

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

**Deutsch Krisztina**

**ELVEK ÉS GYAKORLAT**  
**EGÉSZSÉGFELFOGÁS, EGÉSZSÉGNEVELÉS ÉS MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLETMÓD AZ**  
**ÁLTALÁNOS ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉSI PROGRAMOK ÉS A PEDAGÓGUSOKKAL KÉSZÜLT**  
**INTERJÚK TÜKRÉBEN**

**Doktori (PhD) értekezés tézisei**

Témavezető  
**Prof. Dr. Meleg Csilla**  
egyetemi tanár

Pécs  
2013.

## A kutatási probléma

A család belső funkcióváltozásaival párhuzamosan az iskola a legfontosabb intézményes szocializációs szintéreként van jelen a gyermekek életében. Az iskola világa a gyermekek számára olyan élettér, amely az ismeretátadás mellett szabályok, rítusok, szokások, értékek, hierarchikus és azonos szintű kommunikációk és konfliktusok közege (Meleg 2005). Mindez hatással van a tanulók egészséggel kapcsolatos értékfelfogására és az egészségmagatartására is. Azonban számos iskola az oktatás elsődlegessége mellett az egészségfejlesztést többletnevelésnek, többletfeladatnak érzi. Még azok az iskolák is, melyek nevelési funkcióik sorában fontosnak tartják az egészségnevelést, a kutatási eredmények szerint elsősorban „egészséges akcióprogramok” sorozatának tekintik azt, s az aktuális trendeknek és társadalmi kihívásoknak megfelelően (drogprevenció, AIDS prevenció, egészséges táplálkozás, stb.) az iskola klasszikus időkereteiben gondolkodva (tanóra, szakkör) változatlanul az ismeretátadásra, figyelemfelkeltésre fókuszálnak (Meleg 2002, Nagy 2005).

*Az iskolákban megjelenő szétzúzott, az egyes dimenziókat kiemelő, és a lelki egészséget háttérbe szorító egészségfelfogás és egészségnevelési gyakorlat azonban nem képes a tanulók életmódját tartósan és komplex módon befolyásolni.* Például a diákok egészséges táplálkozása együtt járhat dohányzással, alkohol- vagy kábítószer-fogyasztással, míg ez utóbbiak elutasítása nem vonja magával a rendszeres testmozgást vagy a táplálkozási szokások kedvező alakulását. Mindez azt mutatja, hogy az iskolák nem képesek a távolabbi jövőre irányuló stratégiai feladatként kezelni az egészségfejlesztést a felnövekvő generáció életminőségére összpontosítva, hanem a jelen problémáinak kihívásai mentén igyekeznek megelőzni vagy éppen korrigálni a kialakult problémákat (Meleg 2001).

## A kutatás tárgya

Kutatásom tárgya és céljai eltérnek az iskolai egészségnevelés-egészségfejlesztés problémakörében megszokott célcsoportok és kérdésfeltevések sorától: a korábbi kutatások egy része a tanulók egészségfelfogását, egészségmagatartását, és iskolai egészségnevelő programokban való aktivitását, másik része pedig az iskolákban folyó egészségnevelési programokat, azok tartalmát, célját, metodikáját vizsgálta. *Dolgozatom kutatásának tárgyát a pedagógusok egészségértelmezése, valamint az egészségnevelésről alkotott elképzelése és praxisa alkotja.* Mivel annak a kérdésnek a megválaszolásával még adószak a nevelésszociológiai kutatások, hogy a pedagógusok, mint az iskolai nevelési folyamat kulcsszereplői, miként látják a nevelésben – s ezen belül az egészségnevelésben – betöltendő szerepüket, s hogy indirekt módon milyen minta közvetítésével teszik ezt. E kérdésnek a jelentőségét és szükségszerűségét Buda Béla és Meleg Csilla több tanulmányban is hangsúlyozza. Buda a pedagógusszerep újraértelmezését sürgeti annak okán, hogy kongruens viselkedésüket és elkötelezettségüket még a normatív rendnél is fontosabb tényezőként írja le az iskola hatékonysága szempontjából (Buda 2003).

Paksi és munkatársai a közoktatás egészségfejlesztési tevékenységét vizsgálva arra a megállapításra jutnak, hogy az intézmények elsősorban külső szakemberek bevonásával valósítanak meg prevenciósz tevékenységet. Reprezentatív kutatásuk azt is alátámasztja, hogy a pedagógusok szerepfelfogását leginkább az iskola szervezeti klímája határozza meg. A nevelési feladatok vállalására a szervezeti bizalom, a kiszámíthatóság, a fejlődés támogatása, az iskolavezetésben a beosztottakat is bevonó, igazságos bánásmód, továbbá az egymásra odafigyelő munkahelyi kapcsolatok pozitívan hatnak (Paksi-Felvinczi-Schmidt 2004). A

WHO „Egészségesebb Iskolák” színtérprogramjának állásfoglalása szerint a jól kidolgozott egészségfejlesztő tananyag is csak akkor éri el a kívánt viselkedésmódformáló hatást, ha azt, az iskola mindennapi működése és atmoszférája megerősíti (Felvinczi 2007a, 2007b). Ez utóbbi megállapítások is arra engednek következtetni, hogy a tanulók egészségnevelésének a kulcsszereplői a pedagógusok, hiszen mind az iskolai viszonyrendszerek, mind az iskolai atmoszféra alakításában meghatározó szerepük van.

## **A kutatás célja**

Kvalitatív kutatásom célja, hogy az általános iskolák egészségnevelési programjában megjelenő egészségkonceptiót és egészségnevelési tervet összevetsem az iskolák pedagógusainak egészségfelfogásával, mintaadásával és direkt egészségnevelő tevékenységével, hangsúlyt helyezve mindvégig a mentálhigiénés tartalmak keresésére. Az összevetés a deklarált elvek, tevékenységek és az iskolai praxis közötti koherenciát illetve diszkrepanciát tárja fel, azok okainak és lehetséges következményeinek a felfejtésével.

## **A kutatás kérdései**

Feltáró jellegű kutatásom kérdései mind a nyílt, mind a rejtett tartalmak feltárásán keresztül az *iskolák mentálhigiénés szemléletének a megismerését célozzák*. Az egészségnevelési program elemzésével a következő kérdésekre kívánok választ adni:

- Az egészségnevelési program egészségfogalmában és célkitűzéseiben megjelennek-e mentálhigiénés szempontok?
- Megjelennek-e a célkitűzések meghatározásában az aktuális társadalmi trendek?
- Megfogalmazódnak-e szükségletként a tanulók szociokulturális körülményei, amelyre a programnak célzottan reflektálnia kell?
- A program felépítése és értékelése folyamatosságról vagy statikusságról árulkodik-e?
- Melyek a domináns tevékenységek és módszerek a programban?
- Az egészségnevelés áthatja-e az iskolai nevelés színtereit és társas viszonyrendszerét?
- A program megvalósítását az iskola belső nevelési feladatnak tekinti, vagy inkább „szakmásátja”?

*A pedagógusokkal készült interjúk elemzése során* a következő kérdésekre keresem a választ:

- A pedagógusok hogyan gondolkodnak az egészségről, egészségnevelésről?
- A tantestületben mire alapozzák az egészségnevelési program célkitűzéseit?
- Milyen időtávban gondolkodnak az egészségnevelési programról?
- A pedagógusok milyen színtereket, módszereket és tevékenységeket preferálnak a tanulók egészségmagatartásának formálásában?
- Saját mintaközvetítő szerepüket hogyan látják?
- Hogyan kezelik a nevelési problémákat és a konfliktusokat?
- Mit tesznek a pedagógusok a nevelőtestületben és a gyermekek iskolai közösségeiben a kooperáció, a kohézió és a tolerancia erősítésére érdekében?
- Miként viszonyulnak iskolájuk szabályrendszeréhez, milyen szankcionálási elveket követnek?

- Milyen szempontok szerint ítélik meg az iskolájuk klímáját, és milyenek értékelik azt?

Harmadik célkitűzésem, hogy *a dokumentumok és az interjúk tartalomelemzésének egymásra vetítésével választ kapjak a koherencia és kongruencia kérdésre az iskolai egészségfejlesztés elveinek és gyakorlatának vonatkozásában*. Konkrétan a következő kérdésekre kívánok választ adni:

- Az iskolai dokumentumokban deklarált egészségkonceptió és egészségnevelési célkitűzések egybevágóak-e a pedagógusok egészségfelfogásával, és egészségnevelésről alkotott elképzeléseivel?
- A mentálhigiénére utaló dokumentumtartalmak miként jelennek meg az iskolák működésében?
- Az iskolai környezet speciális szükségleteire való reagálás miként jelenik meg az egészségnevelési programok tartalmában és a pedagógusok tevékenységében?

A téma fogalomrendszerének áttekintése kínálta azt a további célt, amely az egészségtudomány és a neveléstudomány fogalmi rendszerének kongruencia problémájából adódik. Itt arról van szó, hogy míg az egészségtudomány, az emberek és közösségeik egészségének javítására az egészségfejlesztés fogalmát használja, melynek sokszálú tevékenységrendszerében az egészségnevelés csak egy, és önmagában ritkán hatékony tevékenység (Füzesi–Tistyán 2004), addig a nevelésszociológia az iskolában történő és egészségmagatartást befolyásoló folyamatok leírására az egészségnevelés fogalmát alkalmazza. Így vizsgálendő kérdést jelent egyrészt az iskolát képviselő pedagógusok fogalomhasználata, de még inkább az, hogy az iskolai praxisban miként értelmezhetők az egészségfejlesztés fogalmkörébe tartozó különféle tevékenységek.

### **A mintaválasztás módja és a minta bemutatása**

Módszertani szempontból, a kvalitatív interjú alanyainak kiválasztásához a maximális variáció mintavétel-kiválasztás a legalapvetőbb stratégia. Azonban az időtényező, a korlátozott erőforrások, valamint a mintához való hozzáférés lehetőségeinek figyelembevételével, a *mintaválasztás a rétegzett kényelmi mintavétel stratégiájával történt* (Sántha 2006). Ezért négy pécsi általános iskola került a mintába.

*A mintarétegeket a tanulók szociokulturális helyzetének különbségei alapján alkottam*. A rétegzettség elve szerint olyan iskolákat választottam a mintába, melyekben a tanulók szociokulturális helyzete a szülők iskolai végzettsége alapján jelentős mértékben eltérő volt. A kiválasztott minta, a belső reprezentativitásra törekedve teszi lehetővé a problémakör összefüggéseinek feltárását az elméleti háttér által kijelölt szempontok alapján. Ugyanis a rétegzett minta erősíti a belső reprezentativitást a tipikus és eltérő mintaelemek (jelentősen eltérő szociokulturális környezetű tanulókat befogadó iskolák) kiválasztása által. Szintén növeli az összefüggések általánosíthatóságának esélyét, hogy összehasonlítási alapként kontrolliskolát vontam be a vizsgálatba, amely az irodalmi szempontoknak megfelelően folytat modellértékű, mentálhigiénére alapozott „Egész-ség” programot.

A rétegképző elvek meghatározása után az iskolák kiválasztása további szakmai szempontokat követett, tehát tudatosan törekedtem arra, hogy bizonyos elemek (iskolák) bekerüljenek a mintába.

*A kiválasztás szakmai szempontjai a következők voltak:*

- a választott iskolák az ismertetett rétegképző elveknek megfelelően,

- a mintában szerepeljenek olyan iskolák, melyek számára az iskolai egészségnevelés elsősorban a közoktatási törvény (a vizsgálat idején közoktatási, jelenleg köznevelési törvény) által előírt kötelezettség,
- szerepeljen benne olyan iskola is, amely Pécs városban köztudomásúan magas színvonalú (a BSc és MA szintű egészség tudományi képzések együttműködő terepiskolája) holisztikus egészségnevelő tevékenységet folytat,
- továbbá szerepeljen a mintában egy olyan kontrolliskola, amelynek szervezetfejlesztő programja és annak hatásai is dokumentáltak, s ahol a szervezetfejlesztés hosszú távú, generalizációs hatásával is számolni lehet, nem csupán az egészségnevelés pillanatnyi állapotával.

A vizsgálatban részt vevő iskolák anonimitásuk érdekében kódot kaptak az interjúkból kirajzolódó szervezeti jellemzőik alapján. Erre feltétlenül szükség volt, egyrészt az interjúrészletek és dokumentumelemek azonosításához, másrészt az összehasonlítások és összefüggések meghatározásához. Az iskolák kódolása az interjúkat és az intézmények bejárását követően történt, az egészségnevelési szemléletmód vagy a szervezeti jellemzők alapján, és az intézmények közötti különbségek megragadására irányult.

A „Stigmatizált” iskola, megnevezését az etnikai összetételéből fakadó negatív sztereotípiák alapján kapta, amely az iskola klímáját is negatívan befolyásolva valóban stigmává vált.

A „Hagyományos” iskola azért kapta ezt a megnevezést, mert egészség szemléletében és egészségnevelési gyakorlatában domináns a fizikai egészségre való összpontosítás, a hazai közoktatási intézmények leszűkült egészség tartalmának megfelelően.

A „Holistikus” iskola, elnevezését a valóban holisztikus szemléletmódja alapján kapta, amelyet egészségfelfogása, egységben való gondolkodása, az egészségnevelésének sokoldalúsága, demokratikus szemléletmódja és ökoszemlélete egyaránt igazolt.

A „Szervezetfejlesztő” iskola a korábban leírtaknak megfelelően kontrolliskolaként került a mintába, mivel az 1993/94-es tanévtől kezdve mentálhigiénére alapozott szervezetfejlesztő programot valósít meg, melynek folyamata és hatásai is 7 év vonatkozásában dokumentáltak.

Az iskolákban összesen 12 pedagógussal készítettem interjút. Mind a négy általános iskola (összevont intézmények tagiskolái) tagintézmény-vezetőjével (továbbiakban igazgatójával), továbbá két-két olyan pedagógusával, akit az igazgató javasolt az iskolai egészségfejlesztésben betöltött aktív szerepe alapján. Az igazgatók által javasolt összes pedagógus (8 fő) vállalta a részvételt az interjúban. Bár a kvalitatív kutatási szakirodalomban nincsenek egzakt meghatározások a minta nagyságával kapcsolatban, mégis Helfferich a szokásos mintanagyságot N=6 és 120 közötti tartományban helyezi el, amely intervallumba saját mintaszámom (12 fő) is beleesik (Helfferich 2005).

Az intézmények igazgatói iskolájuk nevelési programját, amely az egészségnevelési programot is magába foglalja, tartalomelemzés céljából a kutatás rendelkezésére bocsátották, ugyanakkor ez két vizsgált iskola esetében az iskola honlapján is teljes terjedelemben elérhető volt.

## **Módszerek**

*Az adatfelvétel a szóbeli és egyéni kikérdezés módszerén, interjúk alapján történt. Az interjú típusok közül a félig strukturált interjú tűnt a legideálisabb módszernek az információgyűjtésre, mert lehetővé tette a kérdések tematizálását, logikus sorrendjét, ugyanakkor az interjúalany válaszai alapján egyes kérdések részben vagy egészben történő újrafogalmazását, esetleg elhagyását, vagy más kérdéshez való illesztését, a kérdések*

értelmezésének az interjúalanyok részéről megnyilvánuló jelentős eltérései pedig, akár kiegészítések megfogalmazását is a kérdezőtől.

*A kérdések a pedagógusok saját egészségfelfogására és mintaadó szerepére, az egészségneveléssel és mentálhigiéniével kapcsolatos szemléletmódjára, valamint ezek iskolai tevékenységekben és interperszonális kapcsolatokban való megjelenéseire irányultak. Az igazgatóknak szóló kérdések kibővültek az iskola nevelési céljainak és koncepciójának, valamint a beiskolázási körzet szociokulturális sajátosságainak a bemutatásával.*

Az interjúk helye – alkalmazkodva az interjúalanyok igényeihez – minden esetben a vizsgált iskolákban volt. Az interjúk felvételére 2010. 06. 23. és 2010. 10. 12. között került sor.

A félig strukturált interjúk felvétele diktafonos magnetofonnal történt, majd az interjút követően a hanganyag szó szerinti rögzítése számítógépre való gépeléssel valósult meg.

*Kutatásom módszerét a kétféle adatgyűjtési módszerrel előállított adatok tartalomelemzése jelenti:* a mintaként szolgáló iskolák nevelési programjaiban található „Egészségnevelési és környezeti nevelési programok” dokumentumainak, valamint a mintában szereplő iskolák igazgatóival és kiválasztott pedagógusaival készült félig strukturált interjúk legépelte hanganyagainak a tartalomelemzése.

A tartalomelemzést az indokolta, hogy a szövegek rejtett, mögöttes tartalmait feltárva juthattam csak el az iskolai egészségnevelési koncepció és a praxis olyan szintű megismeréséig, amely az elvek és a gyakorlat összehasonlítását, a köztük lévő koherencia létét, vagy hiányát, s ezek lehetséges okainak és következményeinek a megfogalmazását lehetővé tette.

A tartalomelemzés folyamata kétlépcsős folyamat:

- Elsőként, a kategorizálás és kódolás során a tartalmakat olyan adatokká alakítjuk, melyekben bizonyos szabályokat követve a szövegek elemei besorolhatók.
- A második lépés, a magyarázatok és értelmezések megfogalmazását jelenti mennyiségi és minőségi következtetések által (Szabolcs 2004).

A tartalomelemzés szempontjait mindkét adat esetében a szakirodalmi szempontok alapján felállított kategóriarendszer adta. Ennek segítségével nem a teljes szövegtörzsek, hanem a szövegtörzsek azon részei kerültek elemzésre, melyek az irodalmi szempontokra reflektáltak. A teljes szövegtörzsek elemzését az interjúk és egészségnevelési programok iskolánként, illetve interjúalanyonként jelentősen eltérő terjedelme és struktúrája sem tette lehetővé.

## **Eredmények**

A dokumentumok tartalomelemzése választ adott a kutatás első célkitűzéséhez kapcsolódó kérdésekre. E módszer segítségével megismerhettem a vizsgált iskolák egészségkoncepcióját, egészségnevelésének céljait, domináns módszereit és szereplőit, programjának időszemléletét és a szükségletekre adott reaktivitását. Az interjúk tartalomelemzésével feltártam a kiválasztott pedagógusok egészségfelfogását, mentálhigiéniés szemléletmódját és tevékenységét, valamint az egészségnevelésben tulajdonított szerepét.

Végző célkitűzésem szerint *az interjúk és dokumentumok tartalomelemzésének egymásra vetítésével kerestem a koherenciát és a kongruenciát az iskolák egészségnevelésének elveiben és gyakorlatában.* Az összegző kérdésekre a választ az egyes iskolákra vetítve fogalmazom meg, majd tovább lépve összehasonlítom az egyes intézményeket a dokumentumaikban és az interjúkban foglalt koherenciájuk alapján.

*1. Az iskolák dokumentumokban deklarált egészségfelfogása és egészségnevelési célkitűzései egybevágnak-e saját pedagógusaik egészségfelfogásával és egészségnevelésről alkotott elképzeléseivel?*

A dokumentumok szövegeiben az egészségkoncepció tartalmára a célkitűzéseken kívül leginkább az egészségnevelési programok megjelölt témái utaltak, míg az interjúkban ezek direkt kérdések formájában jelentek meg.

A „Hagyományos” és a „Stigmatizált” iskola egészségfelfogása és egészségnevelésének célrendszere és értelmezése is azt mutatja, hogy az iskolák tisztában vannak a holisztikus egészségkép jelentőségével: ezek hol az egészségnevelési program egyes pontjaiban, hol a tanárinterjúk egyes válaszaiban bukkannak fel. De az is nyilvánvaló, hogy ezekben az iskolákban nem váltak az iskola minden viszonyrendszerét átható rendszerszervező szemléletté. A „Stigmatizált” iskola inkább a dokumentumban megjelenő tervezés, míg a „Hagyományos” iskola, az egészségnevelés interjúk alapján feltárt gyakorlatában mutat erősebb kötődést az egészség fizikai aspektusához. Ahogy már a dokumentumok különböző kérdéseinek szintjén sem koherens az egészségről való gondolkodás, úgy az interjúk sem adnak egységes képet.

A „Holisztikus” iskolában az egészségről való gondolkodás egy integrált képet mutat, mind az egészségnevelési program, mind az interjúk szintjén. A dokumentumban lefektetett egészségnevelési célok és feladatok, a megjelölt témakörök egy valóban holisztikus, fizikai és mentális dimenziókat egyaránt magába foglaló egészségfelfogásról árulkodnak. Az iskola egységben gondolkodását szemlélteti a személyiségfejlesztés és az egészségnevelés cél- és feladatrendszerének azonos fejezetben, koherensen történő kifejtése. A pedagógusok öndefiniált egészségfogalmi, valamint az egészségnevelés értelmezése is a dokumentumban feltárt szemléletmódot erősítik. Mivel az interjúkban felidézett tevékenységek, módszerek, értékelési eljárások a dokumentumok szintjén csak részben jelennek meg, ezért levonható az a következtetés, hogy az egészségnevelés a tervezés és gyakorlat szintjén a „Holisztikus” iskola esetében, csak részben felel meg a kongruencia követelményeinek.

A „Szervezetfejlesztő” iskola teljes szinkronitást mutat az egészségfelfogásának, az egészségnevelés értelmezésének és gyakorlatának hármasságában, a dokumentumok és az interjúk összevetésében. A dokumentumokban a mentális egészség szempontja az időtávlatokban megjelenő tervezés átfogó és középtávú céljaiban mutatkozik meg, de a rövid távú célok keretében is utalás történt rá (az iskola mentálhigiénés keresztterve). Az egészségnevelési program és az interjúk koherensen mutatják, hogy a lelki egészség az iskolai mindennapokban, tantárgyakban és viszonyrendszerekben egyaránt megjelenik, ezért a mintaadás és a pedagógusok hitelessége ennek megfelelően az egyik legfontosabb kérdés az említett iskolában. Megfigyelhető a világos célokra épülő egészségnevelési tevékenységrendszer éppen úgy, mint az egészségfejlesztés rendszeres célra irányuló értékelése, amelybe bevonják az iskolai élet minden szereplőjét, így a tanulók és pedagógusok véleményén kívül a szülők reflexiója is mérvadó lesz.

A kontrolliskola a többi vizsgált iskolához képest koherenciát mutat abban is, hogy komplex egészségértelmezése nem csupán a tanulók, hanem minden iskolai szereplő (tanuló, pedagógus, szülő) vonatkozásában kidolgozásra került a fejlesztési feladatok téma- és feladat meghatározásaiban.

*2. A mentálhigiénére utaló dokumentumtartalmak miként jelennek meg az iskolák működésében?*

A lelki egészség és annak védelmére való törekvés, az egészségnevelési programokban a „Stigmatizált” és „Hagyományos” iskola esetében töredékesen, egy-egy gondolati elem

szintjén, a „Holisztikus” iskolában a célok és tevékenységek között részletesen kibontva, a „Szervezetfejlesztő” iskolában pedig minden cél, feladat, tevékenység és viszonyrendszer vonatkozásában rendszerszervező elemként szerepel.

Az interjúkérdések kitértek a mentálhigiénés kultúrának olyan elemeire, mint a pedagógusok mintaadása, teljesítményfelfogása és teljesítmény értékelése, szabályfelfogása és szankcionálási gyakorlata, a közösségi kohézió kérdése, valamint az intézményben tipikusnak mondható konfliktusok eredete és kezelése, valamint az iskolai klíma megítélése.

A „Hagyományos” iskolában, a *mintaadás területén*, a lelki egészség egyes szempontjainak megjelenése mellett a fizikai egészséggel kapcsolatos példaadás dominált. A *konfliktust keltő helyzetek vonatkozásában* azt láthattuk, hogy ebben az iskolában a nézetkülönbségek a tanulók normasértéséből, a tanulási teljesítmény eltérő megítéléséből, valamint az individuális törekvések köréből fakadtak. Ez utóbbiak összefügghetnek a szülők országos átlagot felülmúló magas iskolázottságával. A pedagógusok *konfliktusaikat* a tanulókkal és a szülőkkel problémamegoldó módszerrel, míg egymás között és az iskolavezetéssel a helyzetet aktuálisan nem tisztázó, elkerülő és alkalmazkodó stratégiákkal egészítik ki a kompromisszumok kialakítása mellett.

A *tanulói teljesítmény* a tantárgyi teljesítmény megítélésével esik egybe, melynek klasszikus módszereit alsó tagozatban a verbális és nonverbális megerősítés, felső tagozatban a diákok önértékelése és a pedagógus szóbeli indoklása teszi teljessé. *Az iskolai szabályokat* fontosnak tartják, az alsósokkal írásban rögzítik, és külön szabályokat is alkotnak. Az iskolai szabályok (házirend) alkotásába való bevonás inkább formálisnak tűnik. A *rugalmas szankcionálás* az iskolában együtt jár a normasértések körülményeinek és következményeinek megbeszélésével, a büntetések fokozatosságával. Számos olyan kezdeményezésről számoltak be a tanárok, melyek a teljes *iskolaközösség, a tantestület, vagy a gyerekközösségek kohézióját* erősítik. *Az iskolai légkör* megítélésével kapcsolatban pozitívként említették a szakmai munka és az együttműködés magas szintjét, az igazgató pozitív hozzáállását az iskolához, negatívként a közös tanári szobát nélkülöző szertárrendszert, a minőségbiztosítás kérdéseit és a hivatás egzisztenciális hátrányait. *Tehát a „Hagyományos” iskolában, mind a dokumentumokban, mind a gyakorlatban megjelennek a lelki egészség védelmének egyes elemei és törekvései, de ezek nem szövik át az iskola mindennapi működését és minden viszonyrendszerét.*

A „Stigmatizált” iskolában a *mintaadás területén* – a fizikai egészségre összpontosító felfogásához képest – inkább a mentális egészség közvetítésének példái jelentek meg az interjúkban, a fizikai egészség oldaláról csupán a dohányzásmentes élet került kihangsúlyozásra. A *tanulókkal kapcsolatos konfliktusok* az iskolakerülésből, az iskolai feladatok elhanyagolásából, a trágár beszédből és iskolai dohányzásból adódtak, melyek összefüggésben állhatnak a szülők országos átlag alatti, alacsony iskolázottságával: az ebből fakadó szociokulturális hátrányokkal, a negatív szülői minta követésével. A különböző viszonyrendszerekben felmerülő *konfliktusok rendezésének* módja fejlett konfliktuskezelő kultúráról árulkodott, melyhez a tantestületi konfliktuskezelési tréningek is hozzájárulhattak. A „Stigmatizált” iskola a tanulók sokfajta, *tanulási teljesítményen* túlmutató erőfeszítéseit is tanulói teljesítményként fogja fel, s a tanulási teljesítményt is minden létező értékelési módszerrel – jelrendszerrel, szövegesen és szóban – megerősíti, hogy a gyermekek személyiségfejlesztéséhez alkotó módon hozzájáruljon. A *szabályokat* ebben az intézményben is alapvető fontosságúnak tartják, külön kiemelik az iskolai mikroközösségek szabályainak tanulókkal közös megfogalmazását, a betartatást megerősítő írásos rögzítést, és az arra való folyamatos hivatkozást. A házirend és más közösségi normák alkotásába a diákok aktívan



bevonódnak. *Rugalmas szankcionálás* jellemzi a szervezeti kultúrát, melyben a megbeszélésen kívül a személyre szabottság is meghatározó elem. A pedagógusok számos olyan ötletéről, kezdeményezéséről számoltak be, melyek az iskolaközösség, a tantestület és az osztályközösségek *összetartozását* erősítik. Különösen hangsúlyos elemként jelent meg a szülők bevonása az iskolai programok egy részébe. *A kohéziót nehezítő tényezőként* említették az épületen belüli nagy távolságokat, illetve a felső tagozaton, osztályszinten a gyerekek egy részének a kívülmaradási szándékát a közösségi szabadidős programokból. Ennek egyik lehetséges magyarázata az értékrendszer kamaszkorban való formálódása, melyet a szociokulturálisan hátrányos helyzetű család és kortársközösség is jelentősen befolyásol, s esetükben a család, a kortársak és az iskola céljai és értékei távol kerülhetnek egymástól. Az *iskola klímáját* pozitívan befolyásolja a magas szintű szakmai munka, a tantárgyi és módszertani innováció, a tolerancia és együttműködés magas szintje, az épület esztétikuma és kiváló felszereltsége. A légkört azonban mérgezi az iskola etnikai alapon való megbélyegzettsége és kirekesztettsége a város többi iskolája által. *Tehát a „Stigmatizált” iskolában az interjúkból egy sokkal fejlettebb, egyes elemeiben sokkal kidolgozottabb mentálhigiénés kultúrát ismerhettünk meg a pedagógiai program egészségnevelési programjához képest.*

A „Holisztikus” iskolában az interjúalanyok úgy ítélték meg a *mintaadás* kérdését, hogy a direkt nevelésnek szinkronban kell állni a viselkedéssel, cselekedetekkel. A lelki egészség köréből leghangsúlyosabb a tanári együttműködés, a megfelelő kommunikáció és viselkedéskultúra mintája, míg a testi egészség oldaláról az egészséges táplálkozás, a mozgás és a dohányzásmentes élet példamutatása jelent meg az interjúkban. *A tanulókkal kapcsolatos konfliktusok* a tanulás esetleges elhanyagolásából és tanulói normasértésből adódtak. A tanárok és szülők közötti konfliktusok a tanulási teljesítmények és oktatási módszerek eltérő megítéléséből, a tantestületen belüliek a munkaterhelés eltérő érzeteiből, illetve az információáramlás elakadásából fakadtak. *A konfliktuskezelésben* a kompromisszumkereső és problémamegoldó módszereket preferálták. A vizsgált iskolában a *tanulói teljesítmény* alatt elsősorban tantárgyi teljesítményt értettek, ugyanakkor a *rugalmas értékelési rendszerben* fontos szempontként jelent meg a tanuló önmagához viszonyított fejlődése. Az osztályozásban is megjelent e motiváció szándéka azáltal, hogy a tantárgyi érdemjegyen a tanulói erőfeszítések különféle megnyilvánulásait is figyelembe vették. *Az iskolai szabályokat* a házirendben a szankciókkal párhuzamosan folyamatosan módosítják. Az iskolai szabályok alkotásában a diákok demokratikus módon vesznek részt, a diákönkormányzat közvetítő és szabályalkotó szerepe igen jelentős. *A rugalmas szankcionálás* mellett a hangsúlyt a normasértések megelőzésére helyezik. Az iskola formális csoportjai számos tradícióval és új ötlettel erősítik az *összetartozást*, de olyan emberi gesztusokat is gyakorolnak, melyek a közösséghez tartozás érzését erősítik. Az iskolában a munkacsoportok feladatra szerveződnek, jó hangulatúak és hatékonyak, s a munkakapcsolatok néhány esetben baráti kapcsolatokat, iskolán kívüli programokat is megalapoznak. A pedagógusok *a klímát* az előbb felsorolt pozitívumok alapján nagyon jónak ítélték, problémaként azokat a gazdasági helyzetből fakadó tényezőket említették, melyek a tanárok és az iskolák működésének alulfinanszírozottságában öltenek testet.

*Az egészségnevelési program tartalmazta az interjúalanyok által feltárt mentálhigiénés gyakorlat kiterjesztését az iskola minden szereplőjére és viszonyrendszerére, viszont az ehhez kötődő módszerek repertoárját nem találjuk meg a programban.*

A „Szervezetfejlesztő” iskola is csak *hiteles minta* alapján tud hatékony egészségnevelést elképzelni, ezért a pedagógus viselkedését, kommunikációját,

konfliktuskezelését, érzéseinek kifejezését, táplálkozását, fizikai aktivitását, nemdohányzó életmódját példaértékűnek tartja. A pedagógusok diákokkal, illetve szülőkkel kialakult *konfliktusainak* leggyakoribb oka a tanulási teljesítmény eltérő megítélése, valamint a diákok normasértése. A tantestületen belüli, valamint a pedagógusoknak az iskolavezetéssel kapcsolatos konfliktusai olyan szervezeti és működési sajátosságokból fakadnak, mint a feladatmegosztás, vagy a béren kívüli juttatás egyenlőtlenségének érzetei, illetve az egyes oktatási módszerek hatékonyságával kapcsolatos nézetkülönbségek. Az interjúkban elhangzott *konfliktusok kezelésére* problémamegoldó és kompromisszumkereső technikákat alkalmaztak. Az iskola a teljesítményt komplexen, tehát nem kizárólag a tanulási teljesítmény alapján értelmezi, s ez magával vonz nem csupán osztályzatokban, hanem más értékelési eljárásokban való gyakorlatot is. Ennek megfelelően az alsó tagozat szóveges és verbális, valamint nonverbális értékelési gyakorlatát a felső tagozatban a gyerekek értékelő és önértékelő funkciójának kialakítása kíséri mind a különböző tantárgyak, mind pedig a magatartás és szorgalom értékelésének vonatkozásában. Ebben az iskolában az osztályfőnöki és igazgatói dicséret is gyakran szerepel a teljesítményt megerősítő és motiváló módszerek között. Az *iskolai szabályokat* mind az iskolai házirend, mind a mikroközösségek saját szabályainak vonatkozásában fontos és szükséges eligazodási pontoknak tekintik, melyeknek megsértése szankciókat von maga után. Mégsem beszélhetünk rigid szankcionálásról, mivel a normasértést az esetnek, a szituáció előzményeinek és körülményeinek, valamint lehetséges következményeinek megbeszélése követi a szankció kiszabása előtt. Az iskola *makro- és mikroközösségeinek kohézióját* erősítő kezdeményezésekről hosszan meséltek az interjúalanyok. A kohézió kívül az iskola magas szintű szakmai munkáját, a biztonságérzést, a pedagógiai munka szabadságát, az innováció és önmegvalósítás lehetőségét sorolták az iskola atmoszféráját pozitívan befolyásoló tényezők közé. Negatívan ható tényezőként az iskola leromlott fizikai állagát, és a jövő vonatkozásában az iskola önállóságának lehetséges elvesztését sorolták.

*Az iskolák mentálhigiénés szemléletmódjának összevetése alapján azt mondhatjuk, hogy egyedül a „Szervezetfejlesztő” iskola mentálhigiénés programja mutat teljes kongruenciát az interjúk által körvonalazott gyakorlattal. Az egészségnevelési program által – a lelki egészségvédelemmel összefüggő – időtávlatokban megjelenített célok és feladatok, a korcsoportokra lebontott témák, a széles módszerbázis, a program viszonyrendszerekre is lebontott szempontrendszere, előre vetítette az interjúk által bemutatott iskolai egészségfejlesztés mentálhigiénés gazdagságát.*

*3. Az iskolai környezet speciális szükségleteire való reagálás miként jelenik meg az egészségnevelési programok tartalmában és a pedagógusok tevékenységében?*

E kérdéskörben az a kiindulópont, hogy az iskolák meghatározzák-e helyzetelemzésre alapozottan az egészségnevelési szükségleteiket, ugyanis reaktív szemléletmód csak ebben az esetben várható a tervezés és megvalósítás szintjén.

*A „Stigmatizált” iskola egészségnevelési programja arról informál, hogy a szükségleteket – és az arra épülő cél- és feladatrendszert – állapotfelmérésre alapozzák. Az állapotfelmérést a tanulók testi-, lelki egészsége, szociális helyzete, káros szenvedélyek előfordulása, valamint az iskolai környezet indikátorai mentén határozzák meg. A szükségletekre alapozott célok elérését hatékonysági mutatók félévenként történő vizsgálatával ellenőrzik. Az interjúk számos esetben utalnak azokra a reakciókra, melyek az iskola speciális szükségleteiből fakadnak.*

A „Hagyományos” és a „Holisztikus” iskola esetében az Egészségnevelési programnak nem képezte részét a helyzetelemzésre alapozott szükségletek meghatározása.

A „Holisztikus” iskola esetében az egyéb dokumentációk szintjén megismerhettük az iskola sajátosságaihoz és holisztikus egészségképehez illeszkedő „Jó gyakorlatok” megnevezésű programját. Ebből kiderül, hogy az iskola a tanévet az egészségnevelés vonatkozásában is helyzetelemzéssel kezdi, és tanév végén végeredményre irányuló, többszintű (tanulói, pedagógusi és szülői) értékeléssel zárja. E programok fő tartalmi elemeit még nem illesztették be a nevelési programjukba, így *a vizsgálatunk tárgyát képező dokumentum nem informál a szükségletek és reakciók aktuális kérdéséről. Az interjúk során azonban beszámoltak olyan speciális szükségletekről és tervezett feladatokról, melyek az iskolai jóllétet fokozhatnák.*

A „Szervezetfejlesztő” kontrolliskolában a szükségletek meghatározásának alapja az intézményi körzet és környezet természeti, társadalmi jellemzőinek, az iskola személyi és tárgyi feltételeinek feltérképezése. A helyzetelemzésnek részét képezi az egészségneveléssel, környezeti neveléssel kapcsolatos tevékenység múltjának és aktuális helyzetének vázolója is. *A „Szervezetfejlesztő” iskola programjában vázolt feladatok és tevékenységek teljes összhangban állnak a szükségletekkel. Ugyanakkor, az interjúk is rávilágítottak az intézmény azon törekvésére, melynek keretében a szülők által megfogalmazott elvárásokra is reflektálni kívánnak.* A szülők számára ugyanis az iskolaválasztásnál egy fontos szempont, hogy humánus, biztonságos, egészséges környezetben neveljék a gyermekeiket. Erre az iskola mentálhigiénés egészségfejlesztő programja a válasz, de erre a társadalmi kihívásra reflektálva pályáztak sikerrel, az „Erőszakmentes iskola” címre is.

### **Következtetések**

1. Az iskolák egészségnevelési programjának a pedagógusinterjúk tartalmával való összevetése azt mutatta meg, hogy a programok célkitűzései, módszerei, tervezett tevékenységei többször nem állnak szinkronban az interjúk által bemutatott egészségnevelési és mentálhigiénés gyakorlattal, esetenként, már a tervezés céljai és a megvalósításra irányuló elemei is inkongruensek voltak. A dokumentumok és interjúk tartalomelemzéséből következik, hogy csak abban az iskolában mutatkozik koherencia a mentálhigiénés felfogásban, ahol a tantestületben konszenzus által tudatosul a pedagógus mintaadó szerepe a lelki egészség vonatkozásában, s az is, hogy a mintaadó szerepnek az iskolai élet minden színterén és minden viszonyrendszerében folyamatosan jelen kell lennie.

2. A kutatásban kontrollként szereplő „Szervezetfejlesztő” iskola a mentálhigiénére alapozott egészségfejlesztő programját képes volt az elmúlt 19 évben fenntartani és fejleszteni annak ellenére, hogy a pedagógusokkal és az iskolákkal kapcsolatos társadalmi (törvényi, politikai, szülői) és szakmai elvárások többször módosultak, és a tantestület egy jelentős része kicserélődött az elmúlt idő alatt. Mind a dokumentumokat, mind az interjúkat külön vizsgálva és egymásra vetítve is látható, hogy a mentálhigiénén alapuló egészségfejlesztés az iskola belső sajátosságává vált a pedagógusok egészségfelfogása, mintaadása, teljesítményfelfogása, teljesítményértékelése, szabálytudata, szankcionálása, a mikro- és makroközösségek kohéziója érdekében tett erőfeszítései és az iskolai klíma megítélései által. E tényezők a pedagógusok rejtett tantervben betöltött szerepére is utalnak.

3. A konfliktust kiváltó okok, és az iskolai klímát negatívan befolyásoló tényezők között felmerültek az összes vizsgált iskolában olyan problémák is a pedagógusok körében, melyek nem az egyes iskolákhoz mint szervezethez kötődtek, hanem keletkezésük és orvoslásuk is társadalmi szintű. Ezek a pedagógusok pszichés túlterheltségével, a pedagóguspálya alacsony

társadalmi presztízsével, s ezen belül is, az alulfinanszírozottság kérdésével, valamint a szélsőséges viselkedést produkáló gyerekek nevelési kompetenciájának hiányosságaival állnak összefüggésben. Mivel, a viselkedészavarok a családok intrapszichés történéseivel és stabilitásával, valamint a gyermekek pszichés támogatásával állnak összefüggésben, ezért fontos azon társadalmi szemlélet erősítése, amely az iskolára mint a szülővel partnerhelyzetben és kölcsönös interakcióban lévő nevelési színtérre, valamint egy támogató mentálhigiénés intézményre tekint, messze túlmutatva az iskola oktatófunkcióján. Ezzel párhuzamosan, a problémakezelés terén felveti a pedagógia és pszichológia gyakorlatának nem nélkülözhető módszertani közeledését, eszközöket adva az adott nevelési szituációban erősen frusztrálódó pedagógusok kezébe.

4. Kvalitatív kutatásom is megerősíti azon hazai reprezentatív kvantitatív kutatás eredményeit, amely szerint az oktatáson túli feladatok vállalásában a szervezet légkörének, a szervezeti bizalomnak és a szakmaiságnak van meghatározó jelentősége. Az interjúk közösségi kohézióval és az iskolai klíma megítélésével kapcsolatos válaszai a felsorolt szervezeti jellemzőket legteljesebben a „Holisztikus” és a „Szervezetfejlesztő” iskola esetében mutatták, amely intézményekben a pedagógusok egészségnevelési aktivitása (a mentálhigiénés tevékenységet is beleértve) a legmagasabb szintű volt a vizsgált iskolák vonatkozásában. Ez alapján feltehető, hogy a mentálhigiénés szempontokat szem előtt tartó, pozitív klímájú iskola önmagában is egészségfejlesztő hatású, míg más iskolák számos egészségnevelési akció és életvitel program bonyolításán keresztül sem képesek tanulóik egészségmagatartását tartósan befolyásolni.

5. A konfliktuskezelési kultúrát feltáró kérdések tartalomelemzése arra mutatott rá, hogy az interjúba vont pedagógusok egy-két esettől eltekintve az iskolai élet különböző státuszú szereplőivel kialakult konfliktusában – más hazai kutatási eredménytől eltérően – képesek a leghatékonyabb módszereket alkalmazni. Ennek oka az lehet, hogy a pedagógusok az összes vizsgált iskolában tanulták a konfliktuskezelést, amely az interjúalanyok esetében hatékonynak bizonyult. Ez megerősíti azt a más kutatások által feltárt ténytet, hogy az iskolai interperszonális kapcsolatok javíthatók az önismereten alapuló konfliktuskezelési és kommunikációs készségek fejlesztésével.

6. Az egészségfelfogáshoz, egészségneveléshez szorosan kötődő kifejezések kvantitatív vizsgálata az interjúk eredeti, nyers szövegeiben jelentős eltérést mutatott a vizsgált iskolák vonatkozásában. A különbség az egészségfelfogást tükröző kifejezések összes számában, de az egészség egyes aspektusaihoz kötődően is jelentős volt. Az egészségfelfogás dimenzióinak függvényében is nagyfokú különbség látható, amely csak részben mutat összefüggést az iskolák egészségkonceptiójával. Tehát az egészségszemlélet csakis kvantitatív megközelítéssel nem ismerhető meg, de a kvalitatív eredményeket képes egyes pontokban megerősíteni vagy árnyalni. Ugyanakkor megkívánja az ellentmondások háttérben szerepet játszó okok és tényezők keresését. Ez esetben a magyarázóelvet az, hogy a kifejezések használata a szaknyelvi kultúra szintjével, illetve a pedagógiai divattal is összefügg. A kvantitatív eredményünk egybecseng Paksi és munkatársainak – a közoktatásban folyó egészségfejlesztési tevékenység vizsgálata kapcsán megjelent – az iskolák fogalomhasználatával kapcsolatos kutatási eredményével. Megállapításuk szerint „a kutatás egyik tanulsága az volt, hogy az iskolák prevencióval/egészségfejlesztéssel kapcsolatos

gondolkodása/fogalomhasználata nagyon heterogén, illetve nem képezi le a szakmai standardokat, konvenciókat (...).” (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2004:61).

7. Utolsó következtetésem az egészségnevelés és egészségfejlesztés fogalom tartalmának összevetésével kapcsolatos, a különböző tudományok nézőpontjából. A dokumentumok és az interjúelemzések azt mutatták, hogy az iskolák az egészségnevelés és egészségfejlesztés fogalmát szinonimaként, azaz vagy-vagy alapon használták, csak a kontrollként szolgáló iskola esetében igazolható, hogy az egészségfejlesztés fogalmát tudatosan használva, azt megtöltötte az egészségtudomány értelmezése szerinti többlettartalommal. Ugyanakkor a pedagógusok az egészségnevelést tágra értelmezve, annak számos indirekt elemét is magába foglalóan használták: belefoglalták a személyes mintaadásnak, az iskola fizikai környezetének, a büfé és a menza kínálatának, az étkezés és tisztálkodás körülményeinek, a szervezeti kultúra fejlesztésének, az iskolai szabályok és szankcionálási rendszerek fejlesztésének, az egészségügyi és más szektorok bevonásának (védőnő, pszichológus, gyermekjóléti szolgálat, stb.), a civil szervezetekkel való együttműködésnek a lehetőségeit éppúgy, mint a direkt nevelés ismeretátadó elemeit és kampányprogramjait. Ezek a szegmensek azonban, már egybeesést mutatnak az egészségfejlesztésnek a szakmai értelmezés szerinti területeivel: az egészségnevelési programok, a megelőző jellegű egészségügyi szolgáltatások, a közösségi- és szervezeti szintű fejlesztések, az egészséges környezettel kapcsolatos intézkedések, – s ha a szabályozási tevékenységről azt feltételezzük, hogy ebbe a társadalom kisebb egységeinek, így az iskoláknak a saját szabályalkotó tevékenysége is belefér – akkor a szabályozás, szabályalkotás területével is. Tehát tartalmát tekintve az egészségtudomány egészségfejlesztés fogalma valamint az egészségnevelés pedagógiai értelmezése összeér: a hasonló vagy azonos tevékenységkörre más terminus technicust használnak.

*A kutatás gyakorlati haszna* abban áll, hogy a pedagógusokat megerősíti: egészségnevelési tevékenységük nem speciális kompetenciák, és nem is választás kérdése. Az iskola természeti, tárgyi és pszichoszociális környezetének alakításával, s személyes mintaadásukkal olyan egészséget támogató klímát képesek nyújtani a tanulóknak, amely a tanulók egészségmagatartására bizonyítottan egészségvédő hatást gyakorol, míg a pusztán ismeretátadó és készségfejlesztő programok ilyen irányú hatékonysága megkérdőjelezhető. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a pedagógusok példaadása sem az önreflexiót, sem az önnevelést nem nélkülözheti.

*A kutatásom elméleti szempontból egy olyan rendszermodellt alkot,* amely megmutatja, hogy az iskolai szintén a benne dolgozók és tanulók egészségmagatartásának formálásához az egészségtudomány által vázolt egészségfejlesztési tevékenységmodell mind a hét területén képes feladataival, funkcióival és rejtett tantervi hatásaival hozzájárulni. Ehhez természetesen, az egészségfejlesztés tevékenységterületeinek rugalmas és iskolára szabott értelmezése szükséges. A modell a továbbiakban mindkét tudomány számára használható, s számos gyakorlati példával kiegészíthető egységes értelmezési keretet kínál. S a terminológiai egzaktság az iskolai egészségnevelés interdiszciplináris problematikájának tudományos diskurzusát is megkönnyítené a jövőben. E vonatkozásban a neveléstudomány számára kínálkozik az a lehetőség, hogy adaptálja az egészségfejlesztés komplex fogalmát, elfogadva annak az egészségneveléshez viszonyított többlettartalmát. A pedagógusok egészségneveléssel kapcsolatos képzéseiben/továbbképzéseiben a fogalmak ily módon történő értelmezése is facilitáló hatással lehet az egészségfelfogásukkal és egészségnevelésükkel

kapcsolatos szemléletmódjuk változtatására.

## **E kutatás lehetséges további irányai**

A legfontosabb feladatnak látom a jövőben az iskolai egészségnevelés vizsgálatába beemelni az iskola-egészségügyi szakemberek egészségfelfogását, és az iskolai egészségfejlesztéshez kapcsolódó szereptartalmát, mivel a közoktatás intézményeinek egészségkultúráját mintaadásuk és tevékenységük számottevően befolyásolja. Ehhez kapcsolódóan sürgető a pedagógusokkal való együttműködésük lehetőségeinek és eredményeinek feltárása, az elvek és a gyakorlat szintjén egyaránt.

A kutatás folytatásának másik lehetséges szála vizsgálatom kontrolliskolájába vezet. A jövőben a pécsi Köztársaság Téri Általános Iskolában érdemes lenne a kvalitatív kutatást kvantitatív módszerekkel kiegészítve kiterjeszteni a tantestület és a tanulók egészére, azzal a céllal, hogy többoldalú tudományos megközelítéssel igazolhassuk a szervezetfejlesztő program generalizációs rejtett tantervi hatását.

A kutatás folytatásának harmadik lehetséges iránya prediktív eredményekkel szolgálhatna a pedagógushallgatók egészségnevelési attitűdjének megismerésével kapcsolatban, azért, hogy tisztán lássuk azokat a lehetséges beavatkozási pontokat, melyeket az egészséghez való viszonyulás terén képzésük befolyásol. E keretben feltárhatóak lennének a pedagógusképzések tanterveiben megjelenő, az egészségfelfogáshoz és neveléshez szervesen kapcsolódó tartalmak, amelyek összevethetőek lennének a pedagógusképzés hallgatóinak az egészségről és egészségnevelésről való gondolkodásával. Így egyéb változók bevonásával képet kapnánk a képzés egészségszemlélet formáló hatásáról, de a jövő pályakezdő pedagógusainak egészségnevelését alapvetően meghatározó attitűdjeiről is. Ez a vizsgálat hozzájárulhatna a pedagógusképzés egészségneveléshez kapcsolódó hatékonyságának megismeréséhez, ugyanakkor előre vetítené a jövő pedagógusainak az egészségneveléshez, s ezen belül a mentálhigiénéhez való viszonyulását. E kapcsolódás vizsgálata azért kiemelten fontos, mert közvetett módon meghatároz olyan iskolai nevelési funkciókat is, mint a tanulók teljesítmény-értékelése, a szabályok betartatása, a közösségi kohézió alakítása, továbbá a tanári egészségmagatartás, kommunikáció és konfliktuskezelés mintája, amely a tanulókra jelentős személyiség- és egészségformáló hatással van. S az iskolafokozatokban felnövekvő generáció egészsége nem csupán egy kérdés a számos társadalmilag fontos kérdés közül, hanem a demográfiai helyzetünket, gazdasági és kulturális fejlődésünket alapvetően meghatározó tényező.

## A tézisekhez felhasznált szakirodalom

1. Buda Béla (2003): *Iskolai nevelés – a lélek védelmében*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest.
2. Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*. 2002/1. 11-29.
3. Meleg Csilla (2005): Az oktatási - nevelési intézmény, mint pszichoszociális környezet. in: Aszmann Anna (szerk.): *Iskola – egészségügy*. OGYEI. Budapest. 40-51.
4. Nagy Judit (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*. 2005/4. 263-282.
5. Füzesi Zsuzsa – Tistyán László (2004): Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. *Országos Egészségfejlesztési Intézet*. Budapest.
6. Helferrich, C. (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
7. Felvinczi Katalin (2007a): Az „Egészséges Iskolákért” program bemutatása. in: Demetrovics Zsolt – Urbán Róbert – Kökönyei Gyöngyi (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. L'Harmattan Kiadó. Budapest. 265-282.
8. Felvinczi Katalin (2007b): Iskola és egészségfejlesztés. in: Demetrovics Zsolt – Urbán Róbert – Kökönyei Gyöngyi (szerk.): *Iskolai egészségpszichológia*. L'Harmattan Kiadó. Budapest. 29-44.
9. Paksi Borbála – Felvinczi Katalin – Schmidt Andrea (2004): *Prevenció/ Egészségfejlesztési tevékenység a Közoktatásban*. Kutatási Jelentés az Oktatási Minisztérium megbízásából. 4-68.
10. Sántha Kálmán (2006): *Mintavétel a kvalitatív pedagógiai kutatásban*. Gondolat Kiadó. Budapest.
11. Szabolcs Éva (2004): Tartalomelemzés. in: Falus Iván (szerk.). (2004): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Műszaki Könyvkiadó. Budapest. 330-341.

## Publikációs jegyzék

### Doktori értekezés témaköréhez kapcsolódó publikációk

Tanulmányok lektorált folyóiratban és szerkesztett kötetben:

- Deutsch Krisztina (2011): Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások körében. ÚJ PEDAGÓGIAI SZEMLE 61:(1-5) p. 225-235.
- Deutsch Krisztina, Betlehem József, Cséplő Adrienn (2011): Egészségfelfogás és mentálhigiéné az általános iskolákban. In: Kilár Ferenc (szerk.): MANDULAVIRÁGZÁSI TUDOMÁNYOS NAPOK. Pécs. 2011.02.28-2011.03.04. Pécsi Tudományegyetem, p. 9-12.
- Deutsch Krisztina (2009): Családi életre nevelés a református gimnáziumokban Magyarországon. In: Ambrusné Kéri Katalin, Barakonyi Károly, Bárdossy Ildikó, Fischerné Dárdai Ágnes, Forray R Katalin, György Zoltán, Horváth Béla, Meleg Csilla, Stirling János (szerk.): "OKTATÁS ÉS TÁRSADALOM" NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA ÉVKÖNYVE. Pécs, p. 339-357.
- Deutsch Krisztina (2004): Függetlenség vagy független függőség? Drogprevenációs tapasztalatok Szigetvár középiskolájában. VEDŐNŐ 14:(6) pp. 12-13.
- Deutsch Krisztina (2004): Függetlenség vagy független függőség? Drogprevenációs tapasztalatok Szigetvár középiskolájában. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 45:(5-6) p. 35-37.

Előadások:

- Deutsch Krisztina (2011): Pedagógusok egészségfelfogása és mentálhigiéné szemléletmódja. In: Barkóczy László, Hajdicsné Varga Katalin (szerk.): Nevelés és társadalom: Hagyomány és megújulás. Képzés és gyakorlat konferenciák 5. Kaposvár, 2011.03.25. Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar, p. 15.
- Deutsch Krisztina (2011): Iskolai egészségfelfogás és egészségnevelés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. In: Forray R Katalin, Dominek Dalma, Molnár-Kovács Zsófia (szerk.): Iskola a társadalmi térben és időben II. Konferencia Absztraktjai. Pécs, 2011.05.17-2011.05.19. p. 34.
- Deutsch Krisztina (2010): Pedagógusnők által közvetített egészségmagatartás és egészségfelfogás általános iskolákban. Neveléstudományi Doktori iskola "Társadalmi nem és oktatás" című Konferenciája. 2010.11.20. Pécs.
- Deutsch Krisztina (2010): Iskolák egészségfelfogása és mentálhigiéné szemléletmódja interjúk tanulsága szerint. In: Csíkos Csaba, Kinyó László (szerk.): Új törekvések és lehetőségek a 21. századi neveléstudományokban: X. Országos Neveléstudományi Konferencia. Program és összefoglalók. Budapest. 2010.11.04-2010.11.06. Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet, p. 104.
- Cséplő Adrienn, Deutsch Krisztina (2010): Az iskolai egészségfelfogás hatása a tanulók pszichés egészségére és iskolai teljesítményére. In: Magatartástudományi Napok X. Jubileumi Konferencia. Pécs. 2010.05.25-2010.05.26. PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, p. 15.



- Deutsch Krisztina, Barkovics Katalin, Baloghné Varga Krisztina (2008): Pedagógia a közösségi egészségfejlesztés szolgálatában. In: Bíróné Asbóth Katalin, Csordás Ágnes (szerk.): "Nők egészsége -családok egészsége" XIII. Országos Védőnői Konferencia: A kommunikáció színterei. Esztergom. 2008.03.07-2008.03.08. MAVÉ Budapest, p. 9.
- Baracsiné Tárnok Márta, Deutsch Krisztina, Szarka Miklós (2008): Családi életre nevelés, mint védőnői feladat protestáns egyházi középiskolákban - különös tekintettel a református gimnáziumokra. In: A Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság XXXIII. Kongresszusa: A család volt, van és lesz. Gyula. 2008.11.13-2008.11.15. p. 46.

### **A szerző egyéb témakörben megjelent publikációi:**

- Leveli Kriszta, Deutsch Krisztina (2013): Felnőtt alapszintű újraélesztési ismeretek a védőnők körében. EGÉSZSÉG-AKADÉMIA 4:(1) megjelenés alatt.
- Betlehem József, Radnai Balázs, Marton József, Deutsch Krisztina, Pék Emese (szerk.) (2012): Előadás kivonatok: VII. Pécsi Sürgősségi Napok. 2012.09.28.-2012.09.29. Pécs. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 20. p.
- Pék Emese, Nagy Gábor, Marton-Simora József, Deutsch Krisztina, Radnai Balázs, Szabó József, Betlehem József (2011): Élvezeti szerek és a Posttraumás stressz szindróma összefüggései mentődolgozók körében. NŐVÉR 24:(4) p. 11-19.
- Pék E, Marton-Simora J, Deutsch K, Radnai B, Betlehem J (2011): PTSD and drug use among ambulance workers. INTENSIVE CARE MEDICINE 37:(S1) p. S136.
- Nagy G, Soltenszky M, Marton-Simora J, Deutsch K, Radnai B, Pek E, Betlehem J (2011): Regional differences in prehospital treatment of stroke patients in Hungary. CEREBROVASCULAR DISEASES 31:(Suppl 2) p. 181.
- Nagy G, Nemeth L, Marton-Simora J, Deutsch K, Pek E, Betlehem J (2011): Difference in knowledge about stroke among high and low qualified ambulance service members. CEREBROVASCULAR DISEASES 30:(Suppl 2) p. 180.
- Betlehem József, Deutsch Krisztina (2011): Helyzetfelismerés sürgős szükség esetén. In: Betlehem József (szerk.): Első teendők sürgős esetekben – Elsősegélynyújtás. Budapest, Medicina Könyvkiadó. p. 13-21.
- Deutsch Krisztina (2011): Az elsősegélynyújtás jelentősége a mai társadalomban. In: Betlehem József (szerk.): Első teendők sürgős esetekben – Elsősegélynyújtás. Budapest, Medicina Könyvkiadó. p. 13-21.
- Betlehem J, Katz J, Olah A, Boncz I, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K, Radnai B, Pek E, Kriszbacher I (2011): The importance of the first responder for acute stroke patients. CEREBROVASCULAR DISEASES 31:(Suppl 2) p. 180.
- Betlehem József, Radnai Balázs, Marton-Simora József, Deutsch Krisztina, Pék Emese (szerk.) (2011): Előadás kivonatok: VI. Pécsi Sürgősségi Napok. 2011.09.30.-2011.10.01. Pécs. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 20. p.

- Nagy G, Fuller N, Marton-Simora J, Deutsch K, Betlehem J (2010): Physicians' opinion about competencies of the triage nurse in Hungarian emergency departments. *INTENSIVE CARE MEDICINE* 36:(Suppl 2) p. S396.
- Mátrahalmi Rita, Deutsch Krisztina (2010): Motivációs tényezők az otthonszülést választó nők körében. In: Magatartástudományi Napok X. Jubileumi Konferencia. Pécs. 2010.05.25-2010.05.26. PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, p. 34.
- Marton-Simora József, Nagy Gábor, Deutsch Krisztina, Betlehem József (2010): Pulzoximéter szimulátor használata mentőtiszt hallgatók újraélesztés vizsgája során. *NŐVÉR* 23:(4) pp. 31-40.
- Marton-Simora J, Gyerman O, Illes C, Illes K, Pek E, Nagy G, Deutsch K, Betlehem J (2010): Posttraumatic stress disorder (PTSD) among Hungarian ambulance workers. *INTENSIVE CARE MEDICINE* 36:(Suppl 2) p. S396.
- Marton-Simora J, Falk D, Nagy G, Deutsch K, Betlehem J (2010): A helyszín szimulációjának minősége az elsősegélynyújtás gyakorlati oktatásában. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* 1:(1) p. 67-73.
- Deutsch Krisztina (2010): A lépcsős képzés szintjei, céljai, feladatai a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán. *KÉPZÉS ÉS GYAKORLAT* 8: p. 43-59.
- Betlehem J, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K, Boncz I, Sebestyén A, Olah A (2010): The self-perceived health between medical-surgical and critical care nurses in Hungary (2003-2008) *INTENSIVE CARE MEDICINE* 36:(Suppl 2) p. S422.
- Betlehem J, Horváth S L, Kriszbacher I, Olah A, Boncz I, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K, Szilágyi J, Gondocs Z (2010): The accuracy of following the prehospital stroke diagnostic guideline in Hungary. *CEREBROVASCULAR DISEASES* 29:(Suppl 2.) p. 556.
- Betlehem József, Nagy Gábor, Marton-Simora József, Deutsch Krisztina (szerk.) (2010): Előadás kivonatok: V. Pécsi Sürgősségi Napok. 2010.10.01.-2010.10.02. Pécs. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 20. p.
- Marton-Simora József, Gyermán Orsolya, Nagy Gábor, Deutsch Krisztina, Betlehem József (2009): Poszttraumás stresszbetegség budapesti mentődolgozók körében. In: Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa. Veszprém. 2009.07.09-2009.07.11. Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Zrt, p. 55.
- Marton-Simora J, Betlehem J, Deutsch K, Nagy G (2009): BLS examination located on a real scene can impair attendant's efficiency. *INTENSIVE CARE MEDICINE* 35:(Suppl 1) p. S23.
- Deutsch Krisztina (2009): Minőségszemlélet alapú tananyagfejlesztés a pécsi védőnőképzésben. In: Karlovitz János Tibor, Torgyik Judit Emese (szerk.): Speciális kérdések és nézőpontok a felsőoktatásban. Békéscsaba. 2009.01.22-2009.01.24. Budapest: Neveléstudományi Egyesület, p. 85-90.
- Deutsch Krisztina (2009): Minőségszemlélet alapú tananyagfejlesztés a pécsi védőnőképzésben. In: Karlovitz János Tibor (szerk.): Tanítás-tanulás, munkaerőpiac. A Neveléstudományi Egyesület 2009. évi Konferenciája. Békéscsaba. 2009.01.22-2009.01.24. Budapest: Neveléstudományi Egyesület, p. 24.

- Betlehem J, Nagy E, Olah A, Boncz I, Sebestyén A, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K, Kriszbacher I, Gondocs Z (2009): The posttraumatic stress among ambulance personnel in Hungary. *VALUE IN HEALTH* 12:(7) p. A363.
- Betlehem J, Boncz I, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K, Sebestyén A, Gondocs Z, Olah A (2009): The coping mechanisms between critical care and other acute care nurses in Hungary. *INTENSIVE CARE MEDICINE* 35: p. 0703.
- Betlehem J, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K (2009): The characteristics of ambulance officer students' performance in ALS examination. *CRITICAL CARE MEDICINE* 37:(12) p. A285.
- Betlehem J, Kukla A, Deutsch K, Marton-Simora J, Nagy G (2009): The changing face of European healthcare education: The Hungarian experience. *NURSE EDUCATION TODAY* 29:(2) pp. 240-245.
- Betlehem József, Nagy Gábor, Marton-Simora József, Deutsch Krisztina (szerk.) (2009): Előadás kivonatok: IV. Pécsi Sürgősségi Napok. Pécs. 2009.10.09.-10.10. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 20. p.
- Betlehem J, Marton-Simora J, Nagy G, Gal N, Deutsch K, Gondocs Z (2009): Does the ERC protocol 2005 cause more physical tiredness for BLS providers during resuscitation? *CRITICAL CARE MEDICINE* 37:(12) p. A270.
- Betlehem J, Vinkó K, Marton-Simora J, Nagy G, Deutsch K, Kocse T, Puskás T (2009): Does the CPR protocol 2005 make a difference in the characteristics of reanimation in Hungary? *CRITICAL CARE MEDICINE* 37:(12) p. A268.
- Marton-Simora József, Gyermán Orsolya, Nagy Gábor, Deutsch Krisztina, Göndöcs Zsigmond, Bethlehem József (2008): Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében. *NŐVÉR* 21:(4) p. 10-19.
- Deutsch Krisztina, Bethlehem József, Marton-Simora József, Nagy Gábor (2008): A minőség szemlélet használata a felsőfokú egészségügyi oktatásban. In: VIII. Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok: "Változások az egészségügyben - a minőség szempontjai 2.". Debrecen. 2008.05.29-2008.05.30. Debrecen, p. 167-175.
- Betlehem József, Deutsch Krisztina, Göndöcs Zsigmond, Kocse Tamás, Marton-Simora József, Nagy Gábor, Puskás Tivadar (2008): A mentőtisztképzés helye a Bologna típusú képzési rendszerben és az Európai Felsőoktatási Térségben. *MAGYAR MENTÉSÜGY* 28:(1-4.) pp. 114-122.
- Deutsch Krisztina (2008): A segítő beszélgetés. In: Séllyné Gyuró Mónika (szerk.): *Kommunikáció az egészségügyben*. Pécs. PTE ETK, p. 152-175.
- Betlehem József, Nagy Gábor, Marton-Simora József, Deutsch Krisztina (szerk.) (2008): Előadás kivonatok: III. Pécsi Sürgősségi Napok. 2008.09.27. Pécs. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 20. p.
- Deutsch Krisztina (2005): Pedagógia a védőnői munkában. *VÉDŐNŐ* 15:(5) p. 19-20.
- Deutsch Krisztina (2005): Védőnői oktatási ismeretek, felsőoktatási és oktatási ismeretek. In: Holló Rózsa, Dr. Sulyok Endre (szerk.). *Okleveles védőnői ismeretek*. Pécs. PTE ETK, p. 55-67.