem lép ki az iskola falain kívül, általában tantárgyak köré épül, így az egész iskola nevelési rendszerében nem jelenik meg (Meleg, 2006., b.). Az egészségnevelés magatartásformálás, magában foglalja az egészségügyi felvilágosítást is, mint tudatformálást (Nyárasdy et al., 2009.). A személyes, egyéni felelősséget hangsúlyozza, és az egészségi állapotot az egyéni életmódból kiindulva értelmezi. Az egészség javítására a betegségek megelőzése,

kezelése révén törekszik, így kulcsszereplő az orvos és az egészségneveléssel foglalkozó szakember, aki eldönti, mire van szükség (Naidoo et al., 1999.). Az új típusú egészségnevelés azonban olyan, változatos (célcsoport-, életkor- és személyiségspecifikus) kommunikációs és kooperációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek folyamata, amely az egészséggel kapcsolatos tudás (ismeretek, készségek, jártasságok, képességek, attitűdök) megszerzéséhez, fejlesztéséhez nyújt segítséget az egyén és a közösség/ek egészségének előmozdítása érdekében (Paulus, 1995.).

2.3. Egészségfejlesztési feladatok megjelenése az iskola-egészségügyi ellátásban

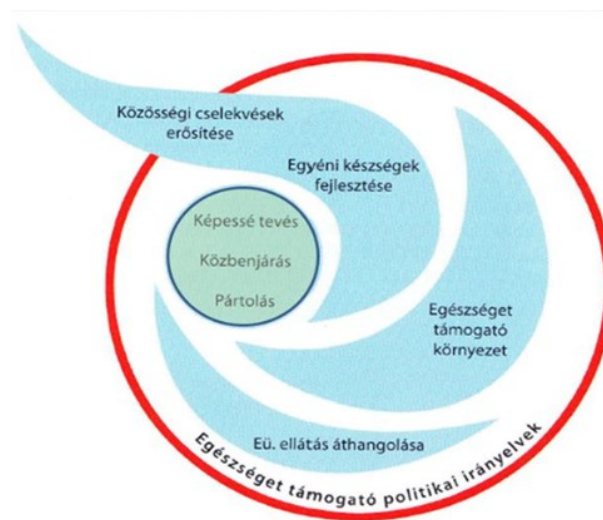
Az iskola összetett belső rendszerében a tanulók egészségfejlesztésében kiemelt feladata van az iskola-egészségügyi team munkájának, mely az 1997. évi egészségügyről szóló CLIV. törvény alapján a jelenben minden nevelési-oktatási intézményben elérhető egészségügyi alapellátás a gyermekek és tanulók részére (42. § 3/c.). Az iskolaorvos és a védőnő önálló feladatkörrel végzi teendőit, de egymást kiegészítve. Az iskola-egészségügyi ellátás szakembereinek feladatait, az orvosi és az iskolavédőnői – ifjúsági védőnői teendőket a 2015. évi CXXIII. törvény - az egészségügyi alapellátásról részletezi. Az egészségügyi alapellátás hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos ellátás melyben mind az egyéni (gyógyítás, gondozás, rehabilitáció, egészségi állapot figyelemmel kísérése, egészségügyi felvilágosítás, nevelés, egészségfejlesztés, egészségtervezés támogatása), mind a közösségi ellátás (betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás) biztosítása megjelenik (1. § 1-2.). Az egyéni ellátásba az egészségügyi törvényben megfogalmazott cselekvéseken kívül megemlítődik új elemként az egyéni egészségtervezés. Igaz, egészségtervezés megfogalmazódik az egészségügyi törvényben is, de csak közösségi, térségi tervezés kapcsán, a helyi önkormányzat feladataként. Az egyéni egészségtervezés az egyéni ellátás keretén belül a szükségletek felmérését követően egészségkép készítése, a mindennapi élet színterein való tervezés, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló interszektoriális cselekvési program, az adott egyén egészségi állapotának javítása érdekében (Füzesi et al., 2015). Az alapellátás keretébe tartozó iskola-egészségügyi ellátás feladatvégzése kétirányú egyéni és közösségi ellátás, legfőbb célja az egészség érdekében annak megőrzése és fejlesztése.

Napjainkban az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet szabályozza minden köznevelési intézményre kiterjedően a nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevő gyermekek, fiatalok egészségügyi ellátásának mindennapi feladatvégzését. A teendőket team munkában az ellátandó diákok létszámának függvényében rész-, vagy teljes munkaidejű iskolaorvos és védőnő végzi szoros együttműködésben az iskola dolgozóival, szülőkkel, és további ágazatokon belüli és közötti intézményekkel (2. §, 4. §. 1.). Az iskola-egészségügyi ellátás tevékenységeinek sarokpontjai az idők folyamán változatlanok maradtak: megelőző jellegű feladatok (a tanulók szűrővizsgálatai, fogadóórák, járványügyi feladatok), betegellátással kapcsolatos teendők (elsősegélynyújtás, krónikus beteg gyerekek folyamatos gondozása), szakértői döntéshozatal (testnevelési besorolás, pályaalkalmassági vizsgálatok) és oktatás, egészséges életmódra nevelés (szülők, diákok, pedagógusok részére) (Karácsony, 2018.).

Az 1997. évi egészségügyről szóló CLIV. törvényben megfogalmazottak szolgálnak útmutatóul minden egészségügyi szolgáltató számára, ezen kívül minden egészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységre is (4. § 1.). A törvény együttműködést fogalmaz meg az egészség megőrzésében, fejlesztésében és helyreállításában, az egészségügyi ellátórendszer prioritása helyett. Cselekvés csak nemzeti szinten valósítható meg, melyben az egészségügyi szervezet kiemelt partnerei a szociális ellátórendszer, a környezetvédelem, a politikai szektor, valamint az egészségre orientált társadalmi gyakorlatok (1997. évi egészségügyről szóló CLIV. törvény bevezető rész). Társadalmi gyakorlat alatt érthetjük például az oktatási intézmények, civil szervezetek, állami intézmények, egyéb szervezetek egészségfejlesztésre irányuló tevékenységeit. Az egészségügyi ellátás fő profilja a gyógyítás, de emellett teendője még az egészség fenntartása, fejlesztése is. A jogszabály szövegében több helyen is elsőként kerül megfogalmazásra az egészség megtartása, fejlesztése, majd defektusok, deficitiek esetén az egészségi állapot visszaállítása, mely a teendők felsorolása egyben rangsorként is értelmezhető. A fejlesztés elsődlegessége mellett valamennyi cselekvési terület együttes megvalósulása jelenik meg az egészségügyi ellátások mindennapi gyakorlatában. Az iskola falain belül megvalósuló iskola-egészségügyi feladatok jelentős része a népegészségügyi teendők közé sorolható, ágazatok közötti együttműködés révén, interszektoriális feladatellátással, több szervezet közös munkája által (Ádány, 2011). A népegészségügyi feladatellátás körébe tartozó cselekvések *„állami és önkormányzati szervek, gazdasági, civil szervezetek, valamint egyének*

részvételével megvalósított, elsősorban lakossági csoportokat, közösségeket célzó tevékenység, az egészség védelme és fejlesztése, a betegségek, sérülések és rokkantság megelőzése érdekében,².

Az egészségügyi törvényben az egészségfejlesztés tevékenységi területei (37. § 2.) az 1986-ban megjelent Ottawa Chartában megfogalmazottaknak feleltethetők meg. Az előbbiekről az egyén képessé válik saját erőforrásait megfelelő hatékonysággal mozgósítani, felhasználni és saját egészségi állapotát a legmagasabb szinten megvalósítani. Az egészségügyi törvényben megjelenített egészségfejlesztési tevékenységi területek az Ottawa Charta logójában (1. ábra) közvetítettekkel azonosak.



1. ábra. Az egészségfejlesztés emblémája (Kósa, 2010., 4.)

Ez az embléma 1986-ban, az Ottawában tartott első nemzetközi egészségfejlesztési konferencián jött létre, melyet a további konferenciák megerősítettek apróbb módosításokkal. A piros színű külső kör az építmény, a bástya, ami körbe fogja a többi feladatot, az alapot képviseli, a politikai irányelveket, célkitűzéseket. A kör az egészséget támogató szakpolitikai irányelvek megfogalmazását, a politikai tevékenység egybe tartó egységét jelenti. A kör három szárnyat foglal magába, amelyek kulcsfontosságú cselekvési területeket ölelnek fel. A felső szárny, a közösségi cselekvés erősítése és a személyes készségek fejlesztése. Ez a szárny megtöri a kört, szimbolizálja azt, hogy a társadalom, a közösségek, valamint az egyének folyamatosan változnak, melyre a szakpolitikai területnek folyamatosan reagálnia kell és fejlődnie ahhoz, hogy kövesse ezeket a változásokat. A középső szárny az egészséget támogató környezet

²1997. évi CLIV. törvény egészségügyről 35. § (1)

kialakítását és fenntartását jelenti, az alsó szárny pedig az egészségügyi ellátó rendszer megelőzés központú áthangolását a betegségek megelőzése és az egészség elősegítése érdekében. A körön belüli kerek folt jelenti a három alapvető egészségfejlesztési stratégiát, hosszabb távú cselekvési tervet, amelyre szükség van és alkalmazni kell minden egészségfejlesztési akció során, ami az egészség előmozdítására, lehetővé tételére, közvetítésére és érdekképviselésére irányul (képessé tesz, pártol; támogat, közbenjár; közbelép, beavatkozik) (Health Promotion Glossary, 1998.).

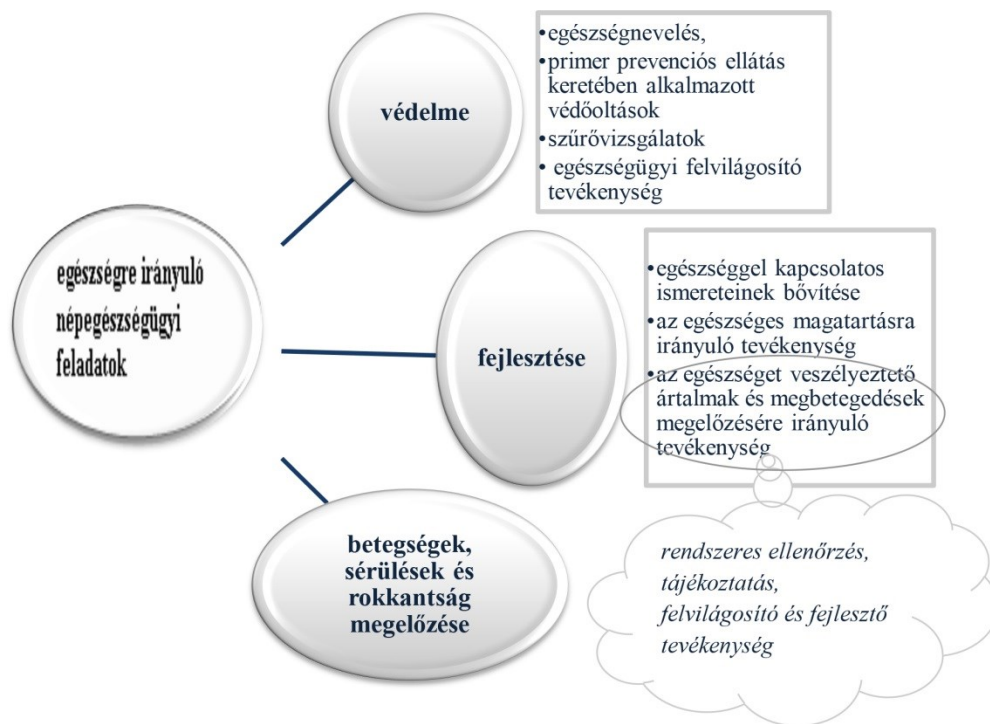
Összességében a logó azt az elképzelést tükrözi, hogy az egészségfejlesztés átfogó, koherens és integrált módon alkalmazza a különböző stratégiákat és módszereket. Az Ottawa Charta emblémájának tartalmi mondanivalójából az egészségügyi törvényben az egészségfejlesztés cselekvési területei jelennek meg, de a stratégiák már nem. A 'mit kell tenni' kérdésre választ kapunk, de hogy 'hogyan tegyük', arra vonatkozólag már nem ad útmutatót az említett jogszabály, szemben az Ottawa Charta jelképével.

Az egészségfejlesztés összetevői pontosan megjelennek az egészségügyi törvényben: „*a lakosság egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítésére, az egészséges magatartásra, az egészséget veszélyeztető ártalmak és megbetegedések megelőzésére irányuló tevékenység*”³. A megelőzés a jogszabály értelmében a kockázati tényezőkre, a veszélyeztető ágensekre irányul: azok azonosítására, csökkentésére, kivédésére, elkerülésére, megismertetésére, hogy a velük szembeni ellenálló képesség fokozódjon, vagy azokat egyensúlyban lehessen tartani. „*Az egészségkárosító hatások megelőzése rendszeres ellenőrzési, tájékoztatási, felvilágosító és fejlesztő tevékenységen alapul*”⁴.

A korábban említettek alapján az egészségügyi törvény 35. § (1) bekezdése a népegészségügyi tevékenység keretébe sorolja a megelőzés és fejlesztés mellett az egészség védelmét is. Az utóbbi teendő eszközeinek megfogalmazása is megjelenik a jogszabályban, melyek a következők: egészségnevelés, primer prevenciók ellátás keretében alkalmazott védőoltások, szűrővizsgálatok és az egészségügyi felvilágosító tevékenység. Még érdemes megemlíteni, hogy mit ért az egészségügyi törvény (38. § 4.) egészségnevelésen. Egyrészt az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek közvetítését, másrészt a kóros állapotok megelőzését, felismerésükben az egyén és a közösség felelősségét. Az egészségügyi törvényben megfogalmazott, az egészségre irányuló népegészségügyi feladatokat foglalja össze a következő 2. ábra.

³1997. évi CLIV. törvény egészségügyről 37. § (1)

⁴1997. évi CLIV. törvény egészségügyről 36. § (3)



2. ábra Az egészségügyi törvényben megfogalmazott, az egészségre irányuló népegészségügyi feladatok (saját szerkesztés)

Az egészségi állapotra irányuló egyéni, közösségi felelősségvállalás mellett az egészségügyi törvényben megjelenik az állam felelőssége is, az alapvető feltételek, az ellátórendszer biztosításával és az egészséges életmód választását elősegítő ismeretek oktatási rendszerbe történő integrálásával (141. §, 38. § 1.). Az egészségi állapot javítására irányuló ellátásokat a helyi önkormányzat is jelentősen segítheti kezdeményezésével, aktív szerepvállalásával, támogatásával az egészségfejlesztési színtereken (152/A. §), így az iskolákban is. Az egészségügyi törvény alapján az oktatás – nevelés valamennyi szintjét érintően a főbb ismeretkörök: az emberi szervezet felépítése, működése; a környezet; az egészséges életmód (egészséges táplálkozás, rendszeres testmozgás, a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás mellőzése); a személyi higiénés és mentálhigiénés ismeretek; a testmozgás és a sport; a nemi érintkezés útján terjedő betegségek megelőzése, kezelése; szűrővizsgálatok; a szenvedélybetegség, a rázkodás elkerülésének módja; az elsősegélynyújtás elmélete és gyakorlata; az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele; az egészséggel összefüggő etikai ismeretek (38. § 1.). A jogszabály alapján a pedagógusok esetében az előbbi témakörökhöz kapcsolódó információhalmaz elsajátítását várják el a képesítési követelményükben meghatározottak szerint (38. § 6.). Ugyanakkor az egészségügyi

dolgozóktól aktív, cselekvő feladatvégzést várnak el az egészségi állapot javítása érdekében végzett valamennyi teendő esetében (38. § 5.).

A népegészségügy feladatai között még érdemes megemlíteni, hogy szabályozza az embert körülvevő környezetet, munkakörülményeket, az egészséges élet-, gondozási, nevelési, oktatási és munkakörülményeinek feltételeit is (36. § 1).

Az egészségügyi törvény iránymutatásul szolgál a köznevelés számára is az egészség fejlesztésére, védelemére, megelőzésére irányuló tevékenységek megvalósításában. Az előbbi feladatok végzésében részt vevő partnerek köre széles, de közöttük az interszektoriális együttműködés mellett interprofesszionális feladatellátásnak is meg kell jelennie az intézmények szolgáltatásainak, munkájának, összehangolása révén.

Az iskola-egészségügyi szakemberek edukációs feladatai az oktatási intézmény valamennyi elsődleges aktorát érintik; egészségügyi információk közlését a szülőkkel, pedagógusokkal és részvételt az iskolai egészségtan oktatásban (26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 2. és 3. sz. melléklete). Az iskolaorvos számára kiemelt terület az önvizsgálattal kapcsolatos alapismeretek tanítása. A védőnők egészségtan oktatásában is megfogalmazásra kerültek konkrét ismeretkörök; az önvizsgálattal kapcsolatos tudás átadás mellett megjelenik az egészséggel kapcsolatos alapismeretek (személyi higiéné, egészséges életmód, betegápolás, elsősegélynyújtás), a családtervezés, a fogamzásgátlás, a szülői szerep, a csecsemőgondozás és a szenvedélybetegségek megelőzése. Az előbb vázoltak alapján jól látható, hogy az iskolaorvoslás kezdetén megvalósult egészségügyi felvilágosító tevékenység feladatkörei, érintettei is jelentősen bővültek a fogalmi változások tükrében újjászervezett egészségfejlesztés révén.

A pedagógusok a tanulók testi és lelki egészségnevelésére irányuló főbb kiemelt területeit a Nemzeti Alapterv tartalmazza, melyek a következők: a helyes táplálkozás, a mozgás, a stresszkezelés, a lelki egészség, a káros függőséghez vezető szokások megelőzése. Az iskola feladata: *„a családdal együttműködve a tanulók felkészítse az önállóságra, a betegség-megelőzésre, továbbá a szabályok betartására a közlekedésben, a testi higiénében, a veszélyes körülmények és anyagok felismerésében, a váratlan helyzetek kezelésében”*.⁵

⁵ 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról I.1.1. Fejlesztési területek - nevelési célok

Az iskolákban a gyermekek, a tanulók kötelessége a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvényben foglaltak értelmében, hogy *„óvja saját és társai testi épességét, egészségét; a szülő hozzájárulása esetén részt vegyen egészségügyi szűrővizsgálaton, elsajátítsa és alkalmazza az egészségét és biztonságát védő ismereteket, rendszeres egészségügyi felügyeletben és ellátásban részesüljön”*.⁶ A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII.31.) EMMI rendelet a tanulók egészségének, biztonságának védelmével kapcsolatos feladatokat részletesen tartalmazza. *„A teljes körű egészségfejlesztés célja, hogy a nevelési-oktatási intézményben eltöltött időben minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszerszerűen működő egészségfejlesztő tevékenységekben”*.⁷ Különösen hangsúlyos területek az egészséges táplálkozás, a mindennapos testnevelés, testmozgás, a testi és lelki egészség fejlesztése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzése, az egészségismeretek széles körének készség szintű elsajátítása (128. § 3.). Ez alapján készült el a teljes körű iskolai egészségfejlesztés szakmai koncepciója, mely a szakpolitikai stratégiai irányokkal egyetértésben a döntéshozók és az iskolák dolgozói számára a változási folyamatot elősegítő célokat és a gyakorlatban alkalmazható beavatkozási és intézkedési javaslatokat tartalmazza (Solymossy, 2016.). A pedagógusoknak fontos szakmai partnerei az iskola-egészségügyi szolgálat munkatársai az iskolai egészségfejlesztő programok elkészítésében, de kiválasztásában is (128. § 6-8.). Az egészségfejlesztés komplex tevékenység, összetevője az egészségügyi felvilágosítás, az egészségnevelés, az egészségtanítás, a primer prevenció, és a mentálhigiéné (Benkő, 1999.) Az egészségfejlesztés többféle szintéren megvalósuló, folyamatos cselekvés, melynek előfeltétele az oktatás, biztos jövedelem, társadalmi igazságosság, kulturális háttér (Verses et al., 2007.). Az iskolában a megelőzés feladata nemcsak az egészségügyé kell, hogy legyen, igen is fontos a pedagógusok ismeretközvetítése, mélyítése, példaadó szerepe, emellett az adott környezet értékadó funkciója is (Meleg, 1997.) Az egészségfejlesztés az ismeret átadáson, információszerzésen túl viselkedésminták,

⁶ 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 46.§ 1/e

⁷ 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról 128.§ (1.)

magatartásra és életmódra irányuló készségek elsajátítása is, több mint az, hogy hogyan hárítsuk el a betegséget, több mint ismeret, melynek legkorszerűbb módszere az egészségfejlesztő projektek alkalmazása (Benkő, 2010.).

Az egészségfejlesztés az 1980-as évektől kezdett elterjedni párhuzamosan az egészség fogalmában bekövetkező paradigmaváltozással, amikor egyre inkább felismerték, hogy egészségnevelés révén az egyének nem lesznek képesek megváltoztatni hosszútávon és tartósan saját maguk és tágabb környezetük egészségmagatartását (Kósa, 2010.). Az egészségfejlesztés aktív, cselekvő, pozitív tevékenység, mivel szándékai, akarata ellenére senkinek sem fejleszthető az egészsége, partnerséget, részvételt, személyes felelősséget vár el az egyéntől (Meleg, 2006., a.; Benkő, 2009.). A fejlesztés szó már maga is növekedést jelent, egy folyamatot, élethosszig tartó fejlődést (Benkő, 2003.), melyet az egyének is akarnia kell, motiváció szükséges hozzá. Feltételezi a megfelelő ismeret birtokában az öntevékenységet, az önkontrollt, ami csak akkor lehetséges, ha az egészségforrásait is ismerjük és nem csak a veszélyeket. A gondolkodás középpontjába a betegség-központúság helyett az egészség-központúság kerül. Az egyének, közösségek képessé válnak saját egészségük fenntartására, ellenőrzésére, ezáltal lehetőségük van egészségi állapotuk és életminőségük irányítására, módosítására, javítására. Az egészség tehát, mint a mindennapi élet erőforrása, mind társadalmi és mind egyéni erőforrás (Kishegyi et al., 2004.). Ez a feladat elképzelhetetlen a tágabb környezet, társadalmi háttér ismerete és együttműködése nélkül. Az egészségfejlesztést Simonyi gyűjtőfogalomként említi, melybe minden olyan tevékenység beletartozik, ami nem a betegségek kezelésére, nem terápiás céllal történő egészség javítására szolgáló módszer (Simonyi, 2004.). Így ez már nemcsak az egészség oktatása, nevelése lesz, melynek birtokában fejlődni lehet, hanem ez már információátadáson, a felvilágosító tevékenységen túlmutat, tudatos pedagógiai munkálkodást feltételez. Az elmúlt több mint száz év során paradigmaváltás történt az egészséggel kapcsolatos ismeretek átadása, közvetítése során az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. Az egészség = egész-ség félrevezető lehet, ami egy stabil, kész, befejezett „egész” állapotot fejez ki, úgy tűnhet, hogy egész, egészséges, akkor már nem is kell tenni és nincs is mit tenni az egészségért (Tóth, 2014.). A felvilágosítás során is teljesen kész, egész egészségről beszélhetünk, mivel a betegségeket, káros folyamatokat előidéző tényezők kerülnek a fókuszba, illetve az ismerteket pontosítja, kiegészíti, megmagyarázza. Az egészségnevelés során is egész-egészséggel állunk szemben, szintén a veszélyeztető tényezőkre figyelmeztet,

kórokokról, a betegség elkerüléséről beszél, illetve arról, hogy ezek a folyamatok milyen szokásokkal kerülhetők el, védhetők ki, vagy éppen szüntethetők meg. Az egészségfejlesztés esetén már az elnevezés is utal rá, hogy van egy egész, ami nem teljes, nem kész állapot, lehet fejleszteni, növekedés érhető el, cselekvést kíván, folyamatosság jellemzi. Az egész, ami nem teljes, erre a lapra írható, és az sem mindegy hogyan és mit; többféle tartalommal, színnel tölthető meg.

Az egészség fenntartása, fejlesztése folyamatos reflektálást, változásokhoz való alkalmazkodást, fejlődést vár el az egyéntől. Az egészségmagatartás formálása szervezetfejlesztésen keresztül valósítható meg, egészséget tükröző légkör, feltételek által és az adott szervezetben lévő és ahhoz kapcsolódó személyekkel közösen az iskola pedagógusai, alkalmazottai, az iskolában tevékenykedő egészségügyi szolgálat, az egészségfejlesztő szakemberek együttes, egy irányba haladó aktív tevékenysége által, melynek legfőbb partnerei a tanulók szülei és tágabb családja (Meleg, 1997.; Benkő, 2010.). De az adott szervezeten túl team munka, a különböző tudományterületek tevékenységének összekapcsolódása egy célért, az egészségért (Kósa, 2005.; Pál et al., 2012.), társadalmi törekvés és beavatkozás is egyben. Tudatosságot, tervszerűséget kíván meg kormányzati szinten is.

A védőnői szolgáltatás rendszerében jelentős szerkezeti változás történt 2005. január 1-én, a területi védőnők feladatkörébe tartozó iskolás tanulók gondozása a nagyobb városokban átkerült a főállású iskolavédőnők ellátásába, iskolavédőnői állások létrehozásával, átcsoportosításával. Ebben az évben a strukturális átalakulás következtében a főállású iskolavédőnők száma 375-ről 907-re emelkedett (Odor, 2010.). Az iskolavédőnői specializáció kiterjesztése eredményesebb, hatékonyabb munkát tett lehetővé. A tanulók, a pedagógusok, a szülők számára is elérhetőbbé váltak az iskolában a rendszeresen jelenlévő védőnők, valamint az akut és krónikus egészségügyi ellátás folyamatossága is biztosítottá vált. Az előbbieket mellett az iskolavédőnők az egészségtan oktatásba, az iskolák egészségfejlesztő tevékenységébe is aktív szakmai partneri szerepet tudtak vállalni. Azon szakemberek körében, akik nap, mint nap az iskolás korosztály és kimondottan a serdülő korosztály fejlődési sajátosságaival és nehézségeivel találkoztak, nagymértékű szenzitivitás, problémaérzékenység tudott kialakulni azon korosztály irányába, akik olyan életszakaszba értek, melyet leginkább a változás és kihívásokkal való szembenézés jellemez.

Az iskola és az egészségügy együttműködése az iskola valamennyi szereplőjének, egész egészségét érinti, a humán és tárgyi környezetet is, a mindennapokban

mindenkinek van/lesz feladata ebben: a tanulónak, a szülőnek, az iskola valamennyi dolgozójának, a társszakmák szakembereinek is. Az egészségfejlesztés komplex, hosszú távú folyamat, feladata a képessé tétel az egészség választására; az egészségérőkre fókuszál, az egészség választását előmozdító tettekre sarkall, melyeknek szükséges megjelennie az iskola mindennapjaiban, a tanórán kívül is nyíltan, vagy áttételesen egyaránt (Petóné Csima, 2011.; Somhegyi, 2012., a.; Somhegyi, 2012., b.). Ezenkívül a helyi közösségekbe ágyazottan, a helyi állapotokra épülve, több szektor bevonásával, több szintéren, több beavatkozási ponton, koordináltan megvalósuló tevékenység (Járomi et al., 2017.). Az iskola-egészségügyi ellátás a komplex teljes körű iskolai egészségfejlesztés egy fontos láncszeme a jelenben, és lehet a jövőben is, melynek eleme az egészségnevelés, egészségügyi felvilágosítás is. Az iskola-egészségügyi ellátás a preventív – kuratív ellátás egységére épülő tevékenység, az iskola mindennapjaiba való jelenlét és ellátás az egészségi állapot javításáért, fenntartásáért, fejlesztéséért az egyének és a közösségek megszólításával, bevonásával; alapköve az együttműködés, a folyamatosság, az állandóság, a hosszú távú kapcsolat.

2.4. Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás kialakulásától napjainkig, felvilágosítástól a fejlesztésig – összegző gondolatok

A történelem folyamán látható, hogy régen, de ma is, a közegészségügy, és a köznevelés együttes szabályozásával érhető el a gyermekek egészségének a fejlesztése, mely állami szintű szabályozások révén valósulhat meg, de fontos az ehhez szükséges gazdasági feltételek biztosítása, a működést meghatározó megfelelő iránymutatás és a feltételrendszer biztosítása is. Ennek hiányában látható volt, hogy a kezdeti lépésektől egészen 1975-ig jelentős különbségek és hiányok mutatkoztak az iskolák népegészségügyi feladatainak megvalósulásában, mind a település típusa, mind az iskola szintje alapján. Ahol a legnagyobb szükség lett volna, ott voltak a legnagyobb hiányok. Emellett a tanulók egészségének megtartására, fejlesztésére kialakult, újszerűnek számító orvoslás – közegészségügy - egészségpedagógia hármas feladatrendszere nehezen tudott meghonosodni, kezdetben a jogszabályok keletkezésének időeltolódásai miatt a komplexitás felaprózásának látszólagos megjelenését keltve, másrészt a pedagógusok idegenkedése az új intézményrendszertől és annak feladataitól. De magának az iskola-egészségügyi rendszernek az érését is jelezte a névváltozás (iskolaorvoslás, iskola-egészségügy), majd a differenciálódás

(ifjúság, iskola-egészségügy), illetve az egyszemélyes feladatvégzéstől eljutottunk a team munkáig (orvos, védőnő, pedagógus, további szakemberek).

A népegészségügyi beavatkozások változásaival párhuzamosan módosultak az iskola-egészségügyi rendszer feladatai is. A népegészségügy életre hívását a klasszikus népegészségügyi intervenciók idézték elő: a fertőző betegségek visszaszorítása, a környezeti higiéné megteremtése. A második jelentős állomás a népegészségügy rendszerében, ami próbatételt jelentett, az orvostudomány, a technika, a kommunikáció fejlődése, a közlekedés révén kialakuló nagyobb mértékű mobilitás. A világháborúk után az életmóddal összefüggő betegségek jelentettek nagy kihívást, majd ezt követően az előzőekkel együtt napjainkban is kiemelkedő népegészségügyi probléma a kockázati tényezők által indukált megbetegedések, valamint az egészség egyenlőtlenségek kezelése. A népegészségügyi beavatkozások jelenlegi irányvonala, a bizonyítékokon alapuló gyakorlati cselekvések kidolgozása, a kulturális különbségek által determinált viselkedésmódok formálása, illetve lokális szinten a közösségek tagjainak támogató segítése az egészséges viselkedés előmozdítása érdekében (Járomi et al., 2015.). Napjainkban még inkább igény mutatkozik az iskolákban a komplex népegészségügyi feladatellátásra a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető egészségvesztés előidéző betegségek számának emelkedése miatt. Az egészségpedagógiai feladatok is átalakuláson mentek át, a felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. A XXI. század iskola-egészségügyi szakemberei a XIX. század végi egészségügyi felvilágosítással és az 1950-es évektől az egészségnevelési feladatokkal együtt, majd az 1980-as években az egészségfejlesztéssel bővülve módszertanilag megújulva, szakmai tartalmakkal kiegészülve az iskola-egészségügyi ellátás valamennyi feladatkörét magába foglalóan végzik az iskoláskorú tanulók teljes körű egészségfejlesztését. Az egészségügy és az iskola együttműködése az iskola valamennyi szereplőjének egészségét érinti, a humán és tárgyi környezetét is, a mindennapokban mindenkinek van/lesz feladata ebben: a tanulónak, a szülőnek, az iskola valamennyi dolgozójának, a társszakmák szakembereinek, a helyi döntéshozóknak, a helyi közösségeknek.

Egészségnevelés folyik a tanintézetek falai között, amit az egészségfejlesztés elemének tekintünk (Ewles et al., 1999.) és az egyénre ható tevékenységei bővülnek az egészségfejlesztés által - társadalmi, gazdasági, környezeti tényezők támogatása révén, az egészséget előmozdító életmódot segítve elő (Métneki, 2001.). Az egészségfejlesztés pedig, melynek legfőbb célja a köznevelési intézménybe járók egészségmagatartásának formálása (Petőné Csima, 2011.), egy egységes fogalom, melyben benne foglalják a

felvilágosítás és az egészségnevelés (Benkő, 2003.). Az egészségfejlesztés komplex folyamat, feladata képessé tétel a teljes egészség választására, elérésére.

Az egészség, mint az egyik legfontosabb érték, az iskolában eltöltött évek alatt erősödik vagy gyengül és válhat a felnőtt élet előnyévé, melynek formálásában az iskolában dolgozó szakemberek mellett az iskola-egészségügyi szolgálat munkatársai is, mint a népegészségügyi feladatok végrehajtói, őrői is közreműködnek. A népegészségügyi feladatok módosultak, bővültek, a megvalósításában szerepet játszó személyek, a tevékenység megnevezése is változott az idők folyamán, de az iskolai jelenléte meghatározó a jelen és jövő nemzedékének egészsége szempontjából.

„Az egészség nem aszkétizmus, nem lemondás az életörömeiről, hanem az egyén saját maga és közössége életének örömteli kibontakozásához ad lehetőséget” (Métneki, 2001., 243.). Az egészség nap, mint nap folyamatos feladat, cselekvés, megőrizni, fenntartani, megóvni, megerősíteni, támogatni, oktatni, nevelni, fejleszteni kell az iskolában.

3. Iskolai színtér szerepe az egészségfejlesztésben

A tankötelezettség lehetőséget teremt minden gyermek elérésére az egészség formálása, fejlesztése tekintetében is. A gyerekek mindennapjaik jelentős részét az iskolában töltik, távol a családi - esetlegesen negatív mintát közvetítő - környezettől. Az iskolás korosztályt, de azon belül a serdülőket kimondottan sok próbatétel éri és az ezzel együtt járó nehézségek, beleértve a növekvő elsajátítandó ismeretekből eredő elvárásokat, a családdal és társaikkal való kapcsolatok megváltozását, valamint az éréshez kapcsolódó testi, lelki, kognitív és érzelmi átalakulást. Ezeket az éveket, de kimondottan az élet második évtizedét fokozottabb autonómia jellemzi, melyben az önálló döntéshozatal jelentősen befolyásolja az egészséget, az egészségmagatartást is és meghatározza majd a felnőttkori egészségi állapotot. Ezen átmeneti időszak pszichoszociális dimenziója nagyon fontos, amikor a serdülők többirányú és kiemelkedően fontos fejlődésen mennek keresztül, amely felkészíti őket a felnőttkorra. Az állandó változáshoz való alkalmazkodás rugalmasságot vár el az egyéntől és az adott helyzethez leginkább illeszkedő egészséget támogató megküzdési stratégia kiválasztását. A válaszok az egészség szempontjából lehetnek adaptívak, de maladaptívak is.

Az iskolákkal szembeni elvárások mind a családok, mind az állam részéről is megnövekedtek. Az iskola sajátos szervezet, mely *„egyszerre mutatja a nevelő páros, a hivatali szervezet, valamint a termelési szervezet vonásait”* (Kozma, 1995., 115.). Az oktatási funkció mellett megerősödött a nevelés, a személyiségfejlesztés, a szocializáció szerepe is. *„Az iskola pontos szabályozottsága következtében magatartásirányító, magatartásformáló szerepet tölt be. Szabályokat, normákat, értékeket közvetít, gyakoroltat és/vagy szankcionál, melyek viselkedési rutinokként, életvezetési szokásokként, mintákként mentalitássá formálódnak”* (Meleg, 2013., 214.). Az iskolai közegben ható ingerek folyamatosak és erősek lehetnek. Az iskola az egészségismeret bővítésén túl sokféle eszközzel élhet az egészségmagatartás protektív tényezőinek alakítása tekintetében, pl. az egészséget támogató szabályok, házirend; az iskolai környezet tisztasága, higiéniéje; prevenció fókuszú egészségügyi ellátás elérhetősége; a közösségfejlesztés erősítése; az iskola dolgozóinak saját egészségéhez való viszonyulása, egészségmagatartása direkt és látens módon is küld üzeneteket a tanulók felé és válhat mintává (rejtett tanterv adta lehetőségek) (Aszmann, 2005.). A szervezett tanítás, a szándékos pedagógiai ráhatások gyakori kísérője a spontán, önkéntelen tanulás, amit az oktató-nevelő intézmény nem tantervszerűen oktat, nincs közvetlen kapcsolatban a tantervi célokkal, nem része a hivatalos tantárgyi követelményeknek. A

rejtett tantervben (implicit tanterv, másodlagos tudás, hidden curriculum) az ismeretanyag közvetítése leginkább a tanuló társak és az iskolában dolgozó felnőttek viselkedésén keresztül történik, s csak ritkán fogalmazódik meg szavakban. A rejtett tanterv erősítheti és gyengítheti is a tudatos pedagógiai interakciókat (Szabó, 1988.), „*olyan tudáselemek gyűjteménye, amelyek az iskola mindennapjainak társas helyzeteit, kapcsolatrendszereit, konfliktus- és problémakezeléseit, a múltat, a jelenre és a jövőre vonatkozó időorientációit jellemzik*” (Meleg, 2015., 63.). Az iskola dolgozói, a pedagógus, az egészségfejlesztő szakember, az iskolaorvos, az iskolavédőnő, a mentálhigiénés szakember, a pszichológus, az iskolai szociális segítő saját egészségéhez való viszonyulása, egészségmagatartása is küld szándékosan és rejtett módon információkat a tanulók felé és modellként szolgálhat.

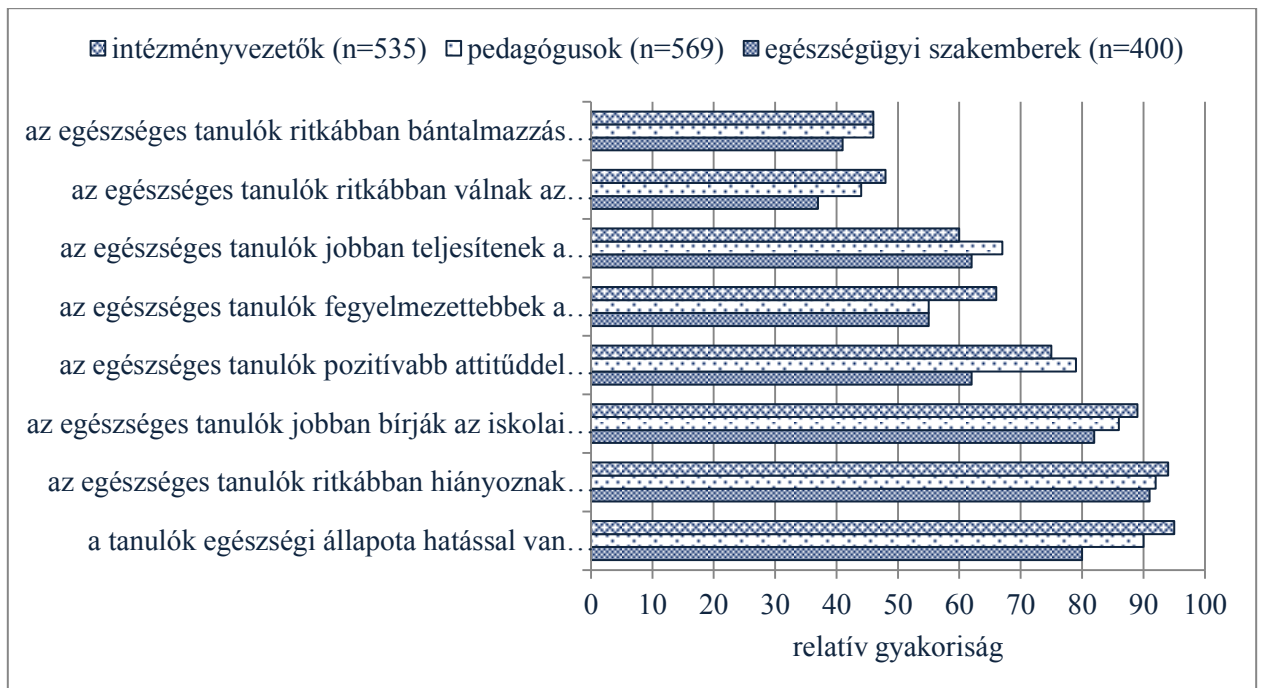
Gyermekkorban a személyiség fejlődése folyamatos, a fiatalok fogékonyak a változásra, az új gondolkodási sémák elsajátítására, valamint a kialakított egészségmagatartás a későbbi életszakaszok egészségében meghatározó lehet, ezért a köznevelés intézményrendszerének kiemelt lehetőségei vannak a lakosság egészségének javításában (Török, 2015.). A világ változásai is befolyásolják a fiatalok életmódját, sok esetben még jobban, mint a felnőttekét.

Az iskola az egészségfejlesztés egyik legköltséghatékonyabb helyszíne, sokszínű, komplex egészségformálásra irányuló programok megvalósításának, az egészséggel kapcsolatos értékek kialakításának is fontos tere. Az egészségügyi problémák jelentős része helyben és jól kezelhető, mert működik, jelen van az iskola-egészségügyi szolgáltatás. Ez a preventív egészségügyi ellátási forma képes olyan környezetet teremteni, melyben az egészségügyi ellátásban meglévő egyenlőtlenségek mérsékelhetők (Aszmann, 2005.).

Az egészséget támogató oktatási - nevelési szervezet növeli a tanulási eredményességet, illetve a jobban tanuló gyermekeknek az egészsége is jobb (Somhegyi, 2016.). A pozitív iskolai hatások védőtenyezők lehetnek az egészség szempontjából, míg a negatív élmények kockázatot jelenthetnek. Vieno és munkatársai kamasz fiatalok körében végzett kutatásának eredményei is megerősítik, hogy az iskolai légkör hatással van a tanulók motivációjára, az iskolával kapcsolatos elégedettség szintjére, a diákok életmódjára és egészségére is (Vieno et al., 2005.). Azoknál a tanulóknál, akik nem szívesen járnak az iskolába, lemaradnak, kimaradnak gyakoribb a lelki problémák megjelenése. Hazai kutatási eredmények alapján az iskola kedvezően hathat a tanulók egészségére, azoknak a diákoknak, akik jobban tanulnak, magasabb az

élettel való elégedettségük, kevesebb szubjektív egészségügyi panaszt említenek és az egészséget veszélyeztető magatartásformák is kisebb mértékben jelennek meg, pl. a dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás (Márványkövi et al., 2013.; Németh et al., 2016.).

A magyar köznevelési intézményekben végzett iskolai egészséges életmód kutatásban megkérdezett szakemberek szubjektív véleménye is összecseng a fentebb említett felmérések által mért eredményekkel, miszerint a tanulók jó egészségi állapota pozitív hatással van a diákok tanulmányi eredményére, stressz-tűrésére és kapcsolatba hozható kisebb mértékű iskolai hiányzásukkal is. A felmérésben megkérdezett pedagógusok, iskola-egészségügyi dolgozók nézete alapján az iskolás korosztály tanuláshoz való viszonyulásával egyenes arányba állítható (75%-62%-ban) az egészségi állapotukkal. A szakemberek felének meglátása szerint kedvezőbb egészségi mutatók esetén a tanulók fegyelmezettebben is viselkednek a tanítási órákon (3. ábra) (Járomi et al., 2016.).



3. ábra Vélemények a megfelelő egészségkultúra hatásáról (Járomi et al., 2016., 33.)

A HBSC felmérés nemzetközi és nemzeti szintű eredményei alapján az iskola megítélése – az iskola kedvelése, az észlelt tanulmányi eredmény – az életkor emelkedésével csökken, kisebb mértékben ugyan, de csökken az osztálytársak észlelt támogatása is, ugyanakkor az iskolai teljesítményszorongás emelkedik. A középiskolai környezet és a fiatalok szükségletei nincsenek összhangban; amikor a fiatalok mélyebb

kapcsolatot tudnának kialakítani a tanáraikkal, a támogató iskolai légkör segíthetné az adaptív magatartásformák kialakulását, pont az ellenkezője történik (Németh et al., 2016.). A középiskola adta lehetőségeken még érdemes dolgoznia a szakembereknek és kiaknázni a további fejlesztési lehetőségeket. Előny, hogy az iskolában a gyerekek egészségmagatartásának megváltoztatását közvetlen vagy közvetett módon felsőfokú képzettség birtokában lévő szakemberek végzik, akiknek egészségismerete, egészségkultúrája kedvezőbb és kedvezőbben is formálható, melyen keresztül is jelentős hatások érhetők el a fiatalság körében (Járomi et al., 2017.). Az iskolák falain belül dolgozó szakembereknek, pl. a pedagógusoknak, az iskola-egészségügyi szolgálat dolgozóinak, az egészségfejlesztőknek kiemelt feladata lehet az egészségmegőrző utak választásának segítésében. A köznevelés és az iskola-egészségügy szakembereinek együtt kell dolgozniuk.

4. Erőforrások szerepe az egészségfejlesztésben – Antonovsky szalutogenetikus egészség szemlélete

A XIX. század előtt a vezető halálokok közt szerepeltek a fertőző, járványos betegségek, melyek a XX. század közepére visszaszorultak az orvostudomány diagnosztikus, terápiás fejlődése, és a higiénés ismeretek kiteljesedése és alkalmazása által. A bekövetkezett változások a betegségek csökkenését, az egészségi állapot jelentős javulását segítették elő. Az egészség irányába mutató pozitív tényezők jelentős mértékű növekedése mellett a morbiditási adatok csak kismértékben csökkentek. A betegségspektrum átalakulása az okok magyarázatát a kórokozó elmélettől az életmód és a magatartás, mint kóroki tényező felé indította el. Az egészségnek és betegségnek az egymáshoz való viszonyát ma már egyre inkább az egészségből kiindulva határozzák meg. Ilyenkor az egészséget, mint a környezet és az emberi szervezet közötti dinamikus egyensúlyi állapotot veszik figyelembe, és azt is mérlegelik, hogy az egyensúlyt veszélyeztető belső vagy külső károkat mennyire képes az adott személy elhárítani. Az említett pozitív egészségfogalom egyik jelentős irányzata az Antonovsky által kidolgozott szalutogenetikus modell.

4.1. Antonovsky szalutogenetikus modellje

Aaron Antonovsky amerikai származású, Izraelbe emigrált orvos-szociológus, aki nagyon jól ismerte a társadalmi viszonyok hatását az emberek egészségére, felhívta a figyelmet a társadalom felelősségére is. Az 1960-as évek vége felé érdeklődése a patogenezistől a szalutogenezis felé fordult. Antonovsky munkáját nehezítette, hogy a patogenezis túlságosan mélyen gyökerezett a gondolkodásban. Az 1970-es években Antonovsky felteszi azt a kérdést: mi teszi az embereket egészségessé? Antonovsky megpróbálta megtalálni a megoldást az előbbi kérdésre, miért lehet, hogy egyes emberek, a súlyos stressz helyzetek és a súlyos nehézségek elviselése után is, egészségesek maradnak, míg mások nem. Hogyan lehet, hogy egyes emberek képesek, míg mások képtelenek irányítani életüket? A feltett kérdésre, az egészség (saldo) eredetére (genesis) 1979-ben 15 év munkáját követően született meg a válasz: az egészség eredete a koherencia érzet (KÉ; sense of coherence SOC). Antonovsky szerint a SOC az egyén irányultsága, mely globálisan az élet minden területére kihat: egyrészt „a külső-belső környezetből érkező ingerek kiszámíthatóak, megmagyarázhatóak,

másrészt erőforrások mozgósíthatók a megoldás érdekében, harmadrészt kihívást jelentenek” (Balajti et al., 2007., 148.). Antonovsky véleménye szerint a feszültséggel teli helyzeteket, a stresszt, a kríziseket, nem elkerülni kell, hanem tudni kell vele bánni, megszelídíteni, kezelni, melyek élettapasztalatot generálnak, ami növeli az Általános Rezisztencia Erőforrásokat, magasabb koherencia – érzetet eredményez és elősegíti a személyiségfejlődését. Antonovsky elméletében a KÉ mellett még megtalálhatók az Általános Rezisztencia Erőforrások (ÁRE; Generalised Resistance Resources GRRs) melyek a koragyermekkortól kezdve a mindennapok pozitív megtapasztalásai révén fokozatosan alakítják ki a magas KÉ-t (Hakenen et al., 2007.).

A szalutogenezis, az egészség eredete, stressz-orientált koncepció, amely az erőforrásokra összpontosít, ami fenntartja és javítja az egészséget. Az egészség attól függ, hogy az egyén mennyire képes megküzdeni a szervezetre ható külső erőkkel, körülményekkel, veszélyeztető környezeti hatásokkal, a stresszorokkal, mennyire képes a szubjektív egészségérzetét egyensúlyban tartani. Ez adja meg a választ arra, hogy az emberek miért egészségesek a stresszes helyzetek és a nehézségek ellenére is. Ez ellentétes a kórokozó elmélet koncepciójával, mivel ott a hangsúly az akadályokon és a hiányokon van. Az egészség eredetének modellje szerint a védő tényezők, a források kerülnek a középpontba, az adott egyént a környezetével együtt vizsgálja. Általános értelemben a szalutogenezis olyan orientációra utal, melynek a fókuszában az egészség eredetének tanulmányozása áll (Volanen, 2011.). Antonovsky szerint, aki látja saját életének értelmét, az meg is akar és meg is tud küzdeni az élet nehézségeivel, problémáival, észreveszi és érti környezete jelzéseit, ezáltal képessé válik saját testének jelzéseire is figyelni, egészségét megőrizni, védelmezni (Pikó, 2006.). A patogenetikus elmélettel szemben az egészséget nem egy stabil homeosztatisztikus állapotnak tekinti, hanem inkább egy egyensúlyt kereső folyamatnak. Antonovsky szalutogenetikus szemlélete utat nyitott és alapját adta további egészségközpontú téziseknek. George W. Albee a megküzdő képességben, az önértékelésben és a támogató csoportban fogalmazta meg az egészség forrását. Az egyének a nehézségek, a kedvezőtlen előjelek ellenére is igyekeznek megoldani a váratlan helyzeteket, szembenézni a problémákkal, megbirkózni a feladattal. Seligman megfogalmazásában rezilienciaként, tanult optimizmusként jelenik meg az előbbi egészséget támogató képesség (Kelelmen, 2007.). A tanult sikeresség, a tanult erőforrás-gazdagság (learned resourcefulness, learned positive strengths) élményét kell elsajátítani az élet kezdetétől, a csecsemőkortól fogva, aminek alapja a feltétel nélküli bizalom, az együttműködés megélése és

képessége. Az emberek boldogabbak, ha a körülöttük zajló történéseket megértik, megmagyarázhatók számukra és eközben képesek észrevenni a pozitív érzelmeket, örömeiket végül pedig megelégedettséget éreznek (Seligman et al., 2004.). Csíkszentmihályi elmélete alapján az élmények, a flow megtanulása adhat biztos alapot életünk irányításához, melynek központi eleme a kihívás és a képesség egyensúlyának megtalálása. Az egyértelmű célok, a tudatosság segíti a flow élmény átélését, mely az egészség elérését, megtartását támogatja (Csíkszentmihályi, 2001.).

„Antonovsky egészség-megközelítése multidiszciplináris szemléletű, a következő három tudomány egymásmellettisége biztosítja: a medicina, a pszichológia, a szociológia. Az egészségre vonatkozóan egyiknek sincsen a másik fölött vagy előtt prioritása” (Benkő, 2016., 30.).

4.2. Koherencia-érzet jelentése, elemei

A koherencia-érzet globális orientáció, átfogó, tartós, de dinamikus bizalmi érzés; a belső és a külső környezetből származó ingerek az élet során strukturáltak, kiszámíthatók, megérthetők, valamint erőforrások állnak rendelkezésre a megoldáshoz; és az egyén számára érdemes a befektetésre (Vinja et al., 2017.).

A KÉ egy tartós hozzáállásra utal, és meghatározza, hogy az emberek hogyan látják az életet és stresszes helyzetekben hogyan azonosítják és használják Általános Rezisztencia Erőforrásaikat az egészségük fenntartása és fejlesztése érdekében (Eriksson et al., 2007.).

A magasabb KÉ növeli az erőforrások mozgósítását, ami jobb egészséghez és jólléthez vezet, így a KÉ rugalmas, nem pedig egy merev stratégia a feszültséggel teli helyzetek megoldására. A koherencia egy pszichológiai szinten ható immunrendszer, aminek alapja a belső harmónia, egyensúlyi állapot, reményteli hozzáállás a mindennapok kihívásaihoz (András et al., 2016.). A koherencia-érzet az egyén saját tapasztalatai, átélt élményei által segíti az egészség kialakulását, az egyén saját maga tartja kézben az egészségét. Az egészség Antonovsky szerint sokkal több, mint a kockázati tényezők alacsony szintje. A koherencia érzet egyfajta kognitív szinten kialakuló értelmezhetőség (comprehensibility), a magatartás szintjén megnyilvánuló kezelhetőség (manageability), a motivációs szinten megragadható jelentőség – megérthetőség (meaningfulness) (Benkő, 2009.). Az egyén rendezett formában tudja feldolgozni a külső környezetéből jövő ingereket, nem érzi azt, hogy ezek

megmagyarázhatatlanok, így a nehézségek megoldhatók, erőforrások mozgósíthatók és érdemes belevágni a probléma megoldásába. *„A három alkotóelemet, ha prioritási sorrendbe állítjuk, akkor a jelenségek megérthetősége, érdekessége a legfontosabb, másodikként a comprehensibility említendő, végül az előző kettő birtokában, ha hiányzik, pótolhatók az erőforrások, a kezelhetőség érzése”* (Varga, 2005., 19.).

A koherencia-érzet *„nem konkrét megküzdési mód vagy stílus, hanem sokkal inkább annak a képessége, hogy a személy ki tudja választani és alkalmazni tudja a helyzethez leginkább illeszkedő megküzdési stratégiát”* (Konkoly, 2008., 61.).

Az alacsony KÉ esetén a gyakran előforduló negatív életesemények, ingerek megoldhatatlan stresszorként egy lefelé tartó spirállá válhatnak, főként, ha az ÁRE-k hiányosságaival párosul, és ilyenkor a megküzdés kevésbé valószínű, és ez felnőttkorban még jobban fenyegeti a KÉ stabilitását (Hakenen et al., 2007.). Minél nagyobb az egyén koherencia-érzete, a saját élete feletti kontroll érzése, annál nagyobb a lehetősége annak, hogy egészséges marad és annál nagyobb a relatív egészségi státusza az egészség/betegség egyenesen (Lampe et al., 2013.). Az egészség egy folyamatos mozgás a tökéletes egészség (ease) és a betegség (dis-ease) kontinuumán.

4.3. Erőforrások szerepe, fajtái

A koherencia-érzettel összefüggésben a szalutogenezis modelljének kulcsfontosságú elemei az erőforrások, beleértve az általános és a speciális erőforrásokat. Antonovsky az ÁRE-k szintjével magyarázza a KÉ stabilitását vagy változását. Azok a személyek, akik magas koherencia érzettel rendelkeznek változatosabb általános rezisztencia erőforrásokat birtokolnak, melyek valószínűleg jobban tudják segíteni a megoldások keresését negatív élettapasztalatok esetében.

Az általános ellenállás erőforrások (ÁRE-k) megkönnyítik a stresszorokkal való küzdelmet, és erősítik a koherencia-érzetet. Az erős KÉ viszont lehetővé teszi, hogy feszültség esetén bármely helyzetben az egyén elérje és alkalmazza a számára rendelkezésre álló megfelelő erőforrásokat (4. ábra).



4. ábra Általános erőforrások szerepe az egészség elérésében (Mittelmark et al., 2017., 71.)

A feszültség kimenetelét illetően három potenciális reakció jelenhet meg: semlegesség a stresszorokkal szemben, vagy megoldáskeresés, megküzdés a stresszel, illetve megbetegedés, ha az egyén nem tudja kezelni a feszültséget. Olyan események esetén, amelyek nem annyira fontosak, például a napi szóváltás, Antonovsky szerint semlegesek lehetnek az egyén számára, mivel ezek jelentősen nem befolyásolják az egészséget. Ha azonban olyan eseményekről van szó, amelyeket nem tud kezelni az egyén, akkor megbetegszik vagy mobilizálja a körülötte lévő belső és / vagy külső erőforrásokat, megbirkózik a stresszel és az egészség irányába mozdul el (Eriksson, 2017.). Megküzdés esetén a stresszorról való találkozás során az első lépés annak felismerése, beazonosítása, definiálása, majd másodikként a kihívás kedvező megélése, értékelése, a harmadik lépés a stresszorról való szembenézés, mind emocionális, mind kognitív síkon, a negyedik szakaszban a magas KÉ visszajelzést, újraértékelést, a korrekciók kivitelezését indítja el, és ez által válik az élet kínálta feszültség érthetővé, könnyen kezelhetővé. A krónikus stressz (például az oktatás hiánya, a szegénység, a munkanélküliség, a hiányzó szociális kapcsolatok) a legnagyobb kockázatot jelentik és jelentősen gátolják a koherencia-érzetet.

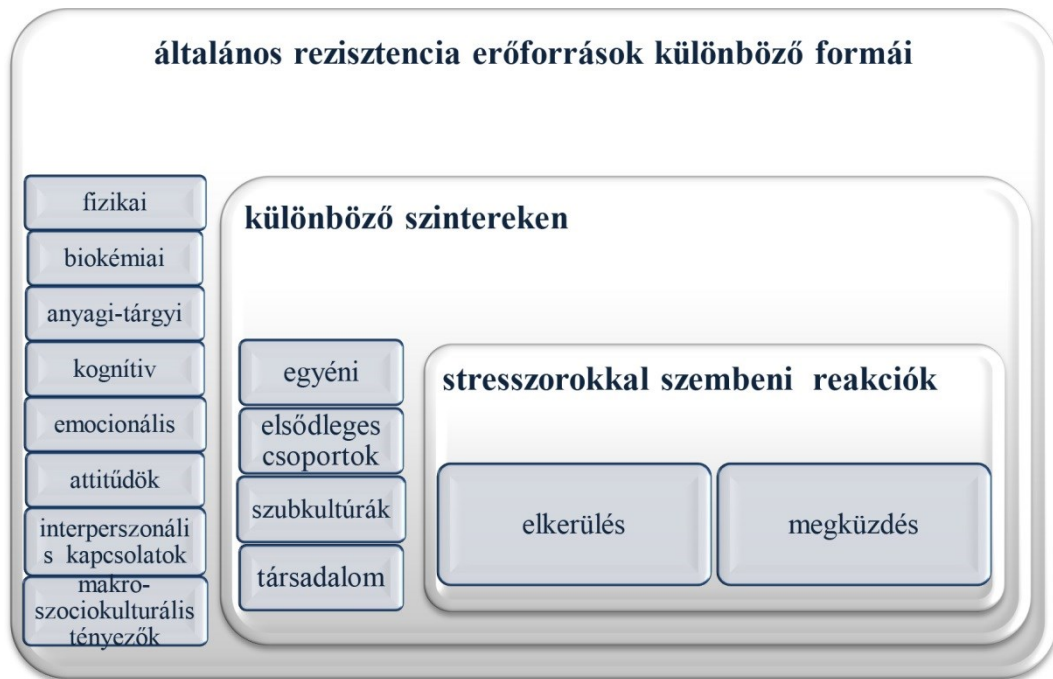
Általános rezisztencia erőforrások lehetnek: egyéni faktorok, valamint származhatnak a környezetből – pszicho-szociális tényezők. Az egyéni erőforrások lehetnek a materiális erőforrások (pénz), a genetikai faktorok - fizikai adottság, a tudás - intelligencia, a hit, a vallás, az éni-identitás (integráns, rugalmas self), a megbirkózási

stratégiák (racionális, rugalmas, előrelátó) és az életfilozófia - megelőző egészségügyi orientáció. A pszicho-szociális tényezők közé sorolható a szociális támogatás, a kulturális stabilitás, a kulturális normák - elkötelezettség és kohézió az egyén kulturális gyökerei iránt, a művészetek, a rituális tevékenységek (stabil válaszok vagy magyarázatok) (Konkoly et al., 2015.). Az erőforrásoknak további csoportosítása is ismert: az első az élettani, biokémiai, pszichológiai, kulturális és társadalmi szinten történő alkalmazkodóképesség, a második a vélt, kézzel fogható kapcsolatok és végül a harmadik az intézményes kapcsolatok az egyén és a teljes közösség között (Idan et al., 2017.).

A kultúra, melyben az egyén éli mindennapjait, szerepet játszik az élethelyzetek alakításában, stresszor és erőforrás is egyben. A kulturális integráció lehet zavartalan - egészségvédő, de lehet az ellenkezője is, kulturális diszkrimináció, mely káros hatásokat indukál. Antonovsky a kultúrának nagy jelentőséget tulajdonít a szalutogenezis modellben (SMH: Salutogenic Mode of Health), támogatást, keretet biztosít tagjainak, szerepeket, csoportos és egyéni kész válaszokat, világos megoldásokat, stabil hátteret ad, erőforrás (Benz et al., 2014.).

Szegénység esetén a rosszabb egészségi állapot nem csak az alacsonyabb egészségügyi ellátásnak köszönhető, hanem a stresszorok állandóságának is, valamint nagyon jelentős, hogy az ebbe a csoportba tartozó egyéneknek kevesebb erőforrás áll rendelkezésükre az élet adta helyzettel való megbirkózáshoz (Vinja et al., 2017.).

Az ÁRE-k legáltalánosabb meghatározása: a személy, a csoport vagy a környezet minden olyan jellemzője, amely elősegítheti a hatékony feszültségkezelést. Az erőforrások szintjének differenciáltsága nemcsak a kihívással teli élethelyzet megoldása esetén mutat különbséget, hanem az adott helyzet által kiváltott, a tapasztalat és annak következményei is eltérőek lesznek a két ember számára (Vinja et al., 2017.). A legfontosabb, hogy az adott egyén képes legyen rendeltetésszerűen használni és újra használni ezeket az erőforrásokat (Rippon et al., 2015.). Az ÁRE-k általánosan jelen vannak az egyén, a csoport (család), a szubkultúra és az egész társadalom szintjén is, mert a megküzdéssel párosuló helyzetek megoldásában elengedhetetlenül fontosak, segítik a kiutak elérését helyzettől függetlenül (Konkoly, 2008.; Eriksson, 2017.) (5. ábra).



5. ábra Általános Rezisztencia erőforrások térképe a feszültségek stresszé történő átalakulásának megelőzésében (Vinja et al., 2017., 32. – saját fordítás)

Az érzelmi közelség megélése, folytonossága, a különféle szintű interperszonális kapcsolatok megtapasztalása, a csoportokhoz való tartozás érzése részt vesz az erőforrások kialakításában, ezen keresztül a koherencia-érzet fejlesztésében. Az érzelmi közelségnek egyéni, családi és közösségi szintjei különíthetők el.

Egyéni szinten legelsőként a kötődést érdemes megemlíteni. Azoknál a gyermekeknél, akik az anyához biztonságosan kötődnek, magasabb KÉ szintet mértek, de további vizsgálatok bizonyították, hogy az apával való biztonságos kapcsolat esetében is igaz az előbbi megállapítás. Érdemes megemlíteni egyéni szinten az olyan pszichológiai erőforrásokat, mint az önbecsülés és az önhatékonyság, illetve az életkor növekedésével emelkedő önhatékonyságot, melyek élettapasztalatokat hoznak létre és segítik a világ megértését. A férfiak számára pedig jelentős általános erőforrás a házasság vagy a tartós élettársi kapcsolat, ami a koherencia-érzet szintjét növeli, ezáltal a fizikai és pszicho-szociális egészséget javítja. A családi klíma, a szülők és gyermekek közötti kapcsolat minősége jelentős erőforrás lehet azoknál a gyermekeknél, akik támogató családi légkörben nőnek fel és kevesebb érzelmi feszültséget tapasztalnak meg (Mittelmark et al., 2017.). Az elfogadó, következetes és érzelmileg meleg szülői nevelési stílus is a magasabb koherencia-szint kialakulását segíti elő. A szülők érzelmi erőforrás szerepe is jelentős, a pozitív hatás védő tényező. Hazai kutatási adatok alapján

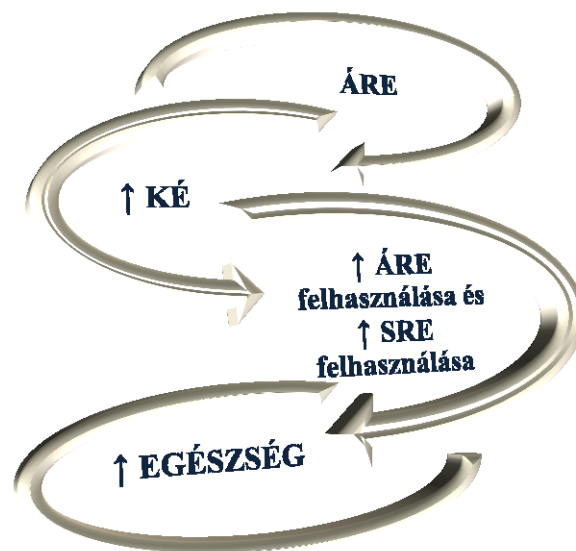
a magasabb észlelt szülői kompetenciával rendelkező édesanyák magasabb koherencia-érzettel rendelkeznek (Csigó et al., 2018.), ami meghatározó lehet a gyermekek fejlődése, gondozása szempontjából. A gyermekkori életkörülmények, a tartós családi konfliktusok, a válás, az állandósult anyagi nehézségek, a családtagok alkohol- vagy drog abúzusai negatívan befolyásolják az általános erőforrások kialakulását. Az érzelmi közelség megélését nyújtják az egyes közösségi csoportok is. Ezen kötődések jelentősen befolyásolják az általános erőforrás szintjének mértékét, mely független a csoporttagok által nyújtott támogatás nagyságától, formájától, meghatározza viszont a közösségen belüli támogatáshoz való hozzájutás mértéke illetve a támogatással való elégedettség szintje (Mittelmark et al., 2017.).

A mindennapok feszültségeinek megoldásai élettapasztalatokat hoznak létre, melyek az erőforrások kialakulását idézik elő és magas KÉ-t eredményeznek. ÁRE-t indukáló gyermekkori élettapasztalatok az állandóság megélése, az alulterhelés illetve túlterhelés egyensúlyának létrehozása és a döntéshozatalt követő részvétel a megoldások kialakításában. Az állandóság a mindennapi élet rendjére, szervezettségére épül, a koherencia-érzet kognitív komponensét alkotja, a terhelések egyensúlya a KÉ viselkedéses összetevőjét generálja, míg a döntéshozatalban való részvételt elősegítő élettapasztalatok a motivációs területet hozzák létre.

Az iskola pszicho-szociális környezete kiemelten fontos általános erőforrás lehet a gyermekek életében, ami erősíti a koherencia-érzetet. Jelentős a pedagógusok védő szerepe, az osztálytársak és a pedagógusok által nyújtott szociális támogatás. Az iskolákban ÁRE lehet a rekreációs terek, programok; az iskolába elérhető szociális, rendőrségi, egészségügyi szolgáltatások; az egészségfejlesztő iskola. Az iskolákban az egészségügyi feladatokat az iskola-egészségügyi szolgálat munkatársai végzik, feladatkörükből általános erőforrást segítő tevékenység a kötelező szűrővizsgálatok, a kampányoltások biztosítása, az egészséges környezeti feltételek nyomonkövetése. A koherencia-érzet fejlesztésében, az általános erőforrások megerősítésében, növelésében az iskolák valamennyi dolgozójának: pedagógusoknak, mentálhigiénés szakembereknek, egészségfejlesztőknek, iskolaorvosoknak, iskolavédőnőknek jelentős feladata lehet.

Az általános rezisztencia erőforrásoknak két fontos szerepe van: a feszültségek feloldása révén növelik a koherencia-érzet erejét, másodrészt lehetővé teszik adekvát rezisztencia erőforrások használatát.

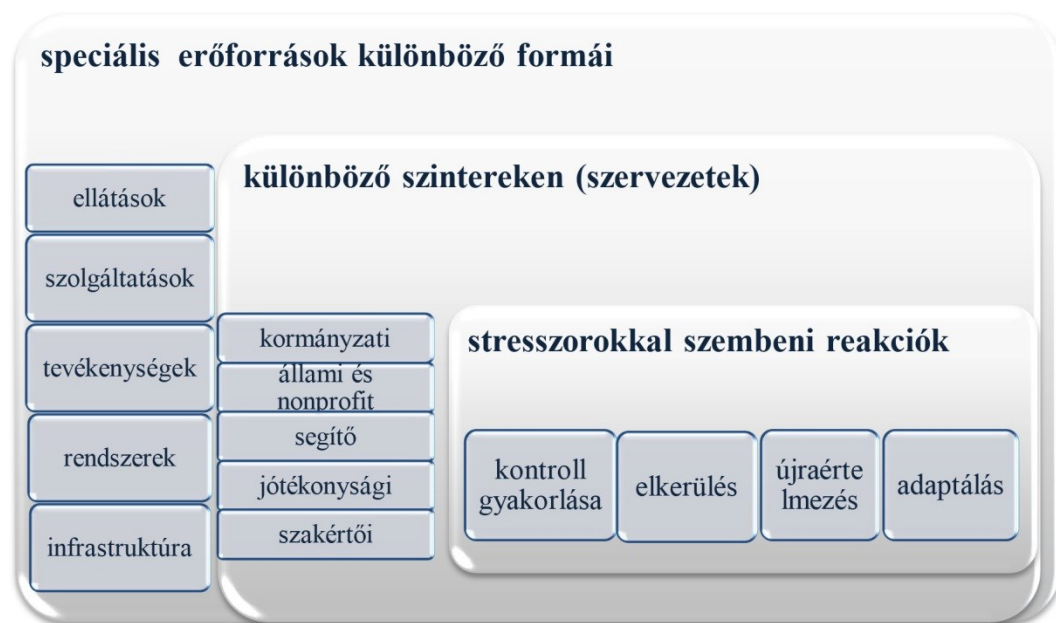
Az ÁRE-k mellett még megtalálhatók a speciális rezisztencia erőforrások is (SRE; Specialised Resistance Resources SRRs). A kétféle erőforrás között szoros kapcsolat van. Az általános erőforrásoktól függ, hogy a speciális erőforrások milyen mértékben állnak rendelkezésre, melyek csak bizonyos magas szintű feszültséggel teli helyzetekben kerülnek alkalmazásra. Az általános erőforrások megnyitják az utat a speciális erőforrások számára, és a magasabb szintű koherencia-érzet pedig megerősíti azon képességeket, melyek által az egyének fel tudják ismerni és használni tudják a legmegfelelőbb erőforrást vagy erőforrásokat. Az általános erőforrások lehetővé teszik a speciális erőforrások alkalmazását, amelyek segítik a feszültségek leküzdését, ezáltal megakadályozzák stresszé történő átalakulását. Mindkét típusú erőforrásnak van szerepe a stresszorok felismerésében és leküzdésében vagy elkerülésében. Mindkettő segítséget nyújt az egyének számára az élettapasztalatok felépítésében és a koherencia-érzet megerősítésében. Az általános rezisztencia erőforrások általában hozzájárulnak a koherencia-érzet megerősítéséhez, és az erős koherencia-érzet megkönnyíti a további általános és a speciális rezisztencia erőforrások felismerését, felhasználását, amikor szükség van rá (6. ábra).



6. ábra Speciális ellenállás erőforrások szerepe az egészség elérésében (Mittelmark et al., 2017., 71.)

A speciális rezisztencia erőforrások állandóan jelen vannak, amelyeket szükség esetén fel lehet venni és fel lehet használni a stresszorokkal való találkozások során, de

nem feltétlen kell őket magával vinnie az egyénnek, nem feltétlen kell az egyénnek birtokolnia. A koherencia-érzet nyújt segítséget az embereknek az általános rezisztencia erőforrások és a speciális rezisztencia erőforrások mozgósításához a pszicho-szociális és fizikai stresszorokkal szemben. Az általános erőforrás nem helyzet-specifikus, bármilyen nehézség során támogatást jelenthet, állandóan az adott egyén birtokában van. Ezzel szemben a speciális erőforrás, csak egy bizonyos szituációban nyújt segítséget, jelen van, de nem az adott egyén tulajdonában, ennek ellenére hozzáférhető, alkalmazható, csak ismerni kell az elérhetőségét. A speciális erőforrások rendszerét mutatja be a következő, 7. ábra.



7. ábra Speciális Rezisztencia Erőforrások térképe a feszültségek stresszé történő átalakulásának megelőzésében (Mittelmark et al., 2017., 74. – saját fordítás)

Az iskolában vagy az iskola környezetében is vannak speciális erőforrások, de a tanulók nagyobb részének nincs rájuk szüksége, nem használja őket, ezért nem is tűnik olyan kiemelkedőnek a szerepük. Ennek ellenére az iskola lesz az az általános erőforrás, mely segíthet abban, hogy az élettapasztalatok útján növelje a diákok koherencia-érzetét és megismertesse, elősegítse a speciális erőforrások felhasználását. SRE lehet az iskolában a közösségi gyermekvédelmi szolgálatok jelenléte és hatékony kapcsolata az iskolával; a tanulási nehézségekkel küzdő diákok számára biztosított adekvát oktatási eszközök, létesítmények, speciális szakemberek elérhetővé tétele, de az interkulturalitás sokszínűsége esetén a diákok támogatása a társadalmi integráció érdekében vagy különféle tanácsadói szolgáltatások működtetése, pl. pszichológiai, pályaválasztási stb.

(Mittelmark et al., 2017.). Az iskolában jelenlévő, feladatot ellátó iskola-egészségügyi szolgálat tevékenységének is vannak elemei, melyek a tanulók speciális erőforrásai lehetnek: fogadóórák, ahová a tanulók akut szomatikus, pszichés problémáikkal fordulhatnak; az egyéni tanácsadási alkalmak; a szakértői feladatok, pl. a pályaalkalmasság, testnevelési besorolás; a fokozott gondozást, a veszélyeztetett tanulók folyamatos ellátását biztosító rendszerek; a tanórán belüli és kívüli egészségtan foglalkozások; speciális helyzetekben az ágazatok közötti együttműködésen alapuló tevékenységek.

4.4. Koherencia-érzet mérése

Antonovsky 1987-ben tette közzé a szalutogenezis elméletében megfogalmazott koherencia-érzet mérésére szolgáló operacionalizált, 29 ítemet tartalmazó mérőeszközét. A 29 kérdés közül 11 méri a megérthetőség, 10 a kezelhetőség érzetét és 8 azt, hogy mennyire látja az egyén értelemmel és kihívásokkal telinek életfeladatait. A koherencia-érzet mérésére a 29 tételes kérdőív mellett annak 13 kérdést tartalmazó rövidített formája is elkészült. A mérőeszköz állításaival való egyetértés mértékét egy 7 fokozatú, Likert típusú skálán kell jelölnie a válaszadónak.

A KÉ kérdőívet legalább 33 nyelven 32 országban használják és 15 különböző változata ismert. Eriksson és munkatársai 1992-2003 között megjelent 124 tanulmány áttekintése révén vizsgálta az Antonovsky féle KÉ skála érvényességét és megbízhatóságát. A KÉ skála megbízhatónak, érvényesnek mutatkozott, kulturális különbségek esetén is jól alkalmazható mérőeszköz a stresszhelyzetek kezelésének mérésére. De a koherencia-érzet pontos értéke, hogy hol az a pont, amitől már kockázati tényezőnek vehető a mért adat, nem határozható meg. Egyéni szinten egy adott időpontban állapítható meg a KÉ értéke (Eriksson et al., 2005.). Hokinen és munkatársai vizsgálatának eredményei alapján (n = 994) a felnőttek számára készült 13 tételes KÉ kérdőív a 12 évesnél idősebb gyermekeknél is alkalmazható. A KÉ értéktartománya, az átlag, a medián és a szórás, valamint a KÉ-skála Cronbach alfa együtthatói szinte azonosak voltak a gyermekek és a felnőttek körében (Hokinen et al., 2006.).

Az Antonovsky-féle 13 ítemes koherencia-kérdőív magyar nyelvű változatának validálási folyamatát 2006-ban Balajti és munkatársai közzölték. A kutatók eredményei alapján a kérdőív jól használható a magyar népesség körében is a koherencia-érzet

mérésére, melynek érvényessége megegyezik más angol nyelvű változatokkal (Balajti et al., 2007.). Jeges és munkatársa 1400 fős baranyai minta megkérdezése során használta a KÉ kérdőív 29 kérdésből álló formáját (Jeges et al., 2006.; Jeges et al., 2008.).

4.5.A koherencia-érzet stabilitása - változása

Csecsemőkortól kezdve gyermekkorban, serdülőkorban a fejlődés része a koherencia-érzet kialakulása; egyéni élettapasztalatok, tanulási folyamatok és környezeti hatások eredőjeként és nem elsősorban a pozitív egészségi állapot meghatározó tényezőjeként. A koherencia-érzet nem személyiségjeggy vagy megküzdési mechanizmus, hanem gyermekkori élmények által formált diszpozíció, az adott egyén kihívásokkal szembeni válaszképességét mutatja. A koherencia-érzet képesség, ami a rendelkezésre álló megoldási módok közül a legjobb válasz előhívását segíti elő. Ha képességről beszélünk, akkor az annak fejlesztésében szerepet játszó tényezőket is érdemes megemlíteni. Az érthetőséget, a kihívással teli feladat megoldására irányuló késztetést a szűkebb és tágabb környezet jelzései, visszacsatolásai gátolhatják, erősíthetik, vagy éppen negligálhatják. A kihívások kezelhetőségét az egyénre szabott, ráemeltetett feladatokkal való találkozás révén a megoldásra való képesség megtapasztalása, a kivitelezéshez szükséges erőforrások megkeresése, alkalmazása növelheti. Kell, hogy legyenek olyan helyzetek - problémahelyzetek, melyeknek a súlyát az egyén fel tudja mérni, meg tudja ítélni és képes a feladattal való megküzdésre. Míg az értelmezhetőséget a kihívás iránti kellő motiváltság révén a belső és a külső erőforrások mobilizálása, felhasználása általi sikeres megoldás átélése segítheti elő, mely által megtapasztalhatóvá válik, hogy a környezet történései befolyásolhatóak és érdemes megküzdenni a feladattal.

Antonovsky elméletében 30 éves korra tette a KÉ stabilizációs idejét, ezt követően csak kisebb módosulások lehetségesek, illetve a magas KÉ értékkel rendelkező egyének azok, akiknek stabil marad egész felnőtt életük során a koherencia-érzetük. Ez utóbbi állítás Hakenen és munkatársai finnországi 35 éves követéses vizsgálatában is megerősítést nyert, mi szerint a magas koherencia-érzettel rendelkező csoport homogénebb, és ez a homogenitás tovább nőtt a kutatás időszakában (Hakenen et al., 2007.). Feldt és munkatársai kutatási eredményei is azt mutatták, hogy a koherencia-érzet emelkedése a 30. életév felé éri el legmagasabb pontját, ezt követően már csak kisebb mértékű növekedés tapasztalható kortól függetlenül, de a magasabb koherencia-

érzettel rendelkezők esetében úgy tűnt, hogy a SOC fejlődése stabilabb (Feldt et al., 2011.). Eriksson és munkatársa összehasonlító elemzése eredményeként a KÉ viszonylag stabilnak bizonyult, de nem olyan stabil, mint azt Antonovsky kezdetben feltételezte; a KÉ értéke általában növekedett a korrallal (Eriksson et al., 2005.). Szovák Etelka és munkatársai longitudinális felmérése 18 és 61 év közötti egyének (n=106) személyi edző által kísért heti rendszerességgel végzett sporttevékenységének hatását vizsgálta a koherencia-érzet változására, melynek szignifikáns növekedését tapasztalta nemtől függetlenül, de nőknél relatíve jelentősebben (Szovák et al., 2012.). Jeges Sára és munkatársai kutatása is bizonyította a fizikai aktivitás közvetett hatását a koherencia-érzet erősítését illetően (Jeges et al., 2008.). Sipos Erika és munkatársai 16 és 17 éves diákok (n=1091) bevonásával végzett kutatása is megerősítette a rendszeres sporttevékenységnek a KÉ erősítésében betöltött szerepét, de különbség volt mérhető a versenyszerűen sportolók és a tömegsportokat folytatók között. A magasabb szintű koherencia-érzet a rendszeresen versenyeken részt vevő egyéneknél volt tapasztalható, míg a szabadidős sportokat folytatóknál is emelkedett a KÉ, de annak gyakoriságával összhangban (Sipos et al., 2015.). Brassai László és munkatársa kamaszkorú fiatalok körében végzett vizsgálata is bizonyította, hogy az élet értelmességének érzésére befolyással bír a fizikai aktivitás (Brassai et al., 2010.).

4.6.A koherencia-érzet és az erőforrások egészséggel való kapcsolata kutatások tükrében

A KÉ skálán mért pontszám szoros kapcsolatot mutat az egészségi állapottal és negatívan korrelál a kórfolyamatokkal (Varga, 2005.; Eriksson et al., 2006.; Balajti et al., 2007.; Rippon et al., 2015.), és erősen negatív kapcsolatban áll az észlelt depresszióval (Balajti et al., 2007.; Rippon et al., 2015.).

Petőné Csima Melinda kutatása alapján a koherencia-érzet értéke nemcsak a jelenleg észlelt egészségi állapottal állhat párhuzamban, hanem a jövőbe vetített önminősített egészséggel is, illetve a változás irányát is megmutathatja. Az alacsonyabb koherencia-érzettel rendelkezők inkább érzik a jelenben és a jövőben is egészségi állapotukat nem megfelelőnek, illetve nagyobb arányban várják annak negatív irányú megváltozását a jövőben (Petőné Csima, 2011.). Fusz Katalin és munkatársai a munkarend KÉ-t befolyásoló hatását is bizonyították; a szabálytalan munkarendű ápolók rosszabbnak

ítélték az egészségi állapotukat és alacsonyabb volt a koherencia-érzetük is (Fusz et al., 2017.).

Kutatási eredmények alapján a magasabb KÉ csökkenti a keringési rendszer problémáival érintettek számát a felnőttek körében. Nagyobb KÉ érték esetén alacsonyabb a diasztolés vérnyomás, a szérum triglicerid szint, a nyugalmi pulzusszám és emelkedettebb az oxigén-felvételi kapacitás (Lindström et al., 2005.). Egy Helsinkiben (n=4405) végzett vizsgálat során a legalacsonyabb szívkoszorúér-incidencia a legmagasabb KÉ szint esetén volt tapasztalható (Poppius et al., 1999.). A cukorbetegség elleni küzdelem és a koherencia-érzet viszonyára összpontosító tanulmány nem mutatott közvetlen összefüggést a KÉ és a kezelési eredmények között. A KÉ és az önértékelt egészség valamint a HbA1c (a hemoglobin egy alegysége, amely képes glükózt megkötni, a hosszútávú-vércukorszint jelző paraméter) között azonban pozitív kapcsolat volt érzékelhető (Sandén-Eriksson, 2001.).

Hazai mintán végzett vizsgálatban (n=1545) a felsőoktatási intézményben tanulóikat folytatók közel 9 százalékának koherencia-érzete kifejezetten alacsony volt, és emellett a válaszadók egyötöde elégtelennek minősítette a közvetlen társas kapcsolati hálójába tartozó egyének támogatását (Veres-Balajti et al., 2013.).

Skrabski és munkatársai kutatásai alapján a koherencia-érzet szoros összefüggést mutatott mind a testi, mind a lelki egészséggel, függetlenül a nemtől, az életkortól és az iskolai végzettségtől. Így a testi és lelki egészségi állapot megőrzése igen fontos előrejelzőjének bizonyult a KÉ (Skrabski et al., 2004.). Ellenben Flensburg-Madesen és munkatársai vizsgálatuk során nem tudták dokumentálni a KÉ és a fizikai egészség között előre jelzett összefüggéseket, ezért javaslatuk a kérdőív kibővítése volt (Flensburg-Madesen et al., 2006.).

A gyermekek és fiatalok körében a KÉ és az egészség közötti kapcsolatok megegyeznek a felnőtt lakosságnál tapasztaltakkal. Minél jobb az egészség, annál magasabb a KÉ és egyidejűleg alacsonyabb mértékű a szubjektív egészségügyi panasz (Eriksson et al., 2006.). Kaposváron serdülő fiatalok körében történt vizsgálat (n=277) során a koherencia-érzet és a preventív (testmozgás), valamint a rizikómagatartás között szoros kapcsolatot mutattak ki. Magasabb koherencia-érzettel rendelkeztek a nem dohányzó fiatalok (χ^2 p=0,04), a marihuánát nem fogyasztók (χ^2 p=0,03), illetve azok, akik soha nem vagy egy-két alkalommal voltak részegek (χ^2 p=0,02). Magasabb koherencia-érzetet mértek az iskolai testnevelés órán kívül a hét minden napján sportoló

fiatalok körében is (a minta $\frac{3}{4}$ -nél), szemben azokkal, akik semmit nem mozogtak (χ^2 $p=0,02$) (Csima et al., 2015.). A nemek között különbség van a stressz szituációk megélésével kapcsolatban, a fiúk kevésbé érzik veszélyeztető tényezőnek maguk számára a stresszel teli helyzeteket (Hamvai et al., 2008.). Nem szerinti differenciáltság tapasztalható a KÉ átlag értékében, általában a férfiak esetében magasabb, melyet több kutatási eredmény is alátámaszt (Jeges et al., 2008.; Petőné Csima, 2011.; Szovák et al., 2012.; Sipos, et al., 2015.).

Egy Baranya megyében végzett kutatás (n=1400) tapasztalatai alapján is a férfiak általában a stressz-szituációkkal könnyebben megbirkóznak, másrészt számukra az érkező ingerek inkább kiszámíthatóak, megmagyarázhatóak, másrészt erőforrások mozgósíthatók a megoldás érdekében. A koherencia-érzet harmadik komponense tekintetében viszont a nők találják nagyobb kihívásnak egy-egy feszültséggel teli helyzet megoldását, akkor is, ha hiányosak a rendelkezésre álló eszközeik, és még akkor is, ha kevésbé érthető számukra az adott probléma. Ebben a vizsgálatban az életkor nem befolyásolta a koherencia-érzetet, de a magasabb iskolai végzettség magasabb KÉ szintet eredményezett (Jeges et al., 2008.). Petőné Csima Melinda kamasz fiatalok körében végzett kutatási eredménye alapján az apa iskolai végzettsége nem, míg az anya magasabb iskolai végzettsége kedvezően hatott a koherencia-érzet átlagértékére, ugyanúgy, mint az iskola (Petőné Csima, 2011.).

Rétsági Erzsébet és munkatársai fogyatékosággal élő, olyan mozgássérült emberek körében vizsgálták a koherencia szint átlagát, akik rendszeresen részt vettek különféle közösségi programokon, így a pszicho-szociális erőforrások, a társas támogatottság mértéke magasabb volt náluk, a felmérés eredményeként szignifikánsan magasabb KÉ értéket kaptak, mint a kontrollcsoportban (Molnár et al., 2008.).

A fentebbi néhány vizsgálati eredmény egyértelműen alátámasztja az erőforrások és az erős koherencia-érzet értékének fontosságát a mentális egészség pozitív állapotának kialakításában és fenntartásában. A KÉ és a fizikai egészség közötti kapcsolat összetettebb, és gyengébbnek tűnik, mint a mentális egészség esetében. A KÉ a pozitív szubjektív egészségi állapot kialakulását segíti elő. Minél erősebb a koherencia-érzet, annál jobb általában az észlelt egészség, legalábbis azok számára, akiknek magas KÉ értékük volt már a korai életkorban. Ez a kapcsolat a tanulmányokban bemutatott populációkban az életkortól, az etnikai hovatartozástól függetlenül nyilvánult meg.

4.7.Összegző gondolatok a szalutogenetikus egészségszemléletről

A szalutogenezis az egészség keletkezésével foglalkozik, az egészség eredetének okát vizsgálja, de emellett fontos, hogy „nem elvenni kíván a hagyományos, patogenetikus szemlélet igazságából, hanem az eddig árnyékban maradt okokra világít rá” (Julesz, 2011., 217.). Az egészség eredetének kutatási eredményei nem lecserélni szeretnék a kórokozó elméleten alapuló ismereteket, hanem kiegészíteni azt. A rendelkezésre álló erőforrások (általános és speciális) felhasználására, alkalmazására való képesség a (koherencia-érzet) az egészség forrása lehet, mely fiatal korban jelentősebb mértékben fejleszthető. Ebben vannak feladatai az iskolában folyamatosan jelenlévő iskola-egészségügyi szolgálatnak is, amihez az adott iskola környezetébe ágyazott, hosszú távú, komplex, összehangolt, szinergista tevékenység szükséges, melynek szalutogén irányultságú innovációja a jövő kihívása lehet. A szomatikus egészség védelmével párhuzamosan elengedhetetlen az egészség mentális dimenziójának növelése is az élet minden szakaszában, de kimondottan gyermekkorban. A koherencia-érzet az egészség magyarázatában közvetítő feladatot tölt be, képes megjósolni az egészséget, de nem egyedül magyarázza az általános egészséget.

5. Erőforrások vizsgálata a tanulók egészségének fejlesztésében és az egészségmagatartás egyes elemeinek felmérése kérdőíves megkérdezéssel

5.1. Kutatási kérdések

1. kutatási kérdés: Van-e, és ha igen, milyen összefüggés van az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének, tevékenységének egészségközpontú megítélése és a tanulók egészségmagatartása, szubjektív egészségi állapota között.

Az 1. kutatási kérdés vonatkozásában a következő hipotézisek vizsgálatára került sor:

- H1: Az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének egészségközpontú véleményezése a rizikómagatartásformák kisebb mértékű a preventív egészségmagatartás nagyobb mértékű megjelenésével párosul.
- H2: Az egészségorientált iskolavédőnői munkakörnyezet magasabb szubjektív egészségi állapottal és koherencia-érzettel társul.
- H3: Az egészségközpontúnak ítélt védőnői ellátás a tanulók preventív egészségmagatartását kedvezően befolyásolja.
- H4: Az iskolavédőnői tevékenység egészségközpontú megítélése nagyobb mértékű szubjektív általános egészségérzettel és koherencia-érzettel valamint kisebb arányú szubjektív egészségi panasszal jár együtt.

2. kutatási kérdés: Az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének, tevékenységének egészségközpontú megítélése összefüggést mutat-e a védőnői ellátás igénybevételével és hatékonyságával?

A 2. kutatási kérdés vonatkozásában az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

- H5: Az iskolavédőnői egészségorientált munkakörnyezete növeli a védőnői ellátás igénybevételi gyakoriságát.
- H6: A védőnői szolgálat egészségközpontú környezete és a szolgáltatás megítélésének magasabb minőségi mutatói között kapcsolat mutatható ki.
- H7: Az egészségközpontúnak véleményezett védőnői munkakörnyezet magasabb hatékonyságúnak megítélt védőnői feladatellátással jár együtt.
- H8: A védőnői feladatellátás egészségközpontú irányultsága növeli a szolgáltatás igénybevételének mennyiségi indexét.
- H9: Az egészségközpontúnak megítélt iskolavédőnői tevékenység magasabb minőségű szolgáltatási besorolást eredményez.

H10: Az iskolavédőnői szolgáltatás tevékenységének egészségközpontú véleményezése együtt jár az ellátás hatékonyságának magasabb megítélésével.

3. kutatási kérdés: Befolyásolják-e és ha igen, hogyan az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – az iskolavédőnői szolgáltatás igénybevételét?

A 3. kutatási kérdés vizsgálata az alábbi hipotézisek mentén történt:

H 11: Emelkedő általános erőforrások hatására lineárisan növekedik az iskolavédőnői ellátás igénybevételének, mint speciális rezisztencia erőforrásnak minőségi és mennyiségi indexe.

H12: Az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – kölcsönhatása révén emelkedik a védőnők tevékenysége iránti igénybevétel kvantitatív és kvalitatív mutatószáma.

H13: Az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – és a koherencia-érzet interakciós hatása összefüggést mutat a védőnői ellátás igénybevételével, mint speciális rezisztencia erőforrással annak a mennyiségi és a minőségi mutatójával is.

5.2. Vizsgálati módszertan

5.2.1. Kutatás általános jellemzői (típusa, helye, ideje)

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásomat Nyugat-Dunántúlon, Vas és Zala megyei nappali rendszerű gimnáziumi képzést folytató köznevelési intézményekben folytattam. Az adatfelvétel előkészítése 2017 novemberében kezdődött. A kérdőív első változatát egy gimnáziumi osztályban (n=28) próbáltam ki és az ott szerzett tapasztalatok alapján végeztem el a mérőeszköz véglegesítését. A 2018. év elején kerestem meg a mintámba kiválasztott tankerületi- és iskolaigazgatókat, kérve együttműködésüket, beleegyezésüket a kutatásban való részvételhez. Az adatfelvételt 2018. április és május között minden egyes osztályban saját magam folytattam le, ezt követően történt az adatok elemzése, értékelése.

5.2.2. Minta (mintavétel módja célcsoport kiválasztása, elemszám)

A mintavétel a célcsoporton belüli egyszeri, kényelmi mintavétellel történt. A mintába kerülés kritériumának tekintetem a nappali rendszerű négyéves gimnáziumi képzésben részt vevő tanulók körét, akiknek iskolavédőnői ellátását főállású

iskolavédőnők végezték, és legalább két éve abban az iskolában folytatták tanulmányaikat, ahol az adatfelvétel történt. Kizárási kritérium volt a magántanuló jogviszonnnyal tanulmányaikat folytató tanulók köre. Részminta-képzés, kontrollcsoport-képzése a jelen kutatás céljai alapján nem volt szükséges (Pakai et al., 2013.; Karamánné Pakai et al., 2015.; Boncz, 2015.). Az elsődleges mintavételi egységek nem az egyes tanulók, hanem a véletlenszerűen (szisztematikus véletlen módszerrel) kiválasztott osztályok voltak. A kiválasztott osztályok összes tanulója bekerült a megkérdezettek körébe. A végleges mintanagyságot befolyásolta az adatfelvétel napján hiányzó tanulók, a szülői visszautasítások, illetve a tanulói visszautasítások száma.

A várható mintanagyságot 500 főben határoztam meg 9 iskola bevonásával, oktatási intézményenként két osztály lekérdezése révén. Az iskolák felől érkező nagyarányú visszautasítást követően 13 iskolát kerestem meg, melyből összesen 8 oktatási intézmény utasította el a kutatásban való együttműködést. A visszautasítás leggyakoribb okai voltak: csak a kötelező adatszolgáltatásokban való részvétel, a nagymértékű tanórái kötöttségek, a tanulói leterheltségek és a túl sok adminisztratív teendő. A kutatásomhoz végül 5 gimnázium engedélyével rendelkeztem, melyben 18 osztályt volt lehetőségem megszólítani kérdőívem kérdéseinek megválaszolásához. Két iskola kérte a passzív szülői beleegyező nyilatkozat alkalmazását, melyet 12 szülő jutatott vissza részemre. Tanulói visszautasítás nem történt. A számítógépes adattisztítás során tizenhárom kérdőívet töröltem a mintából a kérdések több mint 50%-ának meg nem válaszolása, illetve nyilvánvalóan komolytalan válaszadás miatt. Végül 5 iskola 18 osztályának 448 tanulója által adott válaszokat tudtam elemezni.

5.2.3. Etikai megfelelés

A kutatásról tájékoztattam a kiválasztott tankerületi központok igazgatóit, emellett az adatfelvétel megvalósításához a kiválasztott iskolaigazgatók engedélyét kértem. Amennyiben az iskola igazgatója szükségesnek tartotta, a kutatásról az érintett tanulók szüleit írásban tájékoztattam és kértem a szülők passzív beleegyezését (ha a szülő nem reagált, ezt úgy minősítettem, hogy gyermeke részvételét engedélyezte), amit két iskolában kértek. A kitöltés előtt a tanulókat is tájékoztattam a kutatásban való részvétel önkéntességéről, a kutatás jelentőségéről, a várható feladatokról, a várható időtartamról és arról, hogy válaszaikat a kutatón kívül senki nem ismerheti meg. A tájékoztatás során lehetőséget adtam arra, hogy a diákok kérdéseket tegyenek fel. A kérdőív kitöltése a

tanulók számára önkéntes volt, aki nem kívánt részt venni a mérőeszköz kérdéseinek megválaszolásában minden ok nélkül megtehetette azt.

A mérőeszközök kitöltése névtelenül történt, a kitöltött dokumentumok nem tartalmaztak olyan információt, amellyel azonosítani lehetett volna a diákokat. Az adatok feldolgozását követően csak összesített formában kerültek/kerülnek publikálásra, sem az egyes osztályokra, sem az iskolákra vonatkozó információkat nem tettem/teszek közzé.

5.2.4. Alkalmazott mérőeszköz, a kérdőív

Kérdőívemet (lásd 1. sz. melléklet) hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintését követően állítottam össze, mely a próbalekérdezés tapasztalatai után került véglegesítésre. A mérőeszköz kérdéseit a következő hat csoportba soroltam:

- A kutatásomhoz használt mérőeszköz az egészségi állapotra vonatkozóan négy kérdésblokkot tartalmazott; az EuroQoLVAS skálát - egészséghőmérőt az egészségi állapot önminősített megítélésének mérőeszközét (Fábián, 2014.), valamint az SF-36 egészséggel kapcsolatos életminőség standardizált kérdőívéből az általános egészségérzet, a vitalitás, a mentális egészség mérésére szolgáló kérdéseket (Fábián, 2014.), illetve a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásának vizsgálata kérdőívéből az egészségi állapotra, szubjektív egészségi panaszokra vonatkozó itemeket (Németh et al., 2016.) és az Antonovsky - féle koherencia-érzet 13 tételes magyar nyelvre adaptált kérdőívét (Balajti et al., 2007.).
- Az egészségmagatartás - rizikómagatartás vizsgálata a HBSC kutatás mérőeszközének táplálkozási szokás, fogápolás, fizikai aktivitás, tápláltsági állapot – testkép kérdéseinek segítségével történt (Németh et al., 2016.), valamint az ESPAD Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) kérdőívének dohányzási és alkoholfogyasztási szokásainak vizsgálatára irányuló itemeivel valósult meg (Elekes, 2016.).
- Az iskolai erőforrások mérésére a HBSC kutatás mérőeszközéből szerepeltek kérdések (Németh et al., 2016.).
- Az észlelt szociális támogatás szubjektív méréséhez az MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) önkitöltős kérdőív került adaptálásra (Papp-Zipernovszky et al., 2017.).

- Demográfiai, szociológiai adatokat 7 kérdés segítségével mértem fel, melyek a következők voltak: nem, életkor, lakóhely, szülők iskolai végzettsége, családszerkezet.
- A saját szerkesztésű kérdéseim az iskolavédőnői ellátást, mint speciális erőforrást vizsgálták (védőnői ellátással kapcsolatos tájékoztatás – tájékozottság, a védőnői tevékenység elérhetősége, irányultsága, hatékonysága, munkakörnyezete, a védőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevételének mennyiségi és minőségi mutatószáma).

Általános egészségi állapot

A Health Survey SF-36 - 36- item Short Form (egészségi állapot kérdőív) felmérést széles körben használják a népesség egészségi állapotának monitorozásában, az egészségügyi kezelések eredményeinek értékelésében, a betegségek terhének becslésében és a klinikai gyakorlatok eredményeinek megfigyelésében (Gandek et al., 2004.; Patel et al., 2007.; Pék et al., 2013.). Az SF-36 kérdőív a klinikai területek széles körében alkalmazott, mind orvosi, mind egyéb kutatásokban, ahol az egészségi állapotban bekövetkezett változást szeretnék mérni. A kérdőív az egészségi állapot szubjektív észlelésének mérésére alkalmas, a megkérdezettek saját egészségi állapotáról alkotott véleményét méri. Magyarországon is megtörtént a kérdőív adaptációja és a populációs normál értékek meghatározása (Czibalmos et al., 1999.). A mérőeszköz a 14 év fölötti népesség körében 36 kérdés segítségével méri az egyének általános egészségi állapotát. Az SF-36 egy többelemű skála, mely nyolc egészségkonceptiót értékel: 1) fizikai működés (a fizikai aktivitás korlátozása egészségi problémák miatt); 2) szociális működés (a társadalmi tevékenységek korlátozása a fizikai vagy érzelmi problémák miatt); 3) fizikai szerep (a szokásos szerepet betöltő tevékenységek korlátozása a fizikai egészségbeli problémák miatt); 4) testi fájdalom; 5) általános mentális egészség (pszichológiai szorongás és jóllét); 6) érzelmi szerep (az érzelmi problémák miatt a szokásos szerepet betöltő tevékenységek korlátozása); 7) vitalitás (energia és fáradtság); 8) általános egészségérzet, és ezen kívül a nyolc dimenzió összegzése révén egy egyértékű, az egészségre vonatkozó eredményt is magába foglal. A nyolc kategória felmérése rajzolja ki, mely területek problémásak, egy profil-t jelenít meg a válaszadók egészségi állapotáról. A magasabb érték jobb állapotra utal. (Ware et al., 1992.; Ware et al., 1993.; Gandek et al., 2004.; Fábíán, 2014.; Boncz, 2015.). A kutatásomban használt mérőeszközben az SF 36 kérdőív elemi közül a következőket

használtam fel: általános egészségérzet (saját kérdőív 8. és 11. kérdése), vitalitás és általános mentális egészség (saját kérdőív 9. kérdés). A saját kérdőívem 9.1., 9.4., 9.5., 9.8., 11.2. és a 11.4. kérdéseit fordított tételként értékeltem (Ware et al., 1993.).

Az egészségi állapot méréséhez kutatásom még az EQ VAS egészséghőmérőjét is alkalmaztam. Az EuroQol (EQ-5D - European Quality of Life) kérdőív második része, az egészséghőmérő (EuroQol-skála, EQ VAS), melyet Európán kívül a világ számos más országában is használnak. A Visual Analóg Skálán (VAS) kell a megkérdezett egyénnek a tökéletes egészség (100 pont) – legrosszabb egészségi állapot (0 pont) egyenesén, úgynevezett egészséghőmérőn bejelölnie az aktuális egészségi állapotát, a skála végpontjaihoz való viszonyát (Szende et al., 2004.; Szende et al., 2014.; Fábrián, 2014.; Boncz, 2015.) (saját kérdőívem 13. kérdése).

Az általános egészségi állapot vizsgálatát még a fentebbieken kívül a fiatalok körében megjelenő szubjektív egészségi panaszok előfordulásával és az objektíve jelenlévő krónikus egészségi problémák (krónikus betegség, a fogyatékoságok) meglétének felmérésével egészítettem ki. Kérdőívemben az erre irányuló kérdéseket a HBSC kutatás mérőeszközéből adaptáltam. A HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children), az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartás vizsgálata, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) együttműködésével valósul meg. A több mint harminc éve indult adatfelvétel negyvennél is több országban zajlik egységes módszertannal, négyévenkénti gyakorisággal. A HBSC nemzeti és nemzetközi szintű kutatás a szociális környezetet (a család, a kortárs csoport, az iskola, a szocio-ökonómiai környezet) figyelembe véve a serdülőkorú fiatalok egészségi állapotának megértésére összpontosít, vizsgálja azon tényezőket, melyek egyénileg és kollektívan befolyásolják a gyerekek és a serdülők egészségi állapotát, átfogó képet ad a fiúk és a lányok egészségéről, jóllétéről, társadalmi környezetéről, egészségmagatartásáról. Valamennyi ország vagy régió véletlenszerű mintavételt alkalmaz a 11, 13 és 15 év közötti fiatalok kiválasztásában. A hazai iskolarendszer sajátosságai miatt az adatfelvételben 1990 óta a 17,5 éves átlagéletkorú tanulók is szerepelnek (Nyírády et al., 2016.; Németh et al., 2016.). Saját szerkesztésű mérőeszközöm 12. kérdése vizsgálta kilenc szubjektív egészségi panasz (pszichés és szomatikus tünetek) időbeni megjelenésének gyakoriságát vagy hiányát és a 24. kérdése az egészségi állapot objektív mutatóját, a krónikus egészségi problémák meglétét, illetve kezelésének szükségességét (Németh et al., 2016.).

A koherencia-érzet mérésére a 29 tételes kérdőív mellett annak 13 kérdést tartalmazó rövidített formája is elkészült, az utóbbit használtam fel kutatásom adatgyűjtéséhez. A mérőeszköz állításaival való egyetértés mértékét egy 7 fokozatú, Likert típusú skálán kellett jelölnie a válaszadónak. A KÉ skálán mért pontszám szoros kapcsolatot mutat az egészségi állapottal és negatívan korrelál a kórfolyamatokkal (Varga, 2005.; Balajti et al., 2007.; Eriksson et al., 2006.; Rippon et al., 2015.). A koherencia-érzet pontos értéke, hogy hol az a pont, amitől már kockázati tényezőnek vehető a mért adat, nem határozható meg. Egyéni szinten egy adott időpontban állapítható meg a KÉ (Eriksson et al., 2005.). A felnőttek számára készült 13 tételes KÉ mérleg a 12 évesnél idősebb gyermekeknél is alkalmazható. (Hokinen et al., 2006.; Balajti et al., 2007.; Veresné Balajti, 2010.). A kérdőívem 56.1, 56.2, 56.3, 56.7 és az 56.10. tételeinek eredményét fordítottan értékeltem.

Egészségmagatartás – rizikómagatartás

Az egészségmagatartás felmérésén belül három jelentős területet emeltem ki vizsgálatomban, a táplálkozást, a mozgást, és az orálhigiénét, erre vonatkozó kérdéseimet (saját szerkesztésű kérdőívem 40-48. kérdései) szintén a HBSC kutatás során használt mérőeszközből merítettem (Németh et al., 2016.). A táplálkozás teljes tanulmányozása a jelen kutatás keretei között lehetetlen lett volna, ezért két fókuszpontot jelöltem ki: a táplálkozás rendszerességét és minőségét. Az utóbbi esetben két élelmiszercsoportból választott étel- és italféleségek fogyasztási gyakoriságát mértem, amelyek megfelelő jelzőszámai lehetnek az egészséges táplálkozásnak. Az egyik tanulmányozott élelmiszercsoport a gyümölcs-, zöldségfélék, míg a másik az édességek, a szénsavas, cukortartalmú üdítőitalok (kóla, tonik stb.) voltak és az energiatalok, melyeknek a heti étrendben való ismétlődését vizsgáltam. Az étkezések rendszerességénél a főétkezések közül a reggeli heti szinten (hétköznap, hétvégén) való fogyasztási frekvenciáját mértem. A megfelelő szájhigiénére egy kérdés vonatkozott, mely a fogmosás alkalmazásának időbeni ismétlődését vizsgálata. A mozgás, mint az egyik legfontosabb egészséget támogató magatartásforma heti szinten történő megjelenését az Egészségügyi Világszervezet ajánlása alapján a gyermekek és a serdülők esetében a napi legalább 60 perc, közepes intenzitású testmozgás (Németh et al., 2016.; World Health Organization, 2010.) szükségességének realizálása alapján mértem fel, illetve az iskolai tanórán kívüli mozgás heti szinten való megjelenésével.

A rizikómagatartások közül a dohányzást és az alkoholfogyasztást vizsgáltam, erre vonatkozó kérdésblokkokat az ESPAD felmérés 2015-ös kérdőívéből vettem át (Elekes, 2016.). Az Európai iskolavizsgálat a 15-16 éves fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól gyűjt adatokat (ESPAD European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). A négyévenkénti, azonos módszertannal rendszeresen ismétlődő kérdőíves adatgyűjtés célja, hogy nemzeti, nemzetközi szinten összehasonlítható adatokat gyűjtsön a fiatalok szerfogyasztási szokásairól és a bekövetkezett változásokról (Nyírády; Elekes, 2016.).

A dohányzás és az alkoholfogyasztás mértékénél vizsgáltam az eddigi életre vonatkozó fogyasztási gyakoriságot, az előző hónapban megjelenő mennyiséget és az első fogyasztás életkorát. Az alkoholfogyasztás esetében még az előzőeken túl az előző havi fogyasztás ital-fajtánkénti gyakoriságát is mértem.

Iskolai erőforrások

Az iskola szerepét vizsgáló kérdéseket a HBSC kutatás mérőeszközéből adaptáltam, melyek a következő területeket mérték fel; a tanulók iskola iránti attitűdjét, az iskolai terheléssel kapcsolatos vélekedést, a tanulási eredmény tanárok általi megítélését, valamint az iskolai észlelt társas támogatást (tanárok, osztályközösség) (Németh et al., 2016.).

Észlelt szociális támogatás

Az MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) az észlelt szociális támogatás szubjektív mérésére szolgáló többdimenziós skála, melynek célja a támogatások észlelésének mérése 3 forrásból: család, barátok és jelentős mások oldaláról. Az önjellemzős, önkitöltős kérdőív fordított tételt nem tartalmaz. A kérdőív 10 itemből áll, 4 állítás a család, 3 állítás a barátok és 3 állítás a jelentős mások alfaktorához tartozik, a válaszadás 5 fokozatú Likert típusú skálán történik. Az egyes skálákon elért pontszám a tételek összeadásával történik, illetve összpontszám is számolható, és minél magasabb pontot ér el a személy egy adott faktoron, annál magasabb az észlelt társas támogatás mértéke (Zimet et al., 1998.; Papp-Zipernovszky et al., 2017.).

Iskolavédőnői ellátás

Kutatásomban saját szerkesztésű kérdésekkel, több területen mértem fel az iskolavédőnői ellátással kapcsolatos tanulói megítéléseket, véleményeket. Vizsgáltam az iskolavédőnői ellátás igénybevételéhez fűződő tájékoztatást, valamint a diákok önálló tájékozódását. Tanulmányoztam az iskolavédőnő által nyújtott szolgáltatás megítélését a védőnővel való találkozás gyakorisága (a szűrővizsgálatok, az egészségfejlesztő foglalkozások és fogadóórák során) és az igénybevétel minőségi mutatója oldaláról (az adott egyén mennyire érezte elérhetőnek, személyre szabottnak, hatékonynak a védőnő tevékenységét). Két kategória (rizikóközpontú - egészségközpontú) mentén mértem fel a védőnői feladatellátás és az iskolavédőnői munkaszoba, váróterem irányultságát. Legvégül pedig a védőnői ellátás hatékonyságát (a védőnő tevékenységének egészség szemléletformáló hatása, a kapott ismeretek mennyisége, és annak a mindennapokban való hasznosíthatósága, a védőnői munkával való tanulói elégedettség) vizsgáltam a tanulók vélekedése révén.

5.2.5. Adatfelvétel

Az adatfelvételre csoportos mintavételi eljárás keretében került sor iskolai tanóra keretében, önkitöltős módszerrel. A kérdőívek kitöltése az iskolai osztálytermekben történtek, és osztályonként körülbelül egy iskolai tanórát (45 percet) vettek igénybe, átlagosan 35 és 47 perc közötti időt; a diákok többsége kitölthetőnek érezte a kérdőívet és komolyan vette azt. Az adatfelvételt, a kutatással kapcsolatos tájékoztatást mindegyik osztályban saját magam végeztem és így a diákok felmerülő kérdéseire is választ tudtam adni.

5.2.6. Adatfeldolgozás- adatelemzés (statisztikai szoftver)

A kérdőívek rögzítése manuálisan történt Microsoft Excel 2010 program segítségével. Az adatbevitel után szisztematikus ellenőrzés, adattisztítás történt érvényes adatbázis létrehozása érdekében. A statisztikai feldolgozást az IBM SPSS programcsomag 22.0 verziójával valósítottam meg.

A leíró statisztikák mellett matematikai statisztikai módszereket használtam adataim elemzéséhez. A statisztikai módszerek kiválasztását az adatok típusa és a változók száma határozta meg. Az intervallum szintű változók közötti kapcsolatot Pearson féle korrelációs számításával, míg az intervallum és az ordinális skálával mért adatok közötti összefüggést Spearman féle rangkorreláció számításával vizsgáltam ($p < 0,05$ és $p < 0,01$ szignifikancia szint mellett). A két nominális változó közötti kapcsolatot khi négyzet

próbával mértem fel ($p < 0,05$). Egyező szórású, normál eloszlású csoportok átlagának összevetésére varianciaanalízist használtam, míg mintám két részsokaságában az átlagok közötti különbséget t-próbával határoztam meg ($p < 0,05$). Az általános és speciális erőforrások elemzése során a vizsgálni kívánt változók száma magas volt, ezért faktoranalízist használtam, a nagyszámú összefüggő változók helyett kisszámú faktorváltozók létrehozása érdekében. Ezen változók közötti lineáris sztochasztikus kapcsolatot lineáris regresszió számítással, míg a változók közötti interakciókat többszemponos varianciaanalízissel próbáltam bizonyítani ($p < 0,05$) (Nahalka, 2004.; Falus et al., 2008.; Ács, 2015.). A gyakorisági és átlag értékek prezentálását gyakoriság és átlag megbízhatósági tartomány alkalmazásával végeztem.

5.3.A minta jellemzői

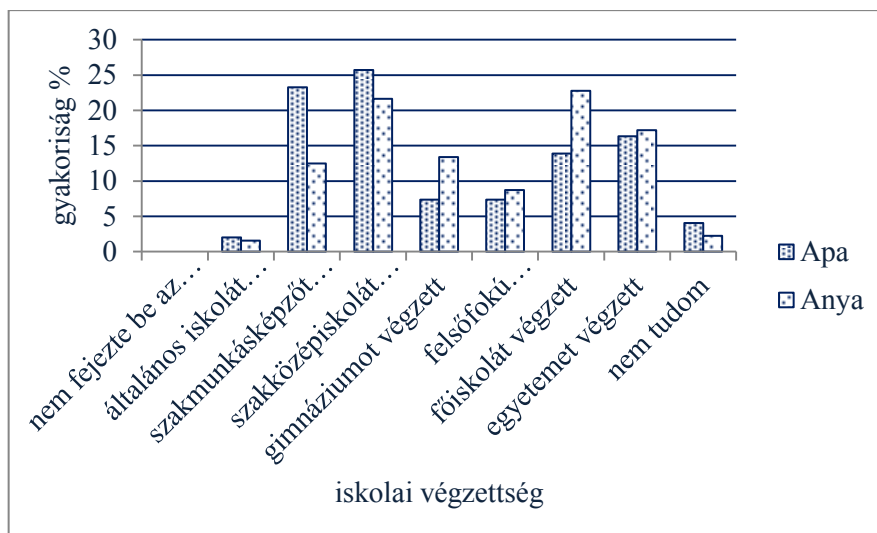
Nyugat-Dunántúlon Vas és Zala megyében folytattam kutatásom kvantitatív részét 10., 11. és 12. évfolyamos gimnáziumi tanulók körében. A megkérdezettek közel fele (46,43%-a) 10., míg 2/5-e (39,29%-a) 11. és 14,28%-a pedig 12. osztályban tanult. A válaszadók átlag életkora 16,87 év (SD: 0,82) volt, 2/3-a nő (67,79%) volt, több mint fele városban élt (megyeszékhely 31,46%, város 27,46%) és 2/5-e az iskolával azonos településen lakott.

Többszörös feleletválasztásos, 10 itemes zárt kérdéssel mértem fel, hogy a tanulók kikkel éltek együtt. Újrastrukturált családnak tekintem, ha az egyik szülő vérszerinti szülő, míg a másik nevelőanya, vagy nevelőapa volt, ebbe a csoportba a válaszadók 10,94%-a tartozott. A saját kutatásomban a családszerkezet vizsgálata során kapott adatok megoszlása a 2014-ben végzett hazai HBSC kutatás ($n=6075$) eredményeivel közel azonos mértékű volt. 45 családdal (10,04%) élt együtt a nagyszülő, 6 esetben a nagymama és a nagypapa is gyermekével, unokájával élte mindennapjait. Több generáció együttélése teljes, illetve újrastrukturált családban 38 megkérdezettnél jelent meg. A minta többsége (69,87%) teljes családban élt. A családok 28,79%-ban (129 fő) egy, míg 22,1%-ban (99 fő) három vagy több gyermek volt. Az egygyermekesek közül 42 szülő, míg a nagycsaládosaknál 9 fő nevelte egyedül az iskoláskorú gyermekét/gyermekait. A megkérdezettek legfőbb demográfiai jellemzőit az I. táblázat foglalja össze.

Változók	Átlag	Range
Életkor (n=448)	16,87±0,82 év	15-19 év
	abszolút gyakoriság (n)	relatív gyakoriság (%)
Nem (n=447)		
férfi	144	32,21%
nő	303	67,79%
Lakóhely (n=445)		
megyeszékhely	140	31,46%
város	123	27,46%
község/falu	182	40,9%
Lakóhely (n=445)		
Iskolával azonos település	190	42,7%
Iskolával nem azonos település		
kollégista	35	7,87%
bejáró + rokonoknál/nagyszüleimnél lakik	214	48,09%
albérlet	6	1,34%
Családtípus (n=448)		
teljes család	313	69,87%
újra strukturált család	49	10,94%
egyszülős család	82	18,4%
szülő nélküli család	4	0,89%
Testvérek száma (n=448)		
nincs testvér	129	28,79%
egy testvér	220	49,11%
kettő testvér	84	18,75%
három vagy több testvér	15	3,35%

I. táblázat. A minta jellemzői (saját szerkesztés)

A szülők iskolai végzettségét a diákok 4,26%-a nem tudta megnevezni, így mikor vizsgálatom során az egyik változó a szülők képzettsége volt, ezt a csoportot kizártam a mintából, mivel nem volt pontosan meghatározható a szülők legmagasabb iskolai végzettsége. Az előbbi válaszadásnál kevesebben, csak az esetcsoport szüleinek 3,57%-a rendelkezett nyolc általános iskolai bizonyítvánnyal (9 apa és 7 anya). A válaszadók szülei többségében szakmunkásképzőben (anya 12,5%, apa 23,27%) vagy szakközépiskolában (anya 21,65%, apa 25,73 %) végeztek. A 8. ábrán látható, hogy az általános és a szakképzés megszerzése az apáknál nagyobb mértékben jelent meg, míg a gimnáziumnál magasabb végzettség esetében az anyák voltak többségben.



8. ábra. A megkérdezettek szüleinek iskolai végzettség szerinti megoszlása (n=448) (saját szerkesztés)

5.4.A gimnáziumi tanulók egészségi állapota és koherencia-érzete

Az általános egészségi állapotot egyrészt a megnyilvánuló szubjektív egészségi panaszok előfordulásával és a jelenlévő krónikus egészségi problémák (krónikus betegség, fogyatékoság) meglétének felmérésével végeztem a HBSC kutatás során használt mérőeszköz kérdéseinek segítségével. Az egészségi állapot objektív mutatójaként a krónikus egészségi problémák jelenléte a fiatalok 1/5-nél, 20,81%-nál jelentkezett (akiknek 59,14%-ánál folyamatos terápiára volt szükség, míg 40,86%-ánál viszont nem kellett tartós kezelés). Ezzel szemben a 2014-es HBSC kutatásban az orvos által megállapított krónikus egészségi problémák a gimnáziumi tanulók körében kissé nagyobb mértékben fordultak elő (25,6%), de rendszeres gyógyszeres terápiában viszont közel tíz százalékkal kevesebben részesültek (49,3%) (Németh et al., 2016.). A szubjektív egészségi panaszokat vizsgálva, a teljes mintában leggyakrabban, szinte naponta, a fáradtság (24,11%), az idegesség érzése (13,17%), a hetente többször jelentkező fáradtság, kimerültség (31,03%) és idegesség (22,77%) okozta a problémák többségét, de emellett megjelent a fejfájás (20,54%), a kedvetlenség érzése (18,75%) is. A HBSC kutatás eredményeivel azonosan a megkérdezettek közel fele érezte naponta, hetente többször fáradtnak magát, a pszichés tünetek közül az idegesség, a kedvetlenség is magas arányban fordult elő. A testi tünetek esetében a fejfájás volt a domináns, mint az országos vizsgálatban a minta 14-33%-ánál fordult elő különféle időbeli

gyakorissággal (Németh et al., 2016.). A tanulók a soha válaszok összesítése alapján szédülésre (35,71%), alvásproblémákra (26,12%), hátfájásra (25,22%) és hasi fájdalomra (13,62%) panaszkodtak a legritkábban. Kilenc területen vizsgálva a panaszokat a tanulók közel fele (45,76%) mind a kilenc tünetet észlelte magán az elmúlt félévben, váltakozó időbeli előfordulással. 8 területen jelentkező panasz 20,54%-os, 7 fajta tünet 14,29%-os gyakorisággal jelentkezett, míg a 4 vagy annál kevesebb-féle probléma hiánya, illetve nem észlelése igen minimális volt (7,37%).

A teljes mintában vizsgáltam a jelentkező pszichés és szomatikus tünetek megoszlását az egészséges és a krónikus betegséggel rendelkező tanulók körében, de jelentős eltérés csak néhány területen fordult elő. A krónikus beteg tanulók soha válaszainak aránya valamennyi tünet esetében egy-két százalékkal kisebb mértékben fordult elő, de emellett a hetente többször mutatózó fejfájás (20,3% vs. 28%), szédülés (5,4 % vs. 8,6%), valamint a hetente előforduló ingerlékenység (18,9 % vs. 28%), idegesség (26,5 % vs. 34,4%) és a kb. havonta jelentkező kedvetlenség (20,3% vs. 30,1%) nagyobb arányban volt megtalálható. A tünetskála átlagpontszáma (a skála lehetséges pontszáma: 9–45, a magasabb pontérték nagyobb érintettséget jelentett a szubjektív panaszok előfordulásában) a 2014-es HBSC kutatás eredményeivel (teljes mintán M: 20,93 SD: 7,67) (Németh et al., 2016.) azonosságot mutatott (saját kutatás teljes mintán M: 20,67 SD: 8,28, egészséges tanulóknál M: 19,97 SD: 8,49, krónikus beteg diákoknál M: 21,28 SD: 7,37).

A tanulók egészségi állapotát az SF-36 standardizált mérőeszköz felhasználásával is vizsgáltam. Az általános egészségérzetet 5 kérdés, a vitalitást és a mentális egészséget 4 - 4 kérdés összesített pontszámaiból számított transzformált skálaértékekkel mértem (Ware et al., 1993.). A mintámban tanulmányozva az általános egészségérzet átlaga (teljes minta M: 74,94 SD: 17,31, egészségesek M: 76,47 SD: 16,45, krónikus betegek M: 69,19 SD: 19,42) a krónikus betegségben szenvedőknél 4 ponttal volt alacsonyabb, de az egészséges diákok esetében közel azonos volt a 18 év alatti egészséges populáció magyarországi normálértékének átlagánál (M: 74) (Czibalmos et al., 1999.). A mentális egészség (teljes minta M: 68,33 SD: 19,06, egészségesek M: 68,59 SD: 19,09, krónikus betegek M: 67,39 SD: 19,18), és a vitalitás (teljes minta M: 50,47 SD: 20,59, egészségesek M: 50,97 SD: 21,2, krónikus betegek M: 48,38, SD: 18,19) tekintetében a krónikus egészségi problémákkal rendelkezőknél minimálisan voltak csak alacsonyabbak az átlagértékek, mint a megkérdezett idült betegségtől mentes csoport esetében. Czibalmos és munkatársai által 1999-ben

publikált 18 év alatti magyarországi egészséges populáció normál átlagértéke vitalitás és mentális egészség tekintetében 79 – 79 (Czimbalmos et al., 1999.) volt, ami a jelenleg vizsgált mintában lévő tanulók esetében jóval alacsonyabb értéket hozott. De a 2014 – es nemzeti szintű HBSC felmérés alapján bizonyított, hogy a 2002, 2006, 2010-es adatfelvételhez képest az iskoláskorú fiatalok mentális egészségének eredménye jelentősen csökkenő tendenciát mutat (Németh et al., 2016.), amivel párhuzamosan alakult a vizsgált tünetskála összege is, melynél szintén a lelki tünetek előfordulási gyakorisága volt magasabb. Az eredmények alapján látható, hogy az általános egészségi állapot szubjektív és objektív mutatói az országos átlagtól számottevően nem tértek el, valamint a gimnáziumi tanulók egészségi panaszai meglévő krónikus betegség esetén sem különböztek jelentősen az egészségesekétől, de a lelki tünetekről (fáradtság, kedvetlenség, idegesség) való beszámolás jelentősebb mértékű volt.

Az egészségi állapot vizsgálatához vizuál analóg skálát is használtam, az EQ VAS egészséghőmérőjét. A megkérdezettek jelen pillanatban észlelt egészségérzetének átlagértéke a 100 fokú skálán mérve 79,16 volt (SD: 16,5 max: 100 min: 10), mely a magyarországi 18 éves egészséges korosztály átlagánál (M: 83,3) alacsonyabb volt (Szende et al., 2004.; Szende et al., 2014.).

A szalutogenezis-modell szerint, az egészségi állapot egy alapvető meghatározó és magyarázó tényezője a koherencia-érzet (és annak mértéke), mely szorosan összefügg az egészséggel, az egészségi állapot pozitív önminősített megítélésével. A koherencia-érzet pontos értéke, hogy hol az pont, amitől már kockázati tényezőnek vehető a mért adat, nem határozható meg. Egyéni szinten egy adott időpontban állapítható meg a KÉ. Erikson és munkatársai 124 tanulmány metaanalízisét követően megállapították, hogy a 13 itemes KÉ kérdőív átlagértékei 35,39-től (SD: 0,1) 77,6-ig (SD: 13,8) terjedő tartományba tartoztak (Eriksson et al., 2005.). Magyar mintán orvostanhallgatók (n=385) körében végzett kutatás során a koherencia-érzet átlagértéke 62,5, tanárjelöltek (n=1010) esetében 61,52 (Veresné Balajti, 2010.) és 16-17 éves (n=1127) fiatalok megkérdezése során 53,4 volt (Sipos et al., 2015.). Saját felmérésemben 16-19 éves gimnáziumi tanulók válaszai alapján a KÉ átlagértéke 54,38 (SD: 11,35, max: 90, min: 13) volt, mely a fentebb közölt kutatási eredmények alapján az átlag tartományba volt sorolható.

Az egészségi állapot mutatóit elemezve látható, hogy minden ötödik tanulónak van valamilyen orvos által megállapított krónikus betegsége, ami alacsonyabb a HBSC

reprezentatív országos vizsgálat eredményénél. A szubjektív egészségi panaszokat tanulmányozva az elmúlt félév során minden második tanuló észlelte magán a felmért valamennyi tünetet különböző időbeli ismétlődéssel, de dominánsan a pszichés problémák jelentkeztek; minden második tanuló naponta, vagy hetente többször fáradtságról, kimerülésről panaszkodott, de emellett megjelent jelentős mértékben a kedvetlenség, ingerlékenység, idegesség érzése is, melyek megjelenési gyakoriságát nem befolyásolta a meglévő idült betegség.

Az SF 36 kérdőívvel végzett vizsgálat megerősítette, hogy a megkérdezett tanulók mentális egészsége alacsonyabb szinten van, ami azonos a hasonló korú magyar fiatalok értékével. A mentális egészséggel párhuzamosan a vitalitás standard értékek is kisebbek voltak. Az SF 36 kérdőívvel felmért általános egészségérzet mértéke, illetve a HBSC kutatás kérdéseivel mért tünet-index, valamint a KÉ 13-mal mért koherencia-érzet a magyarországi, hasonló korosztályba tartozó tanulók átlagától jelentősen nem tért el, az EQ VAS 100 fokú egészséghőmérőn mért pillanatnyi egészségérzet a vizsgált mintában viszont minimálisan alacsonyabb volt.

A válaszadó tanulók egészségi állapotát tekintve az általános egészségérzet a standard értékekhez viszonyítva megfelelőnek mondható, de mentális egészség alacsonyabb volt, mely együtt járt a csökkent vitalitással, a tartós fáradtság, kimerültség, kedvetlenség tüneteivel.

A továbbiakban Pearson-féle korrelációs számítás segítségével vizsgáltam az egészségi állapot értékei és a koherencia-érzet, valamint az egészségi állapot egyes mutatói közötti kapcsolat nagyságát és irányát. A tünet-index és a mentális egészség, valamint a tünet-index és a vitalitás, a tünet-index és a koherencia-érzet között erős negatív kapcsolat volt mérhető: minél jobb egészségi mutatókkal (mentális egészség, vitalitás, koherencia-érzet) rendelkezett az egyén, annál kevesebb pszichés és szomatikus panaszról számolt be. A korrelációs számítás bizonyította, hogy a mentális egészség és a vitalitás között is nagyon erős ($r=0,712$ $p<0,001$) kapcsolat tapasztalható, de a mentális egészség és az általános egészségérzet, valamint a vitalitás és az általános egészségérzet között már gyengébb a korreláció mértéke. Érdeemes még megemlíteni a mentális egészség és a koherencia-érzet, valamint az általános egészségérzet és az egészséghőmérőn mért értékek közötti erős kapcsolatot. Valamennyi vizsgált változó között volt kimutatható kapcsolat, de különböző mértékben, a pontos adatokat a következő II. számú táblázat mutatja.

	korrelációs együttható					
	vitalitás	mentális egészség	általános egészség-érzet	EQ VAS mért egészség-érzet	KÉ	tünet-index
vitalitás		0,712**	0,305**	0,341**	0,466**	-0,617**
mentális egészség	0,712**		0,309**	0,385**	0,581**	-0,629**
általános egészség-érzet	0,305**	0,309**		0,599**	0,329**	-0,361**
EQ VAS mért egészség-érzet	0,341**	0,385**	0,599**		0,360**	-0,399**
KÉ	0,466**	0,581**	0,329**	0,360**		-0,518**

**p<0,01

II. táblázat. Az egészségi állapot és a koherencia-érzet valamint az egészségi állapot mutatószámai közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs együttható értékei (n=448) (saját szerkesztés)

Az SF 36 kérdőívvel és az EQ VAS egészséghőmérővel mért általános egészségérzet értékek eredményei között párhuzam volt tapasztalható. Az alacsonyabb koherencia-érzet következményeként a tünetskálán mért szubjektív panaszok növekedésével együtt jelentősen csökkent a mentális egészség és a vitalitás mértéke. Az egészségi panaszok megjelenésével párhuzamosan csökkent a pszichés jóllét, csökkent az életerő még úgyis, hogy az általános egészségi állapot jelentősen nem romlott, ezért is különösen fontos odafigyelni az egészségi panaszokra, mind a pszichés, mind a szomatikus tünetekre. A szalutogenetikus modell értelmében a koherencia-érzet növelésével csökkenthetők az egészségi panaszok, betegségek.

5.5.A gimnáziumi tanulók egészségmagatartása-rizikómagatartása

Az egészséggel kapcsolatos magatartás magába foglalja a preventív egészségmagatartást, az egészség megtartására, az egészség fejlesztésére irányuló magatartásformákat, melyek közül kutatásomban a táplálkozást, a sportolást és a szájhigiénét vizsgáltam. Az egészségmagatartás másik aspektusa a kockázati vagy rizikómagatartás formák, melyek közül a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás

leggyakrabban a serdülőkorban kerül előtérbe a fiatalok életében, kutatásomban az első két szer használati gyakoriságát mértem.

A táplálkozási szokások egyik fontos eleme a főétkezések gyakorisága, melyek közül a reggeli étkezés rendszerességét tanulmányoztam, míg a minőségét kétféle élelmiszercsoport mindennapi fogyasztási gyakoriságával vizsgáltam, melyek megfelelő indikátorai az egészséges táplálkozásnak (Németh et al., 2016.). A tanulók közel fele (48,88%) hétköznap mindennap rendszeresen reggelizett, míg 1/4-e teljesen kihagyta ezt az étkezést (27,73%). Hétfvégén már kedvezőbben alakul ennek az étkezési szokásnak a megvalósulása, a megkérdezettek 3/4-e (72,1%) szombati és vasárnapi napon is reggelizett, de a tanulók 12,72%-a még ekkor sem fogyasztott reggelit. A kapott eredmények azonosak voltak az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) kutatás 2014-es adataival, mely szerint a diákok 48,3%-a minden tanítási napon és 76,6%-a minden hétfégi napon reggelizett rendszeresen, ezzel szemben a diákok 29,4%-a soha nem reggelizett rendszeresen hétköznapokon, a hétfvégén pedig 9,2%-a (Németh et al., 2016.). A táplálkozás kvalitatív mutatójaként az egyik vizsgált élelmiszercsoport a gyümölcs és zöldségfélék fogyasztása volt, melyek fontos rost, vitamin és ásványi anyag források. A megkérdezettek 1/4-1/4-e naponta többször is vagy hetente 2-4 alkalommal fogyasztott gyümölcsöt (26,12% és 24,78%), valamint zöldséget (22,1% és 28,13%). A minta 1/5-1/5-ének szinte azonos gyakorisággal szerepelt az étrendjében mindennap egyszer, illetve hetente 5-6-szor gyümölcs (18,53% és 16,29%) és zöldségféle (18,3% és 19,2%). A válaszadók 6,7%-a gyümölcsöt és 4,69%-a zöldséget még heti rendszerességgel sem fogyasztott. A hazai HBSC kutatási eredmények kedvezőtlenebb képet mutattak a naponta többszöri gyümölcsfogyasztás (18,2%) és zöldségfogyasztás területén belül valamint gyakoribb (10% fölött) volt azok aránya is, akik hetente sem ettek ilyen ételféleségeket (Németh et al., 2016.) A másik vizsgált élelmiszercsoportot az édességek, a szénsavas, cukortartalmú üdítőitalok és az energiatartalmú italok alkották, melyek tápanyagokban szegény élelmiszerek, de kalóriában gazdag, úgynevezett üres kalóriák a szervezet számára. Szakmai ajánlások alapján kedvezőtlen irányba változtatják meg az étrend összetételét. Édességet a megkérdezettek közel 1/4-e (22,55%), üdítőfélét kevesebb, mint 1/5-e (17,86%) és energiatartalmú 5,46%-a fogyasztott naponta egyszer vagy többször. Ezzel szemben a megkérdezettek 13,84%-ának édességet és 31,92%-ának üdítőfélét heti rendszerességnél is ritkábban tartalmazott az étrendje. Az energiatartalmú a fiataloknak majdnem fele (49,11%) soha, viszont napi rendszerességgel 5,46% fogyasztott. Az

üdítőital és az energiatital napi étrendben való megjelenése a saját kutatásomban kedvezőbb képet mutatott, mint a 2016-ban végzett Magyar Ifjúság Kutatás (n=8000) eredménye, mely szerint a 15–29 éves fiatalok 1/4-e fogyasztott napi rendszerességgel cukrozott üdítőitalt és 10%-a energiatitalt (Bauer et al., 2017.), de a HBSC kutatás adatainál is kedvezőbb eredményt kaptam az üres kalóriák fogyasztási gyakorisága tekintetében. A hazai 2014-ben végzett Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása felmérés eredménye gyakoribb napi fogyasztásról közölt adatokat mind az édességek (30,3%), mind az üdítőital (26,3%), mind az energiatital (8,9%) fogyasztás tekintetében, illetve emellett hetente ritkábban nem fogyasztók aránya is alacsonyabb (édesség 12%, üdítőital 30,5%) volt. A HBSC adatok szerint a tanulónak mindössze 17,6%-a számolt be arról, hogy soha nem fogyasztott energiatitalt, közel ugyanennyien heti egy alkalomnál is ritkábban fogyasztották ezt az italféleséget (Németh et al., 2016.).

A válaszadó serdülőkorú tanulók 96,21%-a minden nap mosott fogat, de csak kevesebb, mint háromnegyede (78,79%) teljesítette az ajánlott napi kétszeri alkalmat, ami összhangban volt a HBSC kutatás hazai adataival.

A rendszeres fizikai aktivitásnak igen fontos szerepe van a fizikai és a pszichés egészségi állapot megtartásában, megfelelő minőségű és mennyiségű mozgás szükséges a kedvező egészségi hatás eléréséhez is. Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása alapján az 5-17 éves korosztály számára legalább a napi 60 perces közepes intenzitású mozgás szükséges, de hetente legalább háromszor erőteljes intenzitású mozgásnak is kell lenni, ami erősíti az izmokat és a csontokat (World Health Organization, 2010.). A megfelelő fizikai aktivitás mennyiségének a WHO ajánlása alapján a napi 60 perces mozgást tartottam, a további kategóriákba sorolásnál az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás klasszifikációját vettem alapul (közel elegendő, ha hetente legalább 5-6 napon, kevés, ha 3-4 napon, és nagyon kevés, ha 2 napon vagy annál kevesebbszer valósult meg a 60 perces fizikai aktivitás). A válaszadó fiatalok 1/5-ét (20,76%) megfelelő mennyiségű, 29,02% - 29,02% -át közel elegendő illetve kevés 21,21%-át pedig nagyon kevés fizikai aktivitás végzése jellemezte. A HBSC felmérés adatai közel azonosak voltak a saját vizsgálatom eredményével a megfelelő (19%) és a kevés (30,1%) fizikai aktivitásba sorolt tanulók esetében, míg a nagyon kevés (28,3%) mozgás kategóriákba tartozók aránya magasabb volt az országos kutatásban (Németh et al., 2016.). A fizikai aktivitás minőségénél a legalább a heti 3 óra olyan mozgást tekintettem megfelelőnek, aminek következtében a fiatal megizzadt, ez a minta 68,53%-át jellemezte, de 9,6% volt az intenzív testmozgást egyáltalán nem végzők aránya; ezen

adatok a 2014-es Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás eredményeivel közel azonosak.

A rizikómagatartások közül a dohányzási és az alkoholfogyasztási szokások elterjedését vizsgáltam, annak az eddigi életre és az előző hónapra vonatkozó gyakoriságát mértem fel. A rizikómagatartások iskoláskorúak körében való elterjedtségéről részben két nemzetközi, országosan reprezentatív adatfelvételre épülő kutatás, az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) és az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) adatait, valamint a hazai Egészségkommunikáció iskolai felmérés (n=2754) eredményét hasonlítottam össze a saját mintámban kapott válaszokkal. Az adatok összevetésénél csak a gimnáziumi tanulóakra vonatkozó értékeket vettem figyelembe, nem a populáció szintűt, mivel a dohányzás, az alkohol kipróbálása, tartós használata szignifikáns összefüggést mutat az iskolai képzés típusával (Elekes, 2016.; Németh et al., 2016.). Kutatási adataim alapján a fiatalok 50,67% dohányzott már eddigi élete során, az első szál cigaretta elszívása átlag 14,2 éves korban következett be. Életkor szerint minden ötödik fiatal 14 évesen (23,21%), de ugyanennyien 15 évesen (26,79%) vagy 16 évesen vagy később (23,21%) gyújtott rá az első szál cigarettára. Az utóbbi harminc napban a megkérdezettek 22,32%-a dohányzott, a rendszeres napi szerhasználattal a fiatalok 16,29%-a élt átlag 15,28 év életkorától kezdve. A rendszeresen dohányzók közül minden második diák (56,16%) 16 éves életkorban vagy később lett napi szinten szerfogyasztó és 2/3-a (64,62%) egy és öt szál cigarettát szívott el naponta. Az életprevalencia adatok közel azonosak voltak az ESPAD (52,3%) és a HBSC (50,3%) kutatás és az Egészségkommunikáció felmérés (50%) eredményeivel, a havi prevalencia (23,6%) és a dohányzás kipróbálás (átlag 14,85) - szokás életkori mutatói is hasonlóságot tükröztek az ESPAD felmérés értékeivel. A napi szintű rendszeres dohányzás több mint egy évvel később kezdődött, mint ahogy az első szál cigarettát elszívták a tanulók; a hazai trendekkel azonosan. Az ESPAD kutatással ellentétben, a saját mintámban (16,29%) magasabb volt a rendszeresen dohányzók aránya az országos felmérés (11%) eredményeinél (Elekes, 2016.; Németh et al., 2016.; Zsíros et al., 2016.).

A megkérdezett gimnazista tanulók közül majdnem mindenki (95,76%) életében egyszer legalább egy pohár alkoholtartalmú italt fogyasztott már, az átlag életkort tekintve az egyes italfélénél ez közel azonos időben történt meg, 13-14 éves kor között (sör M: 13,32, bor M: 13,76, alkohol tartalmú üdítőital M: 13,56 égetett szesz M: 14,4).

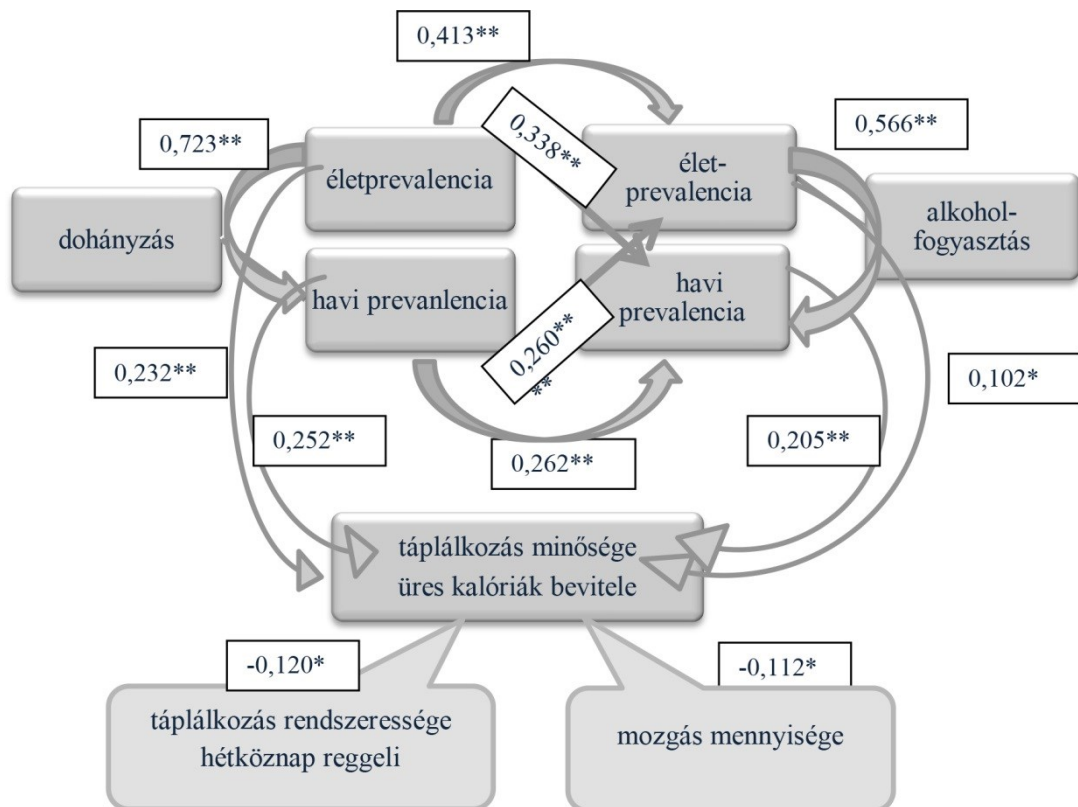
Az utóbbi 12 hónapban tízből egy tanuló (10,04%), és az utóbbi 30 napban tízből két (19,87%) fiatal nem fogyasztott alkoholt. Az utóbbi 30 nap alkoholfogyasztása során közel azonos gyakorisággal történt az egyes italfélék (sör, bor, alkohol tartalmú üdítő, égetett szesz) fogyasztása, de legtöbbször 39,73% egyszer-kétszer, és 20,54% háromszor-öttször ivott alkoholt.

A megkérdezettek majdnem 2/3-a (62,11%) jutott el a részegség állapotáig leggyakrabban 40-szer vagy annál több alkalommal (36,46%), átlag 14,86 éves életkorban, legtöbbször 15 évesen (34,66%), illetve 16 évesen vagy később (38,27%). Az utóbbi 30 napot vizsgálva a fiatalok 25,78%-a volt részeg.

Az ESPAD kutatás adatai alapján a gimnáziumi tanulók körében az elmúlt 30 napban alkoholt fogyasztók aránya 59,4%, a részegségi gyakoriság ugyanezen idő alatt 18,9% volt. A diákok 94%-a legalább egyszer fogyasztott életében alkoholt (Elekes, 2016.). A 2015-ös szerfogyasztási szokások országos felméréseinek eredményeit összehasonlítva saját kutatási adataimmal az alkoholfogyasztás életprevalencia értéke közel azonos volt, de már a havi prevalencia 20%-kal magasabbat mutatott, másrészt az utóbbi 30 napban a részegség eljutók aránya is közel 6%-kal volt több.

Hazai és nemzetközi kutatási adatok alapján ismert, hogy az egyes egészségmagatartás-elemek összetartoznak, és egységes életstílust mutatnak, nem függetlenek egymástól, szoros kapcsolat mutatható ki a dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás között, ezenkívül a rizikómagatartásformák általában a preventív egészségmagatartás háttérbe szorulásával járnak. Az egészségtudatos magatartás elemei is gyakran együtt járnak: aki odafigyel a táplálkozására, rendszeresen sportol is (Pikó, 2003.; Camenga et al., 2006.; Németh et al., 2016.).

Adatelemzésem során én magam is vizsgáltam az egyes egészségmagatartás elemek közötti kapcsolatot Spearman féle rangkorreláció számítással. Mint a 9. ábrán látható, a rizikómagatartás formák, a dohányzás és alkoholfogyasztás élet és havi prevalencia értékei egymással is korreláltak, valamint a táplálkozás minőségének negatív irányú megnyilvánulásával az úgynevezett üres kalóriák fogyasztásával is összefüggést mutattak. Megfigyelhető volt, hogy az édességek és üdítőitalok étrendben való megjelenése a mozgás mennyiségével, valamint a hétköznapi reggelizés gyakoriságával is korrelált, de gyenge negatív irányú kapcsolat volt kimutatható. A változók közötti pontos korrelációs együttható értékek a 9. ábráról olvashatók le.

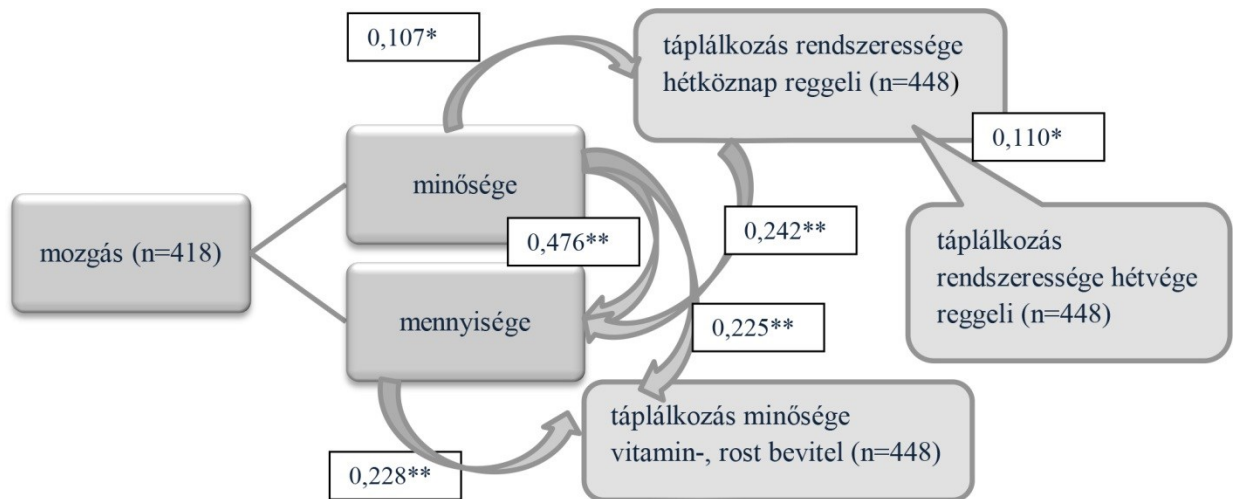


$p^* < 0,05$ $p^{**} < 0,01$

9. ábra. A rizikómagatartás elemei közötti kapcsolat Spearman-féle rangkorrelációs együttható értékei ($n=448$) (saját szerkesztés)

A preventív egészségmagatartásformák koherenciáját is vizsgáltam, mint az előzőekben, Spearman-féle rangkorreláció számítás segítségével. A kapott eredmények megerősítik az egyes életmódbeli tényezők közötti kapcsolatot, a mozgás minősége és mennyisége erős összefüggést mutatott.

A hétköznapi rendszeres reggeli fogyasztása és a hétvégi reggelizés rendszeressége, valamint a hétköznapi rendszeres reggeli fogyasztás és a mozgás mennyisége, illetve a mozgás minősége, mennyisége és a táplálkozás minősége is korrelált egymással, de valamennyi vizsgált változó között gyenge kapcsolat volt bizonyítható. A pontos korrelációs együttható értékek a 10. ábrán láthatók.



$p^* < 0,05$ $p^{**} < 0,01$

10. ábra. A preventív magatartásformák közötti kapcsolat Spearman-féle rangkorrelációs együttható értékei (n=418) (saját szerkesztés)

Az egészségmagatartás vizsgálatát tovább szélesítettem, megnéztem annak, egyes elemeinek az egészségi állapot vizsgált mutatószámaival valamint a koherencia-érzettel való kapcsolatát. A koherencia-érzet az egészségmagatartás valamennyi formájával korrelált, míg a preventív formák esetében pozitív, addig a kockázati tényezők során negatív irányú kapcsolat volt leírható. A hétköznapként történő rendszeres reggeli fogyasztás valamint a sportolás, fizikai aktivitás minősége és mennyisége a különféle módon mért önminősített egészségi állapot adataival mutatott összefüggést; a vitalitással, a mentális egészséggel, az általános egészségérzettel, az EQ VAS egészséghőmérőn mért egészségi mutatóval pozitív, míg a tünet-indexszel negatív irányú volt a kapcsolat.

Az előbbi változók közötti együtt járás mellett a mentális egészség, az általános egészségérzet, a szubjektív egészségi panaszok a dohányzással korreláltak negatívan. A mentális egészség és a dohányzás közötti kapcsolatot igazolta Gábor és munkatársa középiskolások (n=2213) körében végzett kutatása is (Gábor et al., 2007.).

A gyenge kapcsolat az alkalmi dohányzás és a kevesebb egészségre vonatkozó panasz között a dohányzás stresszoldó hatásával magyarázható, ezzel szemben az alkoholfogyasztás növelte az egészséggel kapcsolatos panaszokat. A pontos korrelációs együttható értékek a III. táblázatban láthatók.

		korrelációs együttható					
		vitalitás	mentális egészség	általános egészség-érzet	EQ VAS mért egészség-érzet	KÉ (n=447)	tünet-index
dohányzás (n=448)	élet-prevalencia	-0,094*	-0,167**	-0,126**	-0,059	-0,147**	-0,153**
	havi prevalencia	-0,083	-0,179**	-0,176**	-0,097*	-0,127**	-0,138**
alkohol (n=448)	élet-prevalencia	-0,066	-0,087	-0,045	0,035	-0,108*	0,102*
	havi prevalencia	-0,028	-0,093*	-0,047	0,061	-0,117*	0,108*
táplálkozás minősége (n=448)	vitamin-, rost bevitel	0,156**	0,159**	0,108*	0,081	0,185**	0,045
	üres kalóriák	-0,054	-0,078	-0,047	-0,094 *	-0,122**	0,120*
táplálkozás rendszeres-sége (n=448)	hétköznap reggeli	0,182**	0,188**	0,144**	0,157**	0,249**	-0,126*
	hétvége reggeli	-0,021	0,001	-0,003	-0,062	0,004	0,019
mozgás	mennyisége (n=418)	0,216**	0,157**	0,085	0,200**	0,105*	-0,039
	minősége (n=448)	0,164 **	0,159**	0,130**	0,219**	0,213**	-0,097*

*p<0,05 **p<0,01

III. táblázat. A preventív-, rizikó magatartásformák és a koherencia-érzet valamint a preventív-, rizikó magatartásformák és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Spearman-féle rangkorrelációs mátrix eredményei (saját szerkesztés)

Összegezve a gimnáziumi tanulók egészségmagatartásának vizsgálatát; a rendszeres reggeli fogyasztás hétköznap a minta felére, hétvégén már 3/4-ére volt igaz, a reggeli étkezést nélkülöző diákok aránya pedig hétköznap 27,73%, hétvégén kicsivel több, mint 10% volt. A táplálkozás minőségét tekintve a zöldség, gyümölcsfogyasztás közel azonos gyakorisággal realizálódott, megközelítőleg 40%-40% a napi és a hetente többszöri fogyasztók aránya. Az üres kalóriák (édességek, cukrozott üdítőitalok) étrendben való megjelenése a megkérdezettek közel 20%-ánál ritkábban, mint hetente, de 20%-ánál napi szinten valósult meg. A tanulók fele energiatalt egyáltalán nem, de 5,46% naponta fogyasztott. A mozgás mennyiségét tanulmányozva minden második tanuló hetente 5-7 alkalom gyakorisággal megfelelő illetve közel elegendő mennyiséget

mozogott, de tízből két diáknál viszont igen kevés volt a heti mozgás idő. A mozgás minősége csak háromból két tanulónál volt megfelelő.

A rizikómagatartás vizsgálata a dohányzás és az alkoholfogyasztás szokásaira irányult, a dohányzás életprevalencia értéke közel 50% volt, a havi prevalencia érték ennek fele, az alkoholfogyasztásnál az életprevalencia közelített a 100%-hoz, a havi prevalencia adat pedig közel 80% volt. Az alkohol havi prevalencia értékeit megfigyelve egyik italféle fogyasztása sem jelent meg dominánsan, és a minta 1/5-e heti gyakorissággal legalább egy pohár italt fogyasztott. A megkérdezettek 16,29%-a rendszeresen dohányzott, többsége 1-5 szál cigarettát szívott el naponta, több mint fele egy évvel a kipróbálást követően 16 éves kora felett vált rendszeres fogyasztóvá. A részegséget a megkérdezettek 2/3-a tapasztalta meg, átlagban 15 éves kora körül, ebből 1/3-a 40-nél is többször.

Hazai reprezentatív kutatási eredményekkel összevetve a saját adataimat a táplálkozás mennyiségi, valamint a mozgás mennyiségi és minőségi mutatószámai közel azonosak voltak. A táplálkozás minősége saját kutatásom adatai alapján kedvezőbb eredményeket mutatott. Saját felmérésemben a rizikómagatartás egyes elemei magasabb gyakorisági adatokat hoztak; a megkérdezett diákok körében nagyobb arányban voltak a rendszeresen dohányzók, magasabb volt a részegség előfordulási gyakorisága és az alkoholfogyasztás havi prevalencia értéke is.

Az édességek, üdítőitalok, energiatital étrendben való megjelenése, valamint a dohányzás és az alkoholfogyasztás szokásai nem függetlenek egymástól, de emellett az üres kalóriák fogyasztása a preventív magatartásformákat kedvezőtlenül befolyásolta. Az egészséget védő életmód elemek között a táplálkozás és a sportolás is szoros együtt járást mutatott. Tehát mind a preventív, mind a rizikómagatartásformák egyes elemei összefüggtek egymással, és a kockázati tényezők a védőtényezők megvalósulását háttérbe szorították.

A koherencia-érzet és az egészségmagatartásformák kapcsolatának vizsgálata kimutatta, hogy a koherencia-érzettel az egészségmagatartás valamennyi vizsgált eleme a preventívek pozitív, míg a rizikófaktorok negatív irányú összefüggést mutattak. A mozgás és a hétköznapi rendszeres reggelizés valamennyi mért önminősített egészségi állapot mutatóval pozitívan korrelált, addig a szubjektív egészségi panaszokkal negatívan. A dohányzás a mentális egészséggel és az általános egészséggel mutatott kedvezőtlen kapcsolatot, melyet célszerű a prevenció programok tervezése során figyelembe venni. Az alkoholfogyasztás növelte az egészségi panaszokat. A

rendszeresség a táplálkozásban, a fizikai aktivitásban - az utóbbi megfelelő intenzitással történő végzése - védő tényező lehet az önbevallás alapján mért egészségérzetre. A kapott eredmények megerősítik az egészségmagatartás egészséget támogató formáinak fontosságát az önbevallás alapján mért egészségérzetre.

Az egészségmagatartás bemutatott eredményei összességében nem mondhatók optimálisnak. A hosszú távú egészség alapjai gyermekkorban szilárdíthatók meg, nagyon fontos lenne a kedvezőtlen egészségmagatartási tendenciákat mérsékelni, megállítani, a kedvezőeket pedig erősíteni, növelni. A koherencia-érzet fejlesztése kiemelten fontos, a szalutogenetikus modell alapján a magasabb szintű koherencia-érzet segíti a problémákkal való megküzdést, a különböző élethelyzetekben az egyén szempontjából helyes döntést és választást, ily módon járulva hozzá a preventív magatartásformák választásához és a rizikómagatartások csökkentéséhez.

5.6. Társas támogatás és a koherencia-érzet, illetve a társas támogatás és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat

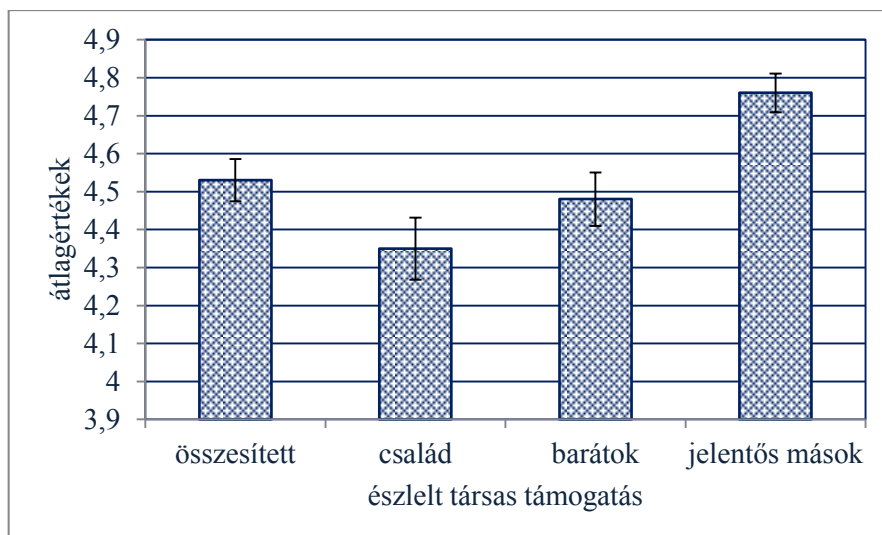
A társas támogatás és az egészségi állapot között jelentős kapcsolat mutatható ki, egyrészt direkt pozitív hatással van az egészségi állapot alakulására, csökkenti a rizikófaktorok számát, másrészt indirekt effektusként, módosító tényezőként, pufferként hat, az egyensúly helyreállításában van szerepe, a stresszhatás semlegesítésében. Fordított pufferhatásként is működik, amikor a stresszhatást felerősítik bizonyos társas kapcsolatok, ilyenkor a stressz egészségre káros hatásai sokszorososan jelentkeznek. A kapcsolatok száma, szorossága, működőképessége is meghatározza az egészségfejlesztő illetve módosító hatásokat a fizikai és a pszicho-szociális stresszel való megküzdéssel szemben. A társas támogatás hiánya jelentős pszicho-szociális rizikótényező és növeli az egészségkockázati magatartást (Pikó, 2002.; Kovács et al., 2007.).

Kutatásomban én is vizsgáltam, mint fontos általános rezisztencia erőforrást, a család, a barátok, a jelentős mások oldaláról a társas támogatás mértékének és az egészségi állapotnak a kapcsolatát a Zimet által 1988-ban kifejlesztett multidimenzionális észlelt társas támogatás kérdőív (MSPSS) validált magyar nyelvű változatával (Zimet et al., 1998.; Papp-Zipernovszky et al., 2017.). A társas támogatás mértékét öt fokozatú Likert típusú skálán mértem fel, 4 állítás a család, 3 állítás a barátok és 3 állítás a jelentős mások alfaktorához tartozott. A jelentős mások támogatása összesített pontszámainak átlagértéke 14,29 (SD: 1,64 max: 15 min: 3), a barátok

támogatásának átlagértéke 13,45 (SD: 2,28 max: 15 min: 3), a család esetében ez az átlagérték 17,39 (SD: 3,53 max: 20 min: 4), az összesített társas támogatás átlagértéke 45,14 (SD: 6,07 max: 50 min: 17) volt.

A társas támogatás mértéke változik az életkorral (Papp-Zipernovszky et al., 2017.), ezért a kapott adataimat, hasonló korú, iskolázottságú csoportba tartozó egyének között végzett kutatás eredményeivel igyekeztem összehasonlítani. Pribék és munkatársa a fentebb említett mérőeszközt használta egyetemista fiatal felnőttnek (n=395) társas támogatásának méréséhez (átlag életkor: 21,8 év). Az említett vizsgálati mintában az MSPSS összesített pontszámának átlaga (M: 49,905) kb. 10%-kal volt a saját mintámban kapott adatokhoz képest magasabb, míg a család észlelt támogatása átlagértéke (M: 15,4) megközelítőleg kétszer volt kevesebb (Pribék et al., 2017.). Próbáltam hazai mintán, közel azonos korcsoportban végzett kutatási eredményekkel összehasonlítani a saját vizsgálati adataimat, de látható, hogy a két minta átlagéletkorában az 5 év eltérés a fiatal felnőttek esetében már jelentős különbséget eredményez a társas támogatottság családi preferenciájánál. Az egyetemista fiataloknak az egyetemi évek alatt növekedik az ismeretségi körük, párkapcsolatot alakítanak, ezért lehetséges, hogy a család összesített pontszámának átlagértéke alacsonyabb, mint a saját kutatási eredményemben.

Pap-Zipernovszky és munkatársai nem az összesített pontszámokkal számoltak az egyes vizsgált társas támogatás kategóriák összehasonlítása során, hanem átlagértékekkel – számtani középértékekkel. Az általam vizsgált esetcsoport családi társas támogatás átlagértékeinek az átlaga 4,35, a barátok esetében ez az érték 4,48, jelentős mások támogatása során 4,76, valamint a három társas támogatás kategóriát együtt vizsgálva a számtani középértékek átlaga 4,53 volt. Pap-Zipernovszky kutatásában 18-26 éves fiatalok esetében a családi társas támogatás átlagértékének átlaga 4,01, míg a barátok esetében ez az érték 4,31. A kutatási eredmények alapján látható, hogy a gimnáziumi tanulók megkérdezése esetén a családi társas támogatás mértéke magasabb volt. Felmérésem adatait elemezve magasabb a hazai kutatási adatokhoz viszonyítva a családi társas támogatás mértéke (Pribék et al., 2017.; Papp-Zipernovszky et al., 2017.), de a megkérdezettek körében a jelentős mások támogatása élvez elsődleges prioritást a barátok támogatása mellett. A megbízhatósági tartományok elemzése alapján szignifikáns különbség volt kimutatható az összesített és a család, valamint a jelentős mások és valamennyi észlelt társas támogatás (család, barátok, összesített) értékek között (11. ábra).



11. ábra. Az összesített és az alfaktorok észlelt társas támogatás átlagértékeinek megbízhatósági tartománya ($n=444$) (saját szerkesztés)

Kutatásomban Pearson-féle korreláció számítás segítségével vizsgáltam az észlelt társas támogatás és a koherencia-érzet, valamint az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolatot. A IV. számú táblázatban látható, hogy az általam felmért valamennyi egészségi állapotot jelző mutatószám illetve a koherencia-érzet is korrelált az észlelt társas támogatás valamennyi kategóriájában mért értékével (család, jelentősen mások, barátok, összesített társas támogatás).

Legerősebb kapcsolat a mentális egészség és az észlelt családi társas támogatás között volt mérhető. A társas támogatás vizsgált faktorai legjelentősebben a koherencia-érzettel mutattak összefüggést. Az egészségi állapot vizsgált összetevői tekintetében a családi társas támogatás esetében voltak a legmagasabbak a korrelációs együttható értékei.

A társas támogatás pozitívan korrelált a vitalitással, a mentális egészséggel, az általános egészségérzettel, az egészség hőmérőn mért önminősített egészséggel és a koherencia érzettel, míg a tünet-index esetén ez a kapcsolat negatív irányú volt: minél magasabb volt a társas támogatás, annál kevesebb szubjektív szomatikus és pszichés panasz volt mérhető. A kapott eredményeim alapján látható, hogy a társas támogatás és a vitalitás között volt a legkisebb mértékben kimutatható kapcsolat.

	korrelációs együttható					
	vitalitás	mentális egészség	általános egészség-érzet	EQ VAS mért egészségérzet	KÉ	tünet-index
társas támogatás család	0.263**	0,427**	0,207**	0,306**	0,405**	-0,343**
társas támogatás barátok	0,050	0,202**	0,158**	0,213**	0,262**	-0,140**
társas támogatás jelentős mások	0,098 *	0,256**	0,171**	0,200**	0,278**	-0,133**
társas támogatás összes	0,199 **	0,394 **	0,227**	0,313**	0,410**	-0,248**

*p<0,05 **p<0,01

IV. táblázat. Társas támogatás és koherencia-érzet, valamint a társas támogatás és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs mátrix eredményei (n=444) (saját szerkesztés)

Az észlelt társas támogatás segíti a fizikai és a pszicho-szociális stresszel való megküzdést, a koherencia-érzet pedig a megfelelő megküzdési mód kiválasztását juttatja érvényre, így igen fontos a kedvező egészségi állapot eléréséhez az előbbi két tényező közötti összefüggés, mely Pearson-féle korrelációval kutatásomban bizonyítást nyert. Az észlelt társas támogatás növekedése magasabb általános egészségérzettel, mentális egészséggel párosult, de emellett a szubjektív pszichés és szomatikus panaszok csökkenésével járt együtt. Megállapítható, hogy a megkérdezett gimnazista tanulók szignifikánsan a jelentős mások támogatását jelezték legmagasabbnak, de az egészségi állapotra a család támogatásának észlelése bírt a legnagyobb erővel. Vizsgálati eredményeim alátámasztották azt az előfeltevést, melyet megelőző kutatások is jeleztek, hogy a támogató környezet egészségfejlesztő faktor az egészségi állapotra nézve, kimondottan a mentális egészség kialakításában, megtartásában. A társas támogatás, mint jelentős ÁRE – általános rezisztencia erőforrás, így annak emelkedése elősegíti a koherencia-érzet növelését, ami lehetővé teszi, hogy stresszes helyzetekben az egyének azonosítsák és használják erőforrásaikat egészségük fenntartása és fejlesztése érdekében.

5.7. Iskolai hatások és a koherencia-érzet, illetve az iskolai hatások és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat

A pozitív iskolai hatások védőtényezők lehetnek az egészség szempontjából, míg a negatív élmények kockázatot jelenthetnek. Az iskola kedvezően hathat a tanulók egészségére, azoknak a diákoknak, akik jobban tanulnak, magasabb az étellel való elégedettségük, kevesebb szubjektív egészségi panaszt említenek és az egészséget veszélyeztető magatartásformák kisebb mértékben jelennek meg, pl. dohányzás, alkohol, drogfogyasztás (Márványkövi et al., 2013.; Németh et al., 2016.). A hazai és nemzetközi Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól kutatás adatai alapján a tanulmányi átlag szignifikáns csökkenést, míg a hiányzások mértéke jelentős növekedést mutatott a szerfogyasztás összefüggésében vizsgálva (Elekes, 2016.). Kárpáti Dóra kutatása is megerősítette, hogy az iskolai problémák összefüggnek a szer használatával, mind a legális, mind az illegális szerek fogyasztásával, mely magyarázható a tanulók iskolai feladatok iránti alulmotiváltságával, a teljesítménnyel kapcsolatos nehézségekkel (Barabásné Kárpáti, 2008.). Azoknál a tanulóknál, akik nem szívesen járnak az iskolába, lemaradnak, kimaradnak, gyakoribb a lelki problémák megjelenése.

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására irányuló kutatás (HBSC) mérőeszközének kérdéseit használtam fel az iskolai élet egészségre gyakorolt hatásának vizsgálatához. A gyerekek mindennapjaiban az iskola igen fontos szocializációs színtér, az egészség forrása, kitüntetett szerepe van a tanulók fejlődésében, életmódjának kialakításában, formálásában. Kutatásom során vizsgáltam az iskolai élet és a koherencia-érzet, illetve az iskolai élet és a tanulók önminősített egészségi állapotának kapcsolatát. Kérdéseim az iskola iránti attitűdre, az iskolai terheléssel kapcsolatos vélekedésre, a tanulási eredmény tanárok általi megítélésére, valamint az iskolai észlelt társas támogatásra (tanárok, osztályközösség) irányultak.

Négyfokú Likert típusú skálával mértem fel a tanulók iskolájuk iránti érzését. A gimnáziumi tanulók 3/4-e pozitív hozzáállásról számolt be iskolája iránt, (29,31% nagyon, 42,06% kicsit szereti), de 8,72%-a az egyáltalán nem szeretem választ adta a nevelési - oktatási intézményével kapcsolatos érzések tekintetében. A HBSC kutatás eredményeivel közel azonos válaszokat kaptam felmérésem során valamennyi vizsgált kategória mentén. Összehasonlításként egy adatot emelek ki, az iskolájukat nagyon

szeretők arányát, mely a középiskolás tanulók között az érettségít adó iskolákban a HBSC felmérésben tanulók 33,0%-ra volt jellemző (Németh et al., 2016.).

A köznevelési intézmény által adott feladatokat a megkérdezett diákok 17%-a egyáltalán nem, 40,49%-a egy kicsit, 36,47%-a eléggé, míg 6,04%-a nagyon nyomasztónak érezte. A hazai iskoláskorú tanulók egészségmagatartás felmérésének eredménye a saját adataimnál jelentősen kedvezőbb képet mutatott az eléggé nyomasztó érzés (20,8%) kategóriájában adott válaszok tekintetében, az iskolai terheléssel kapcsolatos vélemények terén. A saját mintámban közel 16%-kal, kicsivel többen tapasztalták eléggé nyomasztónak az iskolai feladatokat. A HBSC kutatási adatok érettségít adó képzésekben a kutatási eredményemmel közel azonos mértékben (6,3 vs. 6,04%) számoltak be nagyon nyomasztó érzésről az iskolai teendők kapcsán. Az országos eredményben az iskolai megterhelés a tanulók 20,8%-át egyáltalán nem, 52,2%-át csak egy kicsit nyomasztotta (Németh et al., 2016.).

A tanulók véleménye alapján iskolai teljesítményüket a tanáraik többsége az átlagos (37,36%-ban) és a jó tanulók közé (44,3%-ban) kategorizálta, míg a legjobb tanulók közé a tanárok véleménye alapján a válaszadók 11,63%-a tartozott. A HBSC kutatás eredményeivel összevetve saját adataimat a két szélső kategóriában közel azonos válaszadás történt, míg a jó tanuló csoportba az országos felmérés adataihoz viszonyítva saját mintámban 11,5%-kal többen (32,8% vs. 44,3%) sorolták be magukat, az átlagos teljesítményűek viszont kevesebben voltak (48,8% vs. 37,36%).

A fentebb említett két vizsgált kérdés esetében azt tapasztaltam, hogy saját mintámban többen voltak azok, akik nyomasztónak érezték az iskolai feladataikat, de közel 10%-kal voltak többen azok is, akik úgy érezték, tanáraik magasabbnak ítélik az iskolai teljesítményüket, az országos HBSC felmérés adataihoz viszonyítva. A két változó együtt járását a Spearman-féle rangkorreláció is megerősítette ($r= 0,168$ $p<0,001$); a változók között gyenge erősségű kapcsolat volt bizonyítható $p<0,01$ szignifikancia szinten.

Az iskolai társas támogatást 5 fokú Likert skálával a tanárookra és az osztálytársakra vonatkozó 3-3 kérdéssel mértem fel. Az eredmény értékelését a skála összesített pontszámával végeztem, a magasabb pontszám magasabb társas támogatást mutatott. A HBSC kutatás adatai alapján az iskolához tartozó társas támogatás az iskolai osztályfokok számának emelkedésével csökken, mind a tanárok, mind az osztálytársak vonatkozásában és legalacsonyabb az érettségít adó képzésekben (a tanári társas támogatás átlag pontszáma 10,1, az osztálytársi támogatás átlaga 10,7). A saját kutatási

eredményeim a HBSC felmérés adataival közel azonos mértékű iskolai társas támogatást mutattak; az osztályközösség támogatási percepciójának átlaga 10,51 (SD: 2,78 max: 15 min: 3), míg a pedagógusoké M= 9,41 (SD: 2,9 max: 15 min: 3).

Az osztálytársakhoz és a pedagógusokhoz kapcsolódó észlelt társas támogatás Pearson-féle korrelációs számításával a kutatásban vizsgált valamennyi önminősített egészségi állapot mutatószámával, illetve a koherencia-érzettel is pozitívan korrelált, míg a szubjektív egészségi panaszokkal negatív irányú összefüggés mutatkozott. A pontos korrelációs együttható és p értékek az V. táblázatban láthatók.

	korrelációs együttható és p érték					
	vitalitás n=446	mentális egészség n=446	általános egészség- érzet n=446	EQ VAS mért egészségérzet n=446	KÉ n=445	tünet- index n=446
pedagógus társas támogatás	0,252** p<0,001	0,221** p<0,001	0,183** p<0,001	0,204** p<0,001	0,293** p<0,001	- 0,225** p<0,001
osztályközösség társas támogatás	0,207** p<0,001	0,284** p<0,001	0,144** p=0,002	0,119* p=0,012	0,286** p<0,001	-0,202** p<0,001

*p<0,05 **p<0,01

V. táblázat. Az iskolai társas támogatás és a koherencia-érzet, valamint az iskolai társas támogatás és az egészségi állapot mutatószámai közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs mátrix eredményei (saját szerkesztés)

Az egészségi állapotra ható faktorok további elemzése során Spearman-féle rangkorreláció számításával felmértem, hogy az iskolai élet egyes vizsgált kérdései befolyásolják-e az önminősített egészségi állapot megítélését és a koherencia-érzetet. Az iskola iránti viszonyulás értékelése, valamint a tanulási eredmény tanárok általi véleményezése pozitív kapcsolatot mutatott az érzett életerővel, a mentális egészséggel, az általános egészségérzettel, az egészséghőmérőn jelzett egészségértékekkel és a koherencia-érzettel. Minél inkább szerette az iskoláját a tanuló, valamint minél magasabb volt a tanárok általi tanulási teljesítmény megítélése, annál kedvezőbb volt az egészségi állapot és magasabb volt a koherencia-érzet; kimutatható összefüggés volt a vizsgált változók között, de a kapott eredmények alapján a korreláció erőssége gyenge kapcsolatot jelzett. Az említett vizsgált két független változó legkevesbé az általános

egészségérzetre volt hatással, míg a szubjektív egészségi panaszok megjelenésével nem korrelált.

Az iskolai terheléssel kapcsolatos vélekedés, a napi iskolai feladatok nyomasztó érzésének csökkenése növelte a tanulók vitalitását, mentális egészségét, koherencia-érzetét és mérsékelte az egészségi panaszait, de ezekben az esetekben a változók közötti kapcsolat már közepes erősségű korrelációt mutatott. Az iskolai élet napi terhei az általános egészségérzetet nem befolyásolták.

A pontos korrelációs együttható értékek a VI. táblázatban láthatók.

	korrelációs együttható és p érték					
	vitalitás n=447	mentális egészség n=447	általános egészség- érzet n=446	EQ VAS mért egészségérzet n=447	KÉ n=447	tünet- index n=447
iskola iránti attitűd	0,175** p<0,001	0,161** p=0,001	0,146** p=0,002	0,154** p=0,001	0,217** p<0,001	-0,085 p=0,073
iskolai terhelés megítélése	0,354** p<0,001	0,307** p<0,001	0,040 p=0,401	0,059 p=0,215	0,284** p<0,001	-0,254** p<0,001
tanulási eredmény tanárok általi értékelése	0,163** p=0,001	0,146** p=0,002	0,135** p=0,004	0,159** p=0,001	0,205** p<0,001	-0,088 p=0,063

**p<0,01

VI. táblázat. Az iskolai élet megítélése és a koherencia érzet, illetve az iskolai élet megítélése és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Spearman-féle korrelációs mátrix eredményei (saját szerkesztés)

Összességében a kapott adatok alapján megállapítható, hogy a tanulók többsége (3/4-e) szerette iskoláját, de 2/5-e az iskolai feladatait eléggé vagy nagyon nyomasztónak érezi, ezen utóbbi vizsgált faktor együtt járást mutatott a tanárok általi magasabb tanulmányi eredmény megítélésével, jelentősen kedvezőtlenebb mentális egészséggel, vitalitással, koherencia-érzettel, melyhez növekvő egészségi panaszok társultak.

Érdemes megemlíteni, hogy saját kutatási adataimban jelentős eltérés mutatkozott a hazai reprezentatív felmérések eredményeihez képest: többen voltak azok, akik nyomasztónak érezték az iskolai feladataikat, ezzel párhuzamosan többen voltak azok is, akik úgy érezték, tanáraik jónak ítélték meg teljesítményüket (Spearman-féle rangkorreláció p<0,001).

Az iskola iránt érzett pozitív attitűd, a tanárok általi jobb tanulmányi eredmény megítélése, valamint az iskola falain belüli közösség (pedagógus, osztálytársak) felől érkező magasabb társas támogatás egészséget támogató hatással bírt az önminősített egészségi állapot valamennyi vizsgált faktorára, de legerőteljesebb kapcsolatot a koherencia-érzettel mutatott.

Kutatási eredményeim alapján megállapítható, hogy az iskolai élet – mint általános erőforrás – az egészségi állapot protektív determinánsaként van jelen.

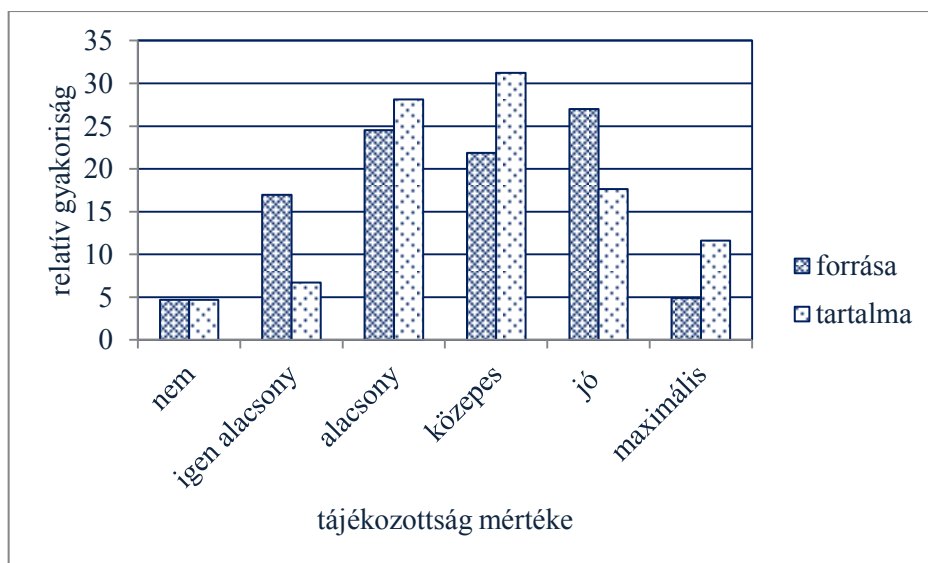
5.8. Az iskolavédőnői ellátás, mint speciális erőforrás

5.8.1. A védőnői ellátással kapcsolatos tájékozottság

Kutatásomban felmértem a pedagógusok és a védőnők tanulóira irányuló tájékoztatását valamint a diákok önálló tájékozódását az iskolavédőnői ellátás igénybevételének lehetőségéről. Az említett szakemberek tájékoztatási arányát vizsgálva az osztályfőnök 90,85%-ban, a védőnő 71,21%-ban és egyéb, az iskolában dolgozó pedagógus 14,82%-ban adott információt a tanulók számára az iskolában elérhető egészségügyi szolgáltatásról. Az osztályfőnöki és a védőnői tájékoztatás 4/5-e írásban történt és csupán 4-6%-a valósult meg kétféle csatornán együttesen, mind szóbeli, mind írásbeli formában is. A tanulói tájékozódást a fentebb említett területen többszörös feleletválasztás lehetőségével, zárt kérdés segítségével mértem fel. A tanulók 2/3-a saját maga is igényelte, hogy ismeretei legyenek az iskolában igénybe vehető egészségügyi alapellátásról, legfőképpen a humán források megkerdezése révén (osztályfőnök 53,79%-ban, egészségügyi szakemberek 13,84%-ban, barátok 11,6%-ban), de az orvosi rendelő faliújságja (4,46%-ban) és az iskola honlapja (2,9%-ban) is jelentett információforrást. A tájékoztatás tartalmát tekintve a szakemberek 3/4-e komplex (iskolavédőnői ellátás helye, igénybevételének időbeli lehetősége, a szolgáltatás által biztosított ellátás) felvilágosítást adott, míg a tanulók önálló tájékozódásánál ez a teljesség csak 1/3 arányban jelent meg.

A tanulók tájékoztatását valamint az önálló tájékozódását összesítettem annak mennyiségi mutatói alapján, mind a tartalom, mind a forrás oldaláról. Maximális tájékozottságnak értékeltem, ha valamennyi „személyi forrás” tájékoztatta a diákot és a diák is több helyről tájékozódott. Tartalmát tekintve maximális tájékozottságot jelentett, ha az adott egyén mások által és önmaga révén is komplexen (hol, mikor, miért keresheti fel a védőnői ellátást) kapott és kért információt. Az előbbi metódus alapján

képeztem további kategóriákat az igen alacsony, alacsony, közepes, jó tájékozottság vonatkozásában, annak mind tartalmának, mind forrásának oldaláról. Egy külön csoportba soroltam (a minta 4,69%), azokat, akiket nem informáltak, de nem is informálódtak. Az iskolavédőnöi ellátással kapcsolatos tájékozottság forrását tekintve maximális kategóriába a válaszadók 4,91%-a tartozott, míg az igen alacsony csoportba 16,96%-uk, a tartalmi informáltságnál ezek az adatok 11,61% és 6,7% volt. A tájékozottság forrását vizsgálva az alacsony, közepes és jó dimenzióba körülbelül a minta 1/5-1/5-1/5-e tartozott, tartalmi kategóriánál többen voltak a közepes valamint az alacsony informáltsággal bírók között, a minta kb. 1/3-1/3-a (12. ábra).



12. ábra. A védőnöi ellátással kapcsolatos tájékozottság mértéke (n=448) (saját szerkesztés)

A tájékozottság két területének vizsgálatát összesítettem, így 0-10 közötti értékek jelezték a tanulók iskolavédőnöi ellátással kapcsolatos informáltságának komplexitását. A teljes tájékozottság (tájékozódás és tájékoztatás, forrás és tartalom oldaláról) csupán a minta 1,34%-át jellemezte, míg a megkérdezettek többsége a 4 és 8 közötti kategóriákba tartozott, közel azonos értékekkel minden egyes skála vonatkozásában 12-15% közötti értéktartományban.

Az iskolavédőnöi ellátással kapcsolatos tájékoztatás – tájékozódás kategóriáiban a kapott válaszok összesítése alapján elmondható, hogy elsődlegesen írásban, valamint legnagyobb mértékben az osztályfőnök az a személy, aki útmutatást adott a tanulók számára. A diákok többsége (2/3-a) saját maga is érdeklődött az iskolában elérhető egészségügyi szakember, a védőnöi tevékenysége felől, a humán faktorok

igénybevételével, a szolgáltatás helyéről és a védőnő rendelkezésre állási idejéről, de ennek teljessége nem kielégítő: az elérhető szolgáltatási tevékenységek köre illetve helye, ideje csak 1/3 arányban jelent meg. A megkérdezettek közel 30%-ának értékelhető csak az informáltsága a forrás és a tartalom oldaláról jónak vagy annál magasabbnak.

A védőnői ellátás szolgáltatási tevékenységével kapcsolatos tájékoztatás mindenképpen megerősítésre szorul. Fontos jövőbeni cél a teljes körű egyéni tájékozódás szükségletének jelentős növelése, de emellett lényeges a szakemberek oldaláról jövő komplex, többszörös információnyújtás fejlesztése is.

5.8.2. Az iskolavédőnői ellátás elérhetősége

A köznevelési intézmény falain belül az iskolavédőnő elérhetőségének megítélését négyfokú Likert skálával mértem fel, illetve még egy válaszadási lehetőséget adtam, a „nem tudom megítélni” kategóriát, mellyel a tanulók közül 48 fő élt (10,71%). A leíró statisztikai elemzés alapján a válaszadók nagy része (53,13%) könnyen, 14,73%-a igen könnyen, 17,86%-a inkább nehezen, és csupán 3,57%-a nagyon nehezen elérhetőnek minősítette a védőnői szolgáltatást.

A védőnői ellátásra vonatkozó tájékozottsággal és a szolgáltatás elérhetőségével kapcsolatos megítélés közti összefüggés megválaszolásához a Spearman-féle korrelációs együttható volt segítségemre. Ennek értelmében a védőnői ellátás elérhetősége pozitív irányú, gyenge erősségű szignifikáns kapcsolatot mutatott mind az információnyújtás forrásainak ($r=0,189$ $p<0,001$ $p<0,01$ szignifikancia szinten), mind tartalmának ($r=0,114$ $p<0,016$ $p<0,05$ szignifikancia szinten) mennyiségi mutatóival. A védőnő elérhetőségének véleményezése a tájékoztatás forrásainak igénybevételével mutatott szorosabb korrelációt. Az eredmények alapján a védőnő elérhetősége elsődlegesen a védőnői szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás – tájékozódás forrásainak növelésével illetve összegzésével emelhető, melyhez elengedhetetlen a társszakmák együttműködése ezen a területen is.

5.8.3. A védőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevételének mennyiségi és minőségi értékelése

Az iskolavédőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevételét a tanulók szubjektív értékelése segítségével két kérdéscsoporton keresztül vizsgáltam.

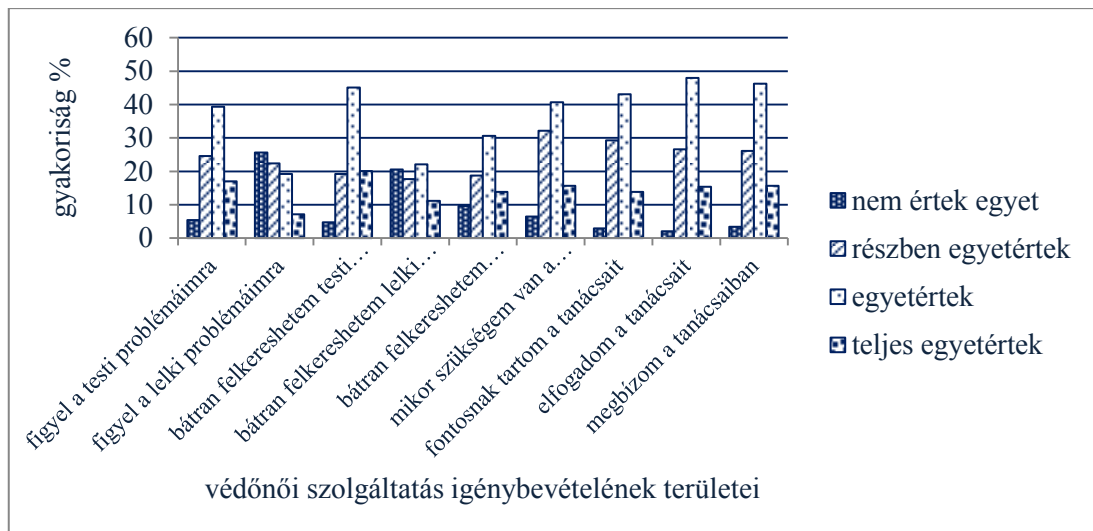
Felmértem a védőnővel való találkozás gyakoriságát, hat védőnői feladat-ellátási területen. A kérdéssor belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa értéke megfelelő volt

(0,68). A tanulók szinte 100%-a évente kapcsolatba került a védőnővel a szűrővizsgálatok során. A 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról a szűrővizsgálatok esetében pontosan szabályozza a tanulókkal való ilyen irányú védőnői tevékenység megvalósításának rendszerességét, ezzel is magyarázható az előbbi számadat, mely egyezőséget mutat a jogszabályban foglaltakkal. A továbbiakban ismertetésre kerülő védőnői feladatok kivitelezésének gyakorisága már nincs pontosan szabályozva, ezért megvalósulása is jelentős különbséget mutatott. A tanulók közel 90%-a évente 1-2 alkalommal vett részt a védőnő által tartott tanórai egészségfejlesztésre irányuló foglalkozáson. A tanórán kívüli egészségfejlesztési célú szakkör és egyéb a védőnő által vezetett rendezvény, foglalkozás tekintetében sokkal változatosabb válaszok érkeztek. Ezekben a tanulók 2/5-e vett részt, nagy többsége félévente több alkalommal is. A védőnői fogadóórát a diákok 23,88%-a vette igénybe (18,3%-a félévente többször, 3,79%-a félévente), míg a védőnő ennél több diákot, a megkérdezettek 35,48%-át kereste meg, kért meg a fogadó órán, egyéni tanácsadáson való részvételre (25%-a félévente többször, 7,81%-a félévente). Óraközi szünetekben a tanulók 3/4-e került kapcsolatba az iskolavédőnővel, a legtöbben hetente többször (25,22%), havonta 2-3 alkalommal (15,63%), míg a szünetekhez köthető találkozás félévenkénti gyakoriságáról minden tízedik diák számolt be. A védőnői ellátás igénybevételének mennyiségi mutatóját, a találkozások gyakoriságát Likert skála típusú kérdéssorral, illetve annak összesített pontszámával mértem fel. A tanulók védőnővel való találkozásának összesített pontszáma 0-42 közti tartományba kerülhetett, a vizsgált csoport esetében az átlagérték 12,42 volt, ami átlagban évenkénti 2 találkozást jelentett (SD: 3,63), a maximum érték 36, mely havi 2-3 találkozást mutatott a védőnővel. A védőnői ellátás mennyiségi mutatójának összesített pontszámait csoportosítottam és így az átlag feletti ellátás a tanulók 11,83%-át érintette, és ennek majdnem kétszerese (22,32%) volt az átlag alatti igénybevétel.

Vizsgáltam, hogy a védőnői tevékenységek (szűrővizsgálatok, egészségfejlesztő foglalkozások, fogadóórák) mennyiségi megvalósulásának összesített értéke kapcsolatot mutat-e az ellátáshoz köthető nagyobb tájékozottsággal, és a védőnő elérhetőségének megítélésével. Elemzésemhez Spearman-féle rangkorreláció számítást használtam ($p < 0,01$ szignifikancia szint mellett). Az iskolavédőnői ellátás igénybevételének kvantitatív mutatója pozitív irányú, gyenge erősségű kapcsolatot mutatott mind a védőnői ellátás tájékoztatás-tájékozódás tartalmi véleményezésével ($r=0,155$ $p=0,001$), mind az iskolavédőnő elérhetőségének értékelésével ($r=0,157$ $p=0,001$), míg a védőnői

ellátással kapcsolatos információnyújtás – kérés forrásának mennyiségi mutatójával közepes erősségű ($r=309$ $p<0,001$) korreláció nyert bizonyítást.

Az igénybevétel minőségi mutatóját kilenc saját szerkesztésű kérdés Likert típusú skálával történő válaszadási lehetőségével mértem fel (a védőnő tevékenységét a tanuló mennyire érezte elérhetőnek, személyre szabottnak, hatékonynak). Az egyes kérdésekre kapott feleletek pontszámait összegeztem, és a magasabb összesített pontszám produktívabb védőnői szolgáltatási minősítést eredményezett. A védőnői tevékenység minőségi megítélésére irányuló kérdéscsoport reliabilitási mutatója megfelelő (Chronbach alfa = 0,87) volt. A tanulók jelentős mértékben azzal az állítással értettek egyet, hogy a védőnő figyel a testi problémáikra (16,96%), és a megkérdezettek 1/5-e az ilyen jellegű gondok esetén bátran is fordult az iskolában dolgozó egészségügyi szakemberhez, a védőnőhöz. A „nem értek egyet” válaszadás legmagasabb mértékben a lelki problémákra való odafigyelés területét (25,67%) érintette és ezeknek a gondoknak az esetében érezték úgy a tanulók, hogy nem a védőnő volt az a személy, aki segítségükre lehetett (20,54%). A „fontosnak tartom”, az „elfogadom” és a „megbízom a védőnő tanácsaiban” kategóriák mentén közel azonos arányú válaszadás történt (teljesen egyetértek ~ 15%, egyetértek ~ 45%, részben egyetértek ~ 26%, nem értek egyet ~ 3%). A tanulók kicsit több, mint fele egyetértett abban, hogy amikor szüksége van a védőnőre meg is találja, még részben 32,14% helyeselte ezt az állítást. A diákok saját belső indíttatásból, szűrővizsgálat céljából keresték fel legkisebb mértékben a védőnőt, mert nyilvánvalóan azt érezték, hogy a kötelező szűrővizsgálatokon való részvétel elegendő a számukra. A kilenc kérdés összesített pontszámának átlaga 20,35 (SD: 7,62, max: 36, min: 0) volt. A kapott eredmények teljes részletességgel nyomon követhetők a 13. számú ábrán.



13. ábra. A védőnői szolgáltatás igénybevétele szubjektív megítélésének minőségi mutatói (n=448) (saját szerkesztés)

Spearman-féle rangkorreláció számítás segítségével ($p < 0,01$ szignifikancia szinten) vizsgáltam az iskolavédőnői ellátás igénybevétele minőségi véleményezésének és a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás, valamint az elérhetőség megítélésének kapcsolatát. Az elemzést követően bizonyítást nyert, hogy a védőnői szolgáltatás minőségére irányuló kutatási eredmények korreláltak mind a védőnői ellátás tájékoztatás-tájékozódás tartalmi megítélésével ($r=0,163$ $p=0,001$), mind az iskolavédőnő elérhetőségének értékelésével ($r=0,264$ $p < 0,001$), mind a védőnői ellátással kapcsolatos információnyújtás – kérés forrásának mennyiségi mutatójával ($r=0,203$ $p < 0,001$), de a változók közötti kapcsolat gyenge volt.

A védőnői ellátáshoz kapcsolódó mennyiségi és minőségi mutatók közötti összefüggést matematikai statisztikával, Pearson-féle korrelációs számítással ($p < 0,01$ szignifikancia szint mellett) vizsgáltam, melynek eredménye igazolta a változók közti kapcsolatot ($r=0,184$ $p < 0,001$).

A védőnői ellátás mennyiségi és minőségi mutatóinak tanulók általi véleményezése összegzésének kapcsán elmondható, hogy a szűrővizsgálatok, a tanórai egészségtan órák mellett a tanulók 2/5-e részt vett a védőnő által vezetett tanórán kívüli egészségfejlesztő foglalkozáson, és 1/4-e rendszeresen felkereste fogadóóráján is az iskolában jelenlévő egészségügyi szakembert, a védőnőt. Leíró statisztikai adatok alapján az iskolavédőnő hangsúlyosan a tanulók testi problémáira figyelt. A védőnő, az a szakember, aki a tanulók mindennapjaiban jelen van, egyénileg is találkozik velük az osztályvizsgálatok, a fogadóórák alkalmával, aki képzettségénél, kompetenciájánál

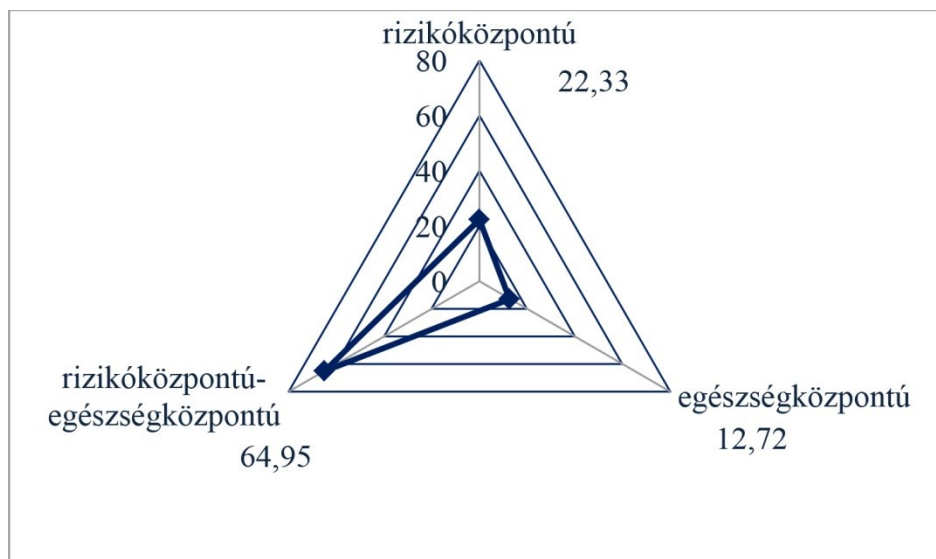
fogva esélyt teremthet mind a testi és mind a lelki problémák észrevételére, de elsősorban az egészség minden elemét érintő változások feltárására, ami növelhetné az igényt a diákokban a szolgáltatás igénybevételére. Megerősítésre szorul a védőnői ellátással kapcsolatos írásbeli, de különösen a szóbeli tájékoztatás. Fontos lehet az iskola honlapján történő közzététellel is, hogy mikor, miért illetve milyen szűrővizsgálatok kapcsán kereshetik meg a tanulók önkéntesen a védőnőt. Gyermekkorban kell megtanítani, hogy az egészség védelméhez hozzátartozik az egészségügyi ellátórendszer felkeresése, akkor is, ha nincs gond, vagy ha nincs a problémának érzékelhető tünete – szűrővizsgálatok kapcsán. A védőnői ellátás, annak érdekében, hogy speciális erőforrás legyen a fiatalok számára, folyamatosan elérhetőnek kell lennie, mely csak részben biztosított az iskolákban. Általában 2-3 iskolában végzi meghatározott napokon preventív – kuratív feladatát a védőnő, ezért nem is valószínűsíthető, hogy egy köznevelési intézményben tanítási időben folyamatosan elérhető legyen. A tanulók válaszaik megerősítették, hogy fontos volt számukra a védőnő tanácsa, elfogadták azt és megbíztak az egészségügyi szakember útmutatásaiban.

Bizonyítást nyert, hogy a védőnő elérhetősége, a szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás – tájékozódás forrásainak, tartalmának nagyobb mértékű véleményezése magasabb minőségű szolgáltatási besorolást, és az ellátás gyakoribb igénybevételét eredményezte. Az utóbbit a védőnői ellátás információnyújtásával – kérésével kapcsolatban lévő felvilágosítást biztosító források száma jelentősebben emelte. Fontos a védőnői ellátás szolgáltatásainak, az igénybevétel lehetőségeinek megismertetése. Ezen eredmények is megerősítik a védőnői ellátás elérhetőségének fejlesztésére és az igénybevétellel kapcsolatos tájékoztatás növelésére irányuló szükségletet.

5.8.4. A védőnői tevékenység megközelítése (egészségnevelő, rizikóközpontú / egészségfejlesztő, egészségközpontú)

A tanulók egészségének fenntartására, növelésére irányuló védőnői tevékenységek irányultságát 10 kérdés segítségével mértem fel. A tanulók a válaszadás során az állításokkal való egyetértésüket fejezték ki az egyáltalán nem igaz és a teljesen igaz skálán, és még egy választási lehetőség volt adott, a „nem tudja megítélni”. A mérőeszköz összeállításánál az egészségnevelés hagyományos magatartás-változtató, rizikóközpontú és az egészségfejlesztés egészségközpontú modelljét vettem alapul (Benkő, 2009.). A kérdéssor megbízhatósági mutatója megfelelő volt (Chronbach alfa = 0,91).

Az 5-5 állításra adott válaszokat 1-től – 4-ig pontoztam, a magasabb szám nagyobb egyetértést fejezett ki, a nem tudom megítélni 0 pontot jelentett. A védőnői tevékenység véleményezése során a rizikóközpontú modell összesített pontszámának átlaga 12,98 (SD: 4,72), míg az egészségközpontú irányultságú munkavégzésnél ez alacsonyabb (M: 9,19 SD: 5,31) volt. Az iskolavédőnői feladatellátás megközelítésének megválaszolásához szükséges volt átkódolnom az egyes csoportokba tartozó válaszokra adott összesített pontszámokat, így három kategória mentén, az átlag alatti, átlag közeli és átlag feletti dimenziókban értékeltem a kapott minősítéseket. A rizikóközpontú irányultságú iskolavédőnői ellátás átlag közeli csoportjába a minta 71,65%-a tartozott, az átlag alatti csoportba 11,38%-a. Ezzel szemben az egészségközpontú – szalutogén orientációjú átlag közeli osztályba a minta 57,36%-a, míg az átlag alatti csoportba a 23,43%-a. Majd az attribútumokat összevontam adataim további elemzése érdekében. Szalutogén megközelítésűnek azokat a csoportokat tekintettem, akik a rizikóközpontú és az egészségorientált három kategóriájába soroltak közül inkább a szalutogén dimenzióba kerültek (például az adott egyén a rizikóközpontú besorolás esetén átlag közeli csoportba tartozott, addig a szalutogén dimenziónál átlag feletti kategóriába – ebben az esetben inkább szalutogén – egészségközpontú irányultságúnak határoztam meg a megítélt védőnői ellátást). Az egészségközpontú védőnői ellátás dominanciája a minta 12,72%-át érintette. A rizikóközpontú kategóriába rendezés esetén is hasonlóan jártam el, így ebbe a csoportba a válaszadók 22,33%-át soroltam, akiknél hangsúlyosan a veszélyekre figyelmeztető, az egészségkockázatok elkerülésére, elhárítására irányuló, az egészség, mint a betegség hiányaként értelmezendő, direkt ellátás jelent meg. A harmadik kategóriába azok kerültek, akiknél azonos mértékben jelent meg a rizikóközpontú és az egészségközpontú irányultság, tehát mindkét csoport az átlag alatti vagy átlag közeli vagy átlag feletti besorolásba tartozott. A 14. ábrán látható a tanulók válaszai alapján, hogy az iskolavédőnői tevékenységében dominánsan együttesen (64,95%-ban) volt jelen mind a rizikóközpontú mind az egészségközpontú megközelítésű feladatellátás.



14. ábra. A védőnői feladatellátás irányultságának relatív gyakoriság szerinti megoszlása a rizikóközpontú–egészségközpontú, tengelyen (n=448) (saját szerkesztés)

Az egészségmagatartás protektív és prediktív elemeinek egyes területei és a védőnői ellátás rizikó-, egészségközpontú besorolása között matematikai statisztikával, khi négyzet próba segítségével kerestem összefüggést. Független változóként az iskolavédőnői tevékenység irányultságát tekintettem, és annak hatását vizsgáltam a következő függő változókra: dohányzási-, alkoholfogyasztási-, táplálkozási szokások és a mozgás; $p < 0,05$ eredményt tekintettem szignifikánsnak. Felmérésem alapján elmondható, hogy a védőnői ellátás rizikóközpontú megközelítése szignifikánsan befolyásolta a dohányzást kipróbálók arányát ($p=0,05$), de az egészségmagatartás többi vizsgált területére nem volt hatással az iskolavédőnői tevékenységének irányultsága (VII. táblázat).

iskolavédőnői tevékenység irányultságának megítélése				
		egészségközpont ú- rizikóközpontú	rizikóközpontú	egészségközpontú
dohányzás (n=448)	életprevalencia	khi eloszlás 2,43 $p=0,846$	khi eloszlás 12,59 $p=0,05^*$	khi eloszlás 7,26 $p=0,297$
	havi prevalencia	khi eloszlás 4,62 $p=0,329$	khi eloszlás 4,33 $p=0,362$	khi eloszlás 7,55 $p=0,109$
	rendszeres fogyasztás	khi eloszlás 0,895 $p=0,639$	khi eloszlás 1,9 $p=0,387$	khi eloszlás 1,59 $p=0,45$
alkohol (n=448)	életprevalencia	khi eloszlás 5,47 $p=0,484$	khi eloszlás 11,38 $p=0,78$	khi eloszlás 11,30 $p=0,79$
	havi prevalencia	khi eloszlás 6,83 $p=0,336$	khi eloszlás 4,91 $p=0,555$	khi eloszlás 10,71 $p=0,098$

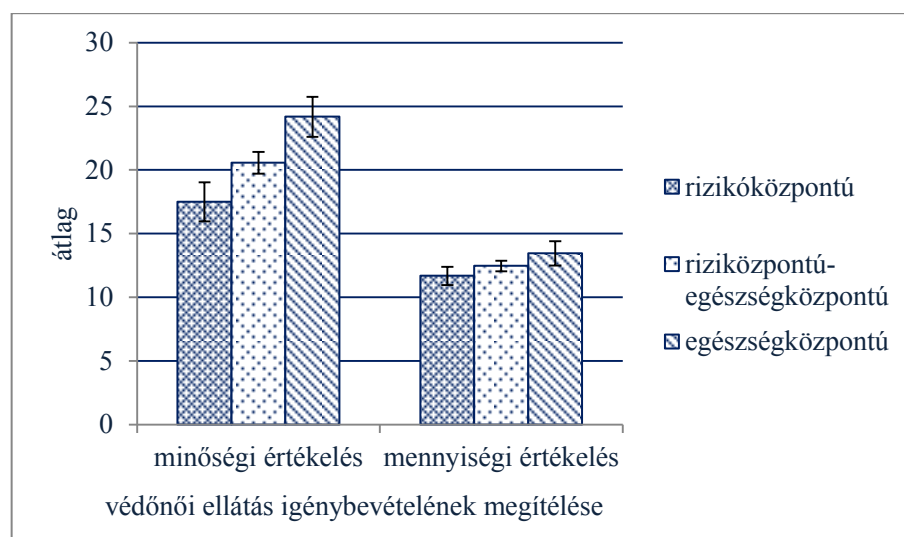
táplálkozás minősége (n=448)	vitamin-, rost bevitel	khi eloszlás 1,74 p=0,783	khi eloszlás 8,37 p=0,079	khi eloszlás 2,11 p=0,715
	üres kalóriák bevitel	khi eloszlás 5,28 p=0,259	khi eloszlás 5,72 p=0,221	khi eloszlás 2,201 p=0,699
táplálkozás rendszeressége (n=448)	hétköznap reggeli rendszeressége	khi eloszlás 5,08 p=0,533	khi eloszlás 1,53 p=0,957	khi eloszlás 7,78 p=0,254
	hétféve reggeli rendszeressége	khi eloszlás 5,26 p=0,261	khi eloszlás 1,44 p=0,837	khi eloszlás 7,62 p=0,107
mozgás	mennyisége (n=418)	khi eloszlás 6,57 p=0,884	khi eloszlás 8,49 p=0,746	khi eloszlás 4,35 p=0,976
	minősége (n=448)	khi eloszlás 6,9 p=0,734	khi eloszlás 11,96 p=0,287	khi eloszlás 4,06 p=0,904

VII. táblázat. Az iskolavédőnő tevékenységének egészségközpontú - rizikóközpontú irányultságának megítélése és a tanulók egészségmagatartása khi négyzetpróbalával végzett összefüggés vizsgálatának eredményei (saját szerkesztés)

Kutatásom következő lépésében az iskolában dolgozó egészségügyi szakember, a védőnő feladatellátásának osztályozásából két kategóriát emeltem ki, a rizikó- és az egészségközpontúnak ítélt védőnői szolgáltatás értékelését, és felmértem, van-e különbség a vizsgált két csoport között a koherencia-érzet, illetve a tanulók önminősített egészségének megítélésében. A t-próbával elemzett adatok alapján látható, hogy a koherencia-érzet, illetve az egészségi állapot egyes kategóriáinak elemzett átlagértékei nem különböztek jelentősen a védőnői tevékenység rizikóközpontú vagy egészségorientált besorolása alapján (koherencia-érzet $t(154)=0,245$, $p=0,806$, vitalitás $t(155)= - 0,269$, $p=0,788$, mentális egészség $t(155)= - 0,160$, $p=0,873$, általános egészségérzet $t(155)=0,683$, $p=0,496$, tünet-index $t(155)=0,842$, $p=401$).

Vizsgáltam az iskolavédőnői tevékenység megközelítésének hatását a védőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevétel mennyiségi és minőségi értékelésének megítélésére. A változók közötti kapcsolat meghatározásához egyirányú varianciaanalízist alkalmaztam ($p<0,05$ szignifikancia szinten), ahol a védőnői tevékenység igénybevételének kvantitatív, valamint annak kvalitatív mutatószámai függő változóként, a védőnői ellátás irányultsága pedig független változóként szerepelt. A védőnővel való találkozás gyakoriságának átlagértékei a szolgáltatás irányultságának egészségközpontú irányába növekedtek (rizikóközpontú M: 11,68, rizikóközpontú - egészségközpontú M: 12,46 és egészségorientált M: 13,46). Hasonló irányú, de nagyobb mértékű változás volt tapasztalható a védőnői szolgáltatás minőségi index számainak átlaga esetén; a rizikóközpontú feladatvégzés mutatószámának átlaga 17,5,

de ha a védőnői ellátást mindkét megközelítés egyaránt jellemezte, akkor a rizikóközpontú - egészségközpontú védőnői tevékenység átlagértéke 20,57, abban az esetben viszont, ha dominánsan az egészségközpontú szolgáltatás volt jelen, az átlagérték már 24,18 volt (15. ábra). Anova próbával igazolódott, hogy a védőnői ellátás igénybevételének mind a gyakoriságát ($F(2,447) = 4,48$ $p = 0,012$), mind annak minőségi megítélését ($F(2,447) = 15,166$ $p < 0,001$) befolyásolta a tevékenység irányultsága. Az egyes csoportok átlaga közötti kapcsolatokat vizsgálva a mennyiségi mutatószám esetében szignifikáns különbség a rizikóközpontú és az egészségközpontú ellátás között ($p = 0,009$) volt mérhető, ezzel szemben a minőségi megítélés esetében már valamennyi vizsgált kategória között jelentős eltérés volt tapasztalható (rizikóközpontú és egészségközpontú $p < 0,001$, rizikóközpontú és rizikóközpontú - egészségközpontú $p = 0,001$ valamint egészségközpontú és rizikóközpontú - egészségközpontú $p = 0,003$). Az egészségorientált fókuszú védőnői szolgáltatás növelte legjelentősebben a védőnői találkozások számát és azzal párhuzamosan annak magasabb minőségi megítélését.



15. ábra. Védőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevételének minőségi - mennyiségi értékelése és a védőnői ellátás irányultságának kapcsolat vizsgálata ($n = 447$) (saját szerkesztés)

A védőnői feladatellátás egészségnevelő (rizikóközpontú) és/vagy az egészségfejlesztő (egészség) orientációjú besorolása közvetlenül nem befolyásolta a tanulók önminősített egészségének megítélését, koherencia-érzetét, de a kedvezőbb egészségmagatartás megjelenését sem, ezzel szemben a védőnői tevékenység egészségfejlesztő irányultsága növelte annak speciális erőforrás szerepét (igénybevételi gyakoriság, magasabb minőségű ellátás). Az egészségfejlesztő védőnői ellátás

jelentősen magasabb minőségű szolgáltatási besorolással járt együtt, emellett még növelte, igaz csak kisebb mértékben, a védőnő és a tanulók találkozásainak számát. A jövőben az iskolavédőnői szolgáltatás szalutogén orientációjú feladatellátásának erősítése szükséges, mely emelhetné a tanulók saját egészségük feletti ellenőrzését, felhatalmazását, ösztönözhetné a saját erőforrásaik létrehozását. A rizikókra irányuló ellátás helyett az egészségfejlesztő vagy az azonos arányban megjelenő rizikóközpontú - egészségközpontú tevékenység megjelenése lenne célszerű a védőnők tanulókért végzett mindennapi cselekvésében.

5.8.5. Az iskolavédőnői tevékenység hatásának önminősített megítélése az egyén egészségszemléletének változására

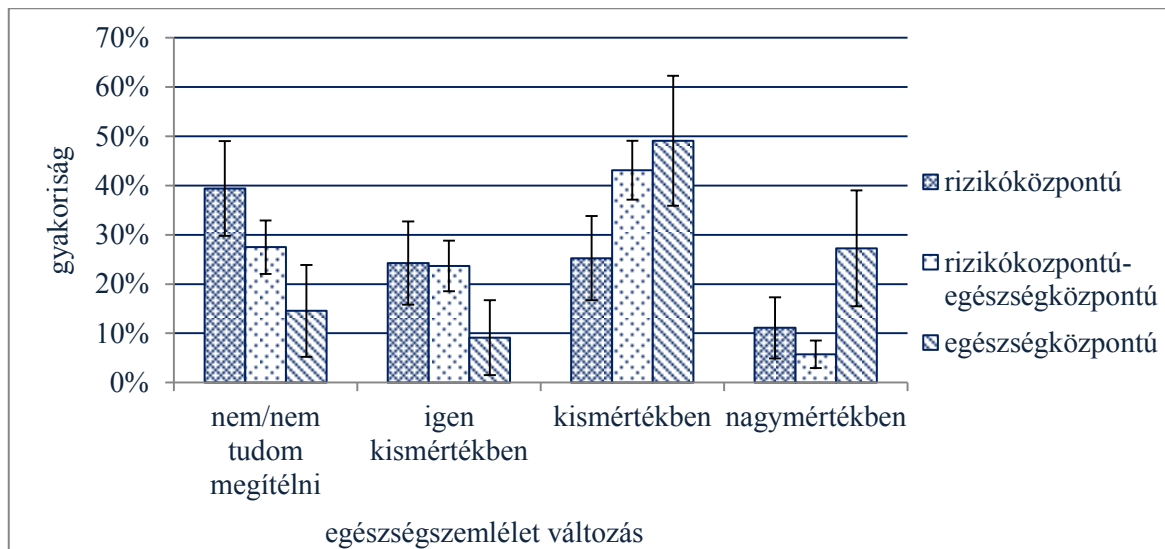
Kutatásom következő részében az iskolavédőnői tevékenység egészség szemléletformáló hatásának megismerésére törekedtem tanulói vélemények felmérésén keresztül. A zárt kérdés négyfokú skáláját kiegészítettem egy ötödik válaszadás lehetőségével, „a nem, illetve nem tudom megítélni” kategóriával, melyet a diákok kicsivel több, mint negyede (27,11%) jelölt be. A gimnáziumi tanulók többsége közel 2/5-e (37,59%) érezte úgy, hogy kismértékben formált az egészséggel kapcsolatos szemléletén az iskolában feladatot ellátó védőnő egészségügyi ellátása, de ha azon tanulók csoportjához viszonyítjuk az előbbi adatot, akik változást tapasztaltak, akkor azon a kategórián belül a megkérdezettek felét (51,56%) érintette kismértékben az egészségnézet növekedése. A teljes mintát tekintve igen kismértékű átalakulásról a tanulók 20,73%-a számolt be, míg nagymértékben 12,98%-ának, igen nagymértékben 1,59%-ának formálódott az egészséggel kapcsolatos látásmódja a védőnői tevékenységek hatására. Vizsgáltam, hogy az egészségszemlélet módosulása realizálódott-e az önminősített egészség megítélésének pozitív irányú változásában, a koherencia-érzet növekedésében, de feltételezésem Spearman-féle rangkorrelációs ($p < 0,01$ szignifikancia szint mellett) számítással nem nyert bizonyítást (vitalitás $r = 0,81$, $p = 0,9$, mentális egészség $r = 0,8$, $p = 0,94$, az általános egészségérzet $r = -0,036$, $p = 0,451$, az egészség hőmérőn mért önminősített egészség $r = -0,007$, $p = 0,886$, koherencia-érzet $r = -0,011$, $p = 0,813$, tünet-index $r = -0,39$, $p = 0,418$).

Kutatásom eredményeként viszont a védőnői szolgáltatás minősítése és igénybevételi gyakorisága összefüggést mutatott a tevékenység egészség szemléletformáló hatásával. Spearman-féle korrelációs számítás ($p < 0,01$ szignifikancia szinten) alapján a védőnői ellátás igénybevételének minőségi ($r = 0,331$ $p < 0,001$), és

mennyiségi ($r=0,257$ $p<0,001$) szempontok szerinti magasabb szintű értékelése pozitív irányú közepes erősségű kapcsolatot igazolt az iskolában dolgozó védőnő tevékenységének egészségszemléletet módosító hatásával.

A gimnazista tanulók egészségnézetének alakulása és a védőnői tevékenység irányultsága közti kapcsolat vizsgálatára a korrelációs számítás nem volt alkalmas, ezért a változók közötti összefüggést χ^2 próbával bizonyítottam. Kutatási kérdésem megválaszolásához az egészséggel kapcsolatos beállítódás változás válaszait szükséges volt átkódolnom, hogy a χ^2 próba feltétele teljesüljön. A „nagyértékben” és „az igen nagyértékben” egészségszemlélet növekedés attribútumokat összevonva elemeztem. Ennek megfelelően elmondható, hogy a védőnői tevékenység irányultsága szignifikánsan befolyásolja a diákok egészségnézetének változását ($\chi^2=15,779$ $p=0,03$). A megbízhatósági tartományok alapján a 16. ábrán látható, hogy az egészségnevelő és az egészségfejlesztő védőnői ellátás egészség szemléletformáló hatása esetében tapasztalható szignifikáns különbség.

Az egészségfejlesztőnek minősített védőnői ellátás a kismértékben és a nagyértékben kategóriákban mutatott jelentős hatást az egészségnézet változására, míg a védőnői tevékenység egészségnevelő megközelítése legjelentősebben csak a nem/nem tudom megítélni és az igen kismértékben dimenziókban irányzott elő nagyobb mértékű módosulást a tanulók egészségszemléletében.



16. ábra. A tanulók védőnői feladatellátás nyomán érzet egészségszemlélet változást elősegítő hatásának és a védőnői tevékenység irányultságának összefüggés vizsgálata ($n=416$) (saját szerkesztés)

A tanulók egészségszemléletének kedvezőbb változását növelték az iskolában feladatot ellátó védőnő tevékenysége kapcsán létrejövő gyakoribb találkozások valamint annak magasabb minőségű megítélése és a védőnői szolgáltatás egészségfejlesztő irányultsága. A megkérdezett fiatalok 3/4-e számolt be egészségnevelésének pozitívabb irányú alakulásáról a védőnői ellátás következményeként, melynek viszont közvetlenül nem volt igazolható hatása a megkérdezettek önminősített egészségére és koherencia-érzetére. A kapott eredmények rávilágítottak az egyéni igényeket figyelembevevő, személyre szabott, felhatalmazást elősegítő – egészségfejlesztő védőnői feladatellátás állandó, folyamatos, iskolában működő szolgáltatásának szükségességére a tanulók egészségszemléletének kedvezőbb irányú változásában.

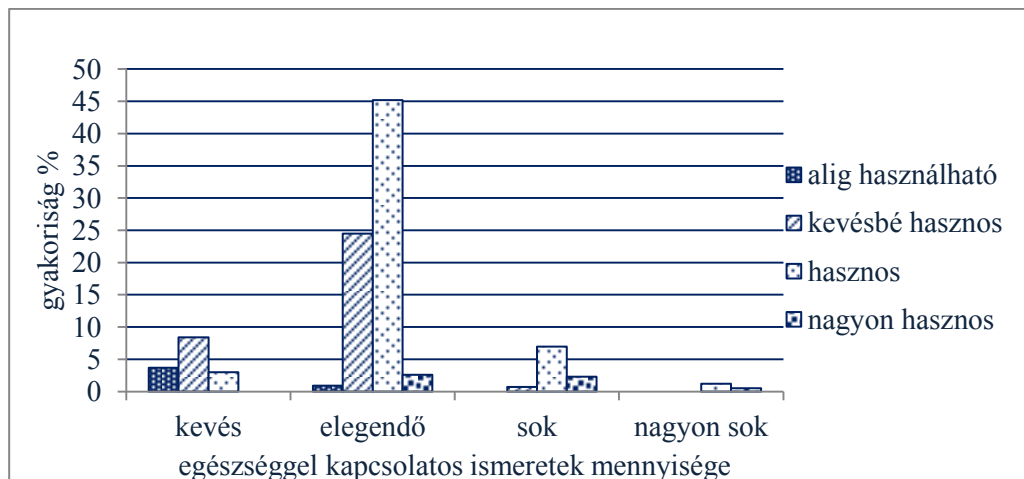
5.8.6. Az iskolavédőnői feladatellátás hatékonysága

Feltételeztem, hogy az a védőnői ellátás, mely a tanulót nagyobb egészségnyereséghez segíti, hatékonyabb, ami kedvezőbb egészségi állapot mutatókkal párosul. Az egészségnyereséget négy zártvégű kérdéssel vizsgáltam, illetve ennek összegéből adódó értékkel. A négy item négyes skála alkalmazásával mérte a védőnő tevékenységének egészség szemléletformáló hatását, a kapott ismeretek mennyiségét, és annak a mindennapokban való hasznosíthatóságát, valamint a védőnői munkával való tanulói elégedettséget. A tanulók számára előnyösebb, produktívabb védőnői ellátás magasabb összesített pontszám esetén volt értelmezhető.

Az iskolavédőnőtől kapott ismeretek, tudás tekintetében a kérdésfeltevés során figyeltem arra, hogy nem jelöltem védőnői tevékenységek kört, mivel az egészség minden elemét érintő tudásbővítés, változás nemcsak az egészségnevelés tanórán belüli és tanórán kívüli foglalkozásai során következhet be. Az iskola-egészségügyben dolgozó szakembereknek lehetősége van a szűrővizsgálatok, osztályvizsgálatok nyújtotta találkozásokon, egyéni tanácsadás során – fogadóóra keretében a tanulók egyéni, célzott, az egészség valamennyi elemét érintő ellátására, szorongásainak és félelmeinek eloszlatására, valamint a kérdéseiknek és kételyeiknek megválaszolására (Aszmann, 2005.).

Az iskolában egészségügyi feladatot ellátó védőnőtől kapott egészséggel kapcsolatos tudás mennyiségét és annak egyéni hasznosíthatóságát mértem fel a tanulók oldaláról (n=429). A védőnőtől származó tudás kvantitatív eredményei a következőképpen alakultak: a diákok közel 3/4-e (73,19%) elegendőnek, 15,15% kevésnek és kicsivel kevesebben, 11,65% nagyon soknak (1,63%), illetve soknak

(10,2%) vélte a védőnői ellátás során nyújtott elsajátítható ismeretet. A válaszadó tanulók 3/5-e érezte úgy, hogy az egészséggel kapcsolatos tudás, melyet a védőnőtől kapott, nagyon hasznos (5,36%) és hasznos (56,41%), elgondolkodtató, hogy 1/3-a (33,57%) kevésbe alkalmazhatónak vélte azt. Fontosnak véltem feltárni, hogy az egészségismeret, és annak gyakorlatban való hasznosíthatósága milyen összefüggést mutat. Matematikai statisztikával, χ^2 próbával vizsgálva az iskolavédőnők egészséggel kapcsolatos tudásbővítése és annak gyakorlatban való alkalmazhatósága között szoros kapcsolat volt kimutatható ($\chi^2=15,89$, $p<0,001$). A 17. számú ábrán látható, hogy az ismeret növekedésével párhuzamosan növekszik annak hasznosíthatósága. Az iskolavédőnőtől elegendő tudást elsajátított válaszadók közel fele, míg a sok, nagyon sok ismeret birtokosainak többsége vélte azt hasznosnak, illetve nagyon hasznosnak. Elgondolkodtató adat, hogy az elegendőnek vélt tudásanyag 1/4-e kevésbé és alig alkalmazható, melyhez még érdemes hozzáadni a kevés ismeretet kapottak válaszait, akiknek többsége szinte alig vagy kevésbé tudta azt a mindennapokban használni. Így összességében a minta kicsivel több, mint 1/3-a (37,5%) számára alig vagy kevésbé alkalmazható a védőnőtől kapott ismeret. A jövőben további kutatások során érdemes lenne megvizsgálni, miben kell megújulnia a védőnői ellátásnak. Az ismeretanyag vagy a módszerek innovációja segíthetné az elmozdulást, hogy használhatóbb egészségismeretet tudjanak a védőnők a diákokhoz eljuttatni.



17. ábra. Az iskolavédőnő egészséggel kapcsolatos tudásbővítésének mennyisége és annak alkalmazhatóságának összefüggés vizsgálata (n=349) (saját szerkesztés)

Harmadik kérdésem, mely a védőnői munka hatékonyságának tanulók általi megítélés összetevője volt, az iskolavédőnői tevékenység egészség szemléletformáló hatását mérte fel, ennek eredményeit már egy korábbi fejezetben részleteztem.

Negyedik kérdésem az iskolavédőnői feladatellátás hatékonyságát a szolgáltatás elégedettségének oldaláról vizsgálta 1-től 4-ig terjedő osztályozás révén (n=448). A védőnő tevékenységével a megkérdezett diákok többsége, közel fele (48,66) elégedett, 1/4-e nagyon elégedett (27,9%), míg kismértékben majdnem ugyanennyien voltak (22,32%) elégedettek.

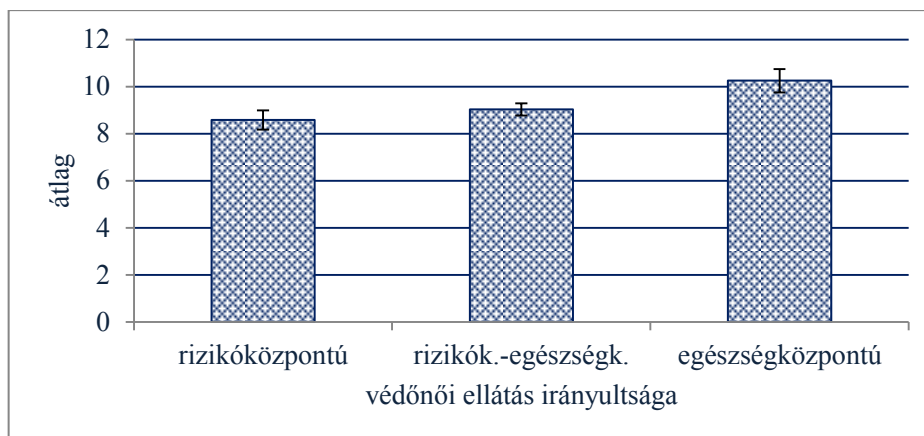
Az előbb elemzett négy kérdés pontszámait összeadtam, és magasabb pontszám esetén tekintettem az iskolavédőnő munkáját hatékonyabbnak. Nagyobb mennyiségű egészségközpontú ismeret, ami jól hasznosítható a mindennapokban és szemléletformáló hatással is bír, az nagyobb egészségnyereséget eredményezhet. Emellett még a védőnői tevékenységgel való elégedettség mértéke erősítheti vagy gyengítheti az előbb említett vizsgált területek eredményeit. Az iskolavédőnő szolgáltatásával kapcsolatos nagyobb mértékű elégedettség növelheti az általa biztosított tevékenység elfogadását, alkalmazását. A négy kérdésre adott válaszok összesített pontszáma maximálisan 16 pont lehetett. A kérdések megbízhatósági mutatója: Chronbach alfa = 0,66. A 429 értékelhető válasz eredményeinek átlaga 9,08 (SD: 2,19 max: 15 min: 3). Az elemzésem során vizsgáltam, hogy vajon a védőnő tevékenységének nagyobb mértékű hatékonysági besorolása befolyásolja-e azt, hogy az egyén jobb vagy rosszabb egészségmutatókkal, magasabb koherencia-érzettel rendelkezik-e. Az egészségi állapotot a következő faktorokkal mértem: vitalitás, mentális egészség, általános egészségérzet, EQ VAS - egészség hőmérő, és az elmúlt hat hónapban jelentkező szubjektív egészségi panaszok előfordulása. A változók közötti kapcsolat szorosságát Pearson-féle korrelációs együttható számításával határoztam meg. A VIII. táblázatban közölt értékek alapján látható, hogy a védőnő tevékenységének hatékonysági indexe a tanulók mentális egészségével, vitalitásával pozitív irányú, míg a szubjektív panaszokkal negatív kapcsolatot mutatott, de a változók közötti korreláció gyenge.

	korrelációs együttható	p érték
vitalitás	r = 0,12*	p=0,013
mentális egészség	r = 0,109*	p=0,024
általános egészségérzet	r = 0,072	p=0,138
egészségmérő - EQ VAS	r = 0,063	p=0,19
tünet-index	r = -0,115*	p=0,017
koherencia-érzet	r =0,037	p=0,443

*p<0,05

VIII. táblázat. A védőnői ellátás hatékonyságának megítélése és a koherencia érzet, illetve a védőnői ellátás hatékonyságának megítélése és a tanulók önminősített egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs számítás eredményei alapján (n=429) (saját szerkesztés)

Feltételeztem, hogy a diákok az egészségfejlesztő irányultságú védőnői ellátás érvényesülése során az iskolavédőnő által nyújtott szolgáltatást is hatékonyabbnak érzik. Állításom bizonyításához, a változók közötti különbségek vizsgálatához, varianciaanalízist használtam. Elemzésem alapján a védőnői tevékenység hatékonyságának átlagértékei emelkedtek a szolgáltatás irányultságának egészségfejlesztő orientációja növekedésével (egészségnevelő M: 8,58, egészségnevelő-egészségfejlesztő M: 9,03 egészségfejlesztő M: 10,25). Anova próbával jelentős különbség (F (2,428)=10,996 p<0,001) igazolódott a vizsgált változók között p<0,05 szignifikancia szinten. A csoportok közötti különbséget vizsgálva az egészségnevelő és az egészségfejlesztő (p<0,001) dimenziók mentén, illetve az egészségfejlesztő és az egészségnevelő-egészségfejlesztő (p<0,001) kategóriák során volt jelentős különbség kimutatható, mely a megbízhatósági tartományok elemzése alapján is látható a 18. számú ábrán.



18. ábra. A védőnői ellátás irányultságának és a szolgáltatás hatékonyságának megítélése közötti összefüggés vizsgálata (n=428) (saját szerkesztés)

A védőnői tevékenység hatékonyságának megítélése és az ellátás igénybevételének mennyiségi és minőségi mutatói közötti kapcsolatot Pearson-féle korrelációs számítással igazoltam ($p < 0,001$ szignifikancia szint mellett). Eredményem alapján a védőnővel való találkozás gyakorisága ($r = 0,275$ $p < 0,001$) valamint a szolgáltatás magasabb szintű minőségi véleményezése ($r = 0,442$ $p < 0,001$) és a védőnői tevékenység megítélésének hatékonysága között közepes erősségű pozitív korreláció volt kimutatható. A kapott adatok elemzése szerint a hatékonyabb védőnői ellátás minősítésénél a tevékenység kvalitatív mutatói meghatározóbbak, mint a szolgáltatás kvantitatív indexe.

Összefoglalásként elmondható, hogy bizonyítást nyert a hatékonyság összetevőjeként vizsgált adatok elemzése során a tanulók megítélése szerint a védőnőtől kapott egészséggel kapcsolatos elegendő, illetve nagyobb mennyiségű tudásnak és alkalmazhatóságának párhuzamossága. A kapott tudást a diákok 3/4-e elegendőnek vélte, ennek ellenére 1/3-a azt kevésbé vagy alig használhatónak minősítette. Fontos a minden védőnői tevékenységbe beépített gyakorlatias tudásbővítés az egészség valamennyi témakörét érintően, megfelelő módszerekkel párosítva, ezáltal fokozva annak alkalmazhatóságát. A hatékonyság kérdésköréhez soroltam a védőnői tevékenységgel való elégedettséget, melyre a tanulók 3/4-e kisebb illetve nagyobb mértékben igenlő választ adott. A hatékonyság összesített értékeit vizsgálva a produktívabb ellátás kedvezőbb mentális egészséggel, életerővel és csökkenő egészségi panaszokkal társult. A védőnői tevékenység egészségfejlesztő irányultsága hatékonyabb ellátási minősítést eredményezett, mely a szolgáltatás igénybevételi gyakoriságával kisebb mértékű, míg annak minőségi indexével nagyobb mértékű kapcsolatot mutatott.

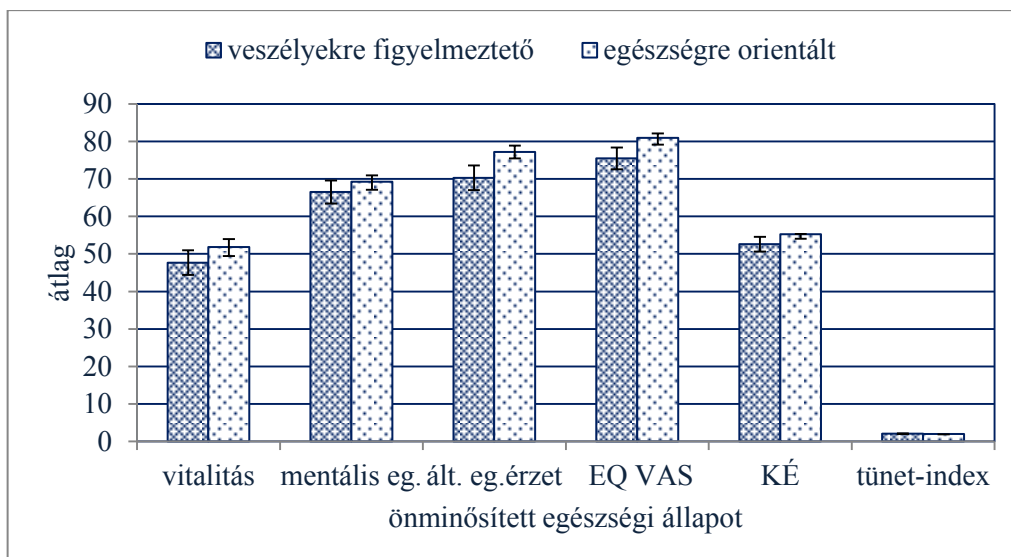
A védőnői ellátás hatékonyságának növelése érdekében a jövőben elengedhetetlen az ellátás minőségi mutatóinak emelése, az igényekhez, szükségletekhez igazított folyamatos és kellő mennyiségű, a mindennapokba ágyazott, jól használható elméleti és gyakorlati tudásbővítés, melynek megvalósításához egészségközpontú megközelítés szükséges, ami kedvezőbb önminősített egészségi mutatókat, kevesebb szubjektív egészségi panaszt eredményez.

5.8.7. Iskolavédőnői munkaszoba, váróterem környezete

Az iskolavédőnői munkaszoba, váróterem környezetének vizsgálata az ott lévő plakátok, szórólapok, tájékoztató anyagok rizikóközpontú és/vagy egészségorientált irányultságának felmérésére irányult; 2 item jellemzőbben szalutogenetikus 3 item pedig rizikótényezőkre utalt. A válaszadók 8,95%-a az iskola-egészségügyi szolgálat helyeiben lévő információhordozó plakátokat és egyéb nyomtatott figyelemkeltő anyagokat teljes mértékben a betegségek elkerülésére, csökkentésére irányulónak, ezzel szemben 14,54%-a csak egészség központúnak nevezte meg.

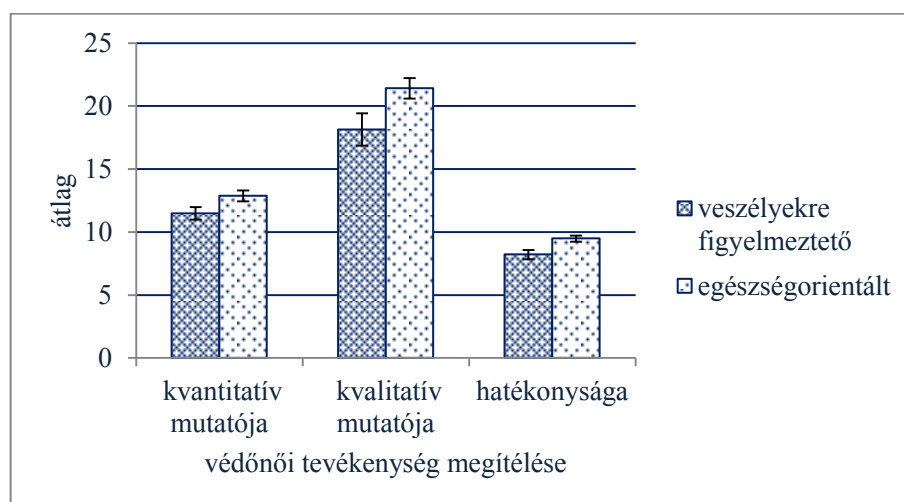
Feltételeztem, hogy a védőnő közvetlen környezete hatással lehet a tanulók általános egészségi állapotára, koherencia-érzetére, egészségmagatartására, valamint a védőnői tevékenységnek, mint speciális erőforrásnak a megítélésére.

A tanulók önbevalláson alapuló egészségi állapot mutatóinak és a koherencia-érzetnek az átlaga az iskolában lévő egészségügyi dolgozók munkakörnyezetének egészséget támogató vagy veszélyekre figyelmeztető hatásának megítélése tekintetében, t-próbával vizsgálva, jelentős különbözőséget igazolt a koherencia-érzet ($t(444) = -2,334$, $p=0,02$), a vitalitás ($t(445) = -0,1989$, $p=0,047$), az általános egészségérzet ($t(445) = -3,969$, $p < 0,001$), az egészséghőmérő (EQ VAS $t(444) = -3,275$, $p=0,001$) esetében, kivéve a mentális egészséget ($t(445) = -0,1421$, $p=0,156$) és a tünet-indexet ($t(445) = 0,761$, $p=0,447$), ahol szignifikáns különbség nem volt mérhető a változók átlaga között. Az egyes területeken mért átlagértékeket pontosan a 19. ábra mutatja be, melyből két jelentősebb különbséget emelek ki: az iskolában az egészségügyi alapellátást biztosító védőnő munkaszobájának és a váróteremnek veszélyekre figyelmeztető értékelése esetén a tanulók önbevallása alapján mért általános egészségérzet átlaga 70,31, a koherencia-érzet átlaga 52,57, ezzel szemben az egészséget középpontba állító környezet átlagértékei jelentősen magasabbak a szubjektív egészségi állapot megítélése esetében 77,15; a KÉ-nél 55,24 (19. ábra).



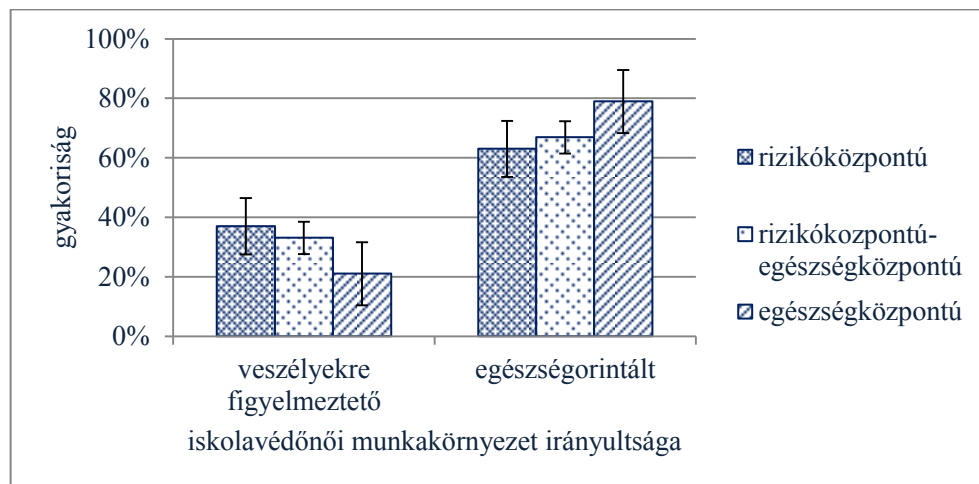
19. ábra. A koherencia-érzet és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának illetve az önminősített egészségi állapot mutatói és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés)

A védőnői tevékenységek mutatószámainak átlagértékei a védőnői munkakörnyezetének egészség illetve rizikó irányú véleményezése oldaláról vizsgálva a t – próba eredménye szignifikáns különbséget igazolt a védőnővel való találkozás kvantitatív mutatója ($t(445) = -3,865, p < 0,001$), kvalitatív indexe ($t(445) = -4,323, p < 0,001$), és hatékonysága ($t(445) = -5,794, p < 0,001$) esetében. Az iskola-egészségügyi szolgálat környezetének egészségközpontú megítélése, valamennyi fentebb felsorolt vizsgált védőnői ellátásra vonatkozó indexszám tanulói értékelésének területén mért átlagértéke magasabb, mint a veszélyekre figyelmeztetőé (20. ábra).



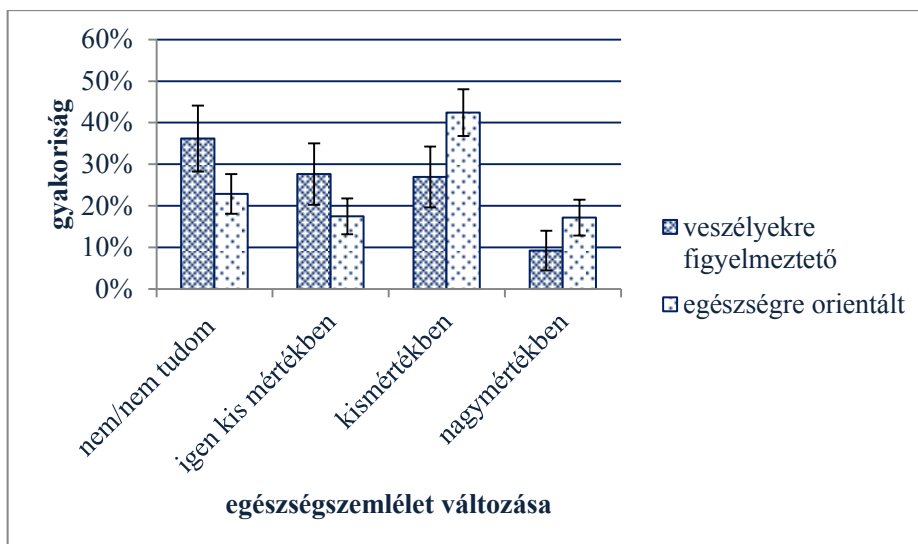
20. ábra. A védőnői tevékenység megítélése (kvantitatív, kvalitatív mutató, hatékonyság) és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés)

Tanulmányoztam az iskolavédőnői környezet megítélése és a védőnői ellátás irányultsága közötti kapcsolatot is, de mivel a vizsgált változók eredményei nominális skálán prezentálhatók, így kutatási kérdésem megválaszolásához kategorikus változók esetén alkalmazható matematikai statisztikai próbát, χ^2 próbát használtam, de feltételezésem nem igazolódott be ($\chi^2=4,38$, $p=0,112$), melyet az adatok 21. ábrán látható, megbízhatósági tartománnyal történő ábrázolása is szemléltet.



21.ábra. Az iskolavédőnői munkakörnyezet és a védőnői ellátás irányultságának megítélése közötti összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés)

Az iskolavédőnői munkakörnyezetének további elemzése során megvizsgáltam, vajon az iskolában feladatot ellátó egészségügyi szakember munkakörnyezetének megközelítése befolyásolja-e az iskolavédőnői tevékenység hatásának önminősített megítélését az egyén egészségszemléletének változására. A vizsgált változók közötti összefüggést χ^2 próbával igazoltam ($\chi^2=21,195$, $p<0,001$). Az eredmények megbízhatósági tartománnyal történő prezentálása során látható, hogy az egészségre orientált környezet minősítését választók körében magas azoknak az aránya, akiknek az iskolavédőnői tevékenysége kismértékben vagy nagymértékben változtatott az egészséggel kapcsolatos beállítódásán, viszont a veszélyekre figyelmeztető egészségügyi munkakörnyezetet észlelők nagy részéről elmondható, hogy a védőnői tevékenység egészség szemléletformáló hatása nem vagy csak igen kismértékben jelent meg. Ennek értelmében kijelenthető, hogy az iskolavédőnői munkakörnyezet jelentősen befolyásolja a tanulók egészségszemléletének változását, az egészségfejlesztő, szalutogén miliő nagyobb mértékű egészségnézet változást indukált (22. ábra).



22. ábra. Az iskolavédőnöi tevékenységének egészség szemléletformáló hatása és az iskolavédőnöi munkakörnyezet irányultságának összefüggés vizsgálata (n=438) (saját szerkesztés)

Az iskolavédőnöi munkakörnyezet vizsgálatok fontosnak tartottam feltárni, hogy az egészségmagatartás mely elemeivel mutat együtt járást. Khi négyzet próbával végzett összefüggés vizsgálatot követően eredményeim alapján úgy tűnik, hogy a tárgyi környezet a tanulók rizikómagatartásai közül az alkoholfogyasztási szokásokra, valamint a rendszeres dohányzásra nincs hatással ($p > 0,05$), ezzel szemben a dohányzás megjelenésével már kapcsolatot mutatott ($p < 0,05$). A felmért egészségvédő viselkedésmódok közül a táplálkozás minősége, gyakorisága, valamint a napokban mért heti mozgásidő nem volt összefüggésben az egészségre illetve a kockázatokra figyelmeztető környezet sugallta üzenetekkel ($p > 0,05$), de a mozgás minőségi kategóriájába tartozó, a szabadidőben végzett mozgással már jelentős együtt járás volt kimutatható ($p < 0,05$) (IX.-X. táblázat).

iskolavédőnöi munkaszoba, váróterem környezetének megítélése		
dohányzás (n=447)	életprevalencia	khi eloszlás 8,22 p=0,042 *
	havi prevalencia	khi eloszlás 3,00 p=0,223
	rendszeres fogyasztás	khi eloszlás 2,98 p=0,057
szeszes ital (n=447)	életprevalencia	khi eloszlás 6,7 p=0,082
	havi prevalencia	khi eloszlás 5,51 p=0,137

IX. táblázat. Az iskolavédőnöi környezete irányultságának megítélése és a tanulók dohányzási- és alkoholfogyasztási szokásainak khi négyzet próbával végzett összefüggés vizsgálatának eredményei (n=447) (saját szerkesztés)

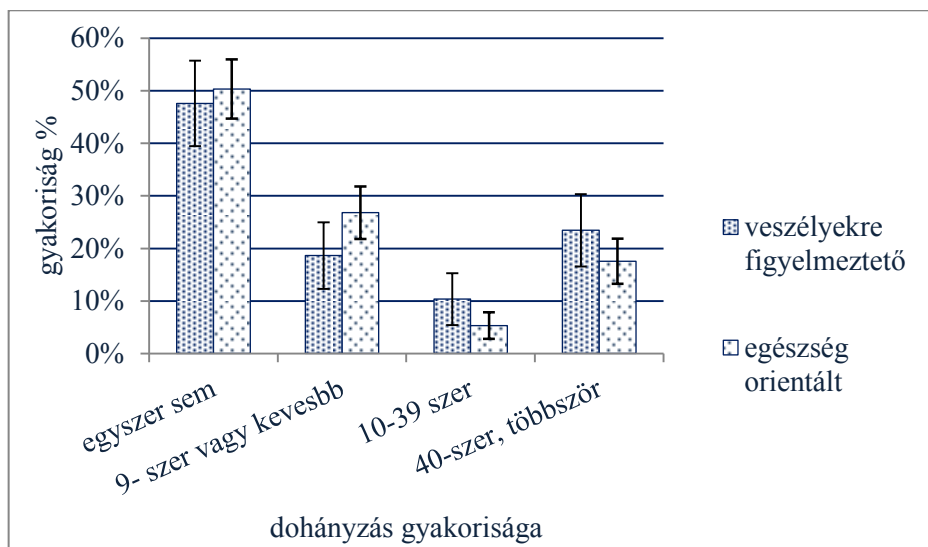
iskolavédőnői munkaszoba, váróterem környezetének megítélése		
táplálkozás minősége (n=447)	vitamin-, rost bevitel	khi eloszlás 2,98 p=0,224
	üres kalóriák bevitel	khi eloszlás 1,83 p=0,399
táplálkozás rendszeressége (n=447)	hétköznap reggeli rendszeressége	khi eloszlás 2,56 p=0,464
	hétféle reggeli rendszeressége	khi eloszlás 5,02 p=0,081
mozgás	mennyisége (n=417)	khi eloszlás 6,71 p=0,348
	minősége (n=447)	khi eloszlás 16,408 p=0,006*

X. táblázat. Az iskolavédőnői környezete irányultságának megítélése és a tanulók táplálkozási- és mozgási szokásainak khi négyzet próbával végzett összefüggés vizsgálatának eredményei (saját szerkesztés)

A továbbiakban a tárgyi környezet egészségmagatartást befolyásoló hatását részletesebben azon a két területen fejtem ki, ahol szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a vizsgált változók között. Az egészségi állapotra veszélyt jelentő tényezőket előtérbe helyező iskolavédőnői környezet megítélése esetén a hetente végzett mozgás alacsonyabb időtartamú megjelenése dominánsabb volt. Akik semmit nem mozogtak a testnevelés órán kívül a szalutogén orientációjú környezet esetén a megkérdezettek 6,6%-át érintette, míg a rizikó szemléletet előtérbe helyező iskola-egészségügyi tárgyi atmoszférát jelölők körében ez 15,86%-os gyakorisággal fordult elő. A szabadidőben végzett heti négy óránál több mozgás jellemzőbben az egészség védelmére irányuló környezet megítélésénél jelent meg, a veszélyekre figyelmeztető környezet észlelése esetén a válaszadók 16,55%-a, míg az egészség orientációjú tárgyi miliót választók 23,17%-a heti 4-6 órát mozgott. Hetente a sportolásra több mint 7 órát fordítók aránya 13,79% / 23,17% - a rizikóra/ egészségre orientáló környezetet vizsgálva. A kapott válaszok alapján látható, hogy az egészséges életmódra figyelmeztető környezeti tényezők, ismeretterjesztő anyagok, plakátok megjelenésének jellemzőbb előfordulása kapcsolatot mutatott a szabadidőben végzett heti 4 óránál több mozgással. Következtetésként elmondható, hogy az iskola-egészségügyi környezetben a jól megválasztott információhordozók ösztönözhetnek a szabadidőben végzett több mozgásra, ezért célszerű erre a területre kimondottan fókuszálni.

A dohányzás kipróbálását tekintve kilenc vagy annál kevesebb alkalommal történő cigarettára rágyújtás az egészséges életmódot előtérbe helyező iskola-egészségügyi környezet esetében volt dominánsabb, de már az élet során a tíznél több szál cigaretta elszívása, illetve a rendszeres dohányzás a veszélyekre figyelmeztető

egészségügyi miliő esetén jelent meg gyakrabban. Az eredmények alapján elmondható, a kockázatokra fókuszáló tárgyi atmoszféra során nagyobb arányú a rendszeres nikotinfogyasztás. Ellenben, a dohányzás életprevalencia adataiból jól látható, hogy az élet során a 9 száznál kevesebb elszívott cigaretta esetében az egészségre orientált környezet megjelenése volt túlsúlyban, ami viszont szerepet játszhat a jövőbeni havi prevalencia adatok csökkenésében. (23. ábra). A kipróbálásra nem, de már a dohányzó magatartásforma visszaszorítására a környezetben lévő információs anyagoknak volt hatása, ezért kimondottan fontos, milyen üzeneteket küldünk a körülünk lévő környezetben: ami elrettent a veszélyekre koncentrálni, vagy inkább az egészséget választó magatartásformát preferálja.



23. ábra. A dohányzás megjelenése a fiatalok életében és az iskolavédőnő tárgyi környezetének megítélése közötti összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés)

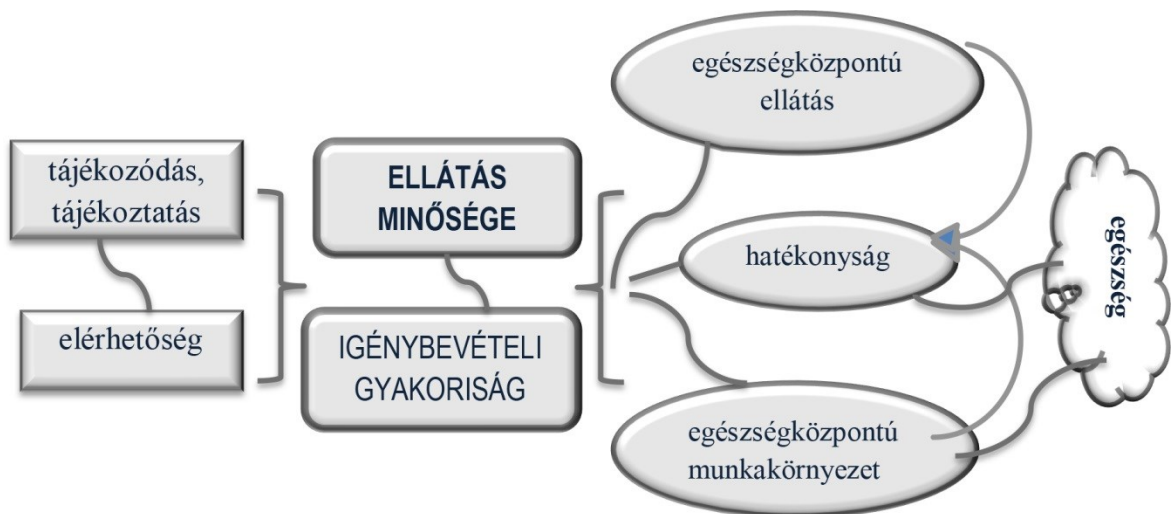
Az iskolavédőnő munkakörnyezetének megítélését vizsgálva arra a következtetésre jutottam, hogy az egészséget támogató környezet esetén a védőnői feladatellátás hatékonyabb és magasabb minőségű szolgáltatási besorolással párosult, ami növelte a védőnői tevékenység igénybevételi gyakoriságát is. Az iskola-egészségügyi szolgálat egészség fókuszú környezete nagyobb arányban segítette elő a tanulók egészségszemléletének pozitív változását, valamint kedvezőbb egészségi állapot mutatókkal járt együtt, szignifikánsan magasabb átlagértékek voltak mérhetőek az általános egészségérzet, a koherencia-érzet, az életerő területén, de még az egészséghőmérőn is magasabb átlagértékek voltak igazolhatóak. Az egészségügyi ellátórendszer munkaszobájában, várótermében lévő információhordozó plakátok, szóróanyagok hatása a dohányzás prevalencia értékére, valamint a szabadidőben végzett

mozgás minőségére volt bizonyítható hatással. Az egészségre orientált környezet több mozgással eltöltött idővel járt együtt és a dohányzásra rászokás arányának kisebb mértékű gyakoriságával.

Kutatási eredményeim bizonyították az egészséget támogató munkakörnyezet irányultságának hangsúlyos szerepét, az általa küldött rejtett üzenetek hatását.

5.8.8. Az iskolavédőnői ellátás vizsgált területeinek összefüggései

A korábbi fejezetekben tárgyalt eredmények alapján a védőnői ellátás kvalitatív indexének kedvező irányú változását a feladatvégzés egészségfejlesztő megközelítése segítette elő, mellyel szoros kapcsolatban állt az iskolában egészségügyi ellátást nyújtó védőnői szolgáltatás nagyobb mértékű hatékonysága (átadott ismeretek mennyisége, alkalmazhatósága, egészségnézet változás, ellátással kapcsolatos elégedettség), amit az egészségközpontú munkakörnyezet is pozitívan befolyásolt. A védőnői tevékenység nagyobb mértékű minőségi indexe pedig pozitív irányú kapcsolatot mutatott az ellátás igénybevételi gyakoriságával. A minőségi és mennyiségi mutatók emelkedését jelentősen meghatározta az ellátással kapcsolatos tájékoztatás és az egyéni tájékozódás, valamint az azzal szoros összefüggésben lévő elérhetőség megítélése (24. ábra).



24. ábra. Az iskolavédőnői ellátás vizsgált területeinek összefüggései (saját szerkesztés)

Az eredmények alapján fontos az iskolavédőnői munka minőség irányába ható növekedésének az elősegítése, mely mind a feladatellátásban, mind a munkakörnyezetben is megjelenő, az egészség minden elemére fókuszáló ellátás megvalósulása esetén lehetséges, és amelyet az említett tényezők egymást erősítő hatása fokozhat. A szolgáltatás magasabb minőségű akkor, ha az egészségügyi szakember figyel a tanulók egészségének minden területét érintő problémákra, elérhető és bátran

felkereshetik a diákok betegségben, de egészségben is, valamint, akinek az egyéni erőforrásokat középpontba helyező tanácsait, útmutatásait elfogadják és megbíznak benne. A hatékonyságot növeli az egyéni, a közösségi igényekhez igazított, a mindennapokban jól használható, egészségre irányuló tudásbővítés, készség, képességfejlesztés, ami kedvező irányú attitűdváltozást és magasabb minőségű szolgáltatási besorolást is eredményezhet. A védőnői ellátás elérhetőségével, tevékenységével kapcsolatos nagyobb tájékoztatás, ezen keresztül a teljes körű egyéni tájékozódás szükségletének fokozása is szükséges, ami a minőségi mutatók javulását segítheti elő.

5.9. Erőforrások szerepe a tanulók egészségének fejlesztésében

Antonovsky modellje szerint az egészség megőrzése szempontjából a támogató tényezők, az erőforrások (az általános és a speciális) kerülnek középpontba, melyeknek megfelelő szintjével magyarázható a koherencia-érzet stabilitása vagy változása. A koherencia-érzet egy pszichológiai szinten ható immunrendszer, aminek alapja a belső harmónia, egyensúlyi állapot (András et al., 2016.), szorosan összefügg az egészséggel, az egészségi állapot pozitív önminősített megítélésével. A magasabb koherencia-érzet változatosabb általános rezisztencia erőforrások birtoklásával jár együtt, melyek jobban tudják segíteni a megoldások keresését a feszültséggel teli helyzetek esetében. Az általános rezisztencia erőforrások lehetnek egyéni faktorok, valamint származhatnak a környezetből – pszicho-szociális tényezők, melyek segítik a koherencia-érzet megerősítését, és az erős koherencia-érzet megkönnyíti a speciális rezisztencia erőforrások felismerését, felhasználását, amikor szükség van rá (Mittelmark et al., 2017.).

Az erőforrások vizsgálatát több item segítségével végeztem, melyekből egy irányult a társas támogatásra, négy a családi (édesanya, édesapa iskolai végzettsége, családszerkezet, család nagyság – testvérek száma), négy az iskolai (hogyan érzi magát a diák az iskolában, mennyire nyomasztják az iskolai feladatok, hogyan vélekedik a tanáraitól és az osztálytársairól) faktorokra, és kilenc a védőnői ellátásra (a védőnői ellátással kapcsolatos tájékozottság, a szolgáltatás elérhetősége, környezete, igénybevételenek mennyiségi – minőségi mutatói, az ellátás irányultsága egészségnevelő-egészségfejlesztő, az iskolavédőnői tevékenységek szubjektív megítélése az egyén egészségi állapotára, az iskolavédőnői feladatellátás hatékonysága).

Mivel a vizsgálni kívánt változók száma magas volt, ezért faktoranalízis segítségével a nagyszámú összefüggő változók helyett kisszámú faktorváltozókat kerestem, melyekkel egyszerűbb volt az adatok további elemzése és értelmezése. Olyan faktorváltozókat mértem, melyek összetevői összefüggtek egymással. A faktoranalízis előfeltételeit ellenőriztem, az MSA értéke 0,41-0,872, a Bartlett teszt eredménye $p < 0,001$ KMO 0,739. Az MSA értékek között voltak alacsonyak (MSA 0,05 alatt), melyek előrejelezték a változók kizárását az elemzésből, ezért kirekesztettem négy faktort, melyek a családi erőforrásokra irányultak. A kizárt faktorokat követő második analízis során az MSA értéke 0,701-0,876, valamint a Bartlett teszt eredménye $p < 0,001$ KMO 0,797 volt. Az MSA értékek magasak voltak és a KMO érték is a megfelelő tartományban volt, ami azt jelezte, hogy a faktorváltozók korreláltak egymással, így elvégeztem a faktoranalízist. Ezen elemzés során a változók kommunalitás értéke egy esetben 0,3 alatt volt, ezt az iskolai erőforrást, melynek nem volt elegendő magyarázó ereje (mennyire nyomasztják az iskolai feladatok) kizártam a vizsgálatból. A kapott faktorok egyikében nem illettek össze a komponensek, ezért még további változók kirekesztésre kerültek (az iskolavédőné elérhetősége és az iskolavédőnéi szolgálat környezetének megítélése). Az utolsóként lefutott faktoranalízis során az MSA értékek magasak voltak 0,682-0,879, a változók illeszkedtek a faktorszerkezetbe, valamint a Bartlett teszt eredménye $p < 0,001$ KMO 0,787 lett, mely a változók közötti összefüggést jelezte. A faktorok rendezését követően a Scree Plot ábra meredeksége alapján látszott, hogy a harmadik faktort követően kezdett laposodni, de a negyedik faktor is fontos volt, melynek értéke éppen egy alatt helyezkedett el, így négy faktorba rendezése történt a változóknak. A rotációt követő értékek alapján a négy faktorba sorolás összvariancia értéke 64,419% volt, mely magasabb volt, mint a kritériumnak tartott 60%.

A faktoranalízis után a csoportokon belüli változók összetartozóak voltak, így a négy főkomponens: társas támogatás, iskolai erőforrások (hogyan érzi magát a diák az iskolában, hogyan vélekedik a tanáraitól és az osztálytársairól), a védőnéi szolgálat, mint speciális erőforrás kvalitatív mutatói (igénybevételek minőségi mutatói, az ellátás irányultsága egészségnevelő-egészségfejlesztő, az iskolavédőnéi tevékenységek szubjektív megítélése az egyén egészségi állapotára, az iskolavédőnéi feladatellátás hatékonysága) a védőnéi szolgálat, mint speciális erőforrás kvantitatív mutatói (igénybevételek mennyiségi mutatói, védőnéi ellátással kapcsolatos tájékozottság).

Az adott faktorok intervallum vagy ordinális szintű változóinak eredményeit összegeztem, majd kutatási kérdéseim megválaszolásához a további matematikai statisztikai elemzéseim érdekében szükséges volt a változókat átkódolni, így két kategóriát képeztem: az átlag alatti (1. csoport) és feletti (2.) csoportot. A faktorokon belüli csoportok koherencia-érzet átlag értékeinek különbségeit t-próbával vizsgáltam, melyek a következő, XI. számú táblázatban láthatók.

vizsgált csoportok	t-próba értéke	csoport átlag
általános erőforrás – társas támogatás	t(442)= -4,984 p<0,001	1. 51,88 2. 57,13
általános erőforrás – iskolai összetevők	t(442)= -7,119 p<0,001	1. 51,13 2. 58,49
speciális erőforrás kvalitatív mutatói	t(427)=0,53 p=0,958	1. 54,44 2. 54,38
speciális erőforrás kvantitatív mutatói	t(445)= 0,483 p=0,629	1. 54,6 2. 54,08

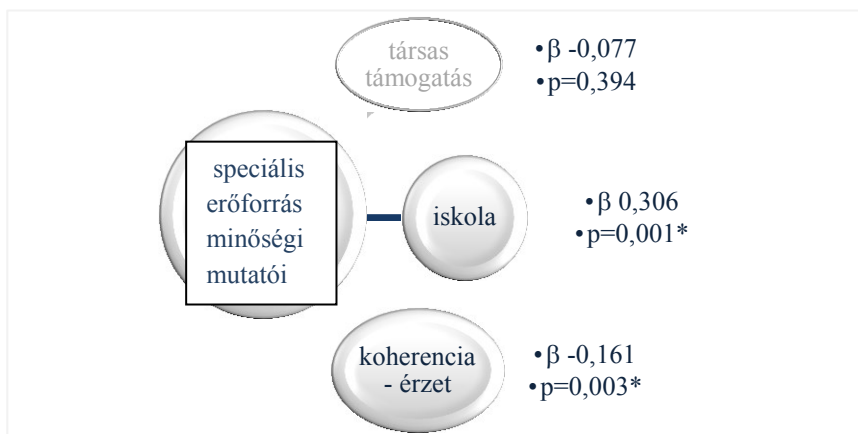
XI. táblázat. Erőforrásokon belüli csoportok (1. csoport átlag alatti, 2. csoport átlag feletti erőforrás) koherencia-érzet átlagértékeinek különbségei (saját szerkesztés)

A t-próba eredményei Antonovsky szalutogenetikus modelljének meghatározásával mutattak egyezőséget: azok, akik magasabb általános erőforrásokat birtokoltak, magasabb koherencia-érzettel rendelkeztek. A védőnői szolgáltatás, mint speciális erőforrás esetében a koherencia-érzet átlagai nem különböztek jelentősen a vizsgált két csoporton belül. Az általános erőforrások növelték a koherencia-érzetet szemben a speciális erőforrásokkal.

Antonovsky tézise szerint, az általános és a speciális erőforrások között szoros kapcsolat van: a magasabb általános erőforrások növelik a koherencia-érzetet, ami segíti, amikor szükséges, a speciális erőforrások igénybevételét. A speciális erőforrások jelen vannak, az egyén ismeri, birtokában van, de akkor veszi elő, ha az adott helyzetben kell. Ilyen speciális erőforrás az iskolában folyamatosan jelenlévő egészségügyi ellátás, mellyel van kapcsolata a tanulóknak, és amikor szükséges, igénybe vehetik. A szalutogenetikus modell szerint a kétféle típusú erőforrás között lineáris sztochasztikus kapcsolat feltételezhető, melyet lineáris regresszió számítással próbáltam bizonyítani. A speciális erőforrás kétféle formáját, annak mennyiségi és minőségi mutatóinak kapcsolatát, mint függő változónak a módosulását vizsgáltam az

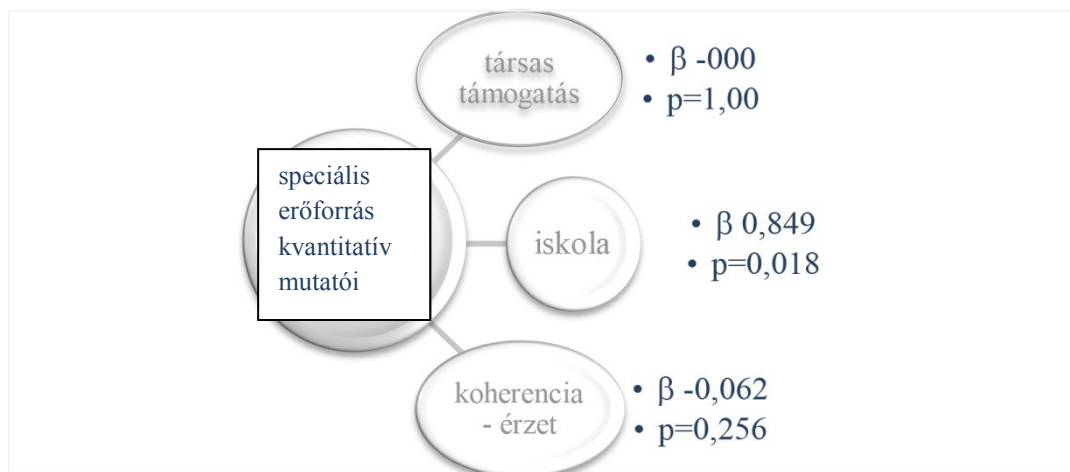
általános erőforrások – iskolai erőforrások, társas támogatás – és a koherencia-érzet magyarázó változók hatásain keresztül. A próbához Enter módszert alkalmaztam, mely a modell együttes erejét írta le.

A lineáris regresszió számítást követően a védőnői ellátás, mint speciális erőforrás minőségi mutatói és az általános erőforrások valamint a koherencia-érzet között korreláció volt ($r=0,222$) kimutatható, a kapcsolat erejét mutató determinációs együttható $R^2 = 0,049$; tehát a teljes szórás 4,9%-át magyarázták a független változók. A speciális erőforrások minőségi értékeinek változásában az általános erőforrások, a koherencia-érzet csupán 4,9%-ban játszott szerepet. Az Anova próba eredményei alapján a változók között volt kapcsolat, nem a véletlen műve ($F(3;425)=7,299$, $p<0,001$). A 25. sz. ábra a lineáris együttható standard β értékeit mutatja.



25. ábra. A speciális (védőnői ellátás minőségi mutatói), általános (iskola, társas támogatás) erőforrások és a koherencia-érzet kapcsolatának lineáris együttható standard β és p értékei (saját szerkesztés)

Az általános rezisztencia erőforrások, a koherencia-érzet lineáris változásának hatását vizsgáltam a védőnői szolgáltatás, mint az iskolákban jelenlévő speciális erőforrás mennyiségi indexszámának alakulására is. A kapcsolat erejét számszerűsítő determinációs együttható $R^2 = 0,03$. A vizsgált változók között nem volt kimutatható kapcsolat ($r=0,055$ $F(3; 443)=0,452$, $p=0,716$), melyet a következő, 26. ábrán lévő, a lineáris együttható standard β adatok, illetve az ezekhez tartozó szignifikancia értékek is mutatnak.

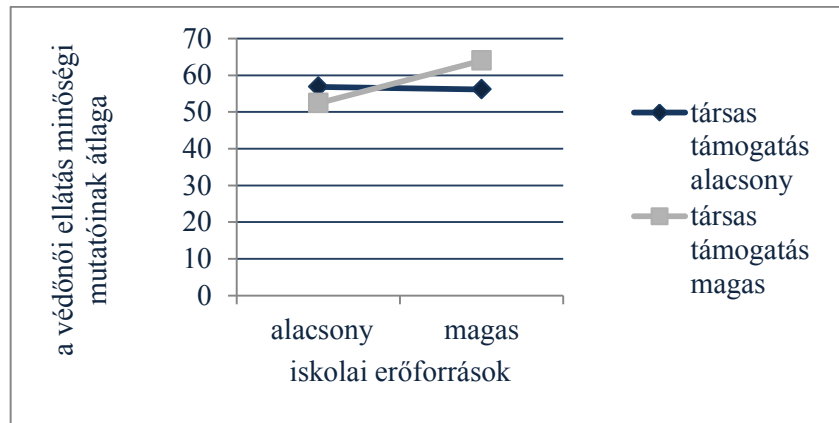


26. ábra. A speciális (védőnői ellátás mennyiségi mutatói), általános (iskola, társas támogatás) erőforrások és a koherencia-érzet kapcsolatának lineáris együttható standard β és p értékei (saját szerkesztés)

Az általános erőforrások (iskolai) és a koherencia-érzet növekedése a védőnői szolgáltatás, mint speciális erőforrás minőségi mutatóira volt hatással. Az iskolavédőnő tevékenysége nem a találkozások száma alapján válik speciális erőforrássá, hanem annak minősége révén. A lineáris regresszió számítás megerősíti Antonovsky tézisé: az általános erőforrások következtében növekedik a koherencia-érzet, és a speciális erőforrásokkal való rendelkezés. A diákok körében a védőnői ellátás speciális erőforrás lehet, magas iskolai erőforrások és magas minőségű szolgáltatás nyújtása esetén.

Az erőforrások egymásra hatásán kívül adatelemzésemmel a változók közötti interakciókat is vizsgáltam többszemponos varianciaanalízis segítségével. Felmértem, hogy az egyik általános erőforrás faktornak a speciális erőforrásra való hatását módosítja-e a másik általános erőforrás faktor. Az iskolai erőforrások és a társas támogatás, mint független változók egymásra való hatása, interakciója felerősíti a magasabb minőségűnek ítélt védőnői ellátás felhasználását ($F(1; 426)=7,8, p=0,005$), viszont nincs kölcsönhatása a védőnői ellátás gyakoriságának igénybevételével ($F(1; 443)=0,373, p=0,541$). A 27. ábrán látható, hogy a védőnői ellátás minőségi mutatója magasabb a nagyobb mértékű társas támogatást kísérő növekvő iskolai erőforrások mellett, míg alacsony társas támogatás esetén ez az indexszám az iskolai erőforrásoktól független. Abban az esetben érezte a tanuló a számára elérhető védőnői szolgáltatást hasznosabbnak, eredményesebbnek, ha magasabb társas támogatás nagyobb iskolai erőforrással párosult. A kapott eredmények alapján a magasabb minőségű védőnői ellátás lehet speciális erőforrás a tanulók egészsége szempontjából, az iskola és a

védőnői szolgálat együttműködése révén kimondottan magasabb társas támogatás esetén, míg alacsonyabb társas támogatással rendelkező tanulóknál a vizsgált speciális erőforrás a társas támogatás oldaláról fejleszthető a család, a kortársak, a barátok közösségi egészségfejlesztése által.

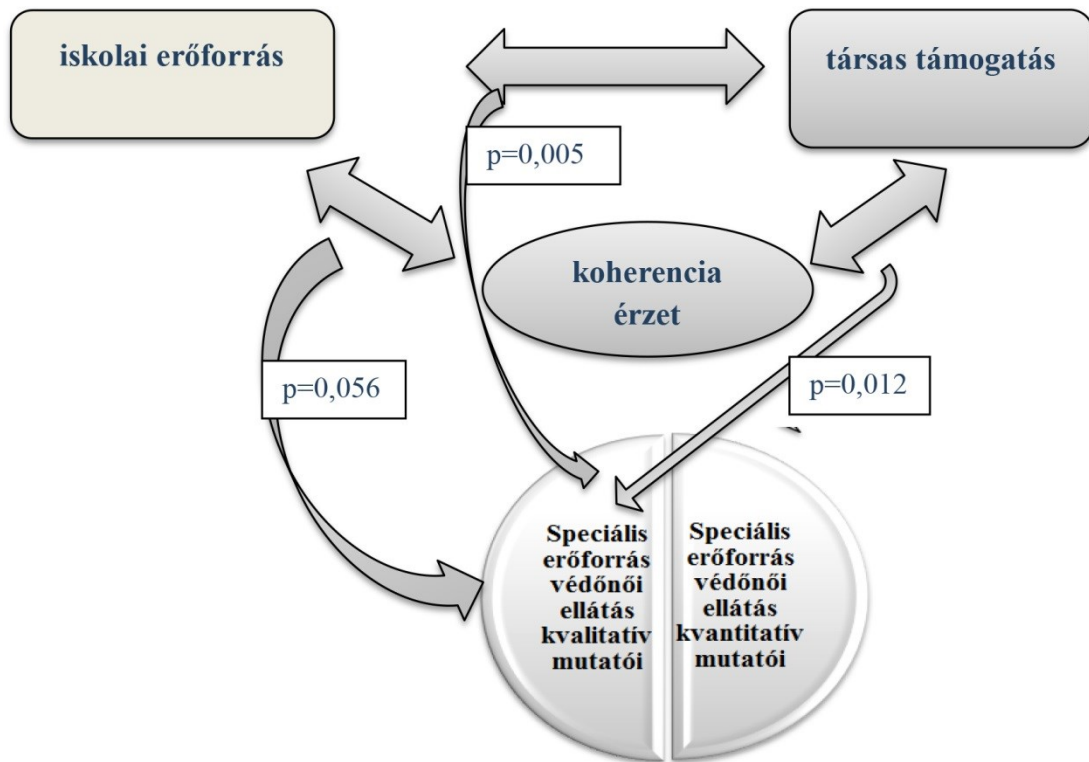


27. ábra. Az általános erőforrások (társas támogatás, iskolai erőforrások) kölcsönhatásának a védőnői ellátás minőségi mutatóival való összefüggés vizsgálata ($n=426$) (saját szerkesztés)

Antonovskynak az egészség eredetét középpontba helyező modelljében az általános erőforrások és a speciális erőforrások együtt járása mellett megfogalmazódott, hogy az általános erőforrások növekedése elősegíti a koherencia-érzet kedvezőbb irányú változását, ezáltal emelve a speciális erőforrások igénybevételét, ezért fontosnak tartottam a többszörös kölcsönhatások vizsgálatát is. A többszemponos varianciaanalízis eredménye alapján, az iskolai erőforrásnak, a társas támogatásnak és a koherencia érzetnek együttes hatása nem volt kimutatható a védőnői ellátás kvalitatív aspektusára ($F(1; 426)=0,161, p=0,689$), de a kvantitatív mutatói esetében sem ($F(1; 444)=1,359, p=0,244$). Figyelmet érdemmel viszont, hogy a vizsgált magyarázó változók közül a korábban említettek (iskolai erőforrás és társas támogatás) mellett még két - két összetevő erősítette egymás hatását a függő változóra, a magas minőségűnek ítélt védőnői ellátás igénybevételére. A társas támogatás és a koherencia – érzet ($F(1; 426)=6,366, p=0,012$) interakciós hatása mutatkozott szignifikánsnak, míg az iskolai erőforrás és a koherencia-érzet ($F(1; 426)=3,667, p=0,056$) esetében tendencia szintű szignifikancia volt mérhető.

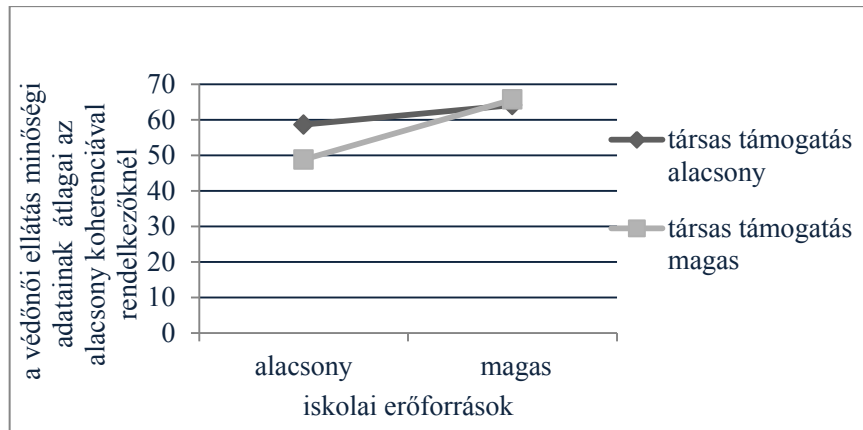
A következő, 28. számú ábra az általános erőforrások és a koherencia-érzet szignifikáns interakciós hatásait összegzi a speciális erőforrásokra, mely alapján látható,

hogy az iskolai erőforrás és a társas támogatás kölcsönhatása befolyásolja legjelentősebben a magasabb minőségű védőnői ellátás felhasználását.



28. ábra. Általános (iskolai erőforrások és társas támogatás), speciális erőforrások és a koherencia érzet kapcsolata többszemponatos varianciaanalízis elemzés alapján (n=426) (saját szerkesztés)

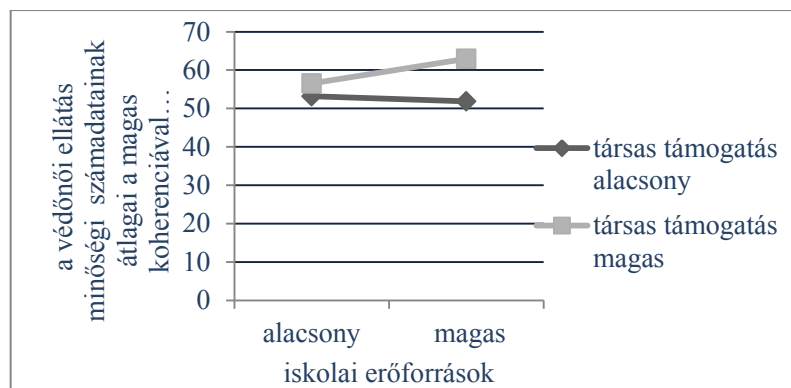
Külön- külön is vizsgáltam az alacsony és a magas koherencia érzettel rendelkező tanulók körében az előbb említett változók közötti kölcsönhatásokat. Azt tapasztaltam, hogy az alacsonyabb koherencia-érzet esetében a védőnői ellátás kvalitatív indexe az alacsony társas támogatás – alacsony iskolai erőforrás esetében nagyobb mértékű volt (M: 58,66), mint az alacsony iskolai erőforrás - magas társas támogatás (M: 48,85) során, ami viszont a növekvő iskolai erőforrások hatása révén jelentősen megemelkedett (M: 65,71). Alacsony koherencia-érzet, alacsony társas támogatás esetén növekvő iskolai erőforrások hatására is növekedett, de kisebb mértékben a védőnői ellátás minősége mutatószáma (M: 64,14). Az alacsony koherencia-érzettel rendelkezőknél erősítették egymást az iskolai erőforrás és a társas támogatás hatásai, a magasabb minőségű védőnői ellátás igénybevétele iránt. (29. ábra).



29. ábra. Alacsony koherencia –érzet esetén az iskolai erőforrás és a társas támogatás együttes hatása a védőnői ellátás minőségi mutatóival való összefüggésben (n=426) (saját szerkesztés)

A magasabb koherencia-érzet során az alacsonyabb társas támogatásnál növekvő iskolai erőforrások esetén csökkent (M: 53,16 vs. M: 51,83), míg a magasabb társas támogatásnál emelkedő iskolai erőforrások mellett növekedett a magasabb minőségű védőnői szolgáltatás iránti igény (M: 56,52 vs. M: 62,95) (30. ábra).

Magasabb koherencia-érzetnél a védőnői ellátás minőségi mutatószámának átlaga jelentősen nagyobb volt a magas iskolai erőforrások – magas társas támogatás (M: 62,95) esetében, mint magas iskolai erőforrások és alacsony társas támogatás (M: 51,83) során.



30. ábra. Magas koherencia-érzet esetén az iskolai erőforrás és a társas támogatás együttes hatása a védőnői ellátás minőségi mutatóival való összefüggésben (n=426) (saját szerkesztés)

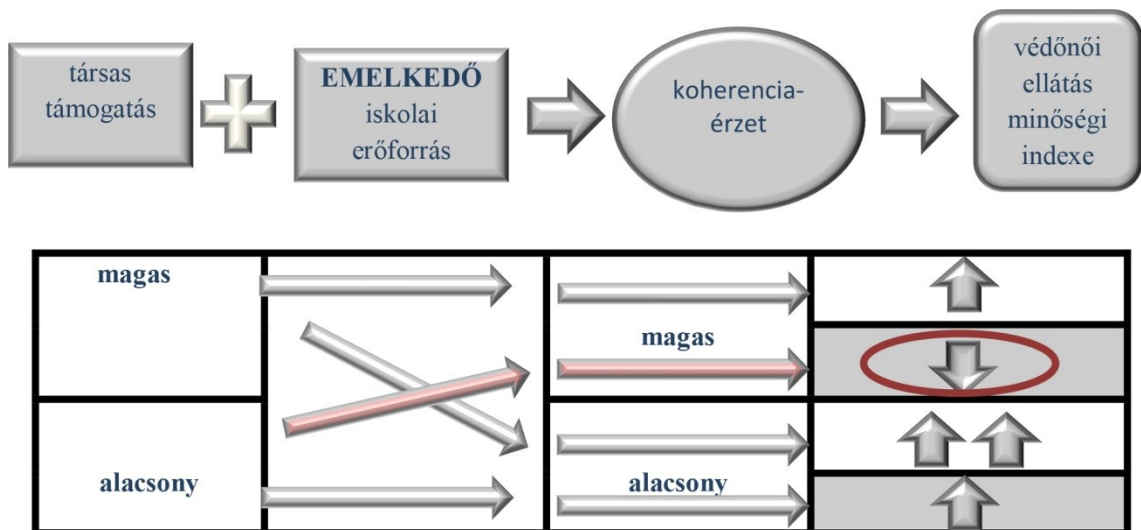
Kutatásomban két általános erőforrás faktor következményét vizsgáltam a koherencia-érzetre, majd ezen hatások eredőjét a védőnői ellátás mint speciális erőforrás igénybevételére. Antonovsky tézise alapján a többszemponyos varianciaanalízis eredményeit követően nem nyert bizonyítást, hogy a vizsgált általános erőforrások (iskolai erőforrások és társas támogatás) és a koherencia-érzet interakciója hatással

lenne a felmért speciális erőforrás tényezőkre, ezért a jövőbeni kutatás során érdemes további általános erőforrások kölcsönhatásának felmérését is bevonni az elemzésekbe. Ellenben megerősítést nyert, hogy a védőnői szolgáltatásnak, mint speciális erőforrásnak a minőségi mutatóit befolyásolják az általános erőforrás faktorok (az iskolai erőforrás és társas támogatás), illetve az iskolai erőforrás és a koherencia-érzet valamint a társas támogatás és a koherencia-érzet interakciója.

Kutatási eredményeim alapján a koherencia-érzet mértékétől függetlenül a magasabb társas támogatás növekvő iskolai erőforrások együtt járása mellett növelte a magasabb minőségűnek megítélt védőnői szolgáltatás igénybevételét.

Legjelentősebb mértékben a magas társas támogatás, alacsony koherencia-érzet esetén emelkedő iskolai erőforrások révén lehet speciális erőforrás az iskolavédőnő szolgáltatása. Az alacsony koherencia-érzet esetén emelkedő iskolai erőforrások mellett, ha alacsony társas támogatással párosult, kisebb mértékű volt a védőnői ellátás minőségi indexének a növekedése, ezért itt az iskolai erőforrások megszilárdítása, további növelése szükséges, a társas kapcsolatok támogató hatásának fokozása mellett.

Kimondottan a magas koherencia-érzettel rendelkező csoporton belül az alacsony társas támogatottsággal lévőkre érdemes odafigyelni, ők azok, akik növekvő iskolai erőforrások esetén is kevésbé érzik speciális erőforrásként a védőnői szolgáltatást, ami feszültséggel teli helyzetek esetén jelenthet nehézséget és az egészség megőrzését kedvezőtlenül befolyásolhatja (31. ábra).



31. ábra. Az iskolavédőnői ellátás minőségi indexének változása általános erőforrások (iskolai erőforrás, társas támogatás) és a koherencia-érzet tükrében (n=426) (saját szerkesztés)

A tanulóknak magas általános erőforrások szinergizmusa során lesz jelentősebben igénye, szüksége egészségük fejlesztése érdekében a minőségi feladatellátást középpontba helyező védőnői gondozásra, mint speciális erőforrásra. Az alacsony koherencia-érzettel illetve a magasabb társas támogatással rendelkezőknél jelentősebb mértékben segítőforrás az iskolavédőnői ellátás, mely az iskolai erőforrások megerősítésével növelhető. Az iskolai erőforrások megszilárdítását elősegítheti az adott korcsoport igényeihez igazodó, aktivitásra, együttműködésre serkentő szabadidős, rekreációs iskolai programok, valamint lehetőség biztosítása a pedagógus elérhetőségére, a pedagógussal, osztályfőnökkel, mint szakemberrel történő partneri kapcsolat kiépítésére kiscsoportos foglalkozások, szakkörök keretében. Az osztálytársak közötti jó kapcsolat stabilitását előmozdító közösségi programok is erőforrás növelő hatással bírhatnak. A társas támogatás növelése az iskola aktorai, a tanuló-kortársak, a család bevonásával közösen, a közösség fejlesztése és a közösségi egészségfejlesztés útján lehetséges.

Az iskolavédőnő részéről külön odafigyelést igényelnek az alacsony iskolai erőforrással valamint az alacsony társas támogatással rendelkező tanulók. Az előbb említett diákok esetében nagyon fontos a védőnői ellátó rendszer szerepével, feladataival kapcsolatos tájékoztatás, a védőnő személyes jelenléte az iskola életében (fogadóóra, osztályvizsgálat, tanóra, szünetek, iskolai rendezvények, szakkörök), valamint szenzitivitás az egészség valamennyi területét érintő problémák észrevételére, adekvát kezelésére, utánkövetésére.

5.10. Megbeszélés, kvantitatív kutatás - Hipotézisvizsgálat

Felmérésem első része 10., 11. és 12 évfolyamos tanulók bevonásával történt, akiknek 2/3-a lány volt, 2/5-e községben, vagy faluban élt, 2/5-e lakott az iskolával azonos településen, 2/3-a teljes családban nevelkedett.

A megkérdezett fiatalok 1/5-nél volt igazolható objektív egészségi probléma, szakorvosi gondozást igénylő krónikus betegség. A szubjektív egészségi panaszok vizsgálata során a felmért kilenc tünet jelenlétét a tanulók közel fele észlelte magán az elmúlt félévben, váltakozó időbeli előfordulási intenzitással. A leggyakrabban megélt egészségi probléma a tanulók felénél a naponta illetve a hetente többször megjelenő fáradtság, kimerültség volt, de emellett az előbbinél kisebb arányban, de jelentős mértékben a fejfájás, idegesség, kedvetlenség érzése is megjelent. A krónikus

betegséggel rendelkező tanulóknál csak a fejfájás, a szédülés, az idegesség panaszai fordultak elő minimálisan gyakrabban egészséges kortársaikhoz képest. A hasonló életkorú, iskola típusba járó tanulók hazai reprezentatív kutatásában felmért (HBSC) adatokkal egyezett meg (Németh et al., 2016.) a vizsgálatomban mért átlag tünet index nagysága, de a lelki tünetekről (fáradtság, kedvetlenség, idegesség) való beszámolás jelentősebb mértékű volt. A tanulók egészségi állapotát az SF-36 standardizált mérőeszközzel tanulmányozva a 18 év alatti magyarországi egészséges populáció normál átlagértékeihez viszonyítva (Czibalmos et al., 1999.) az általános egészségérzet közel azonos, de a vitalitás és a mentális egészség jóval alacsonyabb volt. De az iskoláskorú fiatalok mentális egészségének csökkenését a HBSC 2014 – es hazai reprezentatív kutatása is megerősítette (Németh et al., 2016.). A KÉ 13-mal mért koherencia-érzet a magyarországi, hasonló korosztályba tartozó tanulók átlagától jelentősen nem tért el (Veresné Balajti, 2010.; Sipos et al., 2015.), az EQ VAS 100 fokú egészséghőmérőn mért pillanatnyi egészségérzet (Szende et al., 2004.; Szende et al., 2014.) a vizsgált mintában viszont minimálisan alacsonyabb volt. A koherencia-érzet és az egészségi állapot valamennyi vizsgált mutatója, valamint az egészségi állapot mutatói között különböző erősségű és irányú kapcsolatot volt kimutatható Pearson-féle korrelációs számításokkal ($p < 0,01$ szignifikancia szinten). Külön érdemes megemlíteni, hogy a mentális egészség növekedése erőteljes pozitív együtt járást mutatott a vitalitás mértékével ($r=0,712$), illetve a koherencia-érzettel ($r=0,581$), de az életerő és a koherencia-érzet estében is kapcsolat volt tapasztalható ($r=0,466$). A tünetskálán mért szubjektív panaszok növekedése nagymértékben csökkentette a mentális egészséget ($r=-0,629$), az életerőt ($r=-0,617$) és a koherencia-érzetet ($r=-0,518$).

Az egészségmagatartás vizsgálata során annak valamennyi területének felmérése a jelen kutatás keretei között lehetetlen lett volna, ezért csak fókuszpontokat jelöltem ki, melyek megfelelő jelzőszámai lehetnek az egészséges életmódnak. A kapott adatokat csak a gimnáziumi tanulókra vonatkozó reprezentatív kutatási eredményekkel vettem össze. A táplálkozás minőségét tanulmányozva a megkérdezettek 2/5-ének – 2/5-ének étrendjében naponta vagy hetente többször is szerepelt zöldség és gyümölcsféle, míg 1/5-énél az üres kalóriák (édességek, cukrozott üdítőitalok) és közel 5%-ban a napi menüben az energiatartalomban magas élelmiszerek is megjelentek. A táplálkozás kvantitatív mutatóját, a reggeli-fogyasztás gyakoriságával mértem, melynek napi szintű rendszeressége a hétköznapok során a tanulók felénél, hétvégén viszont már 3/4-énél valósult meg. A mozgás rendszerességének kutatásánál az Egészségügyi Világszervezet ajánlását vettem alapul

(World Health Organization, 2010.), ami a fizikai aktivitás mennyiségénél a minta 1/5-t, minőségénél pedig a megkérdezettek 2/3-át jellemezte. A táplálkozás mutatószámai kedvezőbbek, míg a fizikai aktivitás paraméterei közel azonosak voltak a hazai kutatási adatokkal (Magyar Ifjúság Kutatás, Iskoláskorúak Egészségmagatartás Vizsgálata) (Németh et al., 2016.; Bauer et al., 2017.). A rizikómagatartás vizsgálata két területet érintett; a dohányzás életprevalencia közel 50%, a havi prevalencia értéke ennek fele, az alkoholfogyasztásnál az életprevalencia közelített a 100%-hoz, a havi prevalencia adat pedig közel 80% volt (a fiatalok 20%-nál legalább heti egy pohár ital fogyasztása volt a jellemző), mely esetében valamennyi italféle fogyasztása közel azonos gyakorisággal fordult elő. A rendszeres dohányzás (napi átlag 1-5 szál cigaretta) kicsivel több, mint a válaszadók 16%-ánál volt jelen. Részegséget a megkérdezettek 2/3-a tapasztalt meg, átlagban 15 éves kora körül, ebből 1/3-a 40-nél is többször. A vizsgált rizikómagatartásra vonatkozó kutatási adataimat összehasonlítva hazai reprezentatív felmérési adatokkal (ESPAD, HBSC) a rendszeres dohányzók illetve a részegség előfordulási aránya, közel 5% -5%-kal volt magasabb, míg az alkohol havi prevalencia értéke 20%-kal volt nagyobb a saját mintámban (Elekes, 2016.; Németh et al., 2016.).

Tanulmányoztam az egészségmagatartás egyes elemei közötti kapcsolatokat Spearman-féle rangkorreláció számítás segítségével. Azt tapasztaltam, hogy mind a preventív [mozgás minősége és mozgás mennyisége ($p < 0,01$), valamint a mozgás minősége és a táplálkozás mennyisége ($p < 0,05$), minősége ($p < 0,01$), illetve a mozgás mennyisége és a táplálkozás mennyisége ($p < 0,01$), minősége ($p < 0,01$)], mind a rizikómagatartásformák egyes elemei összefüggtek egymással, és a kockázati tényezők a védőtényezők megvalósulását háttérbe szorították. Az üres kalóriák és a dohányzás- ($p < 0,01$), az alkoholfogyasztás szokásai ($p < 0,01$), de a dohányzás- és alkoholfogyasztás is ($p < 0,01$) összefüggtek egymással, de emellett az üres kalóriák fogyasztása [és a táplálkozás mennyisége ($p < 0,05$), és a mozgás mennyisége ($p < 0,05$)] a preventív magatartásformákat kedvezőtlenül befolyásolta. Az előbbi eredmények a hazai és a nemzetközi kutatási eredményekkel összhangban voltak (Pikó, 2003.; Camenga et al., 2006.; Németh et al., 2016.).

Spearman-féle rangkorreláció számítás révén bizonyítást nyert a preventív-, a rizikó egészségmagatartásformák és koherencia érzet, valamint az egészségi állapot vizsgált egyes elemi közötti kapcsolat is. Érdeemes megemlíteni, hogy az egészségmagatartás valamennyi vizsgált eleme (kivéve a hétvégi reggelik gyakorisága) a koherencia-érzettel ($p < 0,01$), a mentális egészséggel ($p < 0,01$) valamint a vitalitással

(kivéve az alkoholfogyasztást) ($p < 0,01$), mutatott összefüggést; a preventívek pozitívan, míg a rizikófaktorok negatívan hatottak. A szubjektív egészségi panaszok esetében is volt kimutatható kapcsolat ($p < 0,05$), de az az előbbiekkal ellentétes irányú.

A vizsgált mintámban a hazai standardokhoz viszonyítva a mentális egészség és a vitalitás alacsonyabb szintje jelent meg, ami pozitív irányú közepesen erős korrelációt mutatott a koherencia-érzettel és negatív előjelűt a tünet-indexszel (a mintámban mért koherencia-érzet és tünet index átlaga közel azonos volt a hazai nagymintás vizsgálatok adataival). Az előbbi egészségi állapot mutatók és a koherencia-érzet pedig együtt jártak a rizikómagatartásformák gyakoribb megjelenésével és a preventívek háttérbe szorulásával. A táplálkozás minősége a saját kutatásom adatai alapján kedvezőbb eredményeket mutatott, de a rizikómagatartás egyes elemei a megkérdezett diákok körében nagyobb arányban voltak jelen; a rendszeresen dohányzók száma, a részegség előfordulási gyakorisága és az alkoholfogyasztás havi prevalencia értéke is magasabb volt.

A társas támogatás vizsgálatát multidimenzionális észlelt társas támogatás kérdőív (MSPSS) segítségével végeztem a család, barátok és jelentős mások oldaláról, valamint összesített pontszámot is számoltam (Papp-Zipernovszky et al., 2017.). A kapott eredményeimet elemezve, a hazai kutatási adatokhoz viszonyítva, a családi társas támogatás (Pribék et al., 2017.; Papp-Zipernovszky et al., 2017.) mértéke magasabb volt. Az észlelt társas támogatás nagysága (alfaktorok, illetve összesített érték) valamennyi általam vizsgált egészségi állapot mutatóval és a koherencia-érzettel is Pearson-féle korreláció számítás alapján együtt járt, de közepes erősségű pozitív irányú kapcsolat a családi társas támogatás és a koherencia-érzet ($p < 0,01$), és a mentális egészség ($p < 0,01$), valamint az összesített társas támogatás és a koherencia-érzet ($p < 0,01$), és a mentális egészség ($p < 0,01$) között volt bizonyítható. Közepes erősségű, de negatív irányú kapcsolat pedig a szubjektív egészségi panaszok esetében jelent meg; minél alacsonyabb volt a családi ($p < 0,01$) és az összesített társas támogatás ($p < 0,01$), annál több egészségi problémát észlelt magán az adott diák. A családi támogatás értéke mintámban magasabb volt, viszont a megkérdezett gimnazista tanulók között a jelentős mások támogatásának átlagértéke volt a legmagasabb, ennek ellenére az egészségi állapotról a család és az összesített támogatásnak az észlelése bírt a legnagyobb erővel.

Az iskola általános erőforrás szerepét vizsgáló kérdéseket a HBSC kutatás mérőeszközéből adaptáltam. Az iskola iránt érzett pozitív attitűd, a tanárok általi jobb tanulmányi eredmény megítélése, valamint az iskola falain belüli közösség (pedagógus,

osztálytársak) felől érkező magasabb társas támogatás egészséget támogató hatással bírt. Pearson-féle korrelációs számítással az iskolai társas támogatás kapcsolatban állt az önminősített egészségi állapot valamennyi vizsgált faktorával ($p < 0,01$), míg legerőteljesebb összefüggést a koherencia-érzettel mutatott ($p < 0,01$). A megkérdezettek nagy többsége (3/4-e) szerette iskoláját. Az Iskoláskorúak Egészségmagatartása Vizsgálatának eredményeinél magasabb arányban (Németh et al., 2016.), közel 16%-kal többen érezték eléggé nyomasztónak iskolai feladataikat, a teljes minta 2/5-e, ezzel párhuzamosan saját mintámban megközelítőleg 10 százalékkal voltak többen azok is, akik a tanáraik általi tanulmányi eredményük megítélését magasabbnak ítélték meg. Az előbb említett három iskolai erőforrás faktor Spearman-féle korrelációs számítással közepes erősségű pozitív irányú kapcsolatot mutatott a tanulók mentális egészségével ($p < 0,001$), vitalitásával ($p < 0,001$), koherencia-érzetével ($p < 0,001$), illetve a tünet-index mértékével ($p < 0,001$), de ebben az az utóbbi esetben negatív irányba mutató együtt járás volt bizonyítható. Az iskolai terhelés mértéke viszont nem volt összefüggésbe hozható az általános egészségérzettel ($p > 0,05$). Saját kutatási adataimban a hazai reprezentatív kutatási adatokhoz viszonyítva a megkérdezetteket alacsonyabb mentális egészség, vitalitás és az iskolai terhelésének nagyobb mértékű érzete, valamint a tanulási eredmény tanárok általi értékelésének magasabb szintje jellemezte. Az említett tényezők között közepes korreláció volt mérhető, ami még együtt járt hasonló mértékű pozitív kapcsolattal a koherencia-érzettel és negatív irányú korrelációval a szubjektív egészség panaszok esetében.

Kutatásom további kérdései a főállású iskolavédőnői szolgáltatás iskolai egészségfejlesztésben játszott szerepének megismerésére irányult. A tanulók közel 95%-a kapott tájékoztatást az iskolavédőnői ellátásról, legnagyobb arányban az osztályfőnöktől (90,85%), jellemzően írásban (77,9%), 3/4-e komplex (iskolavédőnői ellátás helyszíne, igénybevételenek időbeli lehetősége, a szolgáltatás által biztosított ellátás) formában. A diákok többsége (2/3-a) saját maga is érdeklődött, elsősorban osztályfőnökétől (53,79%) a védőnői szolgáltatásról, de annak igénybevétele, elérhetőségével kapcsolatos teljeskörűség csak 1/3 arányban jelent meg. A tanulók az iskola-egészségügyi ellátás védőnői tevékenységével kapcsolatos tájékozódás-tájékoztatás összesítését követően maximális és jó (több forrást igénybe véve, elérhetősége, helyszíne, igénybe vehető ellátások) informáltsági kategóriába csak a megkérdezettek 1/3-a tartozott annak mind a forrását (31,92%), mind a tartalmát (29,24%) tekintve.

A tanulók védőnői szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatása - tájékozódása jelentősen befolyásolta az ellátás elérhetőségének megítélését [Spearman féle korrelációs számítás alapján pozitív irányú gyenge kapcsolat az információnyújtás forrásával ($r=0,189$ $p<0,001$), tartalmával ($r=0,114$ $p<0,05$)]. A diákok 2/3-a találta könnyen, igen könnyen, míg 1/5-e inkább nehezen elérhetőnek a védőnőt.

Vizsgáltam a védőnői ellátás mennyiségi mutatóját az egyes ellátási formák igénybevételi gyakoriságával (szűrővizsgálatok, szünetekben, egészségfejlesztő foglalkozások, fogadóórák során) és minőségi indexét (a védőnő mennyire figyel, ad választ a tanuló problémáira, ha szükség van rá megtalálható, fontosak a tanácsai, elfogadják, megbíznak a tanácsaiban), melyek Pearson-féle korrelációs számítással gyenge kapcsolatban álltak egymással ($r=0,184$ $p<0,001$). Az iskolavédőnői szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatás-tájékozódás forrása (mennyiségi $r=0,309$, $p<0,001$; minőségi $r=0,203$, $p<0,001$) tartalma (mennyiségi $r=0,155$, $p=0,001$; minőségi $r=0,163$, $p=0,001$) valamint a védőnő elérhetőségének (mennyiségi $r=0,157$, $p=0,001$; minőségi $r=0,264$, $p<0,001$) megítélése kapcsolatot mutatott Spearman-féle rangkorreláció számítással az ellátás kvantitatív és kvalitatív mutatóival. Az iskolavédőnő kötelező feladatellátása mellett a megkérdezett tanulók 2/5-e vett részt tanórán kívüli egészségfejlesztő foglalkozáson és 1/4-e rendszeresen kereste fel őt fogadóóráján. A diákok elsősorban kicsivel több, mint fele értett teljesen egyet azzal az állítással, hogy testi problémáira figyel a védőnő, míg a lelki problémáknál csak az előbbi számadat fele volt mérhető. A megkérdezettek 2/3-a testi problémái miatt, 2/5-e lelki gondjai miatt is felkereste a védőnőt és közel azonos arányban teljesen egyetértettek (~ 15%,) illetve egyetértettek (~ 15%,) azzal, hogy fontosnak tartják, elfogadják és megbíznak a védőnő tanácsaiban.

Az előbbi adatok megerősítik, hogy a védőnői ellátás elérhetőségét, igénybevételeének gyakoriságát és az ellátás minőségi mutatóját jelentősen meghatározta a szolgáltatással kapcsolatos többirányú és széleskörű tájékoztatás és a tanulói oldalról kezdeményezett tájékozódás. Főként az utóbbi terület esetén szükséges jelentős fejlesztés; a tanulók egyéni tájékozódási szükségletének, motivációjának igen jelentős növelése szükséges. Bizonyítást nyert, hogy a tájékoztatás személyi oldala, azon szakemberek, egyének, aki, illetve akik közvetítik a szolgáltatással kapcsolatos információkat, meghatározóbbak, mint a tartalom teljessége. Az előbbieket mellett még érdemes a szóbeli tájékoztatási lehetőségeket is bővíteni és fontos, hogy a védőnő a

teljes egészséget érintő problémákra fókuszáljon, a szomatikus problémák prioritása helyett.

Vizsgáltam a védőnői ellátás irányultságát Likert skála alkalmazásával készített 10 állításra adott válasz alapján. A kérdéssor összeállításánál az egészségnevelés - rizikóközpontú és az egészségfejlesztés - egészségközpontú modelljét vettem alapul (Benkő, 2009.). Az adatok összesítését követően a védőnői ellátás egészségközpontú megközelítését a tanulók 12,72%-a válaszolta, míg a rizikóközpontú ellátást 22,33%-a, és a válaszadók véleményének többsége (64,95%) szerint mindkét orientáció együttes megjelenése volt tapasztalható.

Az iskolavédőnői munkaszoba, váróterem környezetének rizikóközpontú és/vagy egészségorientált irányultságát az ott lévő plakátok, szórólapok, tájékoztató anyagok megítélése alapján mértem fel. A munkakörnyezet információhordozó anyagait a tanulók 8,95%-a kizárólag a betegségek elkerülésére irányulónak, ezzel szemben 14,54%-a csak egészség központúnak nevezte meg.

Ötfokú Likert skálával mértem fel az iskolavédőnői tevékenység egészség szemléletformáló hatását, melyből a tanulók 72,89%-a választotta a pozitív irányú változás különböző kategóriáit. Az egészségnézet változása nem mutatott összefüggést a vizsgált egészségi állapot mutatókkal, a koherencia-érzettel, de a védőnői tevékenység ($\chi^2=15,779$, $p=0,03$) és munkakörnyezet ($\chi^2=21,195$, $p<0,001$) irányultságával már igen. Az előbbieket mellett Spearman-féle korrelációs számítással bizonyítást nyert, hogy a védőnői ellátás igénybevételének minőségi ($r=0,331$, $p<0,001$), és mennyiségi ($r=0,257$, $p<0,001$) értékelése kapcsolatot mutatott a védőnői tevékenység egészségnézetet befolyásoló hatásával.

A védőnői ellátásra vonatkozóan utolsóként a szolgáltatás hatékonyságának megítélését mértem fel négy itemre adott összesített válaszok alapján (a védőnői tevékenység attitűdformáló hatása, az átadott tudás mennyisége, és annak alkalmazhatósága, valamint a védőnői munkával való tanulói elégedettség mértéke). A kapott tudást a diákok 3/4-e elegendőnek vélte, ennek ellenére 1/3-a azt kevésbé vagy alig használhatónak minősítette. Pearson-féle korrelációs számítással vizsgálva az ellátás hatékonysága a vitalitással ($r = 0,12$, $p=0,013$), a mentális egészséggel ($r= 0,109$, $p= 0,024$), a tünet-indexszel ($r= -0,115$, $p=0,017$) mutatott kapcsolatot.

A kérdőíves adatelemzésem alapján végzett hipotézisvizsgálat eredményeit az alábbiakban összegzem:

1. kutatási kérdés: Van-e, és ha igen, milyen összefüggés van az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének, tevékenységének egészségközpontú megítélése és a tanulók egészségmagatartása, szubjektív egészségi állapota között?

Az 1. kutatási kérdés vonatkozásában a következő hipotézisek vizsgálatára került sor:

H1: Az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének egészségközpontú véleményezése a rizikómagatartásformák kisebb mértékű a preventív egészségmagatartás nagyobb mértékű megjelenésével párosul.

Megállapítható, hogy az iskolavédőnői munkakörnyezetének, városházájának egészségre orientált megítélése a dohányzás életprevalencia értékét (χ^2 8,22, $p=0,042$) csökkentette, valamint a mozgás minőségére pozitív hatást gyakorolt (χ^2 16,408, $p=0,006$), ezzel szemben az alkoholfogyasztás élet-, haviprevalencia értékeit, a dohányzás havi gyakoriságát, a mozgás mennyiségét, a táplálkozás minőségét és rendszerességét nem befolyásolta.

H2: Az egészségorientált iskolavédőnői munkakörnyezet magasabb szubjektív egészség állapottal és koherencia-érzettel társul.

Az egészségközpontú védőnői környezet magasabb egészségi állapot mutatókkal és koherencia-érzettel párosult; az egészségi állapot egyes vizsgált területeinek átlagértékei között t-próbával szignifikáns különbségek voltak igazolhatók [a koherencia-érzet ($t(444)=-2,334$, $p=0,02$), a vitalitás ($t(445)=-0,1989$, $p=0,047$), az általános egészségérzet ($t(445)=-3,969$, $p<0,001$), az egészséghőmérő (EQ VAS $t(444)=-3,275$, $p=0,001$)]. Ezért a 2. hipotézis igazoltnak tekinthető.

H3: Az egészségközpontúnak ítélt védőnői ellátás a tanulók preventív egészségmagatartását kedvezően befolyásolja.

A harmadik hipotézisem, khi-négyzet próbával végzett számítás eredményeit követően nem nyert bizonyítást, a tanulók válaszai alapján a védőnői ellátás orientációja nem mutatott kapcsolatot a vizsgált egészségmagatartás elemeivel.

H4: Az iskolavédőnői tevékenység egészségközpontú megítélése nagyobb mértékű szubjektív általános egészségérzettel és koherencia-érzettel valamint kisebb arányú szubjektív egészségi panasszal jár együtt.

Ezt a hipotézist a megkérdezett diákok válaszai alapján elvettem, mivel a t-próbával végzett elemzést követően a szolgáltatás irányultságának rizikóközpontú vagy egészségorientált besorolása szerint az egészségi állapot és a koherencia-érzet átlagértékei nem különböztek egymástól (koherencia-érzet $t(154)=0,245$

$p=0,806$, vitalitás $t(155) = -0,269$ $p=0,788$, mentális egészség $t(155) = -0,160$
 $p=0,873$, általános egészségérzet $t(155) = 0,683$ $p=0,496$, tünet-index
 $t(155) = 0,842$ $p=0,401$).

2. kutatási kérdés: Az iskolavédőnői szolgáltatás környezetének, tevékenységének egészségközpontú megítélése összefüggést mutat-e a védőnői ellátás igénybevételével és hatékonyságával?

A 2. kutatási kérdés vonatkozásában az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

H5: Az iskolavédőnő egészségorientált munkakörnyezete növeli a védőnői ellátás igénybevételi gyakoriságát.

Az ötödik hipotézis vizsgálata során megállapítható, hogy a t-próba eredménye szignifikáns különbséget igazolt ($t(445) = -3,865$, $p < 0,001$) a védőnő munkakörnyezetének megítélése és a védőnővel való találkozás kvantitatív mutatója között. Egészségre orientált védőnői munkakörnyezet növelte az ellátás igénybevételének mennyiségét (veszélyekre figyelmeztető M: 11,48 egészségorientált M: 12,87). Ez az eredmény alátámasztotta az 5. hipotézist.

H6: A védőnői szolgálat egészségközpontú környezete és a szolgáltatás megítélésének magasabb minőségi mutatószáma között kapcsolat mutatható ki.

Az iskola-egészségügyi szolgálat környezetének egészségközpontú megítélése esetében a védőnői ellátásra vonatkozó minőségi indexszám átlagértéke (M: 21,41) a tanulói értékelések alapján magasabb volt, mint a veszélyekre figyelmeztető (M: 18,14). T-próbával vizsgálva ($t(445) = -4,323$ $p < 0,001$) a 6. hipotézis beigazolódott.

H7: Az egészségközpontúnak véleményezett védőnői munkakörnyezet magasabb hatékonyságúnak megítélt védőnői feladatellátással jár együtt.

Feltételezésem bizonyítást nyert, az egészségorientált védőnői munkakörnyezet ($t(445) = -5,794$, $p < 0,001$) növelte a szolgáltatás hatékonyságának véleményezését (veszélyekre figyelmeztető M: 8,21 egészségorientált M: 9,48). Ez az eredmény a hetedik hipotézist igazolta.

H8: A védőnői feladatellátás egészségközpontú irányultsága növeli a szolgáltatás igénybevételének mennyiségi indexét.

A védőnői ellátás egészségközpontú megítélése növelte, annak igénybevételének gyakoriságát. Anova próbával vizsgálva a védőnői szolgáltatás felkeresésének mennyiségi mutatója alapján az ellátás irányultságának átlagértékei

szignifikánsan különböztek ($F(2,447)=4,48$, $p=0,012$) (rizikóközpontú M: 11,68, rizikóközpontú - egészségközpontú M: 12,46 és egészségorientált M: 13,46); így a 8. hipotézis igazoltnak tekinthető.

H9: Az egészségközpontúnak megítélt iskolavédőnői tevékenység magasabb minőségű szolgáltatási besorolást eredményez.

Bizonyítást nyert ($F(2,447)=15,166$, $p<0,001$), hogy a védőnői ellátás igénybevételének minőségi véleményezése alapján az ellátás irányultságának átlagértékei jelentősen különböztek (rizikóközpontú M: 17,5, rizikóközpontú - egészségközpontú M: 20,57 és egészségorientált M: 24,18). Az elvégzett statisztikai próba alapján látható, hogy az egészségközpontú védőnői ellátás növeli annak minőségi megítélését.

H10: Az iskolavédőnői szolgáltatás tevékenységének egészségközpontú véleményezése együtt jár az ellátás hatékonyságának magasabb megítélésével.

A 10. hipotézis vizsgálata során megállapítható ($F(2,428)=10,996$, $p<0,001$), hogy a védőnői ellátás egészségorientált irányultsága növelte a szolgáltatás hatékonyságának megítélését (rizikóközpontú M: 8,58, rizikóközpontú - egészségközpontú M: 9,03 és egészségorientált M: 10,25), ezért a tizedik hipotézis igazolást nyert.

3. kutatási kérdés: Befolyásolják-e és ha igen, hogyan az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – az iskolavédőnői szolgáltatás igénybevételét?

A 3. kutatási kérdés vizsgálata az alábbi hipotézisek mentén történt:

H11: Emelkedő általános erőforrások (iskolai erőforrás és társas támogatás) és koherencia-érzet hatására lineárisan növekedik az iskolavédőnői ellátás igénybevételének, mint speciális rezisztencia erőforrásnak a minőségi és a mennyisége indexe is.

Faktoranalízist követően a védőnői ellátás, mint speciális erőforrás vizsgált tényezőit két csoportba soroltam, kvantitatív és kvalitatív mutatók alapján. Az erőforrások közti lineáris sztochasztikus kapcsolatot lineáris regresszió számítással mértem fel. A speciális erőforrások minőségi értékeinek változásában az általános erőforrások és a koherencia-érzet együttese csupán 4,9%-ban játszott szerepet. Az általános rezisztencia erőforrások és a koherencia-érzet lineáris változásának hatását a védőnői szolgáltatás, mint speciális erőforrás minőségi mutatója

esetében a változók között volt kapcsolat ($r=0,222$ $F(3;425)=7,299$, $p<0,001$), de a speciális erőforrás mennyiségi indexével már nem volt kimutatható összefüggés ($r=0,055$ $F(3; 443)=0,452$, $p=0,716$). A 11. hipotézis vizsgálata szempontjából megállapítható, hogy az általános erőforrások iskolai faktorának (β 0,306, $p=0,001$) növekedése és a koherencia-érzet (β -0,161, $p=0,003$) változása volt hatással a védőnői szolgáltatás, mint speciális erőforrás minőségi mutatóira.

H12: Az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – kölcsönhatása révén emelkedik a védőnők tevékenysége iránti igénybevétel kvantitatív és kvalitatív mutatószáma.

Az iskolai erőforrások - társas támogatás interakciója ($F(1;426)=7,8$, $p=0,005$) felerősítette a magasabb minőségűnek ítélt védőnői ellátás, mint speciális erőforrás felhasználását, de már az igénybevétel mennyiségi mutatójára nem volt hatással ($F(1; 443)=0,373$ $p=0,541$).

H13: Az általános erőforrások – iskolai erőforrás és társas támogatás – és a koherencia-érzet interakciós hatása összefüggést mutat a védőnői ellátás igénybevételével, mint speciális rezisztencia erőforrással annak a mennyiségi és a minőségi mutatójával is.

Az iskolai erőforrásnak, a társas támogatásnak és a koherencia-érzetnek együttes hatása nem volt kimutatható többszemponos varianciaanalízissel vizsgálva a védőnői szolgáltatás, mint speciális ellátás kvalitatív aspektusára ($F(1; 426)=0,161$, $p=0,689$), de a kvantitatív mutatói esetében sem ($F(1; 444)=1,359$, $p=0,244$), így feltevésem nem nyert bizonyítást.

Kutatási eredményeim alapján megállapítható, hogy a védőnői feladatellátás egészségnevelő (rizikóközpontú) és/vagy az egészségfejlesztő (egészség) orientációjú besorolása közvetlenül nem befolyásolta a tanulók önminősített egészségének megítélését, de a kedvezőbb egészségmagatartás megjelenését sem, ezzel szemben az egészségfejlesztő védőnői ellátás jelentősen magasabb minőségű szolgáltatási besorolással járt együtt és növelte annak igénybevételi gyakoriságát, valamint hatékonyságának megítélését is.

Az iskolavédőnő munkakörnyezetének véleményezését vizsgálva arra a következtetésre jutottam, hogy az egészséget támogató környezet esetén a védőnői feladatellátás hatékonyabb és magasabb minőségű szolgáltatási besorolással párosult,

ami növelte a védőnői tevékenység igénybevételi gyakoriságát is. Az iskola-egészségügyi szolgálat egészség fókuszú környezete kedvezőbb egészségi állapot mutatókkal járt együtt emellett bizonyíthatóan a dohányzás életprevalencia értékére, valamint a szabadidőben végzett mozgás minőségére volt kedvező hatással.

Tájékoztatáson alapuló, egészségre orientált munkakörnyezetben, az iskola mindennapjaiban jelen lévő egészségközpontú, magasabb minőségű védőnői tevékenység lehet hatékonyabb a tanulóira irányuló egészséget fejlesztő preventív és kuratív iskolavédőnői ellátás során, mely növelheti a szolgáltatás igénybevételi gyakoriságát, elősegítheti a kedvezőbb egészségi állapot elérését, és válhat speciális erőforrássá a diákok egészségében.

Eredményeim alapján megállapítható, hogy az általános erőforrások – iskolai erőforrások, társas támogatás - egymást erősítő hatása, illetve az iskolai erőforrás faktorok növelése révén lehet speciális erőforrás a tanulók kedvezőbb egészségi állapotának előérésében az egészségorientált, minőségi feladatellátást középpontba helyező iskolavédőnői gondozás.

A család – iskola – iskola-egészségügyi szolgálat együttműködése révén lehet a tanulók egészségét támogató erőforrásokat növelni, melyeknek megfelelő szintjével magyarázható a koherencia-érzet stabilitása vagy változása.

„Az egészség sokkal több és más, mint mozgás- és étrendek, higiénés szokások, absztinenciák gyakorlata. Az egészség társadalmi tőke, melyben a társadalom tagjainak biológiai vagyona összegződik és kamatozódik. Az egészség emberi erőforrás, mellyel egyéni és társadalmi célok megvalósítására lehet törekedni.” (Meleg, 2013., 213.)

6. Az iskolavédőnői ellátás szerepe az egészségfejlesztésben

6.1. Kvalitatív kutatás célja, az alkalmazott kutatás jellemzői

A 6. fejezetben bemutatásra kerülő fókuszcsoporthoz tartozó interjú kutatási célja az iskolavédőnők egészséggel, egészségfejlesztéssel, iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos szemléletmódjainak, attitűdjének megismerése, valamint a tanulók egészségfejlesztésében tulajdonított speciális erőforrás szerepének beazonosítása volt.

E kutatási cél vizsgálatának operacionalizálása az alábbi kutatási kérdések és hipotézisek elemzése révén valósult meg.

1. kutatási kérdés: Az iskolavédőnők egészségfejlesztő munkájának minőségét nagymértékben befolyásoló tényezők – kiemelten a) az ellátott gyermekpopuláció méretének jelentősége; b) az iskolavédőnők egészségfogalmának korszerűsége; c) az iskolai egészségfejlesztő tevékenységük törvényi és szakmai megfelelésége – vonatkozásában a gyakorló iskolavédőnők önreflexióinak és tapasztalatainak feltérképezése.

Az 1. kutatási kérdés vonatkozásában, a fenti szempontok feltárása érdekében, az alábbi hipotézisek kerültek megfogalmazásra:

a) az ellátott gyermekpopuláció méretének jelentősége

H1: A résztvevő védőnők szerint az általuk ellátott gyermekek száma, és a munkahelyi leterheltségük közt monoton növekvő összefüggés van, minél több az ellátandó gyermek, annál több a feladatuk.

b) az iskolavédőnők egészségfogalmának korszerűsége

H2: A résztvevő védőnők többsége az egészség fogalmának meghatározásakor megemlíti az Egészségügyi Világszervezet egészségfogalmát.

H3: A résztvevő védőnők többsége az egészséget összetett fogalomnak tekinti, megemlíti annak testi, lelki, szellemi és társas aspektusait, és ezen aspektusok összerendezettségét, harmóniáját.

H4: A résztvevő védőnők az egészségfejlesztés fogalmának meghatározása során olyan válaszokat adnak, amelyek elsősorban az Ottawa Chartában megfogalmazott egészségfejlesztési stratégiát ölelik fel; az egészségfejlesztés feladatrendszeréhez, alkalmazott módszertanához és az egészségfejlesztés szakembereinek erőforrásaihoz kapcsolhatók.

c) az iskolavédőnők által végzett iskolai egészségfejlesztő tevékenység törvényi és szakmai megfelelése

- H5: A résztvevő védőnők az iskolai egészségfejlesztés fogalmának meghatározása kapcsán válaszaikkal lefedik az egészségügyi törvény iskolai egészségnevelésre vonatkozó főbb tématerületeit
- H6: A résztvevő védőnők az általuk végzett iskolai egészségfejlesztő tevékenység meghatározása, leírása során munkájuk erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeztető tényezőit egyaránt megemlítik.
- H7: A résztvevő védőnők csak olyan feladatok ellátásáról számolnak be munkájuk vonatkozásában, amelyek megfeleltethetők a 26/1997. (IX. 3.) Nm rendelet által szabályozott kötelező iskolavédőnői feladatoknak. Sem több, sem kevesebb feladatot nem látnak el.
- H8: A résztvevő védőnők által megnevezett jelentősebb védőnői tevékenységek megfeleltethetők az éves iskola-egészségügyi munka iskolavédőnői adatlapján feltüntetett négy jelentősebb védőnői tevékenységnek. Tehát a megkérdezett védőnők olyan feladatok elvégzését említik meg, amelyek az (1) osztályvizsgálat, (2) csoportos egészségnevelés tanítási időben és (3) tanítási időn kívül, valamint az (4) egyéni tanácsadás kategóriák valamelyikébe egyértelműen besorolhatóak.
- H9: A résztvevő védőnők a kiemelt védőnői tevékenységek végzésére arányaiban annyi munkaidőt fordítanak, mint amilyen arányok a Nemzeti Népegészségügyi Központ Védőnői Szakmai Irányítási Osztályának éves, országos felméréseiben szerepelnek.
- H10: Az iskolavédőnő teendői elsődlegesen a tanulókra irányulnak.

2. Kutatási kérdés: Az iskolai egészségfejlesztés vonatkozásában az iskolavédőnők ágazatokon belüli és az ágazatok közötti együttműködésre vonatkozó gyakorlatának, tapasztalatainak feltérképezése.

A 2. kutatási kérdés vonatkozásában az alábbi hipotézisek vizsgálatára került sor:

- H11: A résztvevő védőnők az iskola-egészségügyi ellátásban az iskolaorvossal való szoros szakmai együttműködésről számolnak be, a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben előírtaknak megfelelően.

- H12: A résztvevő védőnők válaszai alapján kijelenthető, hogy iskolákban az iskola-egészségügyi team munkájában – rajtuk, és az iskolaorvoson kívül – más, egészségügyben tevékenykedő szakemberek is részt vesznek.
- H13: A védőnő partneri együttműködése a jogszabályban megnevezett szakembereken kívül kiterjed más ágazatokban feladatot ellátó személyekre is.
- H14: A megkérdezett iskolavédőnők a vezető pedagógusokkal, pedagógusokkal kapcsolatban jó szakmai együttműködésről számolnak be.

3. kutatási kérdés: A gyakorló iskolavédőnők minőségfejlesztési ötleteinek, javaslatainak feltárása, kiemelten a kompetenciák fejlesztése, az ágazati és ágazatközi együttműködés javítása, és az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságának növelése szempontjából.

A 3. kutatási kérdés vizsgálata az alábbi hipotézisek mentén történt:

- H15: A megkérdezett védőnők az „ideális egészségfejlesztő” kompetenciáival kapcsolatban olyan válaszokat adnak, amelyek egyértelműen besorolhatók a szakirodalmi (Nagy, 2008) kompetenciaprofil kategóriáiba (szakmai kompetenciák, módszerkompetenciák, társas kompetenciák, és a személyes tulajdonságok).
- H16: A válaszadó védőnők az „ideális egészségfejlesztő” munkáját nem egyszemélyes feladatnak tekintik, hanem számos más szakmai partnert, „segítőt”, projiciálnak.
- H17: A megkérdezett védőnőknek vannak olyan minőségfejlesztési ötleteik, javaslataik az iskolai egészségfejlesztés vonatkozásában, amelyek kedvezően hatnak a tanulók egészségére, és nem növelik nagymértékben az iskolavédőnők leterheltségét.

A feltáró jellegű helyzetelemzés jelentőségét az adja, hogy hozzájárulhat a fejlesztési utak kijelöléséhez, az iskolavédőnők ágazatközi együttműködésének feltérképezéséhez és a szakmai hálózatok megerősítésének jövőbeni feladataihoz. A fenti kutatási kérdések, hipotézisek vizsgálatára azért a fókuszcsoportos interjú módszerével került sor, mert e kvalitatív kutatási eszköz módot adott arra, hogy a megkérdezettek kötetlen légkörben, a csoporttagok között létrejövő interakciók, kölcsönös eszmecserék, véleményváltások révén nyíltabban és kreatívabban nyilvánuljanak meg. Ez a módszer lehetőséget teremtett a megkérdezettek válaszaiknak

mélyebb, árnyaltabb megértésére, valamint olyan információk felszínre hozására, melyek kimondatlanok lettek volna (Lehota, 2001.; Nádasdi, 2011.; Fábíán, 2014.). A fókuszcsoporthoz beszélgetés főbb jegyei voltak: „*egyedi, helyzetfüggő és részletes adatok alapján próbál magyarázatot adni a vizsgált problémára*” (Sántha, 2006., 12.). „*interaktivitás, induktív megközelítés, rugalmasság, reflexivitás*”. (Boncz, 2015., 30.).

6.1.1. A kutatás általános jellemzői (típusa, helye, ideje)

Kvalitatív, keresztmetszeti, feltáró kutatásomat Nyugat-Dunántúlon, Vas és Zala megyei főállású iskolavédőnők körében végeztem. Az adatfelvételt 2018. május – július között folytattam le, melyben segítségemre volt Dr. Pachner Orsolya pszichológus a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának adjunktusa. Az egyik csoporttal történő beszélgetés a résztvevők számára semleges helyen történt a PTE ETK Szombathelyi Képzési Központ oktatási épületében, míg a másik helyszín a kutatásban megkérdezettek kérésére az ő intézményük munkaszobája volt.

6.1.2. Minta (mintavétel módja célcsoport kiválasztás, beválasztás, elemszám)

Kutatásom megvalósításához a minta kiválasztása egyszeri, szakértői, célzott mintavétellel történt. Az esetcsoport megszólításánál fontos szempontként határoztam meg a homogén stratégia érvényre juttatását, mivel a védőnők iskolai egészségfejlesztésben betöltött szerepéről, jellemzőiről kívántam pontosabb, részletesebb információt kapni. Beválasztási kritériumnak tekintettem a felsőfokú végzettségű, aktív foglalkoztatási jogviszonnal rendelkező köznevelési intézményekben egészségügyi alapellátást biztosító főállású iskolavédőnők körét. Kizárási kritériumot nem fogalmaztam meg. A várható mintanagyság alapján három fókuszcsoporthoz interjú megvalósítását terveztem, szekciónként 5-12 fővel. Vas megyében 24 fő állású iskolavédőnő dolgozott 14 fő a megyeszékhelyen 10 fő a megye 5 városában végezte feladatát, Zala megyében a megyeszékhelyen szintén 14 védőnő gyakorolta hivatását teljes munkaidőben az általános és a középfokú oktatási intézményekben. A megszólított védőnői csoportok közül Szombathely városában 1 fő, Szombathely térségében 5 fő és Zalaegerszegen 10 fő vállalta a kutatásban való részvételt. Szombathelyen a fókuszcsoporthoz beszélgetést vállalók létszáma miatt a választott kutatási technika módszertani sajátosságát figyelembe véve nem volt megvalósítható az adatfelvétel, így két csoport interjú kivitelezését láttam reálisnak. A végleges mintanagyságot befolyásolta az adatfelvétel idején váratlanul fellépő

akadályoztatás, távolmaradás. A végleges elemszám a következőképpen alakult; Zalaegerszegen 10 fő és Szombathely térségének két városából 4 fő volt segítségemre kutatási kérdéseim megválaszolásához.

6.1.3. Etikai megfelelés

A megyei vezető védőnőktől kértem információt a védőnők munkáltatójának valamint a védőnők elérhetőségének tekintetében. Az elektronikus levelezéshez csatolt papír alapon megírt kutatási engedély kérelmemmel kerestem meg az iskolavédőnőket foglalkoztató munkahelyi vezetőket (7 főt), akiknek támogatását követően vettem fel a kapcsolatot az esetscsoport tagjaival. Elektronikus levél mellett telefonon történt egyeztetés révén kértem meg az iskolavédőnőket a kutatásomban való részvételre. Az iskolavédőnők számára a fókuszcsoporthoz való együttműködés önkéntes volt. A megkérdezetteket tájékoztattam a kutatás céljáról, menetéről, a vizsgálandó kérdésekről és lehetőséget adtam arra, hogy kérdéseket tegyenek fel, vagy a feltett interjúkérdéseket megválaszolatlanul hagyják minden ok nélkül. A fókuszcsoporthoz interjúkról hangfelvételt készítettem, melyhez kértem a kutatásban résztvevő védőnők engedélyét. A hangrögzítést az egyik megkérdezett csoport valamennyi tagja írásbeli beleegyezését adva támogatta, míg a másik csoport egyhangúlag elutasította azt, ezért a felvétel készítését csak egyik csoportban tudtam kivitelezni. Az interjú hanganyagából részletes jegyzőkönyvet írtam, melynek visszahallgatása a kapott adatok elemzéséhez nagy segítséget jelentett számomra. A feldolgozott adatok közzététele kapcsán a jövőben is a kutatásetikai alapelvek betartása törekszem, így az eredmények prezentálása csak összesített formában fog megvalósulni.

6.1.4. Alkalmazott mérőeszköz

Főbb kérdéscsoportok kerültek meghatározásra, nem volt előre pontosan lerögzített konkrét kérdéssor, hiszen az egyéni jellegzetességek, a csoportban megfogalmazott vélemények megismerése volt a célkitűzésem.

Főbb kérdéscsoportok: (Lehota, 2001.) (2. sz. melléklet)

- bemelegítő kérdések: célja a csoportformálás, valamennyi résztvevő megszólítása, tartózkodás oldása, a témára való ráhangolás, a figyelemkoncentráció elősegítése - *Kérem, mutatkozzanak be, és mondjanak pár szót arról/azokról az iskolákról, ahol dolgoznak (iskola-egészségügyi team, iskola típus, tanulói – dolgozó létszám)!*
- bevezető, átvezető kérdések: célja a beszélgetés kulcskérdések felé terelése, és a kutatásban résztvevők segítése, hogy szélesebb körben lássák a témát valamint

kapcsolatteremtés a bemelegítő és a kulcskérdések között. Kutatásomban az asszociáció módszerét használtam az átvezető kérdések során - *Kérem, írják le, mi az a legelső szó, ami eszükbe jut, ha azt mondom: egészség majd egészségfejlesztés (egészségnevelés) végül iskolai egészségfejlesztés (egészségnevelés)!*

- kulcskérdések: célja a kutatás irányítása, a kutatási kérdésekre összpontosítás illetve annak megválaszolásának elősegítése - *Milyen feladatai vannak az iskolavédőnőnek valamint kikre irányul a feladatellátása, kikkel együtt végzi a tevékenységét? Az „ideális egészségfejlesztő iskolavédőnői ellátás”?*
- befejező kérdések: céljuk, hogy lezárják a beszélgetést, a hangulati és a tartalmi feloldás, összegzés valamint a még esetleges kiegészítések megfogalmazása - *„Mindent összevéve....” Kimaradt-e valami fontos az elmondottakból?*

6.1.5. Adatfelvétel

Az adatfelvétel kettős moderátor vezetésével valósult meg, munkámat Dr. Pachner Orsolya pszichológus a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának adjunktusa segítette. Mindkettőnk számára az adatfelvétel legfontosabb szempontjai a következők voltak: nem irányítás, de biztosítani, segíteni a beszélgetés haladását - folyamatát, aktív kérdezés, gyakorlatiasság, rugalmasság, kutatási kérdések – téma tartása, összpontosítás, összegzés. Az adatfelvételek délelőtti órákban történtek a kisebb létszámú csoport esetében 105 percet vett igénybe, míg a másik szekció esetében 130 percet.

6.1.6. Adatfeldolgozás – adatelemzés

A minta jellemzőinek bemutatásához leíró statisztikai módszereket alkalmaztam, majd a fókuszcsoportos beszélgetés szöveges részének feldolgozását tartalomelemzéssel végeztem.

A fókuszcsoportos interjúk adatainak elemzése összetett, időigényes feladat, komplexitás jellemzi, többféle kategória mentén történik az eredmények értelmezése, összehasonlítása a kutató látásmódjától függően, mely érezhető a saját vizsgálatom adatainak feldolgozása során is. Egy kérdés kapcsán sokszor ugyanazon gondolatok hangzottak el, de különböző szavakkal történt a megválaszolás, vagy éppen hasonlóak voltak, vagy kapcsolatban álltak egymással a kimondott tartalmak. Az adatok analízise során számomra fontos volt az új információk kiemelése, megerősítése, összegző tömör megfogalmazások, közös álláspont kialakítása, és lehetőség szerint többféle módszer,

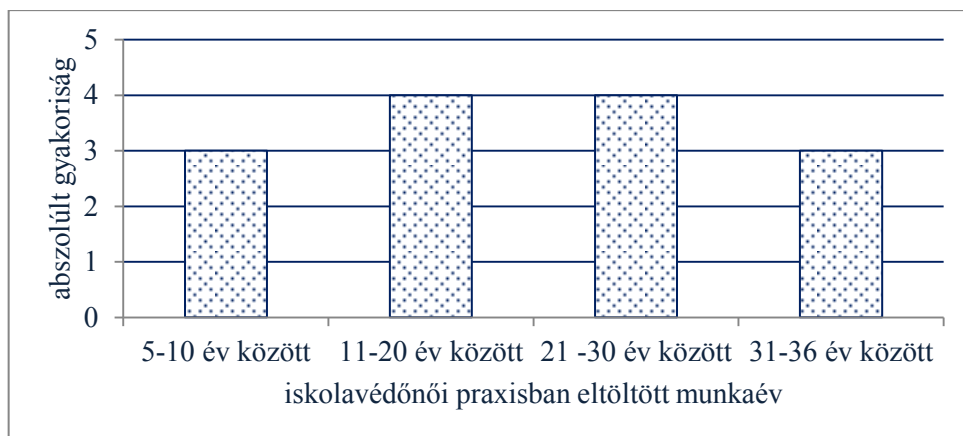
szempont alkalmazása az eredmények értelmezése során (Krueger, 1998.). A feltáró és az elemző módszerek nem voltak egymástól élesen elválaszthatók az alkalmazott adatgyűjtés esetén (Szabolcs, 2001.). A kapott eredmények nem voltak számszerűsíthetőek, mérhetőek ezért az interjúk értelmezésére a tartalomelemzés módszerét alkalmaztam, mellyel az elhangzott szövegek nyíltan ki nem mondott információit, mélyebb rétegeit is próbáltam feltárni. Elsőként a szövegeket olyan kategóriákká alakítottam, amelyekbe az elhangzott tartalmak elemei bizonyos szabályok szerint besorolhatóak voltak, majd a minőségi következtetések megfogalmazása történt értelmezőmagyarázó eljárások alkalmazásával (Szabolcs, 2011.).

6.2.A fókuszcsoportos vizsgálat eredményeinek bemutatása

6.2.1. A minta jellemzői – bemelegítő kérdések

A fókuszcsoportos interjúban résztvevő védőnők átlag életkora 46,57 év (SD: 7,17, min:31, max: 58) volt, családi állapotukat tekintve 10 fő házasságban, 2 fő élettársi kapcsolatban élt, 2 fő egyedülálló/elvált volt. Tizenkét védőnő nevelt családjában gyermeket (min:1, max: 4, M:2,13). Valamennyi megkérdezett legmagasabb iskolai végzettségét főiskolai képzésben szerezte, de a védőnői képesítés mellett még további főiskolai szintű képzettséggel rendelkezett 4 fő ebből három védőnőnek egészségfejlesztő-mentálhigiénés szakember egy főnek pedig egészségtan tanári oklevele volt.

A megkérdezettek átlag 25,36 év szereztek meg védőnői képzettségüket (SD: 7,49, min: 9, max: 36), a védőnői hivatásukat pedig átlag: 25,21 éve gyakorolták (SD: 7,48, min: 9, max: 36), míg az iskolavédőnői szakmában átlag 20,07 éve dolgoztak (SD: 9,25, min: 5, max: 34). Az interjúban résztvevőket csoportosítottam az iskolavédőnői praxisban eltöltött tíz évenkénti idő intervallumok alapján, melyet a 32. ábra szemléltet és jól látható, hogy közel azonos arányú volt a válaszadók száma az egyes csoportokban.



32. ábra. A megkérdezett védőnők iskolavédőnői praxisban eltöltött munkaéve (n=14) (saját szerkesztés)

A válaszadó védőnők munkájukat a következő köznevelési intézményekben végezték: 8 általános iskola, 6 gimnázium, 6 szakgimnázium, 3 szakközépiskola valamint 2 szakiskola és készségfejlesztő speciális szakiskola. Egy intézményben látta el iskola-egészségügyi feladatait 6 védőnő, míg két iskolában 5 fő, és háromban 3 szakember. Az egy védőnőre jutó ellátandó iskolák száma megközelítőleg 2 (M: 1,92).

H1: A résztvevő védőnők által ellátott gyermekek száma, és a munkahelyi leterheltségük közt monoton növekvő összefüggés van, minél több az ellátandó gyermek, annál több a feladatuk.

A megfogalmazott hipotézis során azon védőnői válaszokat vettem vizsgálatom tárgyául, akik szóban részletesen kifejtették véleményüket az előbbi kérdés kapcsán, de akik csak megerősítették, támogatták a kollégáik gondolatait, azt is válaszadásnak tekintettem. A bemelegítő, ismerkedő kérdések kapcsán beszélgetést kezdeményeztem a védőnők között arról a témáról, hogy jogszabályi feltételekhez kötött az ellátandók száma. Egy védőnő foglalt állást először, aki szerint „a létszám sajnos mindig a határon van”, melyet többen megerősítettek szóval, vagy mimikával. A kisebb létszámokkal kapcsolatos gondolatok vonatkozásában több védőnő hozzászólását iskolatípusonként mutatom be. „Kevesebb a tanulói létszám, mint évekkal ezelőtt, de ennek ellenére sok a feladat. A szakközépiskolákban fő probléma, hogy jelentős a tanulói fluktuáció illetve a 16 éves már nem tanköteles, kimarad”. „Elit gimnázium – a tanulóknál fokozott a teljesítménykényszer, a szülői elvárás, mely növeli az ellátás feladatait”. „Két iskola között jelentős különbség van (gimnázium és szakközépiskola), a szakközépiskolai tanulókkal nagyon nehéz”. „Sok a lemorzsolódás, sok a feladat, sok a probléma a

tanulókkal, melynek oka, hogy a tanulók nem a helyükön vannak képességeikhez viszonyítva". „Általános iskolában sem könnyebb, a korábbi évekhez viszonyítva nehezkesebb, tanulási nehézség egyre több gyereknél van”. A közös eszmecsere alapján látható volt, hogy kisebb létszámok mellett több feladatot éreznek a védőnők, tehát az 1. hipotézis elvetésre került. A válaszadó védőnőknél e jelenség háttértényezőire is rákérdeztem. A kisebb gyermeklétszám mellett is növekvő feladat egyik legfőbb oka a fokozott gondozást igénylő gyermekek számának emelkedése, melynek indokai: a tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek számának szaporodása, fokozott teljesítménykényszer szomatikus és/vagy pszichés tünetekkel való társulása, emellett jelentős terhet jelent a szakközépiskolában a magasabb arányú lemorzsolódás, átjelentkezés, ami emeli az iskolák közötti mozgást, mely adminisztratív és egészségügyi feladatok növekedésével jár együtt. Az előbb említett változásokra magyarázatot is próbáltak adni az egészségügyi szakemberek, mégpedig azt, hogy az iskolaválasztás nem az egyéni képességekhez igazított. Ennek háttérében az önismeret hiánya állhat és következménye lehet a kudarcok megjelenése, ennek stagnációja, mely problémákat indukálhat, vagy kilépést a nehéz helyzetből, ez pedig újabb iskolai közösségbe való beilleszkedéshez vezethet, újabb nehézségekkel való megküzdést jelentve azok számára, akik eleve is hátrányokkal rendelkeztek. A védőnők ennek az ördögi körnek érzik hatásait a mindennapok során az iskoláskorú gyermekek teljes egészségére nézve, mely növekvő feladatokat, adminisztratív teendőket eredményez.

6.2.2. Bevezető, átvezető kérdések – fogalmi meghatározások

6.2.2.1. Az egészség definíciója

Az interjúban részt vevő védőnőket arra kértem, hogy egy papírlapra írják le, mi az első szó, gondolat, ami eszükbe jut arról a fogalomról, hogy egészség, majd a válaszokat flipchart táblára rögzítettem.

H2: A résztvevő védőnők többsége az egészség fogalmának meghatározásakor megemlíti az Egészségügyi Világszervezet egészségfogalmát.

A 14 válaszadó felénél jelent meg az 1946-ban az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Egészség konferenciáján megfogalmazott, majd 1948-ban a WHO Alkotmányában rögzített egészség meghatározás, mégpedig: „*az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jóllétnek állapota és nemcsak betegség vagy*

fogyatékoság hiányából áll".⁸ Az elemzésembe a szó szerint elhangzott WHO meghatározáson túl az arra utaló definíciókat is bevontam, melyek nem mondták ki ugyan a WHO klasszifikációt, de a válaszok körbejárták az adott fogalmat. Ide tartozónak tekintetem még az egészség lelki determinánsát is, ami a szellemi egészségtől mindenképpen elkülönítetten értelmezendő, mivel az előbb említett fogalom a mentális egészség szinonimája, mint a tiszta értelemre, gondolatokra, érzelmekre vonatkozó képesség. A lelki egészség viszont a „*tudat nyugalját, önmagunkkal szembeni békét fejezi ki, személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveinket*” (Ewles et al., 1999., 7.) foglalja magába. Ennek megfelelően a 2. hipotézis a megkérdezett védőnők vonatkozásában teljesült.

H3: A résztvevő védőnők többsége az egészséget összetett fogalomnak tekinti, megemlíti testi, lelki, szellemi és társas aspektusait, és ezen aspektusok összerendezettségét, harmóniáját.

A résztvevők válaszaiból, ha azok az egészség fogalmi meghatározásának fókuszába a testi, lelki, társas és szellemi jóllét teljességét helyezték, akkor azt tekintetem kódolási egységként. Testi egészség kategóriájába a szervezet mechanikus működésével kapcsolatba hozható tényezőket soroltam, míg a társas egészség csoportjába a másokkal való kapcsolat kialakítását, fenntartását illetve a mentális és a lelki egészség esetében a fentebb említett definíciókat vett figyelembe a védőnők által elhangzott meghatározások csoportosítása során (Ewles et al., 1999.) A testi egészség összetevőjének tekintetem a jól működő szervezetet, a társas jólléthez a családi, társadalmi integrációt soroltam, a lelki egészség kategóriájába a boldogság került, míg a testi és a lelki egészséghez a „jól érzem magam” meghatározást helyeztem. Az iskolavédőnők további, az egészség definiálásába tartozó fogalmi a következők voltak: teljesség, biztonság, érték, egység, egyensúly, gondtalanság, életmód, befektetés a jövőbe, a legdrágább kincs. A csoportok által használt egészségfogalmat a felmerült gondolatok alapján a következőképpen határoztam meg: az egészség eléréséhez annak valamennyi elemének (testi, szellemi, társas, lelki) megléte szükséges. A teljesség ezen részterületek egyensúlyával egyetemben egy egységes egész- egészséget alkot, lehetővé téve az egyén számára a biztonságot, a gondtalanságot, ami a mindennapokban az életmódban realizálódik és így

⁸ 1948. évi XII. törvény az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának becikkelyezéséről

válhat az egyén életében az egészség a legdrágább kincssé, értékévé és jelenthet befektetést a jövőbe.



33. ábra. Az iskolavédőnők asszociációi alapján kialakított egészségfogalom (n=14) (saját szerkesztés)

Az egészségfogalmakhoz kapcsolódó egyéni asszociációkat követően a csoportkonszenzus kialakítása során a következő definíciók születtek. „Egészség: testi-lelki összhang, harmónia, ami mindenek felett áll”. „Egészség: testi, lelki, szellemi, szociális egység, harmónia”. Az egészség fogalmakban a komplexitás mellett kulcsgondolat a harmónia, ami az egészség korábban felsorolt valamennyi elemét összefogja. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúban megkérdezettek egészség fogalmi meghatározására adott válaszait rendszereztem és a következő, 33. ábrán foglaltam össze, aminek központi eleme az egészség testi-lelki-szellemi-társas egysége volt, melyet annak további meghatározóival együtt a harmónia kapcsolt egy teljes egészévé, amit a 33. ábrán a kör végtelensége, folytonossága jelez. Ez az egészség, ami mindenek felett áll, a mindennapi élet forrása. A fentiek alapján megállapítható, hogy - a 3. hipotézissel összhangban - a védőnők többsége (n=12) az egészséget összetett fogalomnak tekinti, megemlíti testi, lelki, szellemi és társas aspektusait, és ezen aspektusok összerendezettségét, harmóniáját. Ezért a 3. hipotézis is igazoltnak tekinthető.

6.2.2.2. Az egészségfejlesztés fogalmi meghatározása

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú résztvevőivel az egészségfejlesztés definiálását az előbbi fogalomalkotáshoz hasonló módon tettem meg, a 4. hipotézis vizsgálata érdekében.

H4: A résztvevő védőnők az egészségfejlesztés fogalmának meghatározása során olyan válaszokat adnak, amelyek elsősorban az Ottawa Chartában megfogalmazott egészségfejlesztési stratégiát ölelik fel; az egészségfejlesztés feladatrendszeréhez, alkalmazott módszertanához és az egészségfejlesztés szakembereinek erőforrásaihoz kapcsolhatók.

A 4. hipotézisnek megfelelően, az interjúk során kapott válaszokat három kérdés mentén csoportosítottam: hogyan (milyen feladatok révén), mit teszünk (hogyan, milyen módszertani keretek között), és kivel (milyen személyi erőforrásokkal) realizálódik az egészségfejlesztés, ez alapján, ha a kutatásban résztvevő védőnő valamennyi kérdésre adott választ megszólalásában érintette, akkor azt tekintettem kódolási modulnak, értékelhető teljes feleletnek.

A megkérdezettek válaszaiból az egészségfejlesztés feladatrendszerének kulcsfogalmaként az értékközvetítést jelöltem ki, ami egyben valamennyi lentebb megnevezett valamennyi cselekvéshez is köthető. A feladatok csoportosítását az elméleti részben tárgyalt iskola-egészségügyi szolgáltatás, egészségpedagógiai feladatellátás (felvilágosítás, egészségnevelés, egészségfejlesztés) hármas felosztása alapján végeztem el:

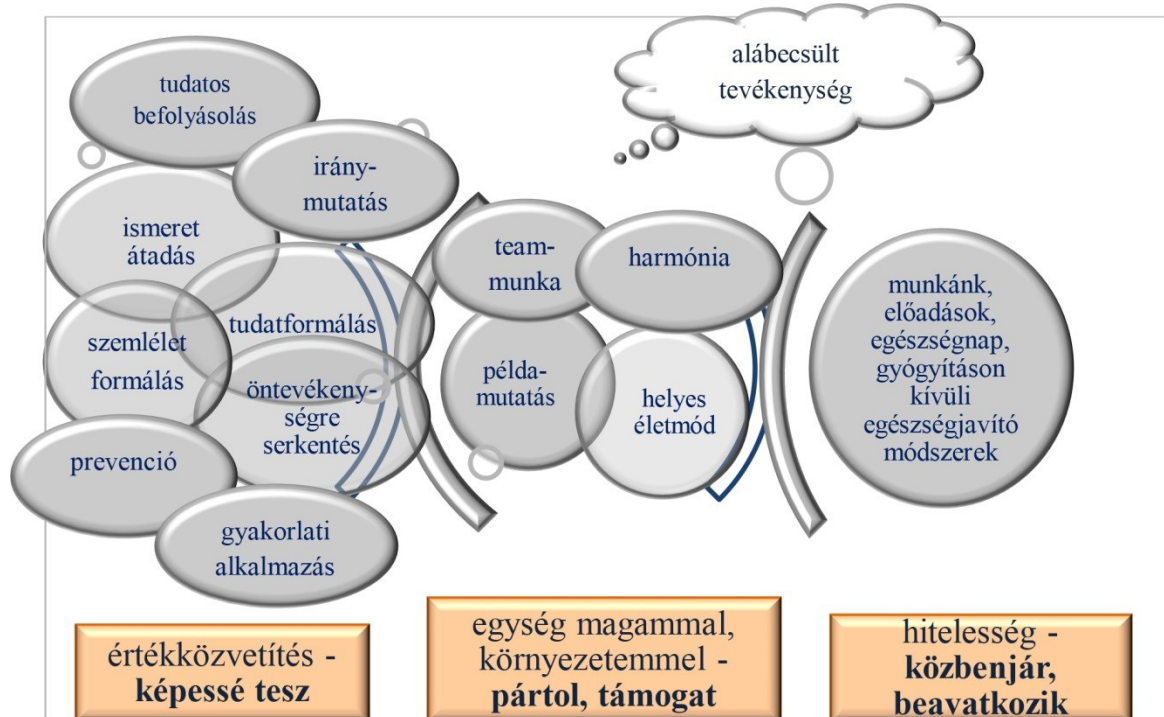
- Felvilágosítás kategóriájába soroltam az iránymutatást, az ismeretátadást;
- az egészségneveléshez kapcsoltam a tudat-, szemléletformálást, a tudatos befolyásolást, a prevenciót;
- míg az egészségfejlesztés tevékenységrendszeréhez az öntevékenységre serkentés és a gyakorlati alkalmazás volt köthető.

Az egészségfejlesztés megvalósításának módszertanához az előadások, az egészségnapok és a gyógyításon kívüli egészségjavító módszerek megemlítését soroltam. A fentebb felsorolt módszertani területeket összefogó kulcsfogalomnak a hitelességet tekintettem, ami valamennyi megemlített feladat eredményesebb megvalósítását jelentősebb mértékben elősegítheti.

Az egészségfejlesztés fogalmára adott asszociációk még a következők voltak: példamutatás, helyes életmód, testi-lelki harmónia, team munka, egység magammal,

környezetemmel, amit az egészségfejlesztést végző szakemberek személyi erőforrásainak tekintetem, melyek az egészségfejlesztési cselekvések sikeres megvalósításához járulhatnak hozzá, támogathatják azt.

Egy meghatározást nem kapcsoltam egyik elemzési kategóriához sem, mégpedig az egészségfejlesztés társadalmi megítélésére vonatkozó asszociációt. Az iskolavédőnők úgy gondolták, hogy az egészségért végzett cselekvés alábecsült tevékenység, melyet a 34. ábrán eltérő színnel jelöltem.



34. ábra. Az iskolavédőnők asszociációi alapján kialakított egészségfejlesztés (egészségnevelés) fogalom ($n=14$) (saját szerkesztés)

Össztársadalmi szinten is elengedhetetlenül fontos az egészségfejlesztés cselekvési területeinek, elméleti és gyakorlati megvalósításának, intézményrendszerének, elérhetőségének, rövid és hosszú távú jelentőségének ismerete és elismerése.

A válaszadók asszociációi alapján az egészségfejlesztési stratégia kulcselemei; az egészségfejlesztő szakemberek belső-külső integritásán, hitelességén alapuló alkalmazott módszertan, értékközvetítő feladatrendszer melynek részeit mutatja be a 34. ábra.

A közös álláspont megfogalmazása során a védőnők részéről a következő gondolatok merültek fel. „Ha az egyén nincs rendben, pszichésen nincs rendben, nem tudja átadni másoknak. Ebbe benne vagyunk mi is, mindenki a személyiségével

dolgozik, nem tudunk kibújni magunkból. Ne csak egy anyagot adjunk át”. Az alapellátásban lévő szakemberek az egészségfejlesztés tevékenységének eredményességét az egészségfejlesztő személyiségében látták, melyet az alábbi vélemény is megerősített *„Az én jóllétem, a másik ember jólléte is. Ha beleélem magam, mutatom, látják ott vagyok*”. Az egészségfejlesztés gyakorlati megvalósításához a szakmai tudás mellett elengedhetetlenül fontosak a megfelelő személyiségjegyek (egység, külső-belső integritás, példamutatás, harmónia) birtoklása. A hivatásszemélyiséggel rendelkező szakemberek tudják professzionális szinten végezni az egyének, a közösségek egészségének fejlesztését, melyet a csoportok konszenzus fogalmi meghatározásai is tükröztek. *„Egészségfejlesztés: hitelességen alapuló sokszínű értékátadás, formálás*”. *„Egészségfejlesztés: összhang, egység magamban, magammal, másik emberrel, környezetemmel*”. A fókuszcsoportos interjúban a résztvevő védőnők az egészségfejlesztés fogalmát gyakorlatias módon, változatos tevékenységeken, módszereken és szempontokon keresztül ragadták meg, ezért válaszaik elemzésére a 4. hipotézisben megadott szempontok – tehát az egészségfejlesztési feladatrendszer, az alkalmazott módszertan és az egészségfejlesztés személyes erőforrásai – alapján megfogalmazható elemzési kategóriák alkalmasnak és elegendőnek bizonyultak.

6.2.2.3. Az iskolai egészségfejlesztés definiálása

H5: A résztvevő védőnők az iskolai egészségfejlesztés fogalmának meghatározása kapcsán válaszaikkal lefedik az egészségügyi törvény iskolai egészségnevelésre vonatkozó főbb tématerületeit

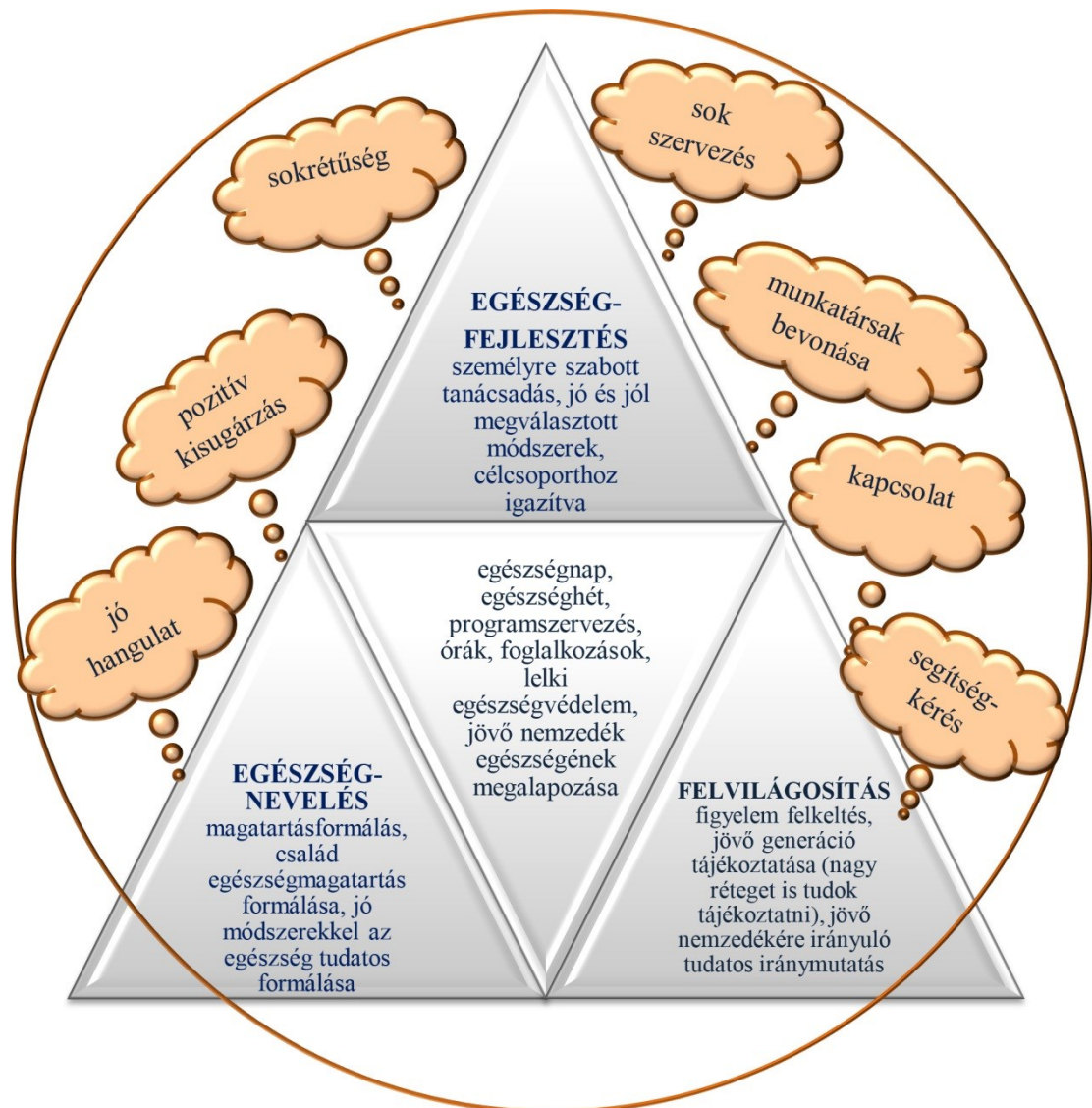
Az iskolai egészségfejlesztés fogalmának meghatározása során is megszereztem a védőnők szabad asszociációi által adott válaszokat, mégpedig az egészségpedagógiai feladatok, a cselekvési területek és a megvalósítási feltételek alapján és a válaszok teljessége adta a kategóriába sorolást.

A védőnő egészségpedagógiai tevékenységének összegzését annak három szegmense mentén végeztem el:

- Felvilágosításhoz kapcsolódó tevékenységnek tekintettem a figyelem felkeltését, a jövő generáció tájékoztatását (*„nagy réteget is tudok tájékoztatni*”), a jövő nemzedékére irányuló tudatos iránymutatást;
- az egészségnevelési feladatok közé soroltam a magatartásformálást, a család egészségmagatartásának formálását, és a jó módszerekkel az egészség tudatos formálását;

- végül az egészségfejlesztés dimenziójába a személyre szabott tanácsadást, jó és jól megválasztott módszerek, célcsoporthoz igazított alkalmazását kategorizáltam.

A védőnők válaszaiban az iskolai egészségfejlesztés cselekvési területeihez tartozónak tekintetem az egészségnapot, az egészséghetet, a programszervezést, az órákat, a foglalkozásokat, a lelki egészségvédelmet, a jövő nemzedék egészségének megalapozását. A megvalósítás feltételei közé soroltam a személyes erőforrásokat (pozitív kisugárzás, jó hangulat), a kapcsolati erőforrásokat (a munkatársak bevonása, kapcsolat, segítségkérés) és a munkaszervezést (sokrétűség, sok szervezés) (35. ábra).



35. ábra. Az iskolavédőnő tevékenységei és annak feltételei az iskolai egészségfejlesztésben az iskolavédőnők válasza alapján (n=14) (saját szerkesztés)

A kapott eredmények alapján látható (35. ábra), hogy a felvilágosítás és az egészségnevelés alapján van fejlesztés, középpontban a mindhárom tevékenységhez köthető megvalósítási területek állnak, amelyek lefedik az egészségügyi törvény (38. § 1.) iskolai egészségnevelésre vonatkozó főbb tématerületeit. A megvalósítás területeit a kivitelezés feltételei ölelik körbe és fogják össze; az egészségügyi szakembertől aktív, cselekvő feladatvégzés által (egészségügyi törvény 38. § 5.)

Az egészségfejlesztés fogalmi meghatározására adott válaszokat összevettem az iskolai egészségfejlesztésre adott asszociációkkal; miben jelenik meg ennek a részterületnek a specificitása. Az iskolai egészségfejlesztésben:

- a felvilágosítás területén belül megjelent az iránymutatás; az ismeretátadás mellett a figyelemfelhívás és a tájékoztatás,
- az egészségnevelésnél; a tevékenységek köre kiegészült a magatartásformálás feladataival, amihez didaktikai elemek társultak,
- míg az egészségfejlesztés tételein belül az erőforrások szerepe nyert hangsúlyt.

Az iskolai egészségfejlesztés cselekvési területeinél plusz elemként jelent meg a lelki egészségvédelem. Az iskolavédőnők válaszai alapján elmondható, hogy az iskolai egészségfejlesztés az egészségfejlesztés speciális területe, annak valamennyi tevékenységét magában foglalva, kiegészül a tájékoztatás, figyelem felhívás, magatartásformálás, lelki egészségvédelem feladataival, melyek kivitelezését az erőforrásokra épített, jól megválasztott pedagógiai módszerek segíthetik. Az iskolai egészségfejlesztés megvalósításának feltételeinél a személyes és kapcsolati erőforrások mellett jelentős szerepet kaptak a szervezési feladatok is. Ezek a tevékenységek és feladatok, az 5. hipotézissel összhangban, alkalmasak voltak arra, hogy az egészségügyi törvényben meghatározott iskolai egészségnevelési tématerületeket lefedjék.

H6: A résztvevő védőnők az általuk végzett iskolai egészségfejlesztő tevékenység meghatározása, leírása során munkájuk erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeztető tényezőit egyaránt megemlítik.

Az iskolai egészségfejlesztés fogalomalkotásánál megjelenő véleményeket az adott tevékenységekben megfogalmazódó erősségek, gyengeségek, lehetőségek és veszélyeztető tényezők szempontjából kategorizáltam, melyek egy elemének megemlítését is bevontam kódolási egységeimbe. Az iskolavédőnők (n=14) alábbi, az egészségfejlesztésre irányuló feladataira vonatkozó SWOT analízisének eredménye a következő volt:

- a tanórák, a foglalkozások új szinterek az értékközvetítésben (lehetőség), de a kivitelezés hátráltató tényezői az időkorlát, a szervezési nehézségek (veszélyeztető tényezők);
- lehetőségek vannak, amihez viszont a korszerű eszközök, módszerek hiányoznak (veszélyeztető).
- Az iskolában egészségfejlesztést támogató környezet található (lehetőség), ami viszont nem jár csapatmunkával (gyengeség).
- Motivált gyerekekkel jelentősebb eredmények érhetőek el (lehetőség), míg belső indíték hiányában a feladatellátás küzdelmes (veszélyeztető)

Az iskolai egészségfejlesztés szabad asszociációinak flipchart táblára történő rögzítése során a következő kijelentések jelentek meg (zárójelben a SWOT kategorizálás eredményét tüntettem fel):

- *„kevés az iskolavédőnői továbbképzés, gyakorlati segítség, alig vannak, jó gyakorlatok, melyeknek a bemutatása hiányzik” (gyengeség, ez a védőnői szakmán múlik)*
- *„a továbbképzéseken hiányzik, hogy hogyan tudom segíteni, egészségfejlesztési foglalkozásokba beépíteni az egészséges énkép kialakítását, döntés helyzetek segítését” (gyengeség)*
- *„a továbbképzés témakörei szinte azonosak, régiek, dohányzás, táplálkozás” (gyengeség)*
- *„alig vannak módszereink arra, hogyan csináljuk, (gyengeség) sok esetben magunk találjuk ki” (erősség)*
- *„ezeket a módszereket egymásnak adjuk át, egymástól tanuljuk meg” (erősség, mint teammunka, gyengeség, mint szakma)*

Beszélgetés alakult ki a szervezési nehézségek és az időgazdálkodás vonatkozásában is:

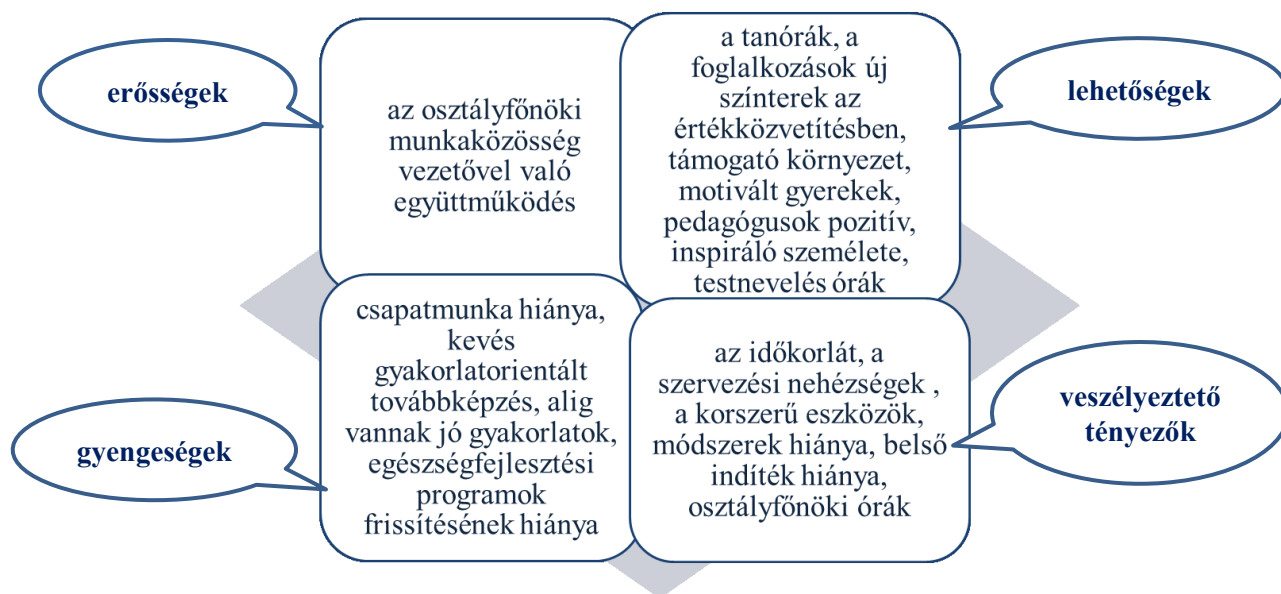
- *„nagyon gyakran az osztályfőnöki órákat kapjuk meg az egészséges életmódra irányuló foglalkozások vezetéséhez, ami sok esetben 6., 7. óra, de legtöbb esetben péntek 6., 7. óra, ami elmarad, vagy már a tanulók fáradtak. Az osztályfőnöki óra nem alkalmas az egészséges életmódra irányuló foglalkozásokhoz. 45 perc sok esetben kevés – dupla órára lenne szükség” (veszélyeztető tényezők, ezeket nem tudja változtatni a védőnői szakma, de stratégiát találhat arra, hogy miként alkalmazkodjon ehhez)*

- „sokszor még a testnevelés órát kapjuk meg ilyen irányú foglalkozásra, az úgynevezett kis testnevelés órát, ami nem a nagy tornateremben van” (lehetőség, de ha ez panaszként fogalmazódott meg, akkor gyengeség – a módszertani rugalmasság hiánya)
- „testnevelés órai egészséges életmódra nevelésnek problémája, hogy nincs megfelelő hely az ismeretátadáshoz” (gyengeség – módszertani rugalmasság hiánya)
- „az iskolák egészségfejlesztő programja (Pedagógiai Program része) 5 éve készült, a megnevezett felelősök sok esetben nem dolgoznak az intézményben, tartalmi frissítésre lenne szükség” (gyengeség)

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk keretében az iskolavédőnőket megoldási javaslatok, megfogalmazására is megkértük, melyből a következő véleményt tartjuk különösen fontosnak: „testnevelés órák lehetőség szerinti igénybe vétele az egészséges életmódra neveléshez (lehetőség), másrészt az osztályfőnöki munkaközösség vezetővel való együttműködés (erősség), valamint a pedagógusok pozitív, inspiráló személete, viszonyulása különösen fontos (lehetőség)”. Az interjúkban megfogalmazott megoldási lehetőségekben erőteljesen megjelent a csapatmunka szerepe és a szervezési, megvalósítási útvonalak bemutatása.

Az iskolai egészségfejlesztés meghatározásának konszenzusos kialakítása során a következő megállapítások születtek. „Iskolai egészségfejlesztés: jelentős szervezési, koordinációs feladaton, pozitív hozzáálláson (tanár, diák) alapuló sokrétű team munka”. „Iskolai egészségfejlesztés: jövő nemzedékére irányuló tudatos iránymutatás, jól megválasztott módszerek segítségével, melyhez elengedhetetlen az én magam személyisége is. Módszerek + én magam személyisége – jövő nemzedékére irányuló tudatos tevékenység”.

Az iskolai egészségfejlesztés fogalomalkotásánál elhangzott védőnői válaszok SWOT szempontrendszerbe történő kategorizációját összesíti a következő 36. ábra.



36. ábra A védőnők iskolai egészségfejlesztő tevékenységeinek meghatározása a SWOT szempontrendszerbe besorolva (n=14) (saját szerkesztés)

A 6. hipotézis vizsgálata szempontjából, a fentiek alapján, megállapítható, hogy a megkérdezett iskolavédőnők (n=14) iskolai egészségfejlesztő tevékenységének elemzése során erősségek, gyengeségek, lehetőségek és veszélyeztető tényezők egyaránt felmerültek, így a kapott válaszok összegzésére, vizsgálatára a SWOT szempontrendszer alkalmasnak bizonyult.

6.2.3. Kulcskérdés az iskolavédőnő munkája a jelenben

6.2.3.1. Az iskolavédőnő feladatai a jelenben. Védőnői feladatkörök

H7: A résztvevő védőnők csak olyan feladatok ellátásáról számolnak be munkájuk vonatkozásában, amelyek megfeleltethetők a 26/1997. (IX. 3.) Nm rendelet által szabályozott kötelező iskolavédőnői feladatoknak. Sem több, sem kevesebb feladatot nem látnak el.

Az iskolavédőnők által végzett minden egyes elhangzott feladatot egy kódolási egységnek tekintettem, a hasonló válaszokat azonos csoportokba soroltam. A feltett kérdésre adott védőnői feleleteket mutatja be a 37. ábra.

Védőnők által megnevezett, a 26/1997. (IX. 3.) Nm rendelet által szabályozott az iskolavédőnői ellátás kötelező feladatai	Védőnők által megnevezett egyéb elvégzett feladatok
<ul style="list-style-type: none"> • a tanulók szűrővizsgálata • személyi higiéniájának ellenőrzése – tisztasági vizsgálat (<i>középiszkolában is szükséges</i>) • balesetvédelem - elsősegélynyújtás - akut ellátás • szervezés (<i>iskolaorvos, pedagógus, tanulók</i>) – orvosi vizsgálatok előkészítése – munkaterv készítése • a védőoltásokkal kapcsolatos szervezési, előkészítési feladatok – iskolatípustól függően • krónikus beteg tanulók gondozása • egészségnevelés - fejlesztés (<i>osztályfőnöki, testnevelés órán</i>) - versenyfelkészítés szakkörök (<i>középiszkolában nehéz, mivel sok a vidéki tanuló, sietnek haza</i>) • munkavédelem - büfé, ebédlő, konyha, iskolai helyiségek higiéniás ellenőrzése • kapcsolattartás (<i>szülők, szakemberek</i>) – intézkedés • pályaválasztás segítése • az elvégzett feladatok adminisztrációja 	<ul style="list-style-type: none"> • lelki gondozás, mentálhigiénés gondozás • tanácsadás – fogadóóra • táboroztatás, nyári játszóház • városi rendezvényeken - egészségnapokon való részvétel (aktív) • SNI kérelmekhez az 5 éves státuszlapok másolatának kiadása • gyermekmegőrzés – pl. beteg tanulók esetében • egészségügyi felügyelet – ballagás, iskola ünnepség, érettségi • kortársképzés

37. ábra. A megkérdezettek válaszai alapján megfogalmazott iskolavédőnői feladatok csoportosítása (n=14)⁹ (saját szerkesztés)

Az iskolavédőnői feladatait a 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról 3. számú melléklete tartalmazza teljes részletességgel. A 37. ábrán látható, hogy a kötelező feladatok mellett megjelentek a tevékenységi listán egyéb teendők is.

Az egyéb iskolavédőnői feladatok elsőként a tanulók individuális gondozásához kapcsolhatók, ezen belül hangsúlyosabban a mentális jóllét elérésére irányultak. Emellett másodikként az egészségfejlesztési területen jelentek meg plusz teendők a lakossági célcsoport elérésével valamint a kortársképzés révén. A harmadik csoportban a megnevezett jogszabály által nem előírt védőnői feladatok jelentek meg: az egészségügyi felügyelet ellátása rendezvényeken, beteg tanulók esetében.

⁹ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról 3. számú melléklete

A fentiek következtében a 7. hipotézis elvetésre került, mert a megkérdezett védőnők a jogszabályi követelményeken túlmutató egészségfejlesztési feladatok ellátásáról is beszámoltak.

A védőnőket arról is megkérdeztem *„hogyan látják az egyes általuk felsorolt feladataikat százalékos arányban, hogyan oszlanak meg, az összes védőnői munkához viszonyítva?”* E kérdésre adott válaszaikat a 8. hipotézis vizsgálata kapcsán elemeztem.

H8: A résztvevő védőnők által megnevezett jelentősebb védőnői tevékenységek megfeleltethetők az éves iskola-egészségügyi munka iskolavédőnői adatlapján feltüntetett négy jelentősebb védőnői tevékenységnek. Tehát a megkérdezett védőnők olyan feladatok elvégzését említik meg, amelyek az (1) osztályvizsgálat, (2) csoportos egészségnevelés tanítási időben és (3) tanítási időn kívül, valamint az (4) egyéni tanácsadás kategóriák valamelyikébe egyértelműen besorolhatók.

A megkérdezett két csoportban eltértek a feltett kérdésre adott válaszok eredményei, ezért ezeket külön-külön mutatom be. Az egyik csoportban zajló beszélgetés fő konklúzióját az alábbi vélemény tükrözi: *„a szűrővizsgálatok, valamint az adminisztrációs feladatok teszik ki az iskolavédőnői feladatok nagy részét iskolatípustól függően (éves viszonylatban kb. az összes feladat 40-50%-a) és az egészségfejlesztés, lelki gondozás, egyéni tanácsadás (éves viszonylatban kb. az összes feladat 50-60%-a)”. E védőnők szerint az egészségfejlesztés nem igazán választható szét, nem elkülöníthető tevékenység, beépül valamennyi védőnői feladatba a szűrővizsgálatok, védőoltások, tisztasági vizsgálatok során is megjelenik. „Ha alsó tagozatos gyerekek tízóraiznak, bemegyek közéjük, akkor is lehet egészségfejlesztést végezni, de szünetekben is, ha köztük vagyok pl. hogyan mosunk kezet, esznek, futkosnak, el is felejtkeznek a kézmosásról, vagy éppen elég sokan nem megfelelően végzik.”*

A második fókuszcsoportos beszélgetésben a következő álláspontok fogalmazódtak meg:

- *„a főállású iskolavédőnő feladatai iskolatípustól függően jelentősen a szűrővizsgálatokra irányulnak (éves viszonylatban kb. az összes feladat 30%-a, szakközépiskolában, szakiskolában valamennyivel több),*
- *másik fontos terület jelenleg az adminisztráció (éves viszonylatban kb. az összes feladat 30-40%-a, iskolatípustól függően - pl. csak általános iskolában vannak*

védőoltásokkal kapcsolatos teendők -, ami a papíralapú dokumentáció használata miatt jelentős, de csökkenthető a számítógépes programok használatával)

- *valamint a lelki gondozás, fogadóóra (éves viszonylatban kb. az összes feladat 15%-25%-a)*
- *és az egészségnevelés, - fejlesztés (éves viszonylatban kb. az összes feladat 15 %-a)”.*

Ez a csoport is megállapította, hogy az egészségfejlesztési feladat átfedésben van minden területtel, átszövi a mindennapi munkát: a szűrővizsgálatokat, a védőoltásokat, a fogadóórákat is.

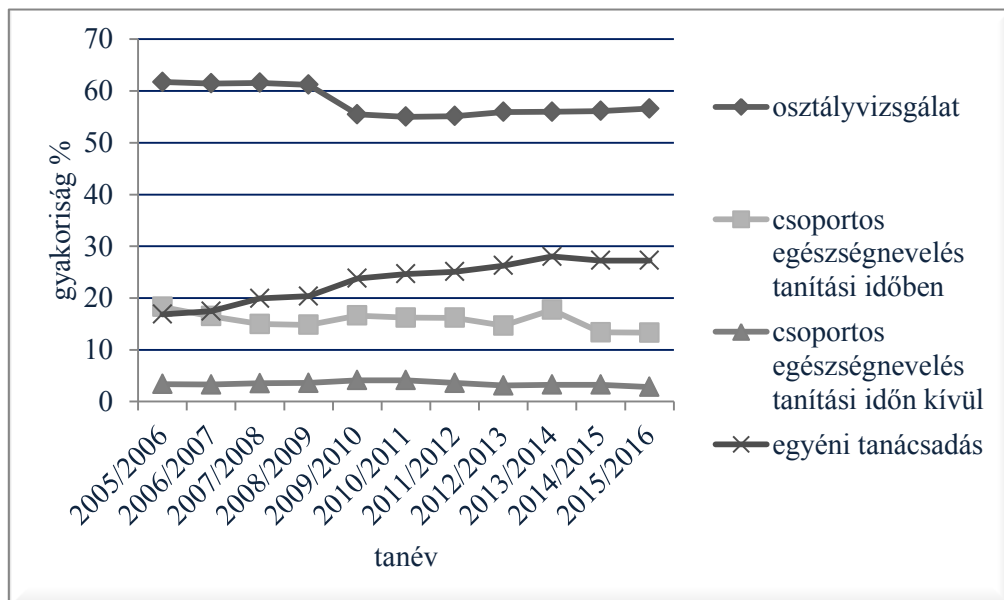
Mindkét csoport válasza azt tükrözi, hogy az iskolavédőnők a megelőzés - gyógyítás és az egészségfejlesztés feladatrendszerében dolgoznak. A megelőzés - gyógyítás (szűrővizsgálatok, adminisztráció) és az egészségfejlesztés (lelki egészség, egyéni tanácsadás) tevékenységi csoportok közel azonos arányban 50-50%-ban jelentek meg. A második csoport álláspontjában részletesebben kerültek megnevezésre a tevékenységi körök, emellett a papír alapú adminisztráció alkalmazása esetén a megelőzés – gyógyítás kategóriájába sorolt feladatok minimálisan nagyobb mértékben valósultak meg. Megállapítható tehát, hogy a 8. hipotézisnek megfelelően, a megkérdezett védőnők olyan feladatok elvégzéséről számoltak be, amelyek az (1) osztályvizsgálat, (2) a csoportos egészségnevelés tanítási időben és (3) tanítási időn kívül, valamint az (4) egyéni tanácsadás kategóriák valamelyikébe egyértelműen besorolhatók voltak. Azonban, a válaszadók véleményében az is megfogalmazódott, hogy az egészségfejlesztés nem választható el pontosan a preventív - kuratív dimenzióba sorolt mindennapi tevékenységektől. Megállapítható, hogy az egészségfejlesztés igen nagy jelentőségű és fontos feladat az iskolavédőnői munkában, erre épül minden, és valamennyi védőnői tevékenységben jelen van.

Az iskolavédőnők által megnevezett védőnői feladatok eloszlási arányát az éves iskola-egészségügyi munkáról készült jelentés országos statisztikai adataival vettem össze (Valek, 2006-2016.). Az adatokhoz való hozzáférésért köszönetemet fejezem ki a Nemzeti Népegészségügyi Központ Védőnői Szakmai Irányítási Osztályán Odor Andrea országos vezető védőnőnek. Az éves iskola-egészségügyi munka iskolavédőnői adatlapján négy jelentősebb védőnői tevékenységre (osztályvizsgálat, csoportos egészségnevelés tanítási időben és tanítási időn kívül, valamint az egyéni tanácsadás)

fordított pontos időmennyiség órában meghatározva kerül rögzítésre. Ezt a kategóriarendszert alkalmaztam én is a fókuszcsoportos interjúkban kapott válaszok elemzése során, a 9. hipotézis elemzése érdekében.

H9: A résztvevő védőnők a kiemelt védőnői tevékenységek végzésére arányaiban annyi munkaidőt fordítanak, mint amilyen arányok a Nemzeti Népegészségügyi Központ Védőnői Szakmai Irányítási Osztályának éves, országos felméréseiben szerepelnek.

Az előbb megnevezett részfeladatok a teljes időmennyiséghez viszonyított százalékos arányban való megoszlását mutatja a következő, 38. ábra. A megnevezett ábra valamennyi iskola-egészségügyi munkát végző védőnő (teljes és részmunkaidőben végzett feladatellátás) adatait tartalmazza.



38. ábra. Védőnők iskola-egészségügyi tevékenységre fordított idejének tanévenkénti megoszlása országos statisztikai adatszolgáltatás alapján (Valek, 2006-2016.) (saját szerkesztés)

A megkérdezett egészségügyi szakemberek mindennapi munkájának felét a szűrővizsgálatokkal, osztályvizsgálatokkal kapcsolatos teendők és annak adminisztrációs feladatai teszik ki, ami közel azonos a 38. ábrán látható országos iskola-egészségügyi jelentés alapján összesített védőnői feladat megoszlási adatokkal. A második fókuszcsoportos beszélgetésben a válaszadók véleménye szerint a lelki gondozásra, fogadóóra fordított idejük az összes feladataik 15%-25%-át öleli fel, ami az

országos összesített statisztikai adatokkal megegyező. A megkérdezett iskolavédőnők válaszaik közel azonosak az országos átlaggal, tehát a 9. hipotézis igazolódott.

Érdekes az országos statisztikai adatok tizenegy tanévre vonatkoztatott eredményeire rátekinteni, és látható, hogy az osztályvizsgálatokra fordított idő csökkent, ezzel szemben az egyéni tanácsadással eltöltött idő jelentősen növekedett. A védőnők fogadóórákon végzett tevékenysége a 2005/2006. tanévben a munkaidő 16,87%-t tette ki és 10 évvel később a 2015/2016. tanévben már 27,25%-t, a védőnők iskola-egészségügyi tevékenységre fordított idejének kicsivel több, mint negyedét. A védőnői feladatok átrendeződése, a teendők átstrukturálódása tapasztalható, az egyéni tanácsadásra fordított idő jelentős emelkedése, ami a megnövekedett feladathoz szükséges idő és módszerek szükségességére hívja fel a figyelmet. A szükséges idő alatt a főállású iskolavédőnő jelenlétét értem az iskolában, aki rendszeresen jelen van az iskola életében, elérhető tanítási időben, de azon kívül is a tanórák szüneteiben, vagy éppen tanóra után. Az idő mellett fontos, hogy a védőnők is rendelkezzenek az egyéni tanácsadás sokszínűségéhez igazodó tanácsadási módszertani készségek gazdagságával, adekvát segítséget tudjanak nyújtani mind a medicinális, mind a mentális, mind a szociális problémák esetében, legyenek továbbküldési útvonalak, ha a jelentkező egyéni problémák már túlmutatnak a védőnői kompetencián, legyen lehetőség esetmegbeszélésre és szupervízióra is. Fontos, hogy az egyéni tanácsadások a tanulók számára alkalmat adjanak egyéni erőforrásaik megismerésére, megerősítésére, építve az egészségük feletti egyéni kontrollt kialakító személyközpontú egészségügyi gondozásra.

6.2.3.2. Az iskolavédőnő célcsoportjai

H10: Az iskolavédőnő teendői elsődlegesen a tanulókra irányulnak.

A hipotézis megfogalmazása szerint a fókuszcsoporthoz tartozó interjú keretében a védőnőktől munkájuk elsődleges célcsoportjának a megnevezését kértem, ezért feleleteikben a tanulókat tekintettem egy kódolási egységnek, míg ha az azon kívüli más személyeket, csoportokat is megneveztek azt újabb válaszadási egységnek jelöltem. Az egyes kategóriákba adott válaszok összesítése alapján értékeltem feltevésem teljesülését.

A védőnők elmondása alapján „*a tanulókért vagyunk, tanulók és a pedagógusok között, de nem a pedagógusokért, hanem a tanulókért*”. A jelen jogi szabályozás alapján a védőnői tevékenységek nem érintik a pedagógusokat, de a tapasztalatok alapján a tanárok is fordulnak saját maguk egészségi állapotával kapcsolatosan, egészségügyi panaszukkal a védőnőkhöz, mely inkább egyéni tanácsadás keretében valósul meg.

2015-ben a hazai iskolákban végzett „Iskolai egészséges életmódkutatás és felmérés” eredményei alapján a tanulók passzív szereplői az iskolákban az egészségkultúrát befolyásoló folyamatok, programok tervezésének, kivitelezésének. Problémáikat meghallgatják (75%-96% arányban), de kevésbé kéri ki véleményüket a döntéshozatal során (47%-65% arányban) és kevésbé is realizálódnak a tanulók kezdeményezései, az intézményvezetők szerint 83%-ban, a pedagógusok megítélése alapján 70%-ban, és az iskola-egészségügyi szakemberek meglátása szerint csak 55%-ban (Járomi et al., 2016.). Pedig az egészségtervezések sikere az egyén bevonásától függ, hogy mennyire válik aktív részesévé saját egészségi állapotának megtervezésében, fenntartásában, értékelésben. Az egészség előfeltétele az egyének aktív bevonása, az egyéni szükségleteken alapuló egészségkultúra ápolása (Solymosy et al., 2016.). Kontroll gyakorlása az egészség felett, az egyén felhatalmazása, hogy igényei, tervei szerint tudjon cselekedni (Benkő, 2009.). Az előbb említett felmérés adatai alapján is a pedagógusok felkeresték az iskolában dolgozó iskola-egészségügyi team tagjait egyéni tanácsadás keretében hivatalos fogadóórán (65%), leggyakrabban a következő egészségügyi panaszokkal: magasvérnyomás (17%), erős fejfájás/migrén (15%) valamint derék- vagy hátfájás (12%) (Járomi et al., 2016.). Összességében elmondható, hogy a védőnők elsődleges célcsoportjai a tanulók, de emellett a pedagógusok is lehetnek, egyéni igénybevétel esetén, nem kötelező védőnői feladatellátással, ami egyéni tanácsadás, de nem gondozás.

A szülők közvetetten, de célcsoportjai a védőnői ellátásnak a gyermekek egészségéért végzett tevékenységeknek, melyet egy iskolavédőné hozzászólása pontosan összefoglalt; *„Szülők (régen jobban) egyéni, telefonos módon tartottak kapcsolatot a védőnővel, középiskolában érdektelenebb a szülő, nem követi a gyermekét. Kisgyermek otthon mesélnek az egészségnapról, egészséges életmód foglalkozásról és van, hogy visszajeleznek felém a szülők (kérdenek, tanácsot kérnek). Régebben kb. 10-14 éve szülői értekezletet is tartottunk. Kisvárosban jobban megszólítanak a szülők, bejönnek, bekopognak, megkeresnek nem sűrűn, de előfordul.”*

„Középiskolában főként telefonon, ha nagy a baj. E-mail-es, Facebook-os kapcsolat nincs, de enélkül is megtalálják”.

Az iskolavédőné a lakossággal közösségi egészségfejlesztési rendezvényeken, városi egészségnapokon találkozik, ahol szűrővizsgálati tevékenységek, előadások, egyéni tanácsadások során kerül kapcsolatba a népeccséggel gyerekkortól egészen az idős korosztályig.

Egyes védőnők megemlítik, hogy oktató védőnői feladatokat is ellátnak, így közvetlen feladatellátási célcsoportjaik körébe sorolhatók az iskola-egészségügyi nagy gyakorlatukat teljesítő védőnő hallgatók is, az ő részükre biztosított gyakorlati oktatáson, pályára nevelésen keresztül.

A védőnő közvetett tevékenységi körébe tartoztak elsősorban az általános iskolás gyermeket nevelő szülők, főként személyes kapcsolattartáson keresztül, míg a középfokú oktatásban résztvevő tanulók családjai esetében ezen irányú kontaktus már kisebb mértékben jelent meg. A védőnői teendők, igaz kismértékben, de a pedagógusokhoz, a lakossághoz és a védőnő hallgatók képzéséhez is kapcsolódtak eseti feladatellátással.

Az iskolavédőnői ellátás célcsoportjait a 39. ábra foglalja össze.



39. ábra. Az iskolavédőnő célcsoportjai (n=14) (saját szerkesztés)

Ennek megfelelően tehát a 10. hipotézis elvetésre került, mert a megkérdezett védőnők közül valamennyien feladataik célcsoportjai közt – a tanulók mellett – megnevezték a szülőket, a pedagógusokat, iskolai dolgozókat, és a lakosságot is.

6.2.3.3. Az iskolában dolgozó védőnő szakmai partnerei

Az iskolavédőnők részére kölcsönös tájékoztatást, együttműködést irányoz elő a 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról a gyermekek és tanulók egészségvédelme érdekében „1. § (2). bekezdése „Az iskola-egészségügyi ellátás iskolaorvos és védőnő együttes szolgáltatásából áll, melyet fogorvos és fogászati asszisztens közreműködésével látnak el.”¹⁰ és a 4. §-ának 1. bekezdése alapján az

¹⁰ 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról

iskolavédőnöi szakmai partnerei az orvosok (háziorvosi, házi gyermekorvos, egyéb szakorvosok), a gyermekvédelmi rendszer szakemberei (gyermekjóléti szolgálatok, gyámhatóság), a pedagógiai szakszolgálatok munkatársai (logopédus, gyógytornász, pszichológus) valamint a megyei kormányhivatal járási hivatalaiban dolgozók (népegészségügyi területen) és a védőnői kolléganők.

A védőnőket is megkérdeztem, hogy a gyakorlatban a mindennapi munkájuk során kikkel, milyen szakterületeken dolgozó szakemberrel végzik szorosabb együttműködésben a tanulók egészségügyi ellátását, egészségfejlesztését. Válaszaikat három hipotézis, a 11., 12. és 13. hipotézis vonatkozásában vizsgáltam. A tartalomelemzés során feltételezéseim képeztek egy kategóriát, s az ettől eltérő feleleteket másik csoportba soroltam, majd a kódolási egység válaszait összegeztem, értékeltem.

H11: A résztvevő védőnők az iskola-egészségügyi ellátásban az iskolaorvossal való szoros szakmai együttműködésről számolnak be, a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben előírtaknak megfelelően.

H12: A résztvevő védőnők válaszaik alapján kijelenthető, hogy iskoláikban az iskola-egészségügyi team munkájában – rajtuk, és az iskolaorvoson kívül – más, egészségügyben tevékenykedő szakemberek is részt vesznek.

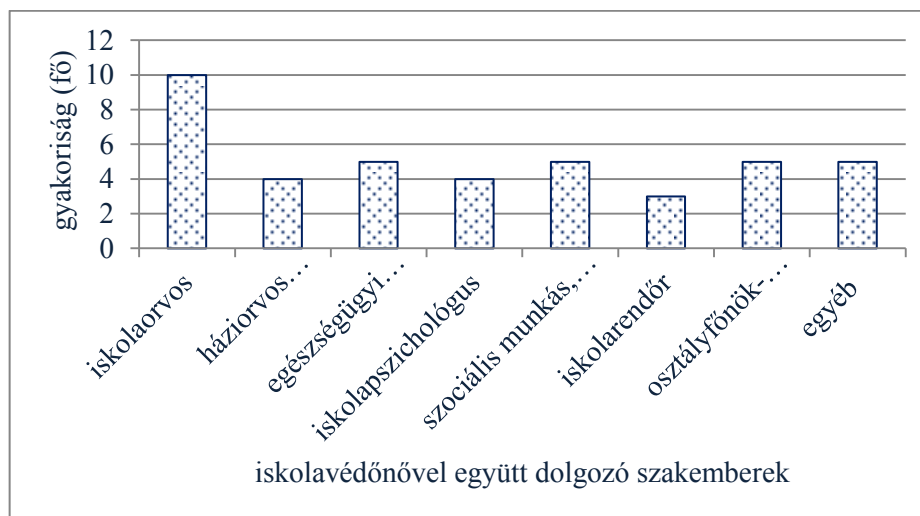
H13: A védőnői partneri együttműködése a jogszabályban megnevezett szakembereken kívül kiterjed más ágazatokban feladatot ellátó személyekre is.

Az iskolavédőnővel együtt dolgozó szakemberek mennyiségi mutatószáma, akiket a saját bevallásuk alapján szorosan az iskola-egészségügyi team tagjának tartanak saját maguk mellett:

- még egy szakember 4 válaszadó védőnőnél,
- plusz két team tag 1 főnél,
- három közvetlen szakmai partner 4 iskolavédőnőnél volt,
- végül négy vagy több szakember, akivel az iskolában feladatot ellátó védőnői szoros szakmai együttműködésben végezte teendőit 5 esetben volt jellemző.

A szakmák szerinti megoszlásban a 40. ábrán látható, hogy az iskolavédőnők leggyakoribb közvetlen szakmai partnere az iskolaorvos (n=10), ezért a 11. hipotézist igazoltnak tekintem. Ezt követően közel azonos arányban neveztek meg olyan egyéb, egészségügyben tevékenykedő szakembereket, mint az egészségügyi asszisztens, az EFI

munkatársai, a Vöröskereszt, az Országos Mentőszolgálat dolgozói, gyógypedagógiai fejlesztést végző szakemberek, házi gyermekorvos. Ezek az eredmények 12. hipotézisemet támasztották alá.



40. ábra. A megkérdezett iskolavédőnők válaszai alapján a velük szorosan együtt dolgozó szakemberek megoszlása (n=14) (saját szerkesztés)

A nevezett jogszabályban rögzített szakemberek közül a megkérdezett védőnők szoros szakmai együttműködési körébe nem tartozott a fogorvos, fogászati asszisztens, gyógytornász és a népegészségügyi szakember. De ezzel szemben a 40. ábrán látható, hogy a védőnőknek vannak a jogszabályban megnevezetteken túl is további szoros kapcsolattartáson alapuló szakmai partnerei; például: a szociális munkás, gyermek és ifjúságvédelmi felelős, pedagógusok az iskolarendőr, civil szervezetek, hitoktató, pap, lelkész. Ezek az eredmények a 13. hipotézist igazolták. Egyik védőnő megemlíti, hogy a feladatellátásába tartozó iskolájába a „*papok a lelki gondozásba részt vesznek*”. A hazai „Iskolai egészséges életmódkutatás és felmérésben” a megkérdezett pedagógusok (n=569) 1/4-ének (23%) segíti munkáját hitoktató/ pap / lelkész (23%), míg az egyházi fenntartású iskolákban ez az arány kedvezőbb (63%) (Járomi et al., 2016.).

Az iskolaorvos, asszisztens személyét illetően beszélgetés kezdődött. Főállású iskolaorvosok csak megyeszékhelyen, az egészségügyi asszisztensek pedig csak a középfokú oktatási intézményekben találhatók meg.

A védőnő szakmai partnereit a következő 41. ábra foglalja össze.



41. ábra. A védőnő partnerei (n=14) (saját szerkesztés)

A fókuszcsoportos interjúk keretében a pedagógiai végzettségű szakmai partnerekkel való együttműködést is vizsgáltam, a 14. hipotézisben megjelölt módon.

H14: A megkérdezett iskolavédőnők a vezető pedagógusokkal, pedagógusokkal kapcsolatban jó szakmai együttműködésről számolnak be.

A kapott válaszok esetében a pedagógusokkal való szakmai együttműködés minőségét kategorizáltam (jó, kevésbé jó, nem jó, nem volt válasz a minőségi megítélést illetően) hipotézisem bizonyításához.

Az iskolák vezetőségével, pedagógusokkal való együttműködésről elindult beszélgetés gondolatai:

- „jó a kapcsolat az iskola vezetőségével”
- „alkalmazkodni kell a tanárokhoz, de sok esetben engednek dolgozni az egészségnap, a projektnapok szervezésében és szívesen is dolgozunk együtt”
- „felvilágosító órákban szabad kezet kapok, a pedagógusok nem igazán bevállalósak”
- „mindig kapok segítséget, ha kérek”.

Az egyik védőnő megemlítette, hogy ha az osztályfőnök jelen van az egészségtan órán, a szűrővizsgálati alkalmon, akkor véleménye szerint eredményesebb lehet az elvégzett feladat, mert a tanteremben, az osztályközösségben tovább lehet beszélgetni a

történekről más szemüvegen keresztül is. Több iskolavédő azt tapasztalta, ha a pedagógus bejön azon foglalkozásokra, amit a védő vezet „nehéz eldönteni mikor jó, mikor nem, néha fegyelmelésben segít, van, hogy ő maga is figyel, tanul tőlem”.

A társas kompetencián belül a védői együttműködéshez szükséges képességek is megjelentek az előző válaszok kapcsán: kapcsolatteremtő készség, kapcsolatfenntartó készség, interperszonális rugalmasság, kezdeményező-készség, határozottság, meggyőző-készség, konszenzus-készség, empatikus készség, segítőkészség, motiválhatóság, motiváló készség, irányíthatóság, irányítási készség, tolerancia, amivel elsősorban rendelkeznie kell a jó védőnek a többi kulcskompetencia mellett. Az előbb felsorolt képességek birtokában érezheti azt a szakember, aki a hivatását végzi, hogy sikerei vannak, melyet az egyik védő fogalmazott meg: „minden évben meg lehet újulni – újabb diákok, újabb szakok, segítőkészek, lehet dolgozni az iskolában”.

A megkérdezett iskolavédőknek elsődlegesen a testnevelő tanárokkal, osztályfőnökökkel, osztályfőnöki munkaközösség vezetőikkel volt többségében (n=12) jó munkakapcsolata, de esetileg a többi pedagógussal is. Ezek az eredmények alátámasztották a 14. hipotézist. Az iskolavédő legfontosabb szakmai partnerei, akikkel folyamatos kapcsolattartás valósult meg, az iskolapszichológus, iskolarendőr, iskolai szociális munkás, de sajnos a megnevezett szakemberekből kevés van az iskolákban, főként csak a középfokú oktatásban. Az „Iskolai egészséges életmódkutatás és felmérés” eredményei is megerősítik, hogy az iskolák 10%-ában van jelen iskolapszichológus, valamint az iskolák 4%-a biztosít csak az iskolapszichológus által rendszeres szupervíziót és csupán a pedagógusok 16%-a támaszkodik ezen szakember segítségére (Járomi et al., 2016.).

Az előbbieken megemlített szakemberek mellett szoros együttműködés valósult meg az iskolavédők és a gyermekvédelmi rendszer tagjai, az EFI munkatársai, de emellett másodsorban a szülők, iskolaorvosok, egészségügyi asszisztensek, szakmai vezetők, (iskolai és védői oldalról), fenntartók (iskolai és védői oldalról) között.

Az eredmények összhangban vannak korábbi, reprezentatív kutatások adataival. 535 hazai köznevelési intézmény vezetője az „iskolai egészséges életmódkutatás és felmérés kérdőívére adott válaszai alapján az iskolai egészségfejlesztési tevékenység együttműködő partnereinek legnagyobb mértékben a szülőket (82%), a Gyermekjóléti Szolgálatot (77%), a Családsegítő Szolgálatot (73%), a Rendőrséget (72%), a Nevelési tanácsadót (70%), az egészségügyi ellátórendszert (69%), az iskolafenntartót (64%) és az önkormányzatot (58%) nevezte meg. Az iskolák 1/3-ában civil szervezetek,

prevenációs szolgáltatók, szociális intézmények, népegészségügyi szervek, helyi vállalkozások és a Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum is részt vett az iskolai egészségfejlesztésben. Az iskolák csupán közel 2/3-ában számított partnernek az iskolaegészségügyi team az adott intézményben folyó egészségfejlesztési tevékenység során, de az együttműködés minőségét már csak a válaszadók 64 %-a értékelte kielégítőnek (Járomi et al., 2016.).

A 2015-ben végzett „iskolai egészséges életmódkutatás- felmérésben” megkérdezett iskolaigazgatók válasza az iskolai egészségfejlesztési munka szakmai partnereit illetően megegyezett a saját kutatásomban résztvevő iskolavédőnők válaszaival. Célszerű lenne az előbb említett egyezőségek alapján, ha lokális szinten valamennyi az iskolai egészségfejlesztésben részt vevő szakember úgynevezett egészség-koalíciót (Solymosy et al., 2016.) alkotva team munkában összeadná szakmai tudását. Fontos lenne az iskola életében folyamatosan jelenlévő iskola-egészségügyi szolgálat szerepét megerősíteni a köznevelési intézmények egészségfejlesztésében. A védőnők munkája szerteágazó kapcsolatrendszerre, ágazatközi, szakmaközi együttműködésre épül, melyek rendszerességében, viszonyaiban, szintjeiben igen különbözőek.

6.2.4. Kulcskérdés: ideális egészségfejlesztő iskolavédőnői ellátás

6.2.4.1. Az ideális egészségfejlesztők

A fókuszcsoportos interjú következő fázisában arra kértem a résztvevőket, hogy képzeletükben változtassák meg az ellátást olyan módon, hogy az még jobban vagy a lehető legjobban feleljen meg igényeiknek. A jövőbeni vágyott kép megfogalmazása volt a cél, melyben korlátok nélkül, bátran elengedhették a fantáziájukat. Ebben a Zárt ajtó („Closed Door”) módszer volt segítségemre. *„Képzeld el, hogy egy hosszú folyosón mennek, amelyről ajtók nyílnak. Az egyikre az van írva: «ideális egészségfejlesztők». Benyitnak. Kérem, mondják el, hogy milyen embereket, kiket látnak itt!”*

A kapott válaszokat kompetenciaprofil mentén strukturáltam. Ehhez kapcsolódik az alábbi, 15. hipotézis.

H15: A megkérdezett védőnők az „ideális egészségfejlesztő” kompetenciáival kapcsolatban olyan válaszokat adnak, amelyek egyértelműen besorolhatók a szakirodalmi (Nagy, 2008) kompetenciaprofil kategóriáiba (szakmai kompetenciák, módszerkompetenciák, társas kompetenciák, és a személyes tulajdonságok).

A kompetenciaprofil elemeit tekintetem kódolási egységnek, melyet még kiegészítettem egy egyéb kategóriával, melybe az előbbieken alapján be nem sorolható válaszok kerültek.

A kompetenciakészletnek két eleme van: a betöltött munkakör feladatai, a munkatevékenység megnyilvánulása (feladatprofilok) és a teendők elvégzéséhez szükséges, a tevékenységet ellátó személyt jellemző kiemelt fontosságú tulajdonságok (tulajdonságprofilok) (Farkas, 2013.). Az ideális egészségfejlesztők meghatározása során a megkérdezettek válasza az adott szakképesítés kompetenciaprofiljának a tulajdonságprofil elemeibe voltak besorolhatók. E jellemvonások, mint a munkatevékenység feltételei négy nagy kategóriába csoportosíthatók: a szakmai, a módszer, a társas, és a személyes tulajdonságok osztályába (Nagy, 2008.) A szakmai kompetenciának két összetevője van: a szakmai tudás (általános és speciális ismeretek) és a szakmai készségek, alkalmazások (feladatok ellátásához szükséges és általánosan alkalmazott készségek), melybe a megkérdezettek válasza nem tartoztak, viszont a további tulajdonságprofilok felölelték a megnevezett ideális egészségfejlesztő vonásait. A szakmai kompetenciák használatát, a feladatvégzés rutinját a megfelelő módszerkompetenciák birtoklása segíti elő, ami által az adott szakember az ellátandó feladathoz, személyhez igazodva tudja a hivatott módszereket megválasztani és alkalmazni. A feltett kérdésre adott válaszok alapján a módszerkompetenciák kategóriáján belül:

- a gondolkodás kompetenciacsoportba soroltam a *kreatív* ideális egészségfejlesztő jellemvonást,
- a problémamegoldáshoz a *jó problémamegoldó képességet*
- és a munkamódszer, munkastílus kompetencia dimenzióba azt, hogy *értsen a gyerekek nyelvén és a jól megválasztott pedagógiai módszerek alkalmazását.*

Egyik válaszadó megemlítette, hogy „*pedagógiai módszereket nem tanultunk, önmagunknak kellett elsajátítani és megtalálni*”, majd többen jelezték, hogy még az alapképzésük során, abban az időben nem tanultak külön iskola-egészségügyi védőnői szakmódszertant.

Társas kompetencia a munkatársakkal, a gondozottakkal való közvetlen kapcsolat és a hozzájuk kapcsolódó tevékenységek összessége, az interperszonális helyzetekben megnyilvánuló tulajdonságok, készségek és képességek rendszere. A társas kompetenciacsoport elemei az együttműködés, a kommunikáció és a konfliktuskezelés, melyek közül az utolsó csoportba tudtam a kapott válaszok alapján

egy jellemvonást sorolni, még pedig azt, hogy az ideális egészségfejlesztő *jó konfliktuskezelő képességgel* rendelkezzen.

A megfogalmazott elvárások között a személyes kompetenciák jelentek meg a leggyakrabban, amelyek a hatékony és eredményes feladatvégzést segítik elő (Farkas , 2006.; Bársonyné Kis et al., 2015.). A fókuszcsoporthoz tartozó interjú során adott válaszok alapján az ideális egészségfejlesztő sajátosságainak meghatározásában a személyes kompetenciák:

- adottságok képességszintjébe soroltam *a hiteles, a példamutató, az őszinte, az alkalmazkodó, a tiszteletet érdemlő* szakértelmet,
- míg a jellemvonások kategóriájába tartozónak tekintettem *az érdeklődő, a lelkes, a nyitott, a széles látókörű, a segítőkész és a rugalmas* egészségfejlesztői hozzáállást (42. ábra).



42. ábra. Az ideális egészségfejlesztők képességei (n=14) (saját szerkesztés)

A védőnők válasza alapján látható, hogy az ideális egészségfejlesztő jellemzőinek meghatározása során a személyes és módszer kompetenciák megemlítése volt a hangsúlyos, ami jelzi a vágyott, elérendő célt is. A feltett kérdésre feladatprofilok és a tulajdonságprofilon belül szakmai kompetenciák nem hangzottak el, mert nyilvánvalóan azt érzik a szakemberek, hogy a feladataik, tevékenységeik ellátását megfelelő szakmai tudással, szakmai készségekkel jól tudják végezni. De ehhez az ideális egészségfejlesztőnek széleskörűen kell rendelkeznie megfelelő személyes és módszer kompetenciákkal is, ami a jövőbeni fejlesztések alapja lehet. Mindezek alapján

kijelenthető, hogy a megkérdezettek válaszainak elemzéséhez a 15. hipotézisben megfogalmazott kategóriarendszer használhatónak és értékesnek bizonyult.

6.2.4.2. Az ideális egészségfejlesztő segítői

E témakör vonatkozásában a 16. hipotézis igazolására tettem kísérletet:

H16: A válaszadó védőnők az „ideális egészségfejlesztő” munkáját nem egyszemélyes feladatnak tekintik, hanem számos más szakmai partnert, „segítőt”, projiciálnak.

A védőnők válaszait feltevésem állítása alapját képező kódolási egységben rögzítettem, az ettől eltérő feleleteket nem osztályoztam. E hipotézis vizsgálatához – az előző gyakorlat folytatásaként – az alábbi módon gyűjtöttem információt a résztvevő védőnők körében:

„Továbbmennek. A következő ajtóra az van írva: «az ideális egészségfejlesztő segítői». Ide is benyitnak... Kiket, milyen embereket látnak itt?”

A megkérdezettek az ideális egészségfejlesztő legfőbb segítőjének tekintenék, ha minden iskolában lenne iskolapszichológus, legalább heti egy alkalommal. Az előbbi szakember mellett szükséges lenne az egészségfejlesztő team tagjaként gyógytestnevelő, logopédus, szociális munkás szakemberek szaktudására, tevékenységére is. Beszélgetés kezdődött – sokszor úgy érzik a válaszadó védőnők, hogy az előbb felsoroltak „az összes mi vagyunk”, rájuk zúdulónak érzik, azokat a feladatokat, amelyekhez nincsenek meg, hiányoznak a megfelelő szakemberek. Sokszor a diákok előbb kopognak be a védőnőhöz, mint az osztályfőnökhöz. Baráti a kapcsolatuk a diákokkal, van, aki megemlíti, hogy nehéz a megfelelő kapcsolati egyensúly megtalálása.

Az egészségügyi szakemberek közül fontos szakmai partnerek lehetnek a főállású iskolaorvosok, a szűrővizsgálatok lebonyolításában az egészségügyi asszisztensek, a védőnő kollégák és a gyógytornászok. Az iskolán belül jelentős humán erőforrás lehet az egészségfejlesztők részére az informatikus szakember (adatfelvételben, programok, prezi, ppt készítésében, oktatástechnikai eszközök megfelelő használatának segítségével) segítő, támogató pedagógus, segítő igazgató, támogató vezetőség, lelkes gyerekek, tanulók, képzett és kreatív oktatók – egészségfejlesztő szakemberek. Az ideális egészségfejlesztő segítőit a 43. ábra foglalja össze.



43. ábra. Az ideális egészségfejlesztő segítői (n=14) (saját szerkesztés)

A fenti információk alapján a 16. hipotézis igazoltnak tekinthető.

6.2.4.3. Minőségfejlesztési javaslatok, ötletek

A minőségfejlesztési javaslatok, ötletek megfogalmazása során arra kértem a csoportokat, hogy javaslataikat, elképzeléseiket helyezték el egy Descartes féle derékszögű koordináta-rendszer egymásra merőleges két számegyenesén, melyek a 0 pontban metszték egymást. Az y tengely a jövőbe mutató javaslatok tanulók egészségére irányuló hatását, az x tengely pedig az iskolavédőnök leterheltségét jelentette.

Ezzel a gyakorlattal az alábbi, 17. hipotézis elemzéséhez gyűjtöttem információkat:
 H17: A megkérdezett védőnőknek vannak olyan minőségfejlesztési ötleteik, javaslataik az iskolai egészségfejlesztés vonatkozásában, amelyek kedvezően hatnak a tanulók egészségére, és nem növelik nagymértékben az iskolavédőnök leterheltségét.

A vizsgált minőségfejlesztési javaslatokat a hipotézisemben megfogalmazott állítással való egyezőség alapján soroltam csoportba, az ettől eltérő válaszokat nem kategorizáltam.

A két lefolytatott fókuszcsoporthoz interjúban eltérő válaszok születtek, ezért a kapott eredményeket csoportonként mutatom be. Az egyik megkérdezett közösségben a

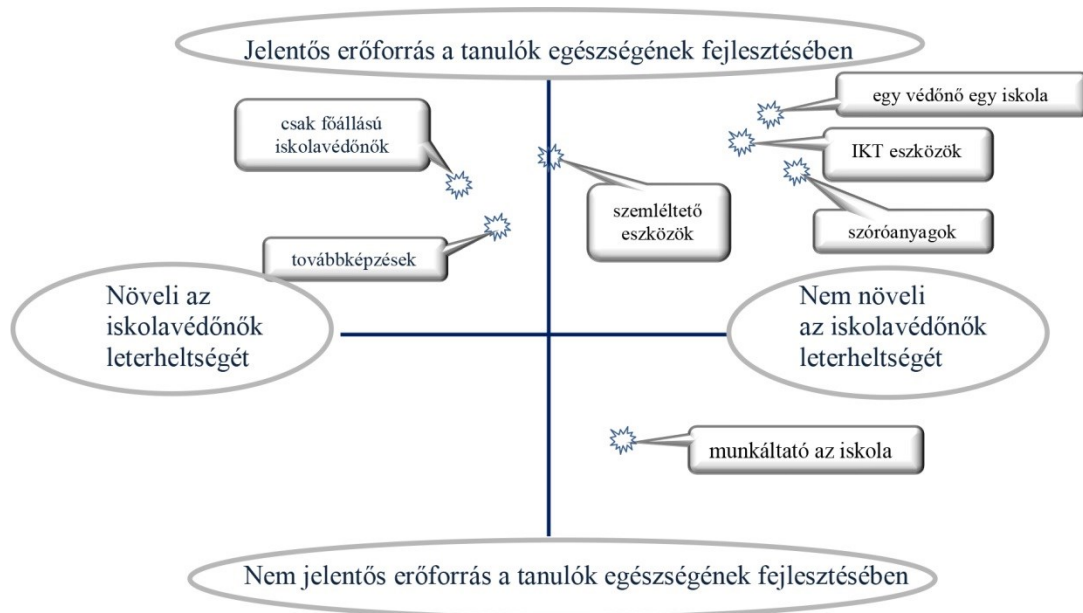
minőségjavítási tervek között a következő javaslatok születtek: csak főállású iskolavédőnők, egy védőnő egy iskola, munkáltató az iskola, szemléltető eszközök, szóróanyagok, IKT eszközök és a továbbképzések.

Fejlesztési javaslatként került megfogalmazásra, hogy jó lenne, ha minden településen lenne iskolavédőnő, akinek más a szemlélete, mint a területi védőnőnek. *„Én magam is tudom, dolgoztam területi védőnőként, mennyire nehéz átállni. 3 hónapos csecsemő státuszvizsgálatát végeztem, majd egy óra múlva a 17 éves serdülő tanulót vizsgáltam és adtam számára tanácsot”*. A megkérdezettek főállású utazó védőnők alkalmazását javasolták, melyet megoldhatónak vélték, ami közepes mértékben jelentene terhelést a védőnők munkájára, főként a többlet szervezési feladatok, utazás révén, de jelentős mértékben növelhetné a tanulók egészségének fejlesztését. A védőnők ezen javaslat megvalósításának nehézségét a finanszírozás kérdésében látták. Jövőbeni vágyott cél lehetne, ha az iskolavédőnők a KLIK-hez, Szakképző Centrumhoz tartoznának, az iskola fenntartója lenne a védőnő munkáltatója is, ami a tanulók egészségének fejlesztését egyáltalán nem befolyásolná, a védőnők esetében pedig igen kis mértékben csökkentené a mindennapi terheket. A legnagyobb arányban segítené a diákok egészségének fejlesztését és legideálisabb az lenne, ha minden iskola alkalmazhatna egy főállású iskolavédőnőt. Ezen újítás viszont közepes mértékben növelné a védőnők mindennapi leterheltségét.

Az iskolavédőnők véleménye, hogy jelenleg az egészséges életmódra nevelés foglalkozásai a régi eszközökből táplálkoznak, nagyon kevés, vagy nincs, ami megszínesíti a mondandót, pedig a tanulók többsége vizuális típus, igény van és lesz az interaktivitásra. *„Eszközök - amik a munkát segítik, újabbak megtanulása, használata nem jelentene problémát – „amennyire leterhel, annyira segít is”*. A tanulók egészségének növelését segíthetné, ha az egészségre irányuló tanórán belüli és kívüli foglalkozások vezetését, egészségnapok, projektek megvalósítását modern IKT eszközökkel, programokkal lehetne megtámogatni, ami a válaszadó védőnők feladatait igen-igen kismértékben emelné.

Megemlítésre került, hogy korábban bőven álltak a szakemberek rendelkezésére különféle szóróanyagok *„pl a Nutrikid füzetek, amelyek igen jól használhatóak voltak (minden évben jelentést kellett írni a felhasználásáról)”*. Az írásos prospektusok jelentősen segítették, segítenék a jelenben is a védőnők egészségfejlesztő munkáját, de ma már szinte semmilyen szóróanyag, ismertető füzet nincs, ami a tanulók számára adható.

A szakmai továbbképzések kis mértékben, de plusz feladatot jelentenek a védőnők részére, de ez erőforrás lehetne a tanulók egészségfejlesztésében. A válaszadók véleménye alapján kevés a gyakorlatorientált továbbképzés, melyek sokszor Budapesten vannak, így az utazás is sok idő, de emellett ami jó továbbképzés az igen drága is, melyet a munkáltató nem igen fizet meg. A fejlesztési javaslatok koordináta rendszerét a 44. ábra szemlélteti.



44. ábra. Az iskolavédőnők minőségjavítási tervei a tanulók egészségének fejlesztésében az első csoportban (n=4) (saját szerkesztés)

Az előbbi csoport válaszai alapján látható, hogy a tanulók egészségfejlesztéséhez nagymértékben tárgyi erőforrásokra van szükség, melyek használata nem jelentene terhet a védőnői munka mindennapjaira, hanem segítség lehetne. A másik terület, ami az egészségfejlesztő munka minőségi mutatóját jelentősebben javíthatná a humán faktorok optimalizálása, a védőnői szakma iskolavédőnői specializációjának országos szintű kiterjesztése, valamennyi településen való elérhetősége, melyeknek színvonalát a gyakorlatorientált továbbképzések jelentősebb növelhetnék.

A másik megkérdezett csoportnak az iskolavédőnői munkára irányuló minőségjavítási tervei a következők voltak: továbbképzések, iskolánként külön eszközök, külön terem, külön óra a Pedagógiai Programban és az anyagi megbecsülés.

A válaszadók véleménye alapján a tanulók egészségfejlesztésében legjelentősebb erőforrás az lehetne, ha iskolánként korszerű eszközök állnának a

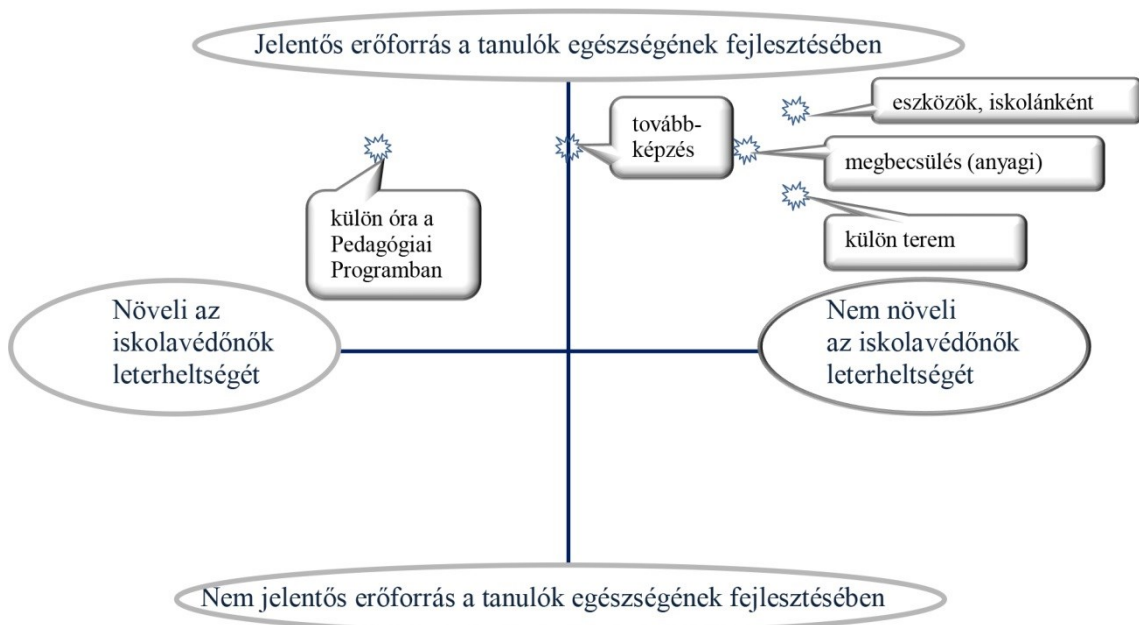
védőnők rendelkezésére, így minden szakember, amikor szüksége lenne rá, tudná azokat az oktatásban-nevelésben alkalmazni.

Az előzőhöz viszonyítva, de kisebb mértékben az egészségközpontú környezeti tényezőkre fókuszáló egészségtan szaktanterem is segíthetné a fiatalok egészséges életmódra nevelését.

Az iskolában dolgozó védőnők, annak ellenére, hogy növelné a feladataikat kiemelten fontosnak tartanak a Pedagógiai Programba beépített, rendszeres tanórai keretek között megvalósuló egészségtan órák meglétét minden évfolyamon, minden tanulóhoz elérve.

Az egészségfejlesztési tevékenységek hatékonyabbá tételét segíthetnék az elérhető iskolai egészségfejlesztésre irányuló gyakorlatorientált innovatív pedagógiai módszerekre épülő speciális továbbképzések is. A védőnők a továbbképzéseken való részvétel következtében befektetésre kerülő energia ellenére úgy érzik, ez nem jelente semmilyen plusz leterheltséget számukra, mivel hosszútávon hatékonyabban tudnák végezni az egészségfejlesztési feladataikat.

Az iskolavédőnők utolsó minőségjavítási gondolatként a jobb anyagi megbecsülést nevezték meg, ami véleményük szerint közepes mértékű erőforrással bírna a tanulók egészségfejlesztésében (45. ábra).



45. ábra. Az iskolavédőnők minőségjavítási tervai a tanulók egészségének fejlesztésében a második csoport válaszai alapján (n=10) (saját szerkesztés)

Három fontos csomópont jelölhető meg a második megkérdezett csoport iskolavédőnöinek véleménye alapján az iskolai egészséges életmódra nevelés kvalitatív irányú fejlesztése során. Legnagyobb mértékben a tárgyi erőforrások segíthetnék a diákok egészségének fejlesztését eszközök, szaktanterem révén, melyhez emellett plusz humán energiák is szükségesek, aminek szintje didaktikai elemekre épülő továbbképzések és ez a szakemberek megfelelő mértékű bérezésével lenne biztosítható.

Megállapítható tehát, hogy – 17. hipotézisnek megfelelően – a résztvevő iskolavédőnök szerint is vannak olyan minőségfejlesztési lehetőségek az iskolavédőnöi rendszerben, amelyek úgy tennék lehetővé a tanulók körében zajló egészségfejlesztési tevékenység hatékonyságának növelését, hogy közben nem növelnék számottevő mértékben az iskolavédőnök leterheltségét.

6.2.5. Összegzés - záró kérdés

A fókuszcsoporthoz tartozó interjú zárásaként összefoglalásra kerültek az elhangzott gondolatok, tehát az, hogy melyek a legfontosabb feladatok az iskolavédőnök munkájában, a jelenben és mik lehetnek a jövőbeni teendők.

Az iskolavédőnök a köznevelési intézményekben az iskoláskorú gyermekek egészségügyi alapellátását végző egyik szakember. A védőnök domináns szakmai feladatai a szűrővizsgálatok, a környezeti - személyi higiéné ellenőrzése, a védőoltások megszervezése és az adminisztratív teendők, melyet professzionális szinten végeznek, ehhez fontos szakmai partner a főállású iskolaorvos. A védőnöknek a megelőzés-gyógyítás mellett még nagyon fontos tevékenysége a mindennapokba ágyazottan az egészségfejlesztés is. Az iskolavédőnök az iskolai szinten megvalósuló egészséges életmódra nevelés esetében úgy érezték, kevés az ehhez a tevékenységhez szükséges pedagógiai, didaktikai illetve IKT tudásuk. A szakemberek előbb említett hiányosságait a megvalósult továbbképzések is csak részben tudták pótolni (pl. nehézséget jelentett a budapesti helyszínre szervezett továbbképzésekre történő utazás), valamint úgy érezték, a szemléltetést segítő eszközök, szóróanyagok is fejlesztésre, kiegészítésre szorulnak. A szűrővizsgálatok maximális professzionalizmussal végzett tevékenysége mellett az egyéni, valamint közösségi szinten megvalósuló egészséges életmódra nevelést, fejlesztést is igyekeztek a védőnök hasonló perfekcionizmussal végezni, melyhez több szakmai segítségre, tudásra, megerősítésre lenne szükségük. Az egészségnevelő – egészségfejlesztő feladatellátásba ágyazott megelőzés – gyógyítás tevékenységrendszerében látják el mindennapi feladataikat az iskolákban egészségügyi

szolgáltatást végző védőnők. Szűrővizsgálatok kivitelezése, dokumentációk vezetése, testi-lelki gondozás, egészségfejlesztés feladatainak egységében dolgozik a védőnő, de az utóbbi terület az iskolavédőnői munka valamennyi tevékenységében jelen van, jelen lehet. Ehhez fontos a jelenben és a jövőben is a megfelelő eszközök, a megvalósítást segítő innovatív módszerek birtoklása. Az utóbbinak kivitelezéséhez segítségül hívhatók a szalutogenetikus szemléleten alapuló gyakorlatorientált továbbképzéseken elsajátított ismeretek, készségek. Fontos lenne az iskolavédőnők által végzett tevékenységek, és ezen belül az egészségfejlesztés magasabb szintű iskolán belüli és társadalmi megbecsülése is. A védőnők számára az egészséges életmódra nevelés foglalkozásainak a megvalósításához szükséges lenne megfelelő időre és térre.

Záró kérdésként azt tettem fel, hogy *„kimaradt-e valami fontos az elmondottakból?*

A megkérdezettek szerint sem az iskolához, sem az alapellátáshoz nem tartozik az iskolavédőnő, úgy érezték, hogy se ide – se oda nem tartoznak. A 2015-ben végzett egészségkultúra kutatásban megkérdezett 400 iskola-egészségügyi szakember (jellemzően védőnők) is kívülállóként határozta meg magát a köznevelés intézményrendszerében (Járomi et al., 2016.).

Javasolt lenne az ellátandók létszámának csökkentése.

Egységes, időszerű dokumentációs rendszer elengedhetetlen lenne.

Az egyik csoport tagjai megemléstették, *„hogym szakmai műhelyek is igen jók lennének, kimondottan az iskolavédőnők számára, korábban az ÁNTSZ-nél lévő egészségfejlesztő próbálkozott ezzel, de valahogy abbamaradt”*. Az előbb említett team összejövetelek megbeszélések fontosságát erősítette meg a másik csoport záró kiegészítése: *„havi egy munkaközösségi megbeszélés van, rendszeres a kapcsolattartás a csoport iskolavédőnői között, ami a későbbiekben is igen fontos. Egészségnapok megvalósításában is négyen-ötven együttműködnek, segítenek egymásnak”*.

Az eszközök, módszerek fejlesztése mellett a hatékony, eredményes iskolavédőnői munkához a megkérdezettek igen fontosnak tartották az iskolavédőnő saját személyiségének karbantartását, fejlesztését is. A védőnő, mint személyes erőforrás növelhető legjobban a tanulók egészségét. A tanuló nem egy vadidegen szakemberhez megy oda, hanem ahhoz fordul problémájával, kérdéseivel, akivel már többször találkozott, ismerős számára, helyben van, elérhető, hiteles. *”Próbálunk jó példával előjárn, mintát is adni”*. *„Minden védőnő számára a feladatok, az alapok azonosak, de az ideális feltételek mások”*.

6.3. Megbeszélés, kvalitatív kutatás - Hipotézisvizsgálat

Kutatásom második részében az iskolavédőnőkkel főbb kérdéscsoportokat érintve folytatott beszélgetés alapján próbáltam megismerni az ő feladataikat, jövőbeni elképzeléseiket, partnereiket az iskolai egészségfejlesztésben. A megkérdezett védőnők átlag életkora 46,57 év volt (SD: 7,17), védőnői hivatásuknak gyakorlási ideje: 25,21 év volt (SD: 7,48, min: 9, max: 36), míg az iskolavédőnői szakmát átlag: 20,07 éve gyakorolták (SD: 9,25, min: 5, max: 34) és átlagban egy védőnő két iskolában látta el az iskolavédőnői teendőket.

A fókuszcsoporthoz interjúkat kapcsán végzett hipotézisvizsgálat eredményeit az alábbiakban összegzem:

1. kutatási kérdés: Az iskolavédőnők egészségfejlesztő munkájának minőségét nagymértékben befolyásoló tényezők – kiemelten a) az ellátott gyermekpopuláció méretének jelentősége; b) az iskolavédőnők egészségfogalmának korszerűsége; c) az iskolai egészségfejlesztő tevékenységük törvényi és szakmai megfelelése – vonatkozásában gyakorló iskolavédőnők önreflexióinak és tapasztalatainak feltérképezése.

Az 1. kutatási kérdés vonatkozásában, a fenti szempontok feltárása érdekében, az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg:

a) az ellátott gyermekpopuláció méretének jelentősége

H1: A résztvevő védőnők szerint az általuk ellátott gyermekek száma, és a munkahelyi leterheltségük között monoton növekvő összefüggés van, minél több az ellátandó gyermek, annál több a feladatuk.

Ezt a hipotézist a megkérdezett védőnők válaszai alapján elvettem. A fókuszcsoporthoz interjú során nyilvánvalóvá vált, hogy a védőnők kisebb létszámok mellett is több feladatot éreznek, főként azért, mert a fokozott gondozást igénylő gyermekek száma viszont – megítélésük szerint – emelkedik.

b) az iskolavédőnők egészségfogalmának korszerűsége

H2: A résztvevő védőnők többsége az egészség fogalmának meghatározásakor megemlíti az Egészségügyi Világszervezet egészségfogalmát.

A résztvevő védőnők fele említette meg az Egészségügyi Világszervezet egészségfogalmát, és a többiek válaszában is megjelentek a WHO egészségfogalmának lényegi elemei, összetevői, ezért ez a hipotézis teljesült.

H3: A résztvevő védőnők többsége az egészséget összetett fogalomnak tekinti, megemlíti testi, lelki, szellemi és társas aspektusait, és ezen aspektusok összerendezettségét, harmóniáját.

A fókuszcsoportos interjúk során a megkérdezett védőnők olyan egészségfogalmat vázoltak fel, amely az egészség testi-lelki-szellemi-társas aspektusainak harmóniáját központba állító szemléletmódot mutatott. Ezért a 3. hipotézis is igazoltnak tekinthető.

H4: A résztvevő védőnők az egészségfejlesztés fogalmának meghatározása során olyan válaszokat adnak, amelyek elsősorban az Ottawa Chartában megfogalmazott egészségfejlesztési stratégia alapelemeit ölelik fel; az egészségfejlesztés feladatrendszeréhez, alkalmazott módszertanához és az egészségfejlesztés szakembereinek erőforrásaihoz kapcsolhatók.

A fókuszcsoportos interjúban a résztvevő védőnők az egészségfejlesztés fogalmát gyakorlatias módon, változatos tevékenységeken, módszereken és szempontokon keresztül ragadták meg, ezért válaszaik elemzésére a 4. hipotézisben megadott szempontok – tehát az egészségfejlesztési feladatrendszer, az alkalmazott módszertan és az egészségfejlesztés személyes erőforrásai – alapján megfogalmazható elemzési kategóriák alkalmasnak és elegendőnek bizonyultak.

c) az iskolavédőnők által végzett iskolai egészségfejlesztő tevékenység törvényi és szakmai megfelelése

H5: A résztvevő védőnők az iskolai egészségfejlesztés fogalmának meghatározása kapcsán válaszaikkal lefedik az egészségügyi törvény iskolai egészségnevelésre vonatkozó főbb tématerületeit.

Az iskolavédőnők válaszaik alapján elmondható, hogy az iskolai egészségfejlesztés az egészségfejlesztés speciális területe, annak valamennyi tevékenységét magában foglalva, kiegészül a tájékoztatás, figyelem felhívás, magatartásformálás, lelki egészségvédelem feladataival, melyek kivitelezését az erőforrásokra épített, jól megválasztott pedagógiai módszerek segíthetik. Az iskolai egészségfejlesztés megvalósításának feltételeinél a személyes és a kapcsolati erőforrások mellett jelentős szerepet kapnak a szervezési feladatok is. Ezek a tevékenységek és feladatok, az 5. hipotézissel összhangban, alkalmasak voltak arra, hogy az egészségügyi törvényben meghatározott iskolai egészségnevelési tématerületeket lefedjék.

H6: A résztvevő védőnők az általuk végzett iskolai egészségfejlesztő tevékenység meghatározása, leírása során munkájuk erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeztető tényezőit egyaránt megemlítik.

A 6. hipotézis vizsgálata szempontjából, a fentiek alapján, megállapítható, hogy a megkérdezett iskolavédőnők iskolai egészségfejlesztő tevékenységének elemzése során erősségek, gyengeségek, lehetőségek és veszélyeztető tényezők egyaránt felmerültek, így a kapott válaszok összegzésére, vizsgálatára a SWOT szempontrendszer alkalmasnak bizonyult.

H7: A résztvevő védőnők csak olyan feladatok ellátásáról számolnak be munkájuk vonatkozásában, amelyek megfeleltethetők a 26/1997. (IX. 3.) Nm rendelet által szabályozott kötelező iskolavédőnői feladatoknak. Sem több, sem kevesebb feladatot nem látnak el.

A 7. hipotézist elvettem, mert a megkérdezett védőnők a jogszabályi követelményeken túlmutató egészségfejlesztési feladatok ellátásáról is beszámoltak.

H8: A résztvevő védőnők által megnevezett jelentősebb védőnői tevékenységek megfeleltethetők az éves iskola-egészségügyi munka iskolavédőnői adatlapján feltüntetett négy jelentősebb védőnői tevékenységnek. Tehát a megkérdezett védőnők olyan feladatok elvégzését említik meg, amelyek az (1) osztályvizsgálat, (2) csoportos egészségnevelés tanítási időben és (3) tanítási időn kívül, valamint az (4) egyéni tanácsadás kategóriák valamelyikébe egyértelműen besorolhatók.

Megállapítható tehát, hogy a 8. hipotézisnek megfelelően, a megkérdezett védőnők olyan feladatok elvégzéséről számoltak be, amelyek az (1) osztályvizsgálat, (2) a csoportos egészségnevelés tanítási időben és (3) tanítási időn kívül, valamint az (4) egyéni tanácsadás kategóriák valamelyikébe egyértelműen besorolhatók voltak. Azonban, a válaszadók véleményében az is megfogalmazódott, hogy az egészségfejlesztés nem választható el pontosan a preventív-kuratív dimenzióba sorolt mindennapi tevékenységektől. Megállapítható, hogy az egészségfejlesztés igen nagy jelentőségű és fontos feladat az iskolavédőnői munkában, erre épül minden, és valamennyi védőnői tevékenységben jelen van.

H9: A résztvevő védőnők a kiemelt védőnői tevékenységek végzésére arányaiban annyi munkaidőt fordítanak, mint amilyen arányok a Nemzeti Népegészségügyi

Központ Védőnői Szakmai Irányítási Osztályának éves, országos felméréseiben szerepelnek.

A fókuszcsoportos interjúkban megkérdezett iskolavédőnők a kiemelt védőnői tevékenységek végzésére az országos átlaggal közel megegyező arányú munkaidőt fordítottak, tehát a 9. hipotézis beigazolódott.

H10: Az iskolavédőnő teendői elsődlegesen a tanulókra irányulnak.

Ennek megfelelően tehát a 10. hipotézist elvettem, mert a megkérdezett védőnők feladataik célcsoportjai közt – a tanulók mellett – megnevezték a szülőket, a pedagógusokat, iskolai dolgozókat, és a lakosságot is.

2. Kutatási kérdés: Az iskolai egészségfejlesztés vonatkozásában az iskolavédőnők ágazatokon belüli és az ágazatok közötti együttműködésre vonatkozó gyakorlatának, tapasztalatainak feltérképezése.

A 2. kutatási kérdés vonatkozásában az alábbi hipotézisek vizsgálatára került sor:

H11: A résztvevő védőnők az iskola-egészségügyi ellátásban az iskolaorvossal való szoros szakmai együttműködésről számolnak be, a 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben előírtaknak megfelelően.

A megkérdezett iskolavédőnők szakmai partnerekre vonatkozó válaszainak elemzése során megállapítható volt, hogy a résztvevő iskolavédőnők leggyakoribb közvetlen szakmai partnere az iskolaorvos (n=10) volt. ezért a 11. hipotézist igazoltnak tekintettem.

H12: A résztvevő védőnők válaszai alapján kijelenthető, hogy iskoláikban az iskola-egészségügyi team munkájában – rajtuk, és az iskolaorvoson kívül – más, egészségügyben tevékenykedő szakemberek is részt vesznek.

A megkérdezett védőnők az iskolaorvoson túl olyan, egészségügyben tevékenykedő szakmai partnereket is megemlítettek, mint az egészségügyi asszisztens, az EFI munkatársai, a Vöröskereszt, az Országos Mentőszolgálat dolgozói, gyógypedagógiai fejlesztést végző szakemberek, házi gyermekorvos, így a 12. hipotézis igazoltnak tekinthető.

H13: A védőnő partneri együttműködése a jogszabályban megnevezett szakembereken kívül kiterjed más ágazatokban feladatot ellátó személyekre is.

A védőnőknek voltak a jogszabályban megnevezetteken túl is további szoros kapcsolattartáson alapuló szakmai partnerei; például: a szociális munkás,

gyermek és ifjúságvédelmi felelős, az iskolarendőr, civil szervezetek, hitoktató, pap, lelkész. Ezek az eredmények a 13. hipotézist igazolták.

H14: A megkérdezett iskolavédőnők a vezető pedagógusokkal, pedagógusokkal kapcsolatban jó szakmai együttműködésről számolnak be.

A megkérdezett iskolavédőnőknek elsődlegesen a testnevelő tanárokkal, osztályfőnökökkel, osztályfőnöki munkaközösség vezetőikkel volt munkakapcsolata, de esetileg a többi pedagógussal is. Ezek az eredmények alátámasztották a 14. hipotézist.

3. kutatási kérdés: A gyakorló iskolavédőnők minőségfejlesztési ötleteinek, javaslatainak feltárása, kiemelten a kompetenciák fejlesztése, az ágazati és ágazatközi együttműködés javítása, és az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságának növelése szempontjából.

A 3. kutatási kérdés vizsgálata az alábbi hipotézisek mentén történt:

H15: A megkérdezett védőnők az „ideális egészségfejlesztő” kompetenciáival kapcsolatban olyan válaszokat adnak, amelyek egyértelműen besorolhatók a szakirodalmi (Nagy, 2008) kompetenciaprofil kategóriáiba (szakmai kompetenciák, módszerkompetenciák, társas kompetenciák, és a személyes tulajdonságok).

A védőnők válaszai alapján látható, hogy az ideális egészségfejlesztő jellemzőinek meghatározása során a személyes és módszer kompetenciák megemlítése volt a hangsúlyos, ami jelezte a vágyott, elérendő célt is. A feltett kérdésre feladatprofilok és a tulajdonságprofilon belül szakmai kompetenciák nem hangzottak el, mert nyilvánvalóan azt érezték a szakemberek, hogy a feladataik, tevékenységeik ellátását megfelelő szakmai tudással, szakmai készségekkel jól tudták végezni. De ehhez az ideális egészségfejlesztőnek széleskörűen kell rendelkeznie megfelelő személyes és módszer kompetenciákkal is, ami a jövőbeni fejlesztések alapja lehet. Mindezek alapján kijelenthető, hogy a megkérdezettek válaszainak elemzéséhez a 15. hipotézisben megfogalmazott kategóriarendszer használhatónak és értékesnek bizonyult.

H16: A válaszadó védőnők az „ideális egészségfejlesztő” munkáját nem egyszemélyes feladatnak tekintik, hanem számos más szakmai partnert, „segítőt”, projiciálnak.

A 16. hipotézis vonatkozásában megállapítható volt, hogy a megkérdezettek az ideális egészségfejlesztő legfőbb segítőjének vonatkozásában kiemelték az iskolapszichológus, a gyógytestnevelő, a logopédus, a szociális munkás szakemberek szaktudására, tevékenységére való igényüket. Ezek az eredmények alátámasztották a 16. hipotézist, melyet így igazoltnak tekintettem.

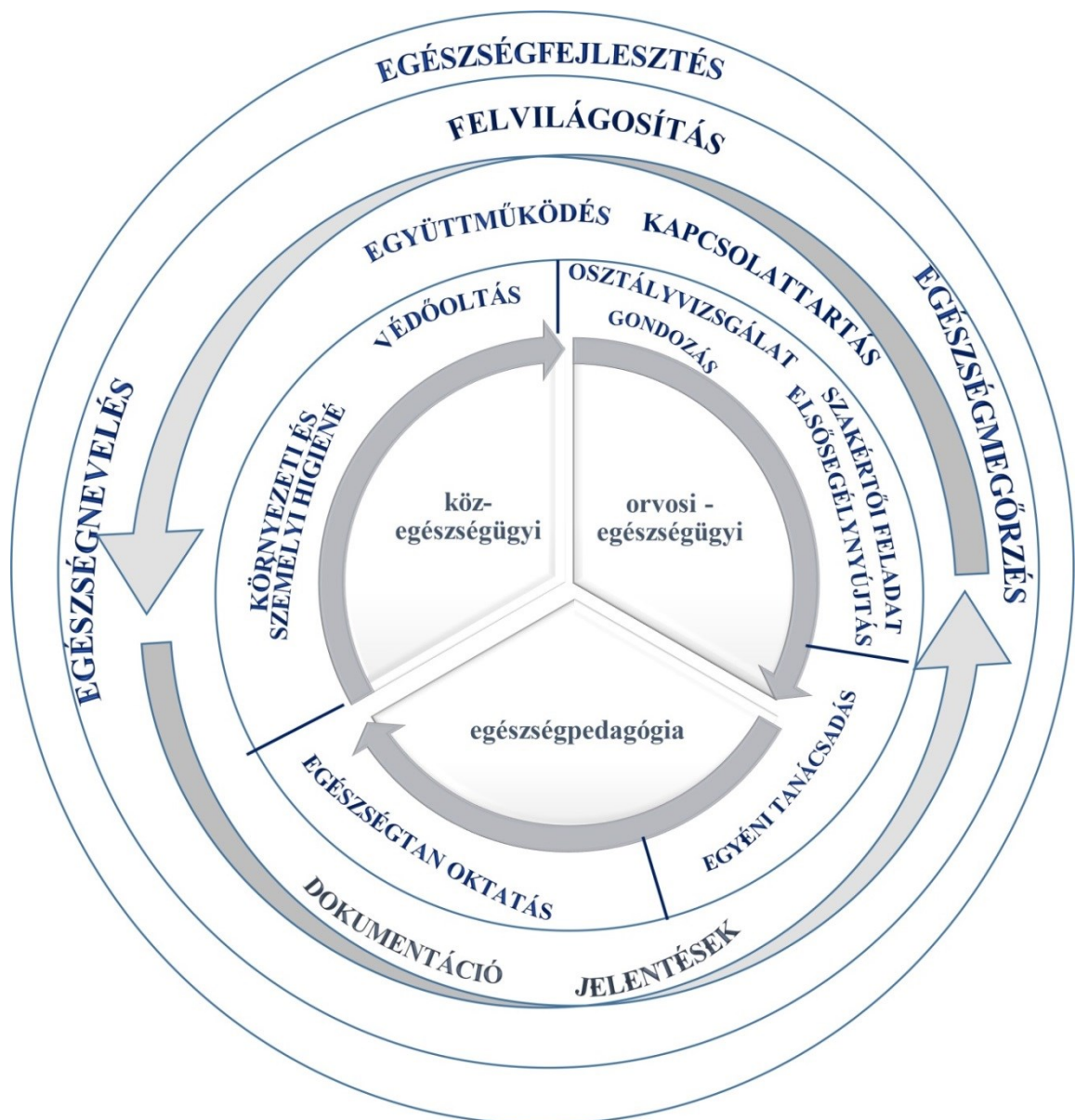
H17: A megkérdezett védőnőknek vannak olyan minőségfejlesztési ötleteik, javaslataik az iskolai egészségfejlesztés vonatkozásában, amelyek kedvezően hatnak a tanulók egészségére, és nem növelik nagymértékben az iskolavédőnők leterheltségét.

Megállapítható volt, hogy – 17. hipotézisnek megfelelően – a résztvevő iskolavédőnők szerint is vannak olyan minőségfejlesztési lehetőségek az iskolavédőnői rendszerben, amelyek úgy tennék lehetővé a tanulók körében zajló egészségfejlesztési tevékenység hatékonyságának növelését, hogy közben nem növelnék számottevő mértékben az iskolavédőnők leterheltségét. A javaslatok közt szerepelt a tárgyi erőforrások fejlesztése, a diákok egészségének fejlesztését segítő eszközök, szaktanterem kialakítása, és az iskolavédőnők munkájának hatékonyságát javító továbbképzések biztosítása.

Vizsgálati eredményeim megerősítették, hogy az egészségügyi alapellátási szolgáltatások rendszerébe tartozó iskolavédőnők mindennapi tevékenységüket a rizikóközpontú és az egészségközpontú egészséget fejlesztő feladatellátás tengelyén végezték. A jelenben csökkenő tanulói létszámok, növekvő feladatok jellemezték az ellátást, melynek háttérében az emelkedő fokozott gondozást igénylő tanulói létszámok álltak és a diákok jelentős mozgása, fluktuációja az intézmények között. A preventív-kuratív feladataikat: a szűrővizsgálatokkal, a gondozással, a védőoltásokkal kapcsolatos tevékenységeket, az iskolahigiénés teendőket mesterségbeli tudással végzik az iskolavédőnők, melynek dokumentálásához fontos lenne egy egységes korszerű IKT alapú adminisztrációs rendszer. Az iskolavédőnők a harmónián, testi, lelki, szellemi, társas egységen alapuló jövőre irányuló befektetésnek tekintették az egészséget, melynek fenntartása mindenekfelett áll. Fejlesztése a szakemberek belső-külső integritásán, hitelességén alapuló értékközvetítő tevékenysége révén valósítható meg. A védőnők válaszai alapján az iskolai egészségfejlesztés, az egészségfejlesztés speciális területként fogalmazódott meg, annak valamennyi tevékenységét magában foglalva, kiegészítve a tájékoztatás, a figyelem felhívás, a magatartásformálás, a lelki egészségvédelem feladataival, melyek megvalósításához a személyes és a kapcsolati

erőforrások felhasználását tartották szükségesnek. Az iskolai egészségfejlesztés védőnői oldalról megközelítve szervezési, koordinációs feladaton, pozitív hozzáálláson alapuló sokrétű team munka, melynek megvalósításához hiteles szakemberek, tudatosság, módszertani ismertek szükségesek.

Az iskolavédőnők véleménye alapján munkájukban az egészségfejlesztés igen nagy jelentőségű és fontos napi szintű feladat, valamennyi iskolavédőnői tevékenységben jelen van. A preventív – kuratív védőnői teendők a felvilágosítás-egészségnevelés - egészségmegőrzés alapjain az egészségfejlesztő feladatellátásba ágyazottan valósulnak meg (46. ábra).



46. ábra. Az iskolavédő tevékenységi köreinek összessége (saját szerkesztés)

Az iskolavédőnői munka minőségi fejlesztéséhez, a védőnők meglátása alapján, személyes kompetenciák erősítésén alapuló, az egészség fejlesztését középpontba helyező (rizikó szemléletet háttérbe helyező), gyakorlatorientált módszertani továbbképzések kellene. Az iskola-egészségügyi szakemberek számára a jövőben a lelki egészség fenntartását, fejlesztését elősegítő elméleti és gyakorlati ismeretek bővítésére is szükség lenne. A szakmai és a személyes fejlődés mellett a megújuláshoz a mindennapi megvalósítás szintjén elegendő mennyiségű, korszerű eszköz is fontos lenne, valamint a tanulók kezébe is adható információk, útmutatók, amiket később is elővehetnek, segítőforrást adva a mindennapokban illetve a speciális helyzetekben. Az iskolavédőnők fontosnak tartották az ágazaton belüli, és az ágazatok közötti rendszeres, konstruktív team munka megvalósítását, mely mindenképpen a jövőben fejlesztésre szorul, akár külső szabályozások megtámogatásával. Az iskola-egészségügyi team (iskolaorvos, iskolavédőnő), a pedagógus, az iskolapszichológus, az egészségfejlesztő, a szociális szektor – az óvodai és iskolai szociális segítő – szakembere és feladattól, egyedi helyezettől függően további szakemberek együtt-gondolkodása, együttes cselekvése, szakmai hálózatok megerősítése szükséges a jövő kihívásaira irányuló eredményes és sikeres iskolai egészségfejlesztésben.

A jelen preventív és kuratív egészséget fejlesztő védőnői feladatellátás jövőbeni fejlődési lehetősége, innovációja az egészséget fejlesztő preventív - kuratív iskolavédőnői ellátás lehet.

7. Következtetések és a gyakorlatot érintő jövőbeni feladatok

Nyugat-Dunántúlon végzett feltáró, keresztmetszeti kutatásom a nappali rendszerű gimnáziumi képzésben tanuló fiatalok iskolai egészségfejlesztésében fontos szerepet betöltő főállású iskolavédőnői szolgáltatás funkcióját, hatását, befolyásoló tényezőinek egyes komponenseit vizsgálta a tanulók (n=448) kérdőíves megkérdezése révén és a főállású iskolavédőnők (n=14) fókuszcsoporthoz tartozók beszélgetésben adott válaszai alapján.

A megkérdezett tanulók körében az objektíve jelenlévő krónikus egészségi problémák, a szubjektíven észlelt egészségi panaszok előfordulásának tünet-indexe valamint az SF 36 kérdőívvel, EQ VAS egészséghőmérőn mért általános egészségérzet, a KÉ-13 mért koherencia-érzet értékei hasonló korú fiatalok körében végzett hazai reprezentatív kutatások eredményeivel egyeztek meg. A vizsgált mintában a vitalitás és a mentális egészség alacsonyabb volt, amit nagyobb arányban előforduló pszichés tünetek (fáradtság, kedvetlenség, idegesség) kísérték, melyet a HBSC 2014 – es hazai reprezentatív kutatása is bizonyított. Az alacsonyabb koherencia-érzet a tünetskálán mért szubjektív panaszok növekedését eredményezte, mely jelentősen csökkentette a mentális egészséget, a vitalitás mértékét.

A tanulók válaszai alapján a kapott rizikómagatartási mutatók a hazai adatoknál magasabbak (dohányzás, alkoholfogyasztás) voltak, aminek háttérében az alacsonyabb mentális egészség jelent meg csökkent életerővel, gyakoribb egészségi panaszokkal, melyet a preventív magatartásformák (táplálkozás és mozgás – mennyiségi és minőségi faktorai) kedvezőtlen irányba történő elmozdulása kísért. A koherencia-érzet és az egészségmagatartás valamennyi vizsgált eleme a preventívek pozitív, míg a rizikófaktorok negatív irányú összefüggést mutattak.

A jövőben a koherencia-érzet fejlesztése kiemelten fontos lenne, mivel a koherencia-érzet növelésével csökkenthetők az egészségi panaszok, betegségek, valamint a magasabb szintű koherencia-érzet segítheti a problémákkal való megküzdést, a különböző élethelyzetekben az egyén szempontjából helyes döntést és választást, így módon járulva hozzá a preventív magatartásformák választásához és a rizikómagatartások csökkentéséhez.

Az általam megkérdezett diákok az iskolai feladataikat jelentősen nagyobb arányban érezték eléggé vagy nagyon nyomasztónak, ami együtt járt a tanárok általi magasabb tanulmányi eredmény megítélésével, ez jelentősen kedvezőtlenebb mentális egészséggel, vitalitással, koherencia-érzettel párosult, melyet növekvő egészségi panaszok kísérték. Kutatási eredményeim alapján látható, hogy az iskolai feladatokkal

kapcsolatos leterheltség érzése mellett az elvárások növekedése hatással volt az egészségi állapotra, mégpedig annak szoros kapcsolatban lévő faktorait együttesen negatív irányba módosította és a rizikómagatartások nagyobb arányú megjelenését idézte elő.

Az iskolavédőnői környezet egészségközpontú megítélése a tanulók egészségmagatartásán belül a mozgás minőségével mutatott összefüggést és a dohányzás életprevalencia értékével, a szokássá válást csökkentve. Kutatási eredményeim bizonyították az egészséget támogató munkakörnyezet irányultságának hangsúlyos szerepét, az általa küldött rejtett üzenetek hatását, kimondottan a mozgás és a dohányzás területére.

Az egészségorientált munkakörnyezet az egészségi állapot vizsgált mutatói közül a vitalitással, az általános egészségérzettel, illetve a koherencia-érzettel korrelált. Ezzel szemben a védőnői feladatellátás egészségnevelő (rizikóközpontú) és/vagy egészségfejlesztő (egészség) orientációjú besorolása közvetlenül nem befolyásolta a tanulók a koherencia-érzetét és önminősített egészségének megítélését. A védőnői tevékenység egészségfejlesztő irányultsága viszont növelte annak speciális erőforrás szerepét (igénybevételi gyakoriság, magasabb minőségű ellátás) és az ellátás hatékonyságának megítélését, az utóbbi viszont már növelte a tanulók mentális egészségét, vitalitását és csökkentette az egészségi panaszait.

Eredményeim alapján a magasabb minőségű védőnői munka a szolgáltatás igénybevételi gyakoriságát növelte, ami az egészségközpontú irányultságon alapuló feladatvégzés és az egészségorientált munkakörnyezet hatása által kialakuló hatékonyabb ellátás eredőjeként határozható meg, melyet jelentősen befolyásolt az ellátórendszerrel kapcsolatos tájékoztatás, valamint a tanulói oldalról megvalósuló tájékozódás, ami a szolgáltatás elérhetőségének megítélésével állt párhuzamban. Bizonyítást nyert, hogy a tájékoztatás személyi oldala meghatározóbb, mint a tartalom teljessége, melynek növelése kiemelten fontos lehet. Jövőbeni feladat a védőnői ellátással kapcsolatos multiplex és széleskörű tájékoztatás, valamint a tanulói oldalról kezdeményezett tájékozódás szükségletének jelentős fejlesztése.

Kutatási eredményem is megerősítették az iskolai erőforrások mellett a társas támogatás pozitív hatását az egészségi állapot mutatóira, mely hazai és nemzetközi kutatások eredményeivel egyezett meg. Vizsgáltam, hogy az általános erőforrások (iskolai erőforrás és társas támogatás) közötti valamint az általános erőforrások és a koherencia-érzet interakciója elősegíti-e az iskola életében folyamatosan jelenlévő

speciális erőforrás, az iskolavédőnői szolgáltatás igénybevételét. A tanulóknál az általános erőforrások egymást erősítő hatása mellett az egyes általános erőforrás faktorok koherencia-érzettel való kölcsönhatása mutatott összefüggést a védőnői ellátás, mint speciális erőforrás minőségi mutatójával, míg a kvantitatív mutatószámokra nem volt hatása. Az általános erőforrások és a koherencia-érzet együttes interakciós hatása nem volt bizonyítható a védőnői ellátás igénybevételét meghatározó vizsgált mutatószámokkal. Az iskolavédőnő részéről külön odafigyelést igényelnek az alacsony iskola erőforrással valamint az alacsony társas támogatással rendelkező tanulók. Család – iskola – iskola-egészségügyi szolgálat együttműködése révén lehet a tanulók egészségét támogató erőforrásokat növelni, melyeknek megfelelő szintjével magyarázható a koherencia-érzet stabilitása vagy változása.

Az iskolavédőnői ellátás erősségei a jelenben a megelőzés – gyógyítás egységére épülő ellátás, melyben jelentős szerepet kapnak a felvilágosítás, az egészségnevelés elemeit magába foglaló egészségfejlesztési teendők is, ami valamennyi védőnői tevékenységet érint. A megkérdezett szakemberek válaszai és az országos védőnői statisztikai adatok is megerősítették a védőnői feladatok arányainak átrendeződését napi, havi, éves szinten a védőnői munkában. Az egyéni tanácsadások, a mentális egészség fejlesztése iránti igény növekszik melyhez mindenképpen megfelelő védőnői kompetenciákra, időre, eszközökre lenne szükség. Ezért is érezték csökkenő tanulói létszámok mellett megnövekedettnek teendőiket a védőnők. Fontos lenne a szükséges források kategóriájában a személyes és a módszer kompetenciák fejlesztése és célszerű lenne az úgynevezett egészség-koalíció létrehozása is. Az egymás melletti és/vagy együttes feladatvégzés helyett, a kölcsönös, rendszerességen, együttműködésen alapuló, az egészség valamennyi területét érintő, egészséget támogató iskola-egészségügyi team működése lenne fontos a mindennapokban. Ez az együttműködés a védőnői kompetencián túlmutató ellátási feladatok esetén a lehetséges továbbküldési útvonalakat is elősegíthetné, valamint lehetőséget teremthetne esetmegbeszélésre, akár szupervízióra is, illetve ez a szövetség egyúttal az iskolai egészségfejlesztési team aktív, konstruktív tagja lehetne.

Mind a tanulói válaszok, mind az iskolavédőnők válaszai megerősítették, hogy az egyéni erőfeszítések mellett az érintettek kölcsönös együttműködésen alapuló család – iskola - iskola-egészségügy közös tevékenysége, az erőforrások egymást erősítő hatásai segíthetik elő a tanulók egészségének fejlesztését.

Jövőbeni cél az iskolavédőnői munka minőség irányába ható növekedésének az elősegítése, mely mind a feladatellátásban, mind a munkakörnyezetben is megjelenő, az egészség minden elemére fókuszáló ellátás megvalósulása esetén lehetséges, aminek hatását az említett tényezők szinergizmusa és szinkroniája fokozhatja. A legmerészebb távlati elképzelés az előbbiekből felvázoltak alapján megerősített specializált védőnői professzió, a tanulóira irányuló egészséget fejlesztő preventív - kuratív iskolavédőnői ellátás elérhetőségének megteremtése valamennyi alap és középfokú köznevelési intézményben, ilyen irányú esélyegyenlőség biztosítása valamennyi település kis és nagy iskolájában is.

.... mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.¹¹

¹¹ Európai Unió Alapjogi Chartája 35. cikk. Az Európai Unió Hivatalos Lapja 2010. 53. C 83 p. 397.

8. Ábrák és táblázatok jegyzéke

8.1. Ábrák jegyzéke

1. ábra. Az egészségfejlesztés emblémája (Kósa, 2010., 4.)	19
2. ábra Az egészségügyi törvényben megfogalmazott, az egészségre irányuló népegészségügyi feladatok (saját szerkesztés)	21
3. ábra Vélemények a megfelelő egészségkultúra hatásáról (Járomi et al., 2016., 33.) .	31
4. ábra Általános erőforrások szerepe az egészség elérésében (Mittelmark et al., 2017., 71.)	37
5. ábra Általános Rezisztencia erőforrások térképe a feszültségek stresszé történő átalakulásának megelőzésében (Vinja et al., 2017., 32. – saját fordítás).....	39
6. ábra Speciális ellenállás erőforrások szerepe az egészség elérésében (Mittelmark et al., 2017., 71.)	41
7. ábra Speciális Rezisztencia Erőforrások térképe a feszültségek stresszé történő átalakulásának megelőzésében (Mittelmark et al., 2017., 74. – saját fordítás)	42
8. ábra. A megkérdezettek szüleinek iskolai végzettség szerinti megoszlása (n=448) (saját szerkesztés)	60
9. ábra. A rizikómagatartás elemei közötti kapcsolat Spearman-féle rangkorrelációs együttható értékei (n=448) (saját szerkesztés).....	69
10. ábra. A preventív magatartásformák közötti kapcsolat Spearman-féle rangkorrelációs együttható értékei (n=418) (saját szerkesztés).....	70
11. ábra. Az összesített és az alfaktorok észlelt társas támogatás átlagértékeinek megbízhatósági tartománya (n=444) (saját szerkesztés)	75
12. ábra. A védőnői ellátással kapcsolatos tájékozottság mértéke (n=448) (saját szerkesztés).....	82
13. ábra. A védőnői szolgáltatás igénybevétele szubjektív megítélésének minőségi mutatói (n=448) (saját szerkesztés)	86
14. ábra. A védőnői feladatellátás irányultságának relatív gyakoriság szerinti megoszlása a rizikóközpontú– egészségközpontú, tengelyen (n=448) (saját szerkesztés)	89
15. ábra. Védőnő által nyújtott szolgáltatás igénybevételének minőségi - mennyiségi értékelése és a védőnői ellátás irányultságának kapcsolat vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés)	91

16. ábra. A tanulók védőnői feladatellátás nyomán érzet egészségszemlélet változást elősegítő hatásának és a védőnői tevékenység irányultságának összefüggés vizsgálata (n=416) (saját szerkesztés).....	93
17. ábra. Az iskolavédőnő egészséggel kapcsolatos tudásbővítésének mennyisége és annak alkalmazhatóságának összefüggés vizsgálata (n=349) (saját szerkesztés)	95
18. ábra. A védőnői ellátás irányultságának és a szolgáltatás hatékonyságának megítélése közötti összefüggés vizsgálata (n=428) (saját szerkesztés)	98
19. ábra. A koherencia-érzet és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának illetve önminősített egészségi állapot mutatói és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés).....	100
20. ábra. A védőnői tevékenység megítélése (kvantitatív, kvalitatív mutató, hatékonyság) és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés).....	100
21. ábra. Az iskolavédőnői munkakörnyezet és a védőnői ellátás irányultságának megítélése közötti összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés).....	101
22. ábra. Az iskolavédőnő tevékenységének egészség szemléletformáló hatása és az iskolavédőnői munkakörnyezet irányultságának összefüggés vizsgálata (n=438) (saját szerkesztés).....	102
23. ábra. A dohányzás megjelenése a fiatalok életében és az iskolavédőnő tárgyi környezetének megítélése közötti összefüggés vizsgálata (n=447) (saját szerkesztés)	104
24. ábra. Az iskolavédőnői ellátás vizsgált területeinek összefüggései (saját szerkesztés)	105
25. ábra. A speciális (védőnői ellátás minőségi mutatói), általános (iskola, társas támogatás) erőforrások és a koherencia-érzet kapcsolatának lineáris együttható standard β és p értékei (saját szerkesztés)	109
26. ábra. A speciális (védőnői ellátás mennyiségi mutatói), általános (iskola, társas támogatás) erőforrások és a koherencia-érzet kapcsolatának lineáris együttható standard β és p értékei (saját szerkesztés)	110
27. ábra. Az általános erőforrások (társas támogatás, iskolai erőforrások) kölcsönhatásának a védőnői ellátás minőségi mutatóival való összefüggés vizsgálata (n=426) (saját szerkesztés).....	111
28. ábra. Általános (iskolai erőforrások és társas támogatás), speciális erőforrások és a koherencia érzet kapcsolata többszemponos varianciaanalízis elemzés alapján (n=426) (saját szerkesztés)	112

29. ábra. Alacsony koherencia –érzet esetén az iskolai erőforrás és a társas támogatás együttes hatása a védőnői ellátás minőségi mutatóival való összefüggésben (n=426) (saját szerkesztés)	113
30. ábra. Magas koherencia–érzet esetén az iskolai erőforrás és a társas támogatás együttes hatása a védőnői ellátás minőségi mutatóival való összefüggésben (n=426) (saját szerkesztés)	113
31. ábra. Az iskolavédőnői ellátás minőségi indexének változása általános erőforrások (iskolai erőforrás, társas támogatás) és a koherencia-érzet tükrében (n=426) (saját szerkesztés)	114
32. ábra. A megkérdezett védőnők iskolavédőnői praxisban eltöltött munkáéve (n=14) (saját szerkesztés)	134
33. ábra. Az iskolavédőnők asszociációi alapján kialakított egészségfogalom (n=14) (saját szerkesztés)	137
34. ábra. Az iskolavédőnők asszociációi alapján kialakított egészségfejlesztés (egészségnevelés) fogalom (n=14) (saját szerkesztés)	139
35. ábra. Az iskolavédőnő tevékenységei és annak feltételei az iskolai egészségfejlesztésben az iskolavédőnők válaszai alapján (n=14) (saját szerkesztés) ..	141
36. ábra A védőnők iskolai egészségfejlesztő tevékenységeinek meghatározása a SWOT szempontrendszerbe besorolva (n=14) (saját szerkesztés)	145
37. ábra. A megkérdezettek válaszai alapján megfogalmazott iskolavédőnői feladatok csoportosítása (n=14) (saját szerkesztés)	146
38. ábra. Védőnők iskola-egészségügyi tevékenységre fordított idejének tanévenkénti megoszlása országos statisztikai adatszolgáltatás alapján (Valek, 2006-2016.) (saját szerkesztés	149
39. ábra. Az iskolavédőnő célcsoportjai (n=14) (saját szerkesztés)	152
40. ábra. A megkérdezett iskolavédőnők válaszai alapján a velük szorosan együtt dolgozó szakemberek megoszlása (n=14) (saját szerkesztés)	154
41. ábra. A védőnő partnerei (n=14) (saját szerkesztés).....	155
42. ábra. Az ideális egészségfejlesztők képességei (n=14) (saját szerkesztés)	159
43. ábra. Az ideális egészségfejlesztő segítői (n=14) (saját szerkesztés)	161
44. ábra. Az iskolavédőnők minőségjavítási tervei a tanulók egészségének fejlesztésében az első csoportban (n=4) (saját szerkesztés).....	163
45. ábra. Az iskolavédőnők minőségjavítási tervei a tanulók egészségének fejlesztésében a második csoport válaszai alapján (n=10) (saját szerkesztés).....	164

46. ábra. Az iskolavédő tevékenységi köreinek összegzése (saját szerkesztés)	173
--	-----

8.2. Táblázatok jegyzéke

I. táblázat. A minta jellemzői (saját szerkesztés).....	59
II. táblázat. Az egészségi állapot és a koherencia-érzet valamint az egészségi állapot mutatószámai közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs együttható értékei (n=448) (saját szerkesztés)	64
III. táblázat. A preventív-, rizikó magatartásformák és a koherencia-érzet valamint a preventív-, rizikó magatartásformák és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Spearman-féle rangkorrelációs mátrix eredményei (saját szerkesztés)	71
IV. táblázat. Társas támogatás és koherencia-érzet, valamint a társas támogatás és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs mátrix eredményei (n=444) (saját szerkesztés).....	76
V. táblázat. Az iskolai társas támogatás és a koherencia-érzet, valamint az iskolai társas támogatás és az egészségi állapot mutatószámai közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs mátrix eredményei (saját szerkesztés).....	79
VI. táblázat. Az iskolai élet megítélése és a koherencia érzet, illetve az iskolai élet megítélése és az egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Spearman-féle korrelációs mátrix eredményei (saját szerkesztés)	80
VII. táblázat. Az iskolavédő tevékenységének egészségközpontú - rizikóközpontú irányultságának megítélése és a tanulók egészségmagatartása khi négyzetpróbalal végzett összefüggés vizsgálatának eredményei (saját szerkesztés)	90
VIII. táblázat. A védőnői ellátás hatékonyságának megítélése és a koherencia érzet, illetve a védőnői ellátás hatékonyságának megítélése és a tanulók önminősített egészségi állapot mutatói közötti kapcsolat Pearson-féle korrelációs számítás eredményei alapján (n=429) (saját szerkesztés).....	97
IX. táblázat. Az iskolavédő környezete irányultságának megítélése és a tanulók dohányzási- és alkoholfogyasztási szokásainak khi négyzet próbával végzett összefüggés vizsgálatának eredményei (n=447) (saját szerkesztés).....	102
X. táblázat. Az iskolavédő környezete irányultságának megítélése és a tanulók táplálkozási- és mozgási szokásainak khi négyzet próbával végzett összefüggés vizsgálatának eredményei (saját szerkesztés).....	103
XI. táblázat. Erőforrásokon belüli csoportok (1. csoport átlag alatti, 2. csoport átlag feletti erőforrás) koherencia-érzet átlagértékeinek különbségei (saját szerkesztés)....	108

9. Rövidítések jegyzéke

- 1) ÁRE Általános Rezisztencia Erőforrás
- 2) EFI Egészségfejlesztési Iroda
- 3) ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásainak vizsgálata
- 4) EuroQol-skála, (EQ) VAS (European Quality of Life Visual Analóg Skála) az egészségi állapot önminősített megítélésének mérőeszközének egészséghőmérője
- 5) GRRs (Generalised Resistance Resources) Általános Rezisztencia Erőforrások
- 6) HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartás vizsgálata
- 7) IKT információ- és kommunikációtechnológia
- 8) KÉ koherencia-érzet
- 9) MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) az észlelt szociális támogatás szubjektív mérésére szolgáló skála
- 10) SF – 36 (The Short Form (36) Health Survey is a 36-item), szubjektív egészségi állapotot mérő skála
- 11) SMH (Salutogenic Mode of Health) Salutogenesis Modell
- 12) SOC (Sense of Coherence) koherencia-érzet
- 13) SRE Speciális Rezisztencia Erőforrás
- 14) SRRs (Specialised Resistance Resources) Speciális Rezisztencia Erőforrások
- 15) WHO (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

10. Irodalomjegyzék

10.1. Idézett forrásmunkák

- Ackermanné Kelő, K. (2006.). Iskola-egészségügyi törekvések a XIX-XX század fordulóján. Az egészségtan beépülés a hazai tantárgy rendszerbe. *StudiaCaroliensia* (2.), 5-20.
- Ács, P. (2015.). Sporttudományi kutatások módszertana. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Ádány, R. (2011). Megelőző orvostan és népegészségtan. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Ágfalvi, R. (1986.). Egészségnevelés az iskolában. In R. Ágfalvi, *Iskola-egészségügyi kézikönyv* (old.: 228-232.). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- András, I., Rajcsányi-Molnár, M., Bacsá-Bán, A., Balázs, L., Németh, I., Péter-Szabó, C. M., Szalay, G. (2016.). Burnout-prevenció – Rezilienciaerősítő program tanárok számára. *Dunakavics*, 4.(7.), old.: 31-50.
- Antall, J., Kapronczay, K. (1975.). Fodor József és az iskolaegészségügy. *Magyar Pedagógia*, 75.(2.), 191-200.
- Aszmann, A. (2005.). Az iskola-egészségügyi team szerepe az egészségfejlesztésben. In A. Aszmann, D. Békefi, *Iskola-egészségügy gyakorlati ismeretek oktatási intézményeket ellátó orvosok és védőnők számára* (old.: 330-344.). Budapest: Országos Gyermkegészségügyi Intézet.
- Balajti, I., Voko, Z., Ádány, R., Kósa, K. (2007.). A Koherencia – érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8.(2.), 147-161.
- Barabásné Kárpáti, D. (2008.). Az iskolai kudarcok hatása a fiatalok alkohol- és drogfogyasztására. *Új Pedagógia Szemle*, 58.(6-7.), 79-90.
- Bársonyné Kis, K., Bajusz, I., Eszik, O., Gácsi, E., Karácsony, I., Kereki, J., Kispéter, L. (2015.). START... Új védőnői módszerek a koragyermekkori fejlődési eltérések felismerésében és gondozásában. Budapest: ÁEEK.
- Bauer, B., Pillók, P., Ruff, T., Szabó, A., Szanyi, F. E., Székely, L. (2017.). Magyar Ifjúság Kutatás 2016. Az ifjúság kutatás első eredményei, ezek a mai magyar fiatalok! Budapest: Új Nemzedék Központ Nonprofit Kft.

- Benkő, Zs. (1999.). Egészségtudományok és egészségfejlesztés oktatása. *Népegészségügy*, 80.(3.), 11-18.
- Benkő, Zs. (2003.). Az egészségfelfogás változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezése. In Zs. Benkő, *Mert életem millió gyökerű* (old.: 5-15.). Szeged: JGYF Kiadó.
- Benkő, Zs. (2009.). Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv. Budapest: Mozaik Kiadó.
- Benkő, Zs. (2010.). Egészségfejlesztés a közoktatásban és a tanárképzésben. *Népegészségügy*, 88.(1.), 37-42.
- Benkő, Zs. (2016.). Homo Sanus: az egészséggel megáldott ember. In K. Tarkó, Zs. Benkő, szerk.) "Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": *Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból* (old.: 25-31.). Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., Vaandrager, L. (2014.). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21.(4.), 16-23.
- Boncz, I. (2015.). Kutatásmódszertani alapismeretek. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Brassai, L., Pikó, B. (2010.). Egzisztenciális/spirituális attitűdök jelentősége a serdülők egészségprevenzív és rizikómagatartásában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65.(4.), 597-611.
- Camenga, D., Klein, J., Roy, J. (2006.). The changing risk profile of the American adolescent smoker. Implications for prevention programs and tobacco interventions. *Journal of Adolescent Health*, 39.(1.), 110-120.
- Czibalmos, Á., Nagy, Z., Varga, Z., Husztik, P. (1999.). Páciens megelégedettségi vizsgálat. *Népegészségügy*, 80.(1.), 4-19.
- Czuczor, G., Fogarasi, J. (1862.). A magyar nyelv szótára. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia.
- Csigó, L., Karácsony, I. (2018.). Az észlelt szülői kompetenciát meghatározó faktorok – különös tekintettel a koherencia-érzetre. *Nővér*, 31.(5.), 18-27.
- Csikszentmihályi, M. (2001.). *Flow* – Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Csima, M., Fischer, B., Gelencsér, E., Harjáné, B. (2015.). A nevelési stílus, a koherencia-érzet és az egészségmagatartás összefüggéseinek vizsgálata. In B. Nagyházi, *Nevelés és tudomány, neveléstudomány a 21. században* (old.: 154-

- 161.). Kaposvár: Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar, Nyugat-magyarországi Egyetem Benedek Elek Pedagógiai Kar.
- Csizmadia, P., Vitrai, J. (2017.). Új nemzetközi népegészségügyi dokumentumok 2016. *Egészségfejlesztés*, 67.(1.), 68-73.
- Elekes, Zs. (2016.). Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015 Magyarországi eredmények. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi és Nemzetközi Kapcsolatok Kar Szociológia és Társadalompolitika Intézet.
- Eriksson, M. (2017.). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, M. J. Pelikan, B. Lindström, G. A. Espnes, *The Handbook Of Salutogenesis* (old.: 91-96.). Switzerland: Springer.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2007.). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 61.(11.), old.: 938-944.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006.). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J. Epidemiol Community Health*, 60.(5.), 376-381.
- Eriksson, M., Lingström, B. (2005.). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J. Epidemiol Community Health*, 59.(6.), 460-466.
- Ewles, L., Simnett, I. (1999.). *Egészségfejlesztés Gyakorlati útmutató*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Fábián, G. (2014.). *Alkalmazott kutatás módszertan*. Letöltés dátuma 2017.11.15. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_alkalmazott_magyar/12_standardizlt_krdvek_az_egszsgi_llapot_mrsre.html: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.
- Falus, I., Ollé, J. (2008.). *Az empirikus kutatások gyakorlata. Adatfeldolgozás és statisztikai elemzés*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó Zrt.
- Farkas, É. (2006.). Megújulás útján a szakképzés. A szakképzés szerkezeti és tartalmi átalakítása. *Tudásmenedzsment*, 7.(2.), 3-11.
- Farkas, É. (2013.). *A szak- és felnőttképzés gyakorlata*. Szeged: SZTE JGYPK.
- Feldt, T., Leskinen, E., Koskenvuo, M., Suominen, S., Vahtera, J., Kivimäki, M. (2011.). Development of sense of coherence in adulthood: a person-centered

- approach. The population-based HeSSup cohort study. *Qual Life Res*, 20.(1.), 69-79.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2006.). Sense of coherence and health. The construction of an amendment to Antonovsky's sense of coherence scale (SOC II). *Scientific World Journal*, 20.(6.), 2133-2139.
- Fusz, K., Tóth, Á., Varga, B., Rozmann, N., Oláh, A. (2017.). Different work schedules of nurses in Hungary and their effects on health. *Ideggyógyászati szemle*, 70.(3-4.), 136-139.
- Füsti Molnár, S. (1981.). Egészségünk múltja. A hazai egészségkultúra kialakulása a XVI–XVIII. században. Budapest: Medicina.
- Füzesi, Zs., Krenyácz, É., Terebessy, A., Túri, G., Varsányi P., Vitrai, J. (2015). E-tananyag Közösségi egészségtervezők számára. Budapest: ÁEEK. [online]
- Gábor, E., Kiss, J. (2007.). Mentális egészség és rizikómagatartás-formák összefüggései serdülőkorúak körében. *Egészségfejlesztés*, XLVIII.(1-2.), 26-31.
- Gandek, B., Sinclair, S., Kosinski, M., Ware, J. (2004.). Psychometric Evaluation of the SF-36® Health Survey in Medicare Managed Care. *Health Care Financ Rev.*, 25.(4.), 5-25.
- Gritz, A. (2007.). Egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. *Egészségfejlesztés*, 48.(3.), 3-9.
- Hakenen, J., Feldt, T., Leskinen, E. (2007.). Leskinen Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*, 41., old.: 602-617.
- Hamvai, C., Pikó, B. (2008.). Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: a pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia*, 108.(1.), 71-92.
- Health Promotion Glossary. (1998.). Letöltés dátuma: 2018.07.15., forrás: World Health Organization: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- Heathcote, G. (2003.). Egészségnevelés. A tartalom, a módszer és az intézmények értékelő összehasonlítása Magyarország és az Egyesült Királyság között. In Zs. Benkő, *Mert életem millió gyökerű* (old.: 91-96.). Szeged: JGYF Kiadó.
- Hokinen, P. L., Suominen, S., Rautava, P., Hakenen, J., Kalimo, R. (2006.). The adult sense of coherence scale is applicable to 12-year-old schoolchildren . an additional tool in health promotion. *Acta Paediatrica*, 95.(8.), 952-955.

- Idan, O., Eriksson, M., Al-Yagon, M. (2017.). The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. In M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. Pelikan, B. Lindstrom, G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (old.: 57-70.). Switzerland: Springer.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., . . . Barnekow, V. (2016.). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) study*:. Kopenhága: World Health Organization.
- Jákó, J., Karasszon, D. (2015.). Iskola és egészség A Sárospataki Református Főiskola iskolaorvosainak munkássága, iskolakórházának története. *Iskolakultúra*, 25. (2), 94-108.
- Járomi, É., Vitrai, J. (2017.). Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés*, 58.(1.), 36-48.
- Járomi, É., Szilágyi, K., Vitrai, J. (2016.). Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban. *Egészségfejlesztés*, 57.(1.), 1-39.
- Járomi, É., Szilágyi, K., Vitrai, J. (2015.). Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. *Egészségfejlesztés*, 56.(5.6.), 2-13.
- Jeges, S., Varga, K. (2008.). A szalutogenetikus életstratégia értéktényezői. *Jura*, 1., 43-51.
- Jeges, S., Tóth, Á., Varga, K. (2008.). Az erős koherencia-érzet „titka”? In M. Wilhelm, *Fizikai aktivitás és életminőség* (old.: 24-30.). Pécs: PTE ÁOK.
- Jeges, S., Varga, K. (2006.). Unravelling the mystery of the sense of coherence,. *European Journal of Mental Health*, 1.(1-2.), 43-68.
- Julesz, M. (2011.). Az egészséges (munka)környezethez fűződő jog. *Magyar Tudomány*, 172.(6.), 217-226.
- Kapronczay, K. (2015.). A magyarországi iskola-egészségügy történetéből. Letöltés dátuma: 2017.. 04. 24., forrás: Fejezetek az orvostudomány egyetemes történetéből (oktatási segédanyag): http://www.tudomanytortenet.hu/tankonyvek/a_kozegeszsegugy_tortenete/index.php?kat=43&id=0&idd=436
- Kapronczay, K. (2016.). A prevenció gondolata az 1876. évi közegészségügyi törvényben. In K. Kapronczay, K. Kapronczay, A. L. Magyar, *Orvostörténeti közlemények* (old.: 23-26.). Budapest: Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

- Karácsony, I. (2017.). Az iskolák belső világának népegészségügyi szegmense a múlt és a jelen tükrében a jövő felé tekintve. In K. Ács, F. Bódog, M. I. Mechler, O. Mészáros, R. Pónusz, *VI. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2017: Tanulmánykötet* (old.: 262-270.). Pécs: Pécsi Tudományegyetem.
- Karácsony, I. (2018.). Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás részvétele az iskolai egészséges életmódra nevelésben, a felvilágosítástól a teljes körű fejlesztésig. In J. Karlovitz, *Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből* (old.: 143-152.). Komárno: International Resarch Institute.
- Karamánné Pakai, A., Oláh, A. (2015.). A theoretical overview of scientific research. In P. Ács, *Data analysis in practice.* (old.: 11-34.). Pécs: University of Pécs, Faculty of Health Science.
- Karossa-Pfeiffer, J. (1959.). Az iskolai egészségügyi védőnő munkafeladatai. In J. Karossa-Pfeiffer, J. Melly, *Az iskolaorvos zsebkönyve* (old.: 295-300.). Budapest: Medicina.
- Katona, I. (1961.). Fejezetek az iskolaegészségügy történetéből. = Communicationes ex Bibliotheca Historiae Medicae Hungarica. *Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei*(21-22.), 221-244.
- Kelelmen, G. (2007.). Egészségtanulás és rehabilitáció. *Lege Artis Medicinae*, 17.(3.), 250-253.
- Kertai, P. (1999.). Megelőző orvostan. A népegészségügy elméleti alapjai. Budapest: Medicina Könykiadó Rt.
- Kishegyi, J., Makara, P. (szerk.). (2004.). Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai). Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Konkoly, B. T. (2008.). A szalutogenikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben. In M. Kopp, *Magyar lelkiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (old.: 59-65.). Semmelweis Egyetem: Budapest.
- Kósa, K. (2005.). Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. Megelőzés és egészségfejlesztés. In K. Barabás, *"Gyermekek egészsége" alapismeretek pedagógusok részére az egészségfejlesztéshez* (old.: 41-46.). Egészségügyi Minisztérium.
- Kósa, K. (2010.). Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, 88.(1.), 3-10.

- Kovács, E., Pikó, B. (2007.). Nem hagyományos egészségvédő faktorok jelentősége: család, társas támogatás, egészség. *Hippocrates*, 9.(3.), 108-111.
- Kozma, T. (1995.). Bevezetés a nevelésszociológiába. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Krueger, A. R. (1998.). Analyzing and Reporting Focus Group Results. Thousand Oaks, USA: SAGE Publications, Inc.
- Lampek, K., Füzesi, Zs. (2013.). Az egészség fogalmának alakulása. In K. Tarkó, L. Lippai, „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért (old.: 41-86.). Szeged: Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi Intézet .
- Lehota, J. (2001.). Marketingkutatás az agrárgazdaságban. Budapest: Mezőgazda Kiadó.
- Lindström, B., Eriksson, M. (2005.). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology in Community Health*, 59.(6.), 440-442.
- Mádai, L. (1983.). Kolerajárványok és az általános halandóság trendjei Európában a X IX . században. *Demográfia*, 26.(2-3.), 330-351.
- Márványkövi, F., Rácz, J., Németh, Á. (2013.). Szülők szerepe a problémaviselkedésben: A szülők még számítanak? Pszichoszociális tényezők hatása a 11. évfolyamos serdülők alkoholfogyasztására Magyarországon. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68.(43.), 499-531.
- Meleg, Cs. (1997.). Életminőség, egészségmegőrzés és egészségfejlesztés. *Új Pedagógiai Szemle*, 47.(6.), 54-60.
- Meleg, Cs. (2002.). Iskolai egészségnevelés: feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagogia*, 102.(1.), 11-29.
- Meleg, Cs. (2006.) a. Az iskolai egészségnevelés koncepcionális keretei. In I. Bárdossy, R. K. Forray, K. Kéri, *Tananyagok a pedagógia szakos alapképzéshez* (old.: 191-213.). Budapest: Bölcsész Konzorcium.
- Meleg, Cs. (2006.) b. Egészség és nevelés = Egészségnevelés? *Mester és tanítványa*, 3.(10.), 18-27.
- Meleg, Cs. (2013.). Pedagógiai probléma – szervezeti válasz. *Educatio*, 22.(2.), 213-223.
- Meleg, Cs. (2015.). Pedagógiai problémák és értelmezési keretek. *Új Pedagógiai Szemle*, 65.(3-4.), 54-64.

- Mélykúti, A. (1959.). Egészségügyi népszerűvelés. In J. Karossa-Pfeiffer, J. Melly, *Az iskolaorvos zsebkönyve* (old.: 341-348.). Budapest: Medicina.
- Melly, J. (1959.). Az iskolaegészségügy fejlődéstörténete. In J. Kaross-Pfeiffer, J. Melly, *Az iskolaorvos zsebkönyve* (old.: 3-16.). Budapest: Medicina.
- Métneki, J. (2001.). Az egészségügyi felvilágosítástól az egészségfejlesztésig. Történeti visszatekintés. *Egészségnevelés*, 42.(6.), 242-248.
- Mittelmark, M., Bull, T., Daniel, M., Urke, H. (2017.). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. In M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. Bauer, J. Pelikan, B. Lindstrom, G. A. Espens, *The Handbook of Salutogenesis* (old.: 71-76.). Switzerland: Springer.
- Molnár, G., Rétsági, E., Tóth, Á., Vránicsné, H. I. (2008.). Mozgáskorlátozottak „szalutogenezeise”. In M. Wilhelm, *Fizikai aktivitás és életminőség* (old.: 31-36.). Pécs: PTE ÁOK.
- Nádasdi, M. (2011.). A kikérdezés. In I. Falus, I. K. Tóth, I. Bábosik, E. Réthy, É. Szabolcs, I. Nahalka, . . . M. N. Mayer, *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe* (old.: 140-174.). Budapest: Műszaki Könyvkiadó Kft.
- Nagy, L. (2008.). Kompetenciaprofilok. In L. Zachár, *A szakképzés rendszere* (old.: 19-21.). Budapest: Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet.
- Nahalka, I. (2004.). Az adatok elemi vizsgálata. In I. Falus, *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe* (old.: 357-400.). Budapest: Műszaki könyvkiadó.
- Naidoo, J., Wills, J. (1999.). Egészségmegőrzés gyakorlati alapok. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Németh, Á. (2016.). Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése. *Egészségfejlesztés*, 57.(1.), 60-61.
- Németh, Á., Költő, A. (2016.). Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014 Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: NEFI.
- Nyárasdy, I., Bánóczy, J. (2009.). Preventív fogászat. Budapest: Medicina Könyvkiadó ZRt.
- Nyírády, A. (dátum nélk.). A drogfogyasztás nemzetközi indikátorai. Letöltés dátuma: 2017. 05.10. Szöveggyűjtemény http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/0010_2A_24_A_Drogyfogyasztas_nemzetkozi_indikatora_i_szoveggyujtemeny_Szerk_Nyiradi_Adrienn_/index.html.

- Odor, A. (2010.). Összefoglaló a „főállású” iskola-védőnői ellátás szervezési és működési feltételeinek szakfelügyeleti vizsgálatáról (2008-2009). Budapest: ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal Egészségügyi Igazgatási Főosztály.
- Odor, A., Tóth, G., Csordás, Á. (2004.). A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. Budapest: Országos Tisztifőorvosi Hivatal.
- Pakai, A., Kívés, Z. (2013.). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségügyi kutatásokban. *Nővér*, 26.(3.), 20-43.
- Pál, K., Harjáné Brantmüller, É. (2012.). A pedagógusképzés és a jövő pedagógusai előtt álló kihívások az egészségnevelés és az egészségfejlesztés területén. *HERJ - Hungarian Educational Research Journal*, 2.(2.), 1-7.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., Jámbori, S. (2017.). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 18.(3.), 230-262.
- Patel, A., Donegan, D., Albert, T. (2007.). The 36-item short form. *J Am Acad Orthop Surg*, 15.(2.), 126-134.
- Paulus, P. (1995.). Die Gesundheitsfördernde Schule. *Die Deutsche Schule*.
- Pék, E., Mártai, I., Marton, J., Betlehem, J. (2013.). A mentődolgozók egészségi állapotának vizsgálata generikus kérdőívvel (SF-36) | Health survey of ambulance workers with the help of generic questionnaire (SF-36). *Orvosi Hetilap*, 154.(47.), 1865–1872.
- Petőné Csima, M. (2011.). A szubjektív életminőség és az egészségmagatartás vizsgálata középiskolások körében. In L. Barkóczy, K. Hajdicsné Varga, *Nevelés és társadalom: Hagyomány és megújulás* (old.: 241-253.). Kaposvár: Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar.
- Pikó, B. (2002.). Egészségpszichológia. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Pikó, B. (2003.). Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány, CVII. – új folyam XLVII.*(11.), 1381-1394.
- Pikó, B. (2006.). Orvosi szociológia. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Pintér, A. (1998.). A magyar iskola-egészségügy. In A. Aszmann, *Az iskola-egészségügy kézikönyve* (old.: 8-13.).
- Pintér, A. (2005.). Az iskolák egészségügyi ellátása, az ellátásra vonatkozó jogi szabályozás áttekintése. In A. Aszmann, D. Békefi, *Iskola-egészségügy*

- gyakorlati ismeretek oktatási intézményeket ellátó orvosok és védőnők számára* (old.: 4-13.). Budapest: Országos Gyermkegészségi Intézet.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Kalimo, R., Heinsalmi, P. (1999.). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social Science Medicine*, 49.(1.), 109-120.
- Pribék, I. K., Jámbori, S. (2017.). A kapunyitási pánik és az észlelt társas támogatás összefüggéseinek vizsgálata szegedi egyetemisták körében. *Magyar Pedagógia*, 117.(2.), 139-152.
- Püski, L., Barta, R., Gyarmati, G. (2000.). Természeti környezet, népesség és társadalom, egyházak és felekezeteK, gazdaság. Népesség és társadalom. Demográfiai jellemzők és folyamatok. In L. Bekeny, R. Dányi, T. Kollega, I. Püski, *Magyarország a XX. században 2. kötet* (old. 147.) Budapest: Babits Kiadó.
- Raisz, G. (1869.). Közegészségi teendők iskoláink körében. *A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók munkálatai*, 14, 247-260.
- Ratalics, Á. (2002.). Az egészségfejlesztés fogalmának változása Magyarországon, egészségfejlesztési programok tervezése és megvalósítása. *Egészségnevelés*, 43.(2.), 89-91.
- Rippon, S., Hopkins, T. (2015.). Head, hands and heart: asset-based approaches in health care. A review of the conceptual evidence and case studies of asset-based approaches in health care and wellbeing. London: The Health Foundation.
- Sandén-Eriksson, B. (2001.). Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J. Adv. Nurs.*, 31.(6.), 1393-1397.
- Sántha, K. (2006.). Mintavétel a kvalitatív pedagógiai kutatásban. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Seligman, M., Parks, A., Steen, T. (2004.). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of The Royal Society*(359.), 1379-1381.
- Simonyi, I. (2004.). Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Budapest: Oktatási Minisztérium.
- Sipos, E., Jeges, S., Tóth, Á. (2015.). Sport, sense of coherence, and self-esteem among 16 and 17 year olds. *European Journal of Mental Health*, 10.(1.), 62-78.
- Skrabski, Á., Kopp, M., Rózsa, S., Réthelyi, J. (2004.). A koherencia mint lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *MP*, 5.(1.), 7-25.

- Solymossy, J. B. (2016.). Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció. *Egészségfejlesztés*, 57.(1.), 53-54.
- Solymossy, J. B., Koós, T. (2016.). Irányelv bemutató - közösségi szintér - egészség(fejlesztési)terv(ezés). *Egészségfejlesztés*, 57.(2.), 75-78.
- Somhegyi, A. (2012.) a. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvény elősegíti a teljes körű iskolai egészségfejlesztés módszerszerű megvalósítását I. rész. *Gyermekgyógyászat*, 63.(6.), 326-329.
- Somhegyi, A. (2012.) b. A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés országos megvalósítását elősegítő elemek a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvényben. *Népegészségügy*, 90.(3.), 202-213.
- Somhegyi, A. (2016.). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, 2.(4.), 61-80.
- Szabó, L. T. (1988.). A " rejtett tanterv". Budapest: Magvető.
- Szabolcs, É. (2001.). Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában. Műszaki Könyvkiadó: Budapest.
- Szabolcs, É. (2011.). A tartalomelemzés folyamata. In I. Falus, I. K. Tóth , I. Bábosik, E. Réthy, É. Szabolcs, I. Nahalka, . . . M. N. Mayer, *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe* (old.: 275-276.). Budapest: Műszaki Könyvkiadó Kft.
- Szeles, V., Lukáts, Á., Székely, L. (1998.). A magyar iskolaegészségügy története a jogforrások tükrében. *Budapesti Közegészségügy*, 30.(3.), 217-226.
- Szende, Á., Williams, A. (2004.). Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. 2004. EuroQol Group.
- Szende, Á., Bas, J., Cabases, J. (2014.). Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. London: Springer Open.
- Szovák, E., Jeges, S., Tóth, Á. (2012.). Sportrekreációs tréning program hatásvizsgálata : Bizonyíték, nem csak gyakorlat. *Rekreacio.eu*, 2.(2.), 42-46.
- Tahin, E. (2010.). „Elérkezettnek látszik tehát az idő, ...hogy itt közegészségtani tanszék felállíttassék”. In K. Kapronczay, L. A. Magyar, E. Schultheisz, P. Sótonyi, B. Varga, *Három orvostörténész köszöntése* (old.: 201-214.). Budapest: A Magyar Tudománytörténeti Szemle Könyvtára.
- Tigyiné Pusztafalvi, H. (2011.). *Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmus korától a második világháború végéig Doktori (PhD) értekezés*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar „Oktatás és Társadalom” Neveléstudományi Doktori Iskola.

- Tigyiné Pusztafalvi, H. (2013.). Az egészségnevelés intézményesülésének története. *Educatio*, 22.(2.), 224-234.,
- Tóth, Á. (2014.). Egészségtan, iskolai egészségtan. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Természettudományi Kar Sporttudományi és Testnevelési Intézet.
- Török, K. (Szerk.). (2015.). Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció. Letöltés dátuma: 2017.. 08. 18., forrás: <http://projektek.egeszseg.hu/documents/17618/2222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+Iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s+Koncepci%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe>
- Valek, A. (2006-2016.). Összefoglaló jelentés a 2005/2006. – 2015/2016. tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról. Budapest: Országos Gyermkegészségügyi Intézet.
- Varga, K. (2005.). A szalutogenezisről - képből és fogalomban. *Egészségfejlesztés*, 46.(3.), 15-22.
- Varsányi, P., Vitrai, J. (2017). Egészségjelentés 2016 Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Veres-Balajti, I., Bíró, É., Ádány, R., Kósa, K. (2013.). Tanárjelöltek egészségi állapota és egészségszemlélete. *Educatio*, 22.(2.), 201-212.
- Veresné Balajti, I. (2010.). Egyetemi hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása. Egyetemi Doktori (Ph.D.) Értekezés. Debrecen: Debreceni Egyetem Egészségtudományi Doktori Iskola.
- Verses, I., Kiss, J. (2007.). Az egészségfejlesztés útja az Ottawai Chartától napjainkig: globalizáció és egyenlőtlenség. *Egészségfejlesztés*, 48.(3.), 28-32.
- Vieno, A., Perkins, D. D., Smith, T. M., Santinello, M. (2005.). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36.(3-4.), 327-341.
- Vinja, H. F., Langeland, E., Bul, T. (2017.). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In M. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, B. Georg, J. Pelikan, B. Lindstrom, G. A. Espnes, *The Handbook of Salutogenesis* (old.: 25-42.). Switzerland: Springer.

- Vitrai, J., Varsányi, P. (2015.). Egészségjelentés 2015. Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Volanen, S.-M. (2011.). Sense of coherence Determinants and Consequences Academic Dissertation. Helsinki, Finland: Hjelt Institute Department of Public Health Faculty of Medicine University of Helsinki.
- Ware, J., Sherbourne, C. (1992.). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*, 30.(6.), 473-483.
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993.). SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute; Boston, MAB.
- World Health Organization. (2010.). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Switzerland: World Health Organization.
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., Farley, G. (1998.). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52.(1.), 30-41.
- Zsindely, S. (1936.). A magyar iskolaegészségügy történelmi emlékei . *Iskola és egészség*, 4.(3.), 201-211.
- Zsíros, E., Balku, E., Vitrai, J. (2016.). Egészségkommunikációs Felmérés eredményei II. - iskolai felmérés. *Egészségfejlesztés*, 57.(3.), 21-39.

10.2. Idézett jogszabályok

- Az 1777-IK1 Ratio Educationis. 1993. In G. Kornis, G. Kornis (Szerk.). Budapest: A Kath. Középiskolai Tanáregyesület.
1948. évi XII. törvény az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának becikkelyezéséről
1997. évi CLIV. törvény egészségügyről
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet iskola-egészségügyi ellátásról
- 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról
- 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról
- Európai Unió Alapjogi Chartája 35. cikk. Az Európai Unió Hivatalos Lapja 2010. 53. C 83 p. 397.

11. Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek Prof. Dr. Benkő Zsuzsannának, akinek kimagasló szakmai tudása, embersége példaértékű számomra.

Köszönöm munkahelyi vezetőimnek, kollégáimnak, barátaimnak a kutatás támogatását, a segítséget, az inspirációt.

A legnagyobb köszönettel szeretteimnek, férjemnek, családomnak tartozom.

12.Melléklet

12.1. 1. számú melléklet Kvantitatív kutatás kérdőíve

Kedves Diák/Diáklány!

Karácsony Iлона vagyok a a PTE Bölcsészettudományi Kar Oktatás és Társadalom Neveléstudományi Doktori Iskolájának hallgatója. Kutatásomat „**Az iskolavédőnői ellátás, mint erőforrás az egészségfejlesztésben**” témakörben végezem, a négy évfolyamos nappali rendszerű gimnáziumi képzésben tanulmányaikat folytató tanulók véleményének megismerésével, melyhez kapcsolódó felmérésben kérem részvételeidet.

A témával kapcsolatban, hogy megbízható és érvényes információkat szerezzek, arra kérlek, a lehető legpontosabb válaszokat adjál, (kérem, a kívánt választ aláhúzással jelöld, ettől eltérő válaszadásodat az adott kérdésnél jelölöm). A kérdőív kitöltése önkéntes, anonim módon (név nélkül) történik.

E kérdőív kitöltése nagy segítséget jelentene számomra, nemcsak a disszertációm elkészítésében, hanem elkövetkezendő munkámban is!

Köszönöm a segítségedet!

I.

1. **A jelenlegi életkorod:**év

2. **Osztályod:** évfolyam

3. **Nemed:** férfi nő

4. **Milyen településen élsz, mint állandó lakos?**

- a) megyeszékhely
- b) város
- c) falu/község
- d) egyéb, éspedig:.....

5. **Ha nem az iskolával azonos településen laksz, lakhelyedet illetően, melyik jellemző Rád?**

- a) kollégista vagyok
- b) albérletben lakom
- c) rokonoknál/nagyszüleimnél lakom
- d) bejárós vagyok

6. **Szüleid iskolai végzettsége: (megfelelő téglalapba tegyél X-et!)**

	édesanya	édesapa
nem fejezte be az általános iskolát		
általános iskolát végzett		
szakmunkásképzőt /szakiskolát végzett		
szakközépiskolát végzett		
gimnáziumot végzett		
felsőfokú szakképzést végzett		
főiskolát végzett		

egyetemet végzett		
nem tudom		

7. Húzd alá azon személyeket akivel, akikkel együtt élsz?

- a) Édesanya
- b) Édesapa
- c) Nevelőanya
- d) Nevelőapa
- e) Nagymama
- f) Nagypapa
- g) Gyermekotthon
- h) Valaki más.....
- i) Fiútestvérek (száma)..... fő
- j) Lánytestvérek (száma) fő

II. Egészségi állapot

Kérdőív ezen része azt vizsgálja, hogy mi a Te véleményed a saját egészségi állapotodról.

8. Hogyan jellemeznéd egészségedet? (válaszodat x-vel jelöld meg)

Kitűnő	Nagyon jó	Jó	Tűrhető	Rossz

9. Az elmúlt négy héten hogyan érezted magadat. Minden kérdésnél kérlek, azt az egy választ jelöld meg, amely a legközelebb áll Hozzád. (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	Mindvégig	Az idő legnagyobb részében	Meglehetősen sokat	Az idő kis részében	Az idő nagyon kis részében	Egyáltalán nem
Tele voltál életkedvvel						
Nagyon ideges voltál						
Annyira magad alatt voltál, hogy semmi sem tudott felvidítani						
Nyugodtnak és békésnek érezted magadat						
Tele voltál energiával						
Szomorúnak és kedvetlennek érezted magadat						
Kimerült voltál						
Boldog embernek érezted magadat						
Fáradt voltál						

10. Az elmúlt négy hét során befolyásolta-e testi vagy lelki állapotod személyes kapcsolataidat (például barátok, rokonok meglátogatása, stb.) (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

Mindvégig	Az idő legnagyobb részében	Az idő kis részében	Az idő nagyon kis részében	Egyáltalán nem

11. Mennyire igazak a következő állítások a Te esetében? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

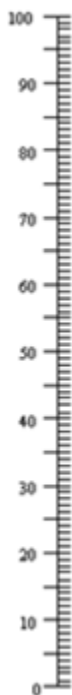
	Teljesen igaz	Többnyire igaz	Nem tudom	Inkább nem igaz	Egyáltalán nem igaz
Könnyebben betegszem meg, mint mások					
Olyan egészséges vagyok, mint bárki más					
Romlik az egészségem					
Makkegészséges vagyok					

12. Az elmúlt 6 hónapban milyen gyakran érezted a következőket? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	Szinte naponta	Hetente többször	Kb. hetente	Kb. havonta	Ritkábban	Soha
Fájt a fejem						
Fájt a gyomrom és a hasam						
Fájt a hátam						
Kedvetlen, rosszkedvű voltam						
Ingerlékeny, indulatos, veszekedős voltam						
Ideges voltam						
Nem tudtam elaludni						
Szédültem						
Fáradt, kimerült voltam						

13. Kérlek, jelöld be ezen a skálán egy x-vel, hogy véleményed szerint mai egészségi állapotod mennyire jó vagy rossz.

A skála 0 pontja az elképzelhető legrosszabb, míg a 100 az elképzelhető legjobb egészségi állapotot tükrözi.



III. Az iskolavédőnői ellátás

Kérdőív ezen része a Te véleményed vizsgálja az iskolavédőnői ellátásról, illetve annak igénybevételéről.

14. Mikor általános iskolába jártál, hogyan emlékszel vissza, Te milyen gyakran találkoztál a védőnővel általában egy tanév során az iskolában?

hetente többször	kb. hetente	havonta 2-3 alkalommal	kb. havonta	fél-évente	ritkábban	soha	nem tudom

15. Mikor általános iskolába jártál számodra fontos volt-e az iskolavédőnő jelenléte az iskolában?

nagyon fontos	fontos	kevésbé fontos	nem fontos

16. A gimnáziumba kerülésedet követően tájékoztattak-e az iskolában igénybe vehető iskolavédőnői ellátásról? (soronként több válasz is jelölhetsz)

	írásban kaptam tájékoztatását	szóban kaptam tájékoztatást	nem kaptam tájékoztatást
osztályfőnököm			
.....szakos tanárom			
iskolavédőnő			
egyéb			

17. A gimnáziumba kerülésedet követően Te magad tájékoztáltál-e az iskolában igénybe vehető iskolavédőnői ellátásról? (több választ is jelölhetsz)

- a) osztályfőnökömtől
- b)szakos tanáromtól
- c) iskolavédőnőtől
- d) iskolaorvosi rendelő várótermében lévő faliújságról
- e) iskola honlapjáról
- f) barátaimtól
- g) egyéb
- h) nem tájékoztam

18. Az iskolavédőnői ellátás igénybevételével kapcsolatban tájékoztattak-e vagy tájékoztáltál-e? (soronként több választ is jelölhetsz)

	hol található	mikor kereshetem fel	miért – milyen problémámmal fordulhatok a védőnőhöz
tájékoztattak az iskolavédőnői ellátásról, hogy			
én tájékoztam az iskolavédőnői ellátásról, hogy			

19. Számodra mennyire könnyen elérhető az iskolában a védőnő?

igen könnyen	könnyen	inkább nehezen	nagyon nehezen	nem elérhető/ nem tudom megítélni

20. Az iskolavédőnői munkaszoba – iskolaorvosi rendelő - váróterem környezetében lévő plakátokat, tájékoztató anyagokat, szórólapokat milyennek ítéled meg?

egészségre hívja fel a figyelmet	elsősorban az egészségre, de kis részben a veszélyekre figyelmeztet	elsősorban a veszélyekre figyelmeztet	csak a veszélyekre hívja fel a figyelmet	sem az egészségre, sem a veszélyekre nem hívja fel a figyelmet / nem tudom megítélni

21. Milyen gyakran találkoztal ebben a tanévben az iskolavédőnővel? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	hetente többször	kb. hetente	havonta 2-3 alkalommal	kb. havonta	félévente	ritkábban	soha
Szűrővizsgálatok során							
Tanítási órán egészségfejlesztési célú foglalkozáson?							
Tanítási órán kívüli egészségfejlesztési célú foglalkozáson?							
Tanítási szünetekben (folyosón, udvaron, étkezőben stb..)							
Felkeresed-e az iskolavédőnőt a fogadóóráján?							
Az iskolavédőnő megkeresett-e Téged?							

Ha ebben a tanévben nem kerested a védőnőt a fogadóóráján ugorj a 22. kérdéshez!

Ha felkerested ebben a tanévben az iskolavédőnőt a fogadóóráján, kérem, nevezd meg, hogy miért?

.....
.....

Ebben a tanévben felkerestem a védőnőt a fogadóóráján.....(db) alkalommal.

Általában kivel/kikkel kerested fel az iskolavédőnőt a fogadóóráján? (leginkább jellemző egy választ jelöld meg)

- a) egyedül
- b) barátaimmal
- c) osztálytársaimmal közösen

22. Ebben a tanévben tanóra keretében milyen témákban tartott egészségfejlesztési célú foglalkozást az iskolavédőnő?

.....
.....

23. Ebben a tanévben, az iskolában szervezett-e a védőnő tanórán kívüli egészségfejlesztést?

- a) igen
- b) nem

Ha igen részt vettél-e rajta?

- a) igen
- b) nem

Kérlek, sorold fel ezen egészségfejlesztési programok témáit:

.....
.....

24. Van-e valamilyen tartós (krónikus) betegséged, fogyatékoságod vagy egészségügyi problémád (cukorbetegség, szívbetegség, ízületi gyulladás, allergia, születés közben szerzett sérülés stb.), amit orvos állapított meg?

- a) igen
- b) nem

Ha nincs ilyen betegséged, kérem ugorj a 28. kérdéshez!

25. Szükséged van-e valamilyen kezelésre (gyógyszeres, mozgásterápia, táplálkozásterápia, egyéb ...) emiatt a tartós betegség, fogyatékoság vagy egészségi problémád miatt?

- a) igen
- b) nem

26. Ezzel a betegségeddel kapcsolatban, milyen gyakran találkoztál ebben a tanévben a védőnővel? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	hetente többször	kb. hetente	havonta 2-3 alkalommal	kb. havonta	félévente	ritkábban	soha
A védőnő keresett meg engem							
Én kerestem meg a védőnőt							

27. Mit gondolsz a védőnővel való személyes találkozás, mennyire segíti elő betegséged gyógyulását/karbantartását?

teljes mértékben segíti	nagymértékben segíti	segíti	nem segíti	nem tudom megítélni

Ha úgy érzed a védőnő személyes tanácsadása betegséggeddel kapcsolatban segítség számodra, kérem indokold meg, hogy miért?

.....

.....

28. Hogyan vélekedsz az iskolavédőnő tevékenységéről? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

AZ ISKOLAVÉDŐNŐ	teljesen egyetértek	egyetértek	részben egyetértek, részben nem	nem értek egyet	nem tudom megítélni
figyel a testi problémáimra					
figyel a lelki, érzelmi problémáimra					
bátran felkereshetem testi problémáimmal					
bátran felkereshetem lelki, érzelmi problémáimmal					
bátran felkereshetem saját magam is szűrővizsgálat céljából					
mikor szükségem van a védőnőre megtalálom					
fontosnak tartom a tanácsait					
elfogadom a tanácsait					
megbízom a tanácsaiban					

29. Mit gondolsz, milyen mértékben segíti elő a Te egészségedet az iskolavédőnő tevékenysége? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	nagy-mértékben segíti	inkább segíti	inkább nem segíti	egyáltalán nem segíti	nem tudom megítélni
szűrővizsgálatok révén					
tanórai egészségfejlesztés során					
tanórán kívüli egészségfejlesztés kapcsán					
védőnői fogadóóra alkalmával					
egyéb					

30. Az iskolavédőnév tevékenységére vonatkozólag mennyire értesz egyet a felsorolt állításokkal? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

AZ ISKOLAVÉDŐNŐ	teljesen igaz	többnyire igaz	inkább igaz	egyáltalán nem igaz	nem tudom megítélni
betegségeket, egészségügyi problémákat hangsúlyozza					
testi egészségről ad információt					
foglalkozások során előad, magyaráz - hallgatni, figyelni kell					
segít, hogy problémáim esetén kihez, hova, mikor és hogyan fordulhatok segítségért					
bátorít, hogy tudok változtatni az egészségemmel kapcsolatos nézeteimen, magatartásomon					
ismeretet ad, amelyek jobbra teszik az egészségemet					
kockázatokra, veszélyekre figyelmeztet					
egészségemmel kapcsolatban gondolkodásra ösztönöz					
egészségről szóló foglalkozások során cselekvésre, aktivitásra ösztönöz					
teljes lényemre figyel, figyelembe veszi lelki, értelmi, fizikai és a szociális állapotomat is					

31. Hol kapsz, vagy milyen fórumon folyamatos információt az egészségeddel kapcsolatos témákról az iskolavédőnévtől? (több válasz is jelölhetsz)

- iskola honlapja
- iskolaorvosi rendelő faliújságja – váróterme
- iskolaújság, prospektusok
- interaktív kiállítások
- egyéb
- nem kapok információt

32. Hol igényelnél folyamatos információt az egészségeddel kapcsolatos témákról az iskolavédőnévtől? (több válasz is jelölhetsz)

- iskola honlapja
- iskolaorvosi rendelő faliújságja – váróterme
- iskolaújság, prospektusok
- interaktív kiállítások
- egyéb
- sehol nem igénylem

33. Számodra fontos-e ahol most tanulsz, ebben az iskolában az iskolavédőnév jelenléte?

nagyon fontos	fontos	kevésbé fontos	nem fontos

34. Miért fontos Neked, hogy van az iskolában iskolavédőnő?

.....
.....

35. Az iskolavédőnőjétől kapsz-e ismeretet az egészséggel, az egészséges életmóddal kapcsolatban?

a) igen b) nem

Ha, igen ezt a védőnőtől kapott ismeretet általában nagyon soknak- soknak, elegendőnek vagy kevésnek érzed-e?

nagyon sok	sok	elegendő	kevés

Ha, igen ezt a védőnőtől kapott ismeretet mennyire érzed hasznosnak?

nagyon hasznos	hasznos	kevésbé hasznos	alig használható

36. Hogy érzed az iskolavédőnőjének tevékenysége változtat-e az egészséggel kapcsolatos szemléleteden? Jelöld meg azt az állítást, amelyik legjobban kifejezi a véleményedet!

igen nagymértékben	nagymértékben	kismértékben	igen kis mértékben	nem tudom megítélni

37. Mennyire vagy elégedett az iskolavédőnő munkájával! Jelöld meg azt a számot, amely legjobban kifejezi a véleményedet! 4-es nagyon elégedett vagyok, 1-es válasz egyáltalán nem vagyok elégedett.

4	3	2	1

38. Az iskolavédőnő minta-e számodra egészségmagatartás szempontjából?

a) igen b) nem

39. Milyen egészségfejlesztési témában szeretnél ismeretet kapni a védőnőtől?

.....
.....

Milyen módon? (több választ is jelölhetsz)

- a) tanóra
- b) tanórán kívül
- c) honlap
- d) facebook
- e) skype
- f) telefon
- g) előadás - beszélgetés
- h) kiscsoportos foglalkozás

IV. Egységmagatartás – rizikómagatartás

40. Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni?

tanítási napokon	a hét folyamán					
	ötször	négyyszer	háromszor	kétszer	egyszer	soha

hétvégén	soha	szombaton és vasárnap is	csak az egyik napon

41. Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat?

	minden nap többször is	minden nap egyszer	hetente 5-6-szor	hetente 2-4-szer	hetente egyszer	ritkábban, mint hetente	soha
gyümölcs							
zöldségek							
édességek(cukorka, csokoládé)							
kóla vagy más édes üdítőital							
energiaital							

42. Milyen gyakran mosol fogat?

- a) Naponta többször
- b) Naponta egyszer
- c) Legalább hetente egyszer, de nem minden nap
- d) Ritkábban, mint hetente
- e) Soha

43. Gondolj az elmúlt 7 napra, és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozogtál? (Számítsd bele az iskolai testnevelés órákat is. Ha pl. egy napon délelőtt is és délután is mozgatsz 30–30 percet, akkor az egy napon 60 percnak számít.)

7 napon	6 napon	5 napon	4 napon	3 napon	2 napon	1 napon	0 napon

44. Iskolai tanórákon kívül: milyen gyakran végzel olyan kiadós mozgást a szabadidődben, amitől megizzadsz?

Naponta	Hetente 4-6 alkalommal	Hetente 2-3 alkalommal	Hetente 1 alkalommal	Havonta	Ritkábban, mint havonta	Soha

45. Iskolai tanórákon kívül: hetente hány órát mozgatsz a szabadidődben úgy, hogy megizzadsz?

7 órát vagy többet	Kb. 4-6 órát	Kb. 2-3 órát	Kb. 1 órát	Kb. 1/2 órát	Semmit

46. Hány centi magas vagy cipő nélkül?cm

47. Hány kg vagy ruha nélkül?kg

48. Milyennek tartod magadat?

- a) Túl soványnak
- b) Egy kicsit soványnak
- c) Körülbelül megfelelőnek
- d) Egy kicsit kövérnek
- e) Túl kövérnek

49. Dohányoztál-e már életedben, ha igen, hány alkalommal?

- a) egyszer sem
- b) egyszer-kétszer
- c) háromszor-ötször
- d) hatszor-kilencszer
- e) 10-19-szer
- f) 20-39-szer
- g) 40-szer vagy többször

50. Milyen gyakran dohányoztál az elmúlt 30 napban?

- a) egyáltalán nem
- b) egy cigarettánál kevesebbet hetente
- c) egy cigarettánál kevesebbet naponta
- d) naponta 1-5 szálat
- e) naponta 6-10 szálat
- f) naponta 11-20 szálat
- g) naponta több mint 20 szálat

51. Hány éves korodban próbáltad ki először a következőket? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	soha	9 évesen vagy korábban	10 évesen	11 évesen	12 évesen	13 évesen	14 évesen	15 évesen	16 évesen vagy később
elszívtam az első cigarettát									
rendszeresen, naponta cigarettáztam									

52. Hány alkalommal fogyasztottál szeszesítalt? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40-nél többször
életed során							
az utóbbi 12 hónapban							
az utóbbi 30 napban							

53. Hány éves korodban próbáltad ki először a következőket? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	soha	9 évesen vagy korábban	10 évesen	11 évesen	12 évesen	13 évesen	14 évesen	15 évesen	16 évesen vagy később
sört ittam, legalább egy pohárral									
alkoholtartalmú üdítőt ittam legalább egy pohárral									
bort ittam legalább egy pohárral									
égetett szeszt ittam (pálinka) legalább egy pohárral									
berúgtam									

54. Gondold végig az utóbbi 30 napot! Hányszor ittál a következő italokból? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40-nél többször
sör (ne számítsd bele az alkoholmentes sört)							
előre összeállított alkoholtartalmú üdítőital (pl. smash, bacardi breezer,)							
bor (pezsgő)							
égetett szeszek (pl. likőr, pálinka)							

55. Hányszor fordult elő Veled, hogy annyit itál, hogy berúgtál? Például támo­lyogtál járás közben, akadozott a beszé­ded, hánytál, vagy nem emlé­keztél mi történt előzőleg? (minden sorban csak egy x-et jelölj meg)

	0-szor	1-2-szer	3-5-ször	6-9-szer	10-19-szer	20-39-szer	40-nél többször
az életed során							
az elmúlt 12 hónapban							
az elmúlt 30 napban							

V. Koherencia – érzet mérése

56. Az alábbiakban egy kérdéssorozatot találsz, amely az élet különböző dolgaira vonatkozik. Minden egyes kérdésre hétféle válasz adható. Jelöld meg azt a számot a skálán 1 és 7 között, amely legjobban kifejezi a véleményedet.

1) Van olyan érzésed, hogy nem igazán érdekel mi történik a környezetemben?

1 2 3 4 5 6 7

nagyon ritkán vagy soha

nagyon gyakran

2) Történt már Veled, hogy meglepődtél olyan emberek viselkedésén, akikről azt gondoltad, hogy jól ismered őket?

1 2 3 4 5 6 7

soha nem történt meg

mindig ez történik

3) Csalódtál már olyan emberben, akiben megbíztál?

1 2 3 4 5 6 7

sohasem fordult elő

mindig ez történt

4) Eddigi életemnek:

1 2 3 4 5 6 7

egyáltalán nem volt világos célja és értelme

nagyon határozott célja és értelme volt

5) Van olyan érzésed, hogy igazságtalanul bánnak Veled?

1 2 3 4 5 6 7

nagyon gyakran

nagyon ritkán vagy soha

VI. Az iskola szerepe

57. Hogyan érzel az iskolád iránt? Szereted-e az iskoládat?

- a) Nagyon szeretem
- b) Egy kicsit szeretem
- c) Nem nagyon szeretem
- d) Egyáltalán nem szeretem

58. Mennyire nyomasztanak az iskolai feladatok?

- a) Egyáltalán nem
- b) Egy kicsit
- c) Eléggé
- d) Nagyon

59. Szerinted a tanáraid hogyan értékelik az iskolai teljesítményedet?

- a) A legjobb tanulók közé sorolnak
- b) A jó tanulók közé sorolnak
- c) Az átlagos tanulók közé sorolnak
- d) Az átlagosnál rosszabb tanulók közé sorolnak

60. Hogyan vélekedsz általában a tanáraidról?

	Teljesen egyetérték	Egyetérték	Részben egyetérték, részben nem	Nem értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
Tanáraim elfogadnak olyannak, amilyen vagyok					
Tanáraimat érdekli, hogy milyen az egyéniségem					
Nagyon megbízom a tanáraimban					

61. Hogyan vélekedsz az osztálytársaidról?

	Teljesen egyetérték	Egyetérték	Részben egyetérték, részben nem	Nem értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
Osztályom tanulói szívesen vannak együtt					
Osztálytársaim többsége kedves és segítőkész					
Osztálytársaim elfogadnak olyannak, amilyen vagyok					

62. Van-e olyan tanárod, aki minta számodra egészségmagatartás szempontjából?

- a) van
- b) nincs

VII. Társas támogatás

63. Kérem, minden sorban x-vel jelöld, hogy mennyire igazak Rád az alábbi állítások!

	Egyáltalán nem	Inkább nem	Is-is	Inkább igen	Teljes mértékben
1. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akire számíthatok, ha szükségem van rá.					
2. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akivel meg tudom osztani az örömeimet és a bánatomat.					
3. A családomra mindig számíthatok.					
4. Megkapom a családomtól azt az érzelmi segítséget és támogatást, amelyre szükségem van.					
5. Barátaimra mindig számíthatok.					
6. Tudok a problémáimról beszélni a családommal.					
7. Vannak barátaim, akikkel megoszthatom az örömeimet és a bánatomat.					
8. Van legalább egy olyan fontos személy az életemben, aki törődik az érzéseimmel.					
9. A családom szívesen segít a döntéseim meghozatalában.					
10. Meg tudom beszélni a problémáimat a barátaimmal.					

12.2. 2. számú melléklet Fókuszcsoportos beszélgetéshez kapcsolódó interjúvázlat

Bevezető – beleegyezés kérése:

1. Moderátorok bemutatkozása:

- Dr. Pachner Orsolya pszichológus a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának oktatója
- Karácsony Ilona védőnő, pedagógus a PTE Bölcsészettudományi Kar Oktatás és Társadalom Neveléstudományi Doktori Iskolájának hallgatója.

2. „Az iskolavédőnői ellátás, mint erőforrás az egészség fejlesztésében” témakörben folyó felmérésben kérjük a részvételt. A kutatás gimnáziumi képzésben tanulóit folytató tanulók kérdőíves megkérdezésével és főállású iskolavédőnők véleményének megismerésével történik fókuszcsoportos interjú segítségével.

A fókuszcsoportos beszélgetés kötetlen légkörében a résztvevőknek spontán módon nyílik lehetősége a kutatási témák, hipotézisek véleményezésére. A fókuszcsoportos interjú időtartama 1,5-2 óra. Az interjúról hangfelvétel készül, a hanganyagából részletes jegyzőkönyv íródik.

A hangfelvétel készítése, csak a résztvevők írásbeli beleegyezését követően történhet, ezért erről kérjük a megjelentek nyilatkozat tételét.

Nyitókérdés:

1. *Kérem, mutatkozzanak be, és mondjanak pár szót arról/azokról az iskolákról, ahol dolgoznak (iskola-egészségügyi team, iskola típus, tanulói – dolgozó létszám)!*

Bevezető, átvezető kérdés:

2. Asszociációk – flipchart táblára - *Kérem, írják le, mi az a legelső szó, ami eszükbe jut, ha azt mondom: ...*

- egészség
- egészségfejlesztés
- iskolai egészségfejlesztés (egészségnevelés)

A fogalmakhoz kapcsolódó egyéni asszociációkat követően a csoport általi egészség, egészségfejlesztés, iskola egészségfejlesztés (egészségnevelés) fogalom meghatározása konszenzus kialakítása a fogalmak definiálásában.

Kulcskérdések:

3. *Milyen feladatai vannak az iskolavédőnőnek / ifjúsági védőnőnek, valamint kikre irányul a feladatellátása, kikkel együtt végzi a tevékenységét?*

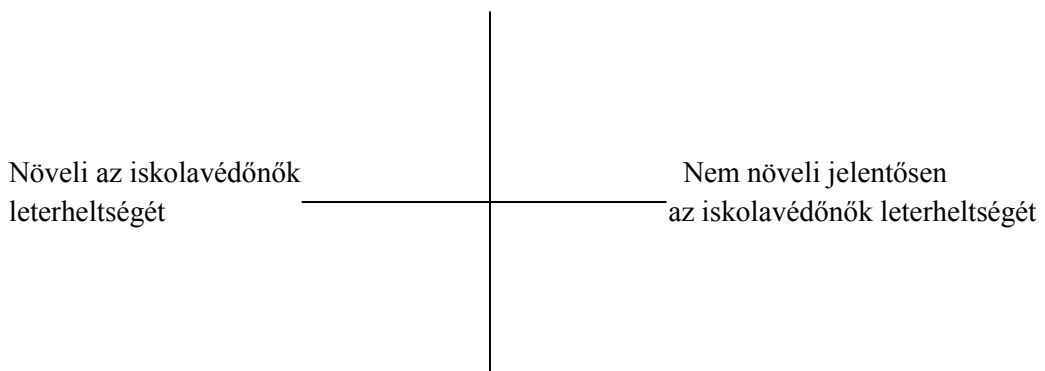
Kérdésre adott válaszokat követően, csoporton belüli konszenzus megfogalmazása az iskolavédőnő/ifjúsági védőnő feladatairól, célcsoportjairól, partnereiről.

Az egyes felsorolt feladatok százalékos arányban, hogyan oszlanak meg, az összes védőnői munkához viszonyítva? Konszenzus kialakítása.

4. *Az „ideális egészségfejlesztő iskolavédőnői ellátás” megkérjük a résztvevőket, hogy képzeletükben változtassák meg az ellátást olyan módon, hogy az még jobban vagy a lehető legjobban feleljen meg igényeiknek. A jövőbeni vágyott kép megfogalmazása, nincsenek korlátok, bátran engedjék el a fantáziájukat. Az iskolavédőnő/ ifjúsági védőnő feladatai az iskolai egészségfejlesztésben:*

- Closed Door „(zárt ajtó)” módszer
- *„Képzeld el, hogy egy hosszú folyosón mennek, amelyről ajtók nyílnak. Az egyikre az van írva: «ideális egészségfejlesztők». Benyitnak. Kérem, mondják el, hogy milyen embereket, kiket látnak itt!”*
- *„Továbbmennek. A következő ajtóra az van írva: «az ideális egészségfejlesztő segítői». Ide is benyitnak... Kiket, milyen embereket látnak itt?”*
- Csoport konszenzus kialakítása a fentebbi kérdésekre adott válaszokban.
- Mapping - megkérjük a csoportot, hogy a szóba került minőségjavítási ötleteket, elképzeléseket helyezték el a következő „térképen”.

Jelentős erőforrás a tanulók egészségének fejlesztésében



Nem jelentős erőforrás a tanulók egészségének fejlesztésében

Záró kérdések:

5. *A „mindent összevéve” megkérjük a résztvevőket, hogy fogalmazzák meg legfontosabb véleményüket, vegyék figyelembe az elhangzottakat, és állapítsák meg, melyek a*

jelenben a legfontosabb feladatok az iskolavédőnő egészségfejlesztő munkájában, melyek lehetnek a jövőbeni teendők.

6. Az *összegző kérdés* a moderátorok röviden összefoglalják az elhangzottakat, majd megkérdezik a résztvevőket, hogy az megfelelő volt-e, van-e valami kiegészítenivalójuk.
7. A *záró kérdés* a moderátorok rövid áttekintést adnak a kutatás céljáról, majd felteszik a záró kérdést: *Kimaradt-e valami fontos az általa elmondottakból?*

12.3. Publikációs jegyzék

12.3.1. Doktori értekezés témaköréhez kapcsolódó publikációk:

- 1) Karácsony Ilona (2017): Az iskolák belső világának népegészségügyi szegmense a múlt és a jelen tükrében a jövő felé tekintve. In: Ács, K; Bódog, F; Mechler, M; Mészáros, O; Pónusz, R. (szerk.) VI. Interdiszciplináris Doktorandusz Konferencia 2017 Tanulmánykötet = 6th Interdisciplinary Doctoral Conference 2017 Conference Book. Pécs, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Doktorandusz Önkormányzat, pp. 262-270.
- 2) Karácsony Ilona (2018): Egészségről az iskolában - felvilágosítástól a fejlesztésig. Képzés és Gyakorlat: Training And Practice. 16 1 pp. 107-116.
- 3) Karácsony Ilona (2018): Az egészség - Antonovsky salutogenetikus szemléletének tükrében. Sport- és Egészségtudományi Füzetek. 2 :1 pp. 32-45.
- 4) Karácsony Ilona (2018): Az intézményesült iskola-egészségügyi ellátás részvétele az iskolai egészséges életmódra nevelésben, a felvilágosítástól a teljes körű fejlesztésig. In: Karlovitz, János Tibor (szerk.) Elmélet és gyakorlat a neveléstudományok és szakmódszertanok köréből Komárno, Szlovákia: International Research Institute. pp. 143-152.
- 5) Karácsony Ilona (2018): Iskola-egészségügyi ellátás feladatai az iskoláskorú gyermekek egészségének megerősítésében, fejlesztésében a salutogén koncepció tükrében. In: Keresztes G., Szabó Cs. (szerk.) Tavaszi Szél III. kötet. Budapest, Doktoranduszok Országos, pp. 294- 303.
- 6) Karácsony Ilona Iskola és egészségügy összekapcsolódása, az iskola és az egészségügy feladatai az egészséges életmódra nevelésben XI. Képzés és Gyakorlat konferencia kiadványa szakmai lektorálást követően elfogadott, megjelenésre vár

12.3.2. Doktori értekezés témaköréhez kapcsolódó előadások:

- 1) Karácsony Ilona (2017): EGÉSZség + FEJLESZTés = ? ≠ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS. A fantázia (erő)terei tudományos konferencia Kaposvár, 2017. március 17–18.
- 2) Karácsony Ilona (2017): Az iskolai környezet egészséget erősítő összetevői. (poszterelőadás) XV. Pedagógiai Értékelési Konferencia PÉK 2017 [CEA 2017] Szeged, 2017. április 6–8.
- 3) Karácsony Ilona (2017): Felvilágosítjuk, fenntartjuk, őrizzük, oktatjuk, neveljük, fejlesztjük a egészséget az iskolában. „Diverzitás a hazai és

nemzetközi neveléstudományi kutatásokban és a pedagógiai gyakorlatban”
X. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia
Sopron, 2017. április 27.

- 4) Karácsony, Ilona (2017): Iskolák egészségorientált belső világának eszközei és szereplői. Horizontok és Dialógusok III. konferencia. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet, Pécs, 2017. május 10-12.
- 5) Karácsony Ilona, Harjáné, Brantmüller Éva, Karamáné, Pakai Annamária (2017): Medikális prevenciók tevékenységei megjelenése és megszilárdulása a közoktatásban: Az iskolaegészségügyi ellátás kialakulása hazánkban. Nemzetközi Egészségtudomány-történeti Konferencia [International Conference on the History of Health Sciences]. Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 2017. május 18-19.
- 6) Karácsony Ilona (2017): Az iskolák belső világának népegészségügyi szegmense a múlt és a jelen tükrében a jövő felé tekintve. VI. Interdisciplinary Doctoral Conference. Pécs, 2017. május 19-21.
- 7) Karácsony Ilona (2018): Az iskola-egészségügyi ellátás feladata az egészségre való felvilágosításban, nevelésben és a teljeskörű egészségfejlesztésben kezdetektől napjainkig. VI. Neveléstudományi és Szakmódszertani Konferencia: Stúrovo, Szlovákia, 2018. január 14-15.
- 8) Karácsony Ilona (2018): Iskola és egészségügy összekapcsolódása, az iskola - egészségügyi ellátás kialakulása, feladatai, változása az egészséges életmódra nevelésben. „A tekintély mámore és a szabadság varázslata”. Válaszutak a pedagógiai elméletképzésben és a gyakorlatban. XI. Képzés és Gyakorlat. Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia: Kaposvár, 2018. április 19.
- 9) Karácsony Ilona (2018): Az iskola-egészségügyi szolgálat salutogenetikus feladatellátásának lehetősége. Tavasz Szél Konferencia. Doktoranduszok Országos Szövetsége. Győr. 2018. május 04-06.
- 10) Karácsony Ilona (2018): Általános erőforrások, mint protektív tényezők a szubjektív egészségi panaszok kivédésében, az egészséges kamasz fiatalok körében végzett vizsgálat eredményei alapján. Medical Conference for PhD Students and Experts of Clinical Sciences. Pécs, 2018. október 27.
- 11) Karácsony Ilona (2019): A tanári észlelt társas támogatás és az iskola szerepének összefüggés vizsgálata. XII. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia. Sopron, 2019. április 25.
- 12) Karácsony Ilona, Oláh András, Boncz Imre, Pachner Orsolya, Póhr Kitti, Pusztai Dorina, Grasselly Magdolna, Komáromy Márk, Pakai Annamária (2019): Evaluation of information sharing in connection with school health attendance and its effects on the attendance of health service. ISPOR Konferencia Latin America, Bogota, Colombia 2019. szeptember 12-14.
- 13) Karácsony Ilona (2019): Az iskola hatásának vizsgálata a gimnáziumi tanulók egészségi állapotára. XIX. Országos Neveléstudományi Konferencia. Pécs, 2019. november 7-9. – szakmai lektorálást követően elfogadott előadás absztrakt