

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 tézisei

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



Pécs
2019.

1. Problémafelvetés, a témaválasztás indoklása

Az 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 – a 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.). Kedvező irányú változást elsősorban az egészségmagatartás protektív irányba történő elmozdulásától lehet remélni, minél fiatalabb életkorban elkezdett, élethosszig tartó, 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.

Annak ellenére, hogy mind a köznevelés, mind az iskola-egészségügy szakemberein keresztül a tanulók felé szervezeten és folyamatosan történtek az egészséges életmód irányába mutató tevékenységek, mégsem következett be jelentős pozitív változás a tanulók egészségmagatartásában. Ennek oka, hogy sok esetben az ismeretközlés szintjén rekedt meg a közvetített tudásanyag, másrészt a súlypont a kockázati tényezőkre helyeződött. Ennek megváltozását segítően elő 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.). 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 elősegítésében. Kutatásomban Antonovsky szalutogenetikus koncepciójára építve vizsgáltam az iskolavédőnői ellátás hatását a gimnáziumi tanulók egészségi állapotára, a diákok és a védőnők megkérdezése által. 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.

2. 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 - közvetlenül és/vagy közvetetten (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 fókuszcsoporthoz tartozó interjú keretében adott válaszai segítettek 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.

Végül célom a védőnői praxis számára az iskolai egészségfejlesztés területén belül a jövőbe mutató fejlesztési irányok megfogalmazása, az egészségorientált egészségügyi ellátás

hatásának megvilágítása és a védőnői tevékenység működését segítő tényezők pontosítása volt.

3. Kutatási kérdések

A kvantitatív kutatás kérdései az iskolavédőnői ellátás tanulók egészségének fejlesztésében betöltött erőforrás szerepének felmérésére irányultak a 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 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.

4. Kvantitatív kutatás

4.1. Alkalmazott módszer

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásomat 2017 – 2018-ban Nyugat-Dunántúlon, Vas és Zala megyei nappali rendszerű gimnáziumi képzést folytató köznevelési intézményekben folytattam, a mintámba kiválasztott tankerületi- és iskolaigazgatók beleegyezését követően. A mintavétel a célcsoporton belüli egyszeri, kényelmi mintavétellel történt. Az esetcsoportba kerülés kritériumának tekintettem 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 jogviszonnyal tanulmányaikat folytató tanulók köre (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. Az adatfelvételt minden egyes osztályban saját magam folytattam le, ezt követően történt az adatok elemzése, értékelése.

A vizsgálatomhoz 5 gimnázium engedélyével rendelkeztem, melyben 18 osztályt volt lehetőségem megszólítani kérdőívem kérdéseinek megválaszolásához. Passzív szülői beleegyező nyilatkozatot 12 szülő juttatott vissza részemre. Végül 448 tanuló által adott válaszokat tudtam elemezni. A mérőeszközök kitöltése önkéntesen, névtelenül történt, a kitöltött dokumentumok nem tartalmaztak olyan információt, amellyel azonosítani lehetett volna a diákokat. 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 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). A kérdőívek rögzítése manuálisan zajlott 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. Az intervallum szintű változók közötti kapcsolatot Pearson féle korrelációs számítással, míg az intervallum és az ordinális skálával mért adatok közötti összefüggést Spearman féle rangkorreláció számítással vizsgáltam ($p < 0,05$ és $p < 0,01$ szignifikancia szint mellett). 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 több-szemponos varianciaanalízissel próbáltam bizonyítani ($p < 0,05$) (Nahalka, 2004.; Falus et al., 2008.; Ács, 2015.). A gyakorisági és átlag értékek prezentálását gyakoriság és átlag megbízhatósági tartományok alkalmazásával végeztem.

Az adatok feldolgozása csak összesített formában került/kerül publikálásra, sem az egyes osztályokra, sem az iskolákra vonatkozó információkat nem tettem/teszek közzé.

4.2. A kvantitatív kutatás eredményei

Felmérésem első része a 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.

Az iskolavédőnői ellátás elérhetőségét [Spearman féle korrelációs számítás - tájékoztatás forrása ($r=0,189$ $p<0,001$); tartalma ($r=0,114$ $p<0,05$)], igénybevételek gyakoriságát [Pearson-féle korrelációs számítás - forrása ($r=0,309$, $p<0,001$); tartalma ($r=0,155$, $p=0,001$)] és az ellátás minőségi mutatóját [Pearson-féle korrelációs számítás - forrása ($r=0,203$, $p<0,001$); tartalma ($r=0,163$, $p=0,001$)] 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 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.

További eredményeim alapján megállapítható, hogy a védőnői feladatellátás egészségnevelő (rizikóközpontú) és/vagy az egészségfejlesztő (egészség) orientációjú besorolása közvetlenül nem befolyásolta a tanulók koherencia-érzetét, önminősített egészségének megítélését, de a kedvezőbb egészségmagatartás megjelenését sem, ezzel szemben az egészségfejlesztő védőnői ellátás jelentősen magasabb minőségű szolgáltatási ($F(2,447)=15,166$, $p<0,001$) besorolással járt együtt és növelte annak igénybevételei ($F(2,447)=4,48$, $p=0,012$) gyakoriságát, valamint hatékonyságának ($F(2,428)=10,996$, $p<0,001$) megítélését is.

Az iskolavédőnői munkakörnyezetének véleményezését vizsgálva arra a következtetésre jutottam, hogy az egészséget támogató környezet a védőnői feladatellátás hatékonyabb ($t(445) = -5,794$, $p<0,001$) és magasabb minőségű szolgáltatási ($t(445) = -4,323$ $p<0,001$) besorolásával párosult, ami növelte a védőnői tevékenység igénybevételei ($t(445) = -3,865$, $p<0,001$) frekvenciáját is. Az iskola-egészségügyi szolgálat egészség fókuszú környezete kedvezőbb egészségi állapot mutatókkal [a vitalitás ($t(445) = -0,1989$, $p=0,047$), az általános egészségérzet ($t(445) = -3,969$, $p<0,001$), az egészséghőmérő (EQ VAS $t(444) = -3,275$, $p=0,001$)] és koherencia-érzettel ($t(444) = -2,334$, $p=0,02$) járt együtt emellett bizonyíthatóan a dohányzás életprevalencia ($\chi^2 8,22$, $p=0,042$) értékére, valamint a szabadidőben végzett mozgás minőségére ($\chi^2 16,408$, $p=0,006$) volt kedvező hatással.

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 (iskolai faktorok, társas támogatás) 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 bizonyítható kapcsolat ($r=0,222$ $F(3;425)=7,299$, $p<0,001$), de a speciális erőforrás mennyiségi indexével már nem volt kimutatható összefüggés. 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 mutatójára. Az iskolai erőforrások és a 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. Az iskolai erőforrásnak, a társas támogatásnak és a koherencia-érzetnek együttes hatása többszemponos varianciaanalízissel vizsgálva nem volt kimutatható a védőnői szolgáltatás, mint speciális ellátás kvalitatív aspektusára, de a kvantitatív mutatói esetében sem.

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, az iskola és az iskola-egészségügyi szolgálat összehangolt feladatvégzése esetén lehet a tanulók egészségét támogató erőforrásokat növelni.

5. Kvalitatív kutatás

5.1. Alkalmazott módszer

Kvalitatív, keresztmetszeti, feltáró kutatásomat Nyugat-Dunántúlon, Vas és Zala megyei főállású iskolavédőnők körében végeztem. Az adatfelvételt 2018. május – július között folytattam le. Felmérésem megvalósításához a minta kiválasztása egyszeri, szakértői, célzott mintavétellel történt. Beválasztási kritériumnak tekintettem a felsőfokú végzettségű, aktív

foglalkoztatási jogviszonnal rendelkező köznevelési intézményekben egészségügyi alapellátást biztosító főállású iskolavédőnők körét (n=14). Az adatfelvétel kettős moderátor vezetésével valósult meg, munkámat Dr. Pachner Orsolya pszichológus a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának adjunktusa segítette. A fókuszcsoporthoz beszélgetés főbb kérdéscsoportjai (Lehota, 2001.) a következők voltak: bemelegítő kérdések, asszociációk – egészség, egészségfejlesztés, iskolai egészségfejlesztés -, az iskolavédőnő feladata, célcsoportja, szakmai partnerei, „az ideális egészségfejlesztő iskolavédőnői ellátás”, összegzés. Az adatfelvételek délelőtti órákban történtek a kisebb létszámú csoportnál (n=4) 105 percet vett igénybe, míg a másik szekció esetében (n=10) 130 percet.

A minta jellemzőinek bemutatásához leíró statisztikai módszereket alkalmaztam, majd a fókuszcsoporthoz beszélgetés szöveges részének feldolgozását tartalomelemzéssel végeztem. A feltáró és az elemző módszerek nem voltak egymástól élesen elválaszthatók az alkalmazott adatgyűjtés esetén (Szabolcs, 2001.). A szövegeket olyan kategóriákká alakítottam, amelyekben az elhangzott tartalmak elemei bizonyos szabályok szerint besorolhatóak voltak, majd a minőségi következtetések megfogalmazása értelmezőmagyarázó eljárások alkalmazásával történt (Szabolcs, 2011.).

A feldolgozott adatok közzététele kapcsán a kutatásetikai alapelvek szerint járok majd el, az eredmények prezentálása csak összesített formában fog megvalósulni.

5.2. A kvalitatív kutatás eredményei

A megkérdezett védőnők átlag életkora 46,57 év (SD: 7,17) volt, védőnői hivatásuknak gyakorlásának ideje: 25,21 év (SD: 7,48, min: 9, max: 36) volt, 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 teendőit.

Vizsgálati eredményeim megerősítették, hogy az egészségügyi alapellátási szolgáltatások rendszerébe tartozó iskolavédőnők mindennapi tevékenységüket a rizikóközpontú és az egészségközpontú egészséget fejlesztő feladatellátás tengelyén végzik. A jelenben csökkenő tanulói létszámok, növekvő feladatok jellemzik az ellátást, melynek háttérében az emelkedő fokozott gondozást igénylő tanulói létszámok állnak és a diákok jelentős mozgása, fluktuációja az intézmények között. A védőnők válaszaiban az egészség fogalmának definálása során a WHO egészségfogalmának lényegi elemei, összetevői jelentek meg; valamint az egészséget harmónián, testi, lelki, szellemi, társas egységen alapuló jövőre irányuló befektetésnek tekintették, fenntartását pedig mindenekfelett állónak tartották. Az iskolavédőnők egészségfejlesztés fogalmának meghatározásában pedig az Ottawa Chartában

rögzített egészségfejlesztési stratégia alapelemei jelentek meg; melyek az egészségfejlesztés feladatrendszeréhez, alkalmazott módszertanához és az egészségfejlesztés szakembereinek erőforrásaihoz voltak kapcsolhatók. 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. A megnevezett tevékenységek és feladatok lefedték az egészségügyi törvényben meghatározott iskolai egészségfejlesztési területeket. A fókuszcsoporthoz interjúkban megkérdezett iskolavédőnők az éves iskolavédőnői jelentésben kiemelt védőnői tevékenységek (osztályvizsgálat, csoportos egészségnevelés tanítási időben és tanítási időn kívül, valamint az egyéni tanácsadás) országos átlagával közel megegyező arányú munkaidőt fordítottak saját praxisukban az ez irányú feladatellátásra. A védőnők a 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról által szabályozott kötelező iskolavédőnői tevékenységeken túlmutató feladatvégzésről is beszámoltak. Az egyéb iskolavédőnői teendők a tanulók individuális gondozásához voltak kapcsolhatók, ezen belül hangsúlyosabban a mentális jóllét elérésére irányultak. Emellett az egészségfejlesztési területen jelentek meg plusz teendők a lakossági célcsoport elérésével valamint a kortársképzés révén. Jogszabályon túli egyéb feladatok között került még megemlítésre az egészségügyi felügyelet ellátása rendezvényeken, beteg tanulók esetében.

Az iskolavédőnők célcsoportjába elsődlegesen a tanulók kerültek besorolásra, de emellett a szülők, a pedagógusok, az iskolai dolgozók, és a lakosság is megnevezésre került. A védőnők a pedagógusokkal az egészségügyi ellátásuk mellett munkakapcsolatot is tartanak fent; elsődlegesen a testnevelő tanárokkal, osztályfőnökökkel, osztályfőnöki munkaközösség vezetőikkel, de esetileg a többi pedagógussal is. Az iskolavédőnők közvetlen szakmai partnerüknek az iskolaorvost nevezték meg, de mellette esetileg együttműködnek több szakemberrel is, így pl.: az egészségügyi asszisztenssel, az EFI munkatársaival, a Vöröskereszt, az Országos Mentőszolgálat dolgozóival, gyógypedagógiai fejlesztést végző szakemberekkel, házi gyermekorvossal. A védőnőknek a jogszabályban megnevezetteken túl is vannak szoros kapcsolattartáson alapuló szakmai partnerei; például: a szociális munkás, gyermek és ifjúságvédelmi felelős, az iskolarendőr, a civil szervezetek munkatársai, a hitoktató, a pap, a lelkész.

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, ami valamennyi iskolavédőnői tevékenységben megtalálható. A preventív – kuratív védőnői teendők a felvilágosítás - egészségnevelés - egészségmegőrzés alapjain az egészségfejlesztő feladatellátásba ágyazottan valósulnak meg a mindennapokban.

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 szükségesek. A válaszadó védőnők az „ideális egészségfejlesztő” munkáját nem egyszemélyes feladatnak tekintették, hanem számos más szakmai partnert, „segítőt”, projiciáltak. Az ideális egészségfejlesztő legfőbb segítőjének vonatkozásában kiemelték az iskolapszichológus, a gyógytestnevelő, a logopédus, a szociális munkás, az óvodai és iskolai szociális segítő szakemberek szaktudására, tevékenységére való igényüket. Az iskolavédőnők fontosnak tartották az ágazaton belüli, és az ágazatok közötti rendszeres, konstruktív team munka megvalósítását. Szakemberek együtt-gondolkodása, együttes cselekvése, szakmai hálózatok megerősítése szükséges a jövő kihívásaira irányuló eredményes és sikeres iskolai egészségfejlesztéshez, mely mindenképpen a jövőben fejlesztésre szorul, akár a külső szabályozások megtámogatása révén. A szakmai és a személyes fejlődés mellett a megújuláshoz a mindennapi megvalósítás szintjén megfelelő szaktanterem kialakítása, elegendő mennyiségű, korszerű eszközök használata is szükséges valamint a tanulók kezébe is adható információk, útmutatók, amiket később is elővehetnek, segítőforrást adva a mindennapokban illetve a speciális helyzetekben. A védőnői tevékenységek dokumentálásához a jövőben fontos lenne egy egységes, korszerű IKT alapú adminisztrációs rendszer.

Az iskolavédőnői rendszerben kerültek megfogalmazásra olyan minőségfejlesztési lehetőségek is (tárgyi erőforrások fejlesztése, az iskolavédőnők munkájának hatékonyságát javító továbbképzések), amelyek úgy tennék lehetővé a tanulók körében zajló egészségfejlesztési tevékenységek hatékonyságának növelését, hogy közben nem növelnék számottevő mértékben az iskolavédőnők leterheltségét.

6. Következtetések és a gyakorlatot érintő jövőbeni javaslatok

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) fókuszcsoportos beszélgetésben adott válaszai alapján.

Kutatási eredményeim bizonyították az egészséget támogató védőnői munkakörnyezet irányultságának hangsúlyos szerepét, az általa küldött rejtett üzenetek hatását, kimondottan a mozgás és dohányzás területére. Az egészségorientált munkakörnyezet az egészségi állapot vizsgált mutatói közül a vitalitással és az általános egészségérzettel, valamint a koherencia-érzettel korrelált. A védőnői tevékenység egészségfejlesztő irányultsága 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.

Vizsgáltam, hogy az általános erőforrások (iskolai erőforrás és társas támogatás) közötti hatás 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 mennyiségi mutatószámokra nem volt hatása. Az általános erőforrások és a koherencia-érzet együttes interakciós hatása viszont 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 erőssége a jelenben a megelőzés – gyógyítás egységére épülő ellátás. A szűrővizsgálatokkal, a gondozással, a védőoltásokkal kapcsolatos tevékenységeket, az iskolahigiénés teendőket mesterségbeli tudással végzik az iskolavédőnők, melyben jelentős szerepet kapnak a felvilágosítás, az egészségnevelés elemeit magába foglaló egészségfejlesztési teendők is, ami valamennyi védőnői tevékenységet érint, áthat. A megkérdezett szakemberek válaszai és az országos védőnői statisztikai adatok is megerősítik 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, eszközre lenne szükség. Ezért is érezték csökkenő tanulói létszámok mellett megnövekedettnek teendőiket a védőnők, a szükséges eszközök, forrás kategóriájában a személyes és a módszer kompetenciák fejlesztése és az úgynevezett egészség-koalíció létrehozása lenne célszerű. 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 megerősítik, 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 előbbiekben felvázoltak alapján megerősített specializált védőnői professzió, a tanulókra 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.

7. Rövidítések jegyzéke

- 1) EFI Egészségfejlesztési Iroda
- 2) ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásainak vizsgálata
- 3) EuroQol-skála, (EQ) VAS (European Quality of Life Visual Analóg Skála) az egészségi állapot önminősített megítélésének mérőeszközének egészséghőmérője
- 4) HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartás vizsgálata
- 5) IKT információ- és kommunikációtechnológia
- 6) MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) az észlelt szociális támogatás szubjektív mérésére szolgáló skála
- 7) SF – 36 (The Short Form (36) Health Survey is a 36-item), szubjektív egészségi állapotot mérő skála
- 8) WHO (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

8. A tézisekhez felhasznált szakirodalom

Hivatkozások

- Ács, P. (2015.). Sporttudományi kutatások módszertana. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- 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.
- 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.
- Boncz, I. (2015.). Kutatásmódszertani alapismeretek. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi 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.
- Fábián, G. (2014.). Alkalmazott kutatás módszertan. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_alkalmazott_magyar/12_standardizlt_krdvek_az_egszsgi_llapot_mrsre.html: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. [Online] 2017.01. 04. [Hivatkozás 2018. 11. 25.]

- Falus, I., Ollé, J. (2008.). Az empirikus kutatások gyakorlata. Adatfeldolgozás és statisztikai elemzés. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó Zrt.
- Járomi, É., Szilágyi, K., Vitrai, J. (2015.). Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. *Egészségfejlesztés*, 56.(5.6.), 2-13.
- 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.
- Lehota, J. (2001.). Marketingkutatás az agrárgazdaságban. Budapest: Mezőgazda Kiadó.
- Nahalka, I. (2004.). Az adatok elemi vizsgálata. In I. Falus, *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe* (old.: 357-400.). Budapest: Műszaki könyvkiadó.
- 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.
- Pakai, A., Kívés, Z. (2013.). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *Nővér*, 26.(3.), 20-43.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., Jámbori, S. (2017.). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18.(3.), 230-262.
- 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.
- 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.
- Vitrai, J., Varsányi, P. (2015.). Egészségjelentés 2015. Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

9. Publikációs jegyzék

9.1. 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.) Tavasz Szél III. kötet. Budapest, Doktoranduszok Országos, pp. 294- 303.
- 6) Karácsony Ilona (2019): Iskola és egészségügy összekapcsolódása, az iskola és az egészségügy feladatai az egészséges életmódra nevelésben XI. Képzés és Gyakorlat: Training And Practice 17: 1 pp. 121-132.

9.2.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, Harjánné, Brantmüller Éva, Karamánné, Pakai Annamária (2017): Medikális prevenciós tevékenységek megjelenése és megszilárdulása a közoktatásban: Az iskolaegészségügyi ellátás kialakulása hazánkban. Nemzetközi Egészségtudomány-történelmi 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 mámorja és a szabadság varázslata”. Válaszutak a pedagógiai elméletképzésben és a gyakorlatban. XI. Képzés és Gyakorlat. Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia: Kaposvár, 2018.04.19.
- 9) Karácsony Ilona (2018): Az iskola-egészségügyi szolgálat salutogenetikus feladatellátásának lehetőségei Tavaszi 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.