

EDUCATIO®

PEDAGÓGIA SZOCIOLÓGIA HISTÓRIA ÖKONÓMIA PSZICHOLÓGIA POLITOLÓGIA

EGÉSZSÉG ÉS OKTATÁS

EGÉSZSÉG, OKTATÁS ÉS EMBERI TŐKE	135	<i>Polónyi István</i>
A GYÓGYÍTÓ ÉS BETEGÍTŐ ISKOLA	147	<i>Sáska Géza</i>
EGÉSZSÉG: BEFEKTETÉS A HUMÁN TŐKÉBE	159	<i>Orosz Éva, Merész Gergő & Nagy Balázs</i>
CIGÁNY EGÉSZSÉG, CIGÁNY BETEGSÉG	177	<i>Forray R. Katalin</i>
SERDÜLŐK LELKI EGÉSZSÉGE	187	<i>Költő András & Zsiros Emese</i>
TANÁRJELÖLTEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS EGÉSZSÉGSZEMLÉLETE	201	<i>Veres-Balajti Ilona, Bíró Éva, Ádány Róza & Kósa Karolina</i>
PEDAGÓGIAI PROBLÉMA – SZERVEZETI VÁLASZ	213	<i>Meleg Csilla</i>
AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS INTÉZMÉ- NYESÜLÉSÉNEK TÖRTÉNETE	224	<i>Tigyné Pusztafalvi Henriette</i>

EDUCATIO® INTERDISZCIPLINÁRIS SZEMLE AZOK SZÁMÁRA, AKIK
AZ OKTATÁS TÁRSADALMI ÖSSZEFÜGGÉSEIT KERESIK
HUSZONKETTEDIK ÉVFOLYAM MÁSODIK SZÁM 2013 – NYÁR MEGJENIK NEGYEDÉVENKÉNT

ALAPÍTÓ FŐSZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS

FŐSZERKESZTŐ-HELYETTESEK: CSÁKÓ MIHÁLY & FEHÉRVÁRI ANIKÓ

E SZÁM TANULMÁNYAIT SZERKESZTETTE: POLÓNYI ISTVÁN

LEKTORÁLTA: MIHÁLYI PÉTER & POLÓNYI ISTVÁN

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

BAJOMI IVÁN, BIRÓ ZSUZSANNA HANNA (VALÓSÁG), CSÁKÓ MIHÁLY, FEHÉRVÁRI ANIKÓ
(KUTATÁS KÖZBEN), FORRAY R. KATALIN, HRUBOS ILDIKÓ, LUKÁCS PÉTER,
NAGY PÉTER TIBOR, POLÓNYI ISTVÁN, SÁSKA GÉZA, TOMASZ GÁBOR (SZEMLE)
VEROSZTA ZSUZSANNA (VALÓSÁG)

SZERKESZTŐSÉG ÉS KIADÓHIVATAL: 1055 BUDAPEST, SZALAY UTCA 10-14.
TELEFON, FAX: (06-1) 235-7200

AZ EDUCATIO NEGYEDÉVES FOLYÓIRAT, ÉVENTE KÖZEL HATSZÁZ OLDALON,
ÖTVEN NYOMDAI ÍVEN, MINTEGY NYOLCVAN SZERZŐI ÍV KÖZREADÁSÁRA VÁLLALKOZIK.
LAPUNK KAPHATÓ A KIADÓBAN ÉS AZOKBAN A FŐVÁROSI KÖNYVESBOLTOKBAN, AMELYEK
FOLYÓIRATOK ÁRUSÍTÁSÁVAL IS FOGLALKOZNAK ÉS ELFOGADTÁK LAPUNKAT,
ILLETVE KÖZVETLENÜL IS MEGRENDELHETŐ AZ EDUCATIO HONLAPJÁN KERESZTÜL:

[HTTP://WWW.EDU-ONLINE.HU](http://www.edu-online.hu)

ELŐFIZETHETŐ KÖZVETLENÜL A KIADÓ CÍMÉN.

AZ ELŐFIZETÉS DÍJA EGY ÉVRE 3 720 FT + POSTAKÖLTSÉG.

EDUCATIO®

QUARTERLY REVIEW OF SOCIAL SCIENCES

FOCUSED ON EDUCATION

EDITOR IN CHIEF: TAMAS KOZMA

THE JOURNAL IS PUBLISHED FOUR TIMES A YEAR (600 PAGES).

POSTAL ADDRESS: H-1055 BUDAPEST, SZALAY UTCA 10-14., HUNGARY

ANNUAL SUBSCRIPTION: \$ 20 / € 15 PLUS POSTAGE.

ORDERS MAY BE PLACED TO OUR POSTAL ADDRESS OR DIRECTLY THROUGH OUR WEBSITE:

[HTTP://WWW.EDU-ONLINE.HU](http://www.edu-online.hu)

PLEASE, MAKE THE CHEQUE PAYABLE TO OFI, EDUCATIO.

© Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, 2013. Minden jog fenntartva.

ISSN 1216-3384

Felelős kiadó: az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet főigazgatója

Olvasószerkesztő: Kocsis Lilla

Tipográfia: font.hu

Nyomdai munkák: Szerif Kiadó

E szám tanulmányainak szerzői

POLÓNYI ISTVÁN – egyetemi tanár, Debreceni Egyetem KTK ♡ SÁSKA GÉZA – tudományos főmunkatárs, ELTE TÁTK OITK ♡ OROSZ ÉVA – egyetemi tanár, ELTE TÁTK ♡ MERÉSZ GERGŐ – Syreon Kutató Intézet ♡ NAGY BALÁZS – tudományos munkatárs, ELTE TÁTK ♡ FORRAY R. KATALIN – prof. emer., Pécsi Tudományegyetem ♡ KÖLTŐ ANDRÁS – egészségfejlesztő szakpszichológus, Országos Gyermekegészségügyi Intézet ♡ ZSIROS EMESE – pszichológus, Országos Gyermekegészségügyi Intézet ♡ VERES-BALAJTI ILONA – egyetemi docens, DE OEC ♡ BÍRÓ ÉVA – egyetemi tanársegéd, DE OEC ♡ ÁDÁNY RÓZA – egyetemi tanár, DE OEC ♡ KÓSA KAROLINA – egyetemi docens, DE OEC ♡ MELEG CSILLA – egyetemi tanár, PTE ÁJK ♡ TIGYINÉ PUSZTAFALVI HENRIETTE – egyetemi adjunktus, PTE Egészségtudományi Kar ♡ SZÉLL KRISZTIÁN – PHD-hallgató, PTE ♡ KALOCSAI JANKA – PHD-hallgató, PTE ♡ VEREBÉLYI GABRIELLA – PHD-hallgató, PTE ♡ KOVÁCS KLÁRA – PHD-hallgató, PTE ♡ SCHADT MÁRIA – címzetes egyetemi tanár, PTE BTK ♡ PÉNTEK ESZTER – egyetemi adjunktus, PTE BTK ♡ NÓGRÁDI ANDRÁS – tudományos segédmunkatárs, MTA TKPTI ♡ ZOLNAY FRUZZSINA LILI – PHD-hallgató, ELTE PPK ♡ DOMONKOS KATALIN – PHD-hallgató, ELTE PPK ♡ PONGRÁCZ KORNÉLIA – PHD-hallgató, ELTE PPK ♡

(a tartalommutató folytatása)

VALÓSÁG ----- 235

Interjúpartnereink: *Sanda István Dániel, Csillag Katalin & Gunther Zsolt*

KUTATÁS KÖZBEN ----- 245

A pedagógusmunka minőségét meghatározó tényezőkről (*Széll Krisztián*) – Az aktív állampolgárságra nevelés diákszemmel (*Kalocsai Janka*) – Első osztályos tanulásban akadályozott gyermekek spontán mondatalkotásának vizsgálata (*Verebélyi Gabriella*) – Sportoló közösségekhez tartozás mint társadalmi védőfaktor (*Kovács Klára*) – A kutatónők pályaválasztási motivációi a műszaki, informatikai, és egyes természettudományi területeken (*Schadt Mária & Péntek Eszter*)

SZEMLE ----- 277

Az egészség hatalmi konstrukciói (*Nógrádi András*) – Egészségünkre! (*Zolnay Fruzsina Lili*) – Egyenlőtlenségek egészségben és jólétben (*Domonkos Katalin*) – Az amerikai iskolai mentális egészségközpontok (*Pongrácz Kornélia*)

ÖSSZEFOGLALÓ / ABSTRACT ----- 289

SZERZŐINKHEZ

Az *Educatio*[®] minden tárgyilagos álláspontnak helyet biztosít. Minden közleményért szerzője felel. A beérkező kéziratokat megőrizzük.

Az elfogadott kéziratok *copyrightja* a folyóiratot kiadó Oktatókutató és Fejlesztő Intézeté, hacsak szerződés erről másként nem rendelkezik. A tartalmat nem érintő kisebb változtatások és a lap arculatához való igazítás jogát a szerkesztőség fenntartja.

A beküldött dolgozatokkal akkor áll módunkban érdemben foglalkozni, ha azok terjedelme nem haladja meg az egy szerzői ívet (40 000 karakter), és két nyomtatott példányban érkezik (elégéses oldalmargóval, lapszámozva). Külön lapon kérjük mellékelni a dolgozat egy-két bekezdésnyi kivonatát és a szerző fontosabb adatait (ahogyan szerzőink között definiálni szeretné magát, a szerződéskötéshez szükséges személyi adatokat és azt a címet, ahová a kefelevonatot kéri). Elektronikusan is kérjük az állományt (adathordozón vagy elektronikus postafiókunkba). Ha a dolgozat ábrát is tartalmaz, kérjük külön lapon mellékelni, a folyóirat tördelési méretének megfelelően (színes ábrákkal egyelőre sajnos nem tudunk mit kezdeni), grafikon esetén az adatokat is kérjük. A hivatkozásokra, lábjegyzetekre nézve formai kikötésünk nincs, azokat átszerkesztjük a lap tipográfiájának megfelelően.

A kefelevonatokat elküldjük, hogyha erre elégséges idő marad. A javított példányokat három napon belül kérjük visszajuttatni, e határidőn túl nem áll módunkban a szerzői javításokat elvégezni. Jelentősebb változtatásokat nem tudunk elfogadni.

EGÉSZSÉG ÉS OKTATÁS

EGÉSZSÉG, OKTATÁS ÉS EMBERI TŐKE

MAGYARORSZÁG LAKOSSÁGÁNAK EGÉSZSÉGI helyzete a fejlett világ országáival összehasonlítva nem kedvező. Indokolt annak elemzése, hogy milyen szerepet játszik/játszhat ebben a helyzetben az oktatás, az iskola. Kötetünk célja az, hogy az oktatás, illetve az iskola és az egészséghelyzet, az egészségtudatosság, az egészségre nevelés kapcsolatának kérdéskörét körbejárja ismert szakértők tanulmányainak segítségével.

Ebben a bevezető írásban az egészség és az emberi tőke, valamint az egészség és az oktatás kapcsolatát vizsgáljuk meg. Egyben az írás röviden bemutatja a szám tanulmányait is.

Az oktatás és az egészségügy szerepének közgazdasági megközelítése

A közgazdaságtan az ember egészségi helyzetét az oktatással együtt a gazdasági jólét és fejlődés alapvető tényezőjének tartja. Az emberi tőkét – amely a gazdasági fejlődés egyik hajtóereje – növelő öt fő tényező közt említi Theodor Schultz az egészségügyet. Ez az öt fő tényező: 1) az egészségügyi létesítmények és szolgáltatások – amelyek az emberek élettartamát, erejét, állóképességét, vitalitását és életképességét befolyásolják; 2) a munka közbeni képzés; 3) a formális, szervezett, elemi, közép- és felsőfokú oktatás; 4) a felnőttképzési programok; valamint 5) az egyének és családok vándorlása a változó munkalehetőségekhez való alkalmazkodás érdekében (Schultz 1983:60).

De az oktatás és az egészség között más, ún. externális kapcsolatot is ismer a közgazdasági gondolkodás. Az externális vagy külső gazdasági kapcsolat – leegyszerűsítve – azt jelenti, hogy egy gazdasági tevékenységnek azok (a közösség) is élvezik hozamait, akik nem vesznek abban részt. Tehát az oktatás esetében maguk nem tanulnak, mégis hasznuk van abból, hogy mások tanulnak. Az oktatás ilyen externális hozamai közé sorolják azt, hogy az iskolázottabb, tanultabb emberek egészségesebbek, s ezért kevesebb egészségügyi kiadást igényelnek, azaz a közösségnek kevesebbet kell az ő egészségügyi ellátásukra költeni.¹ Hozzá kell

1 Az oktatás externális hozamai közé a következőket szokták leggyakrabban említeni. a) Az oktatás következtében a demokratikus intézmények hatékonyan működtethetők. b) Az embereknek – illetve a munkaerőnek – megnő a technikai változásokhoz való alkalmazkodóképessége. c) Alacsonyabb szociális, munkanélküliséget kompenzáló és egészségügyi kiadások. d) Alacsonyabb a bűnözés, amely csökkenti a bűnüldözési és a büntetés-végrehajtási rendszer költségeit. e) Kevesebb tökéletlenség a tőkepiacon. f) Közösségileg előállított közszolgáltatások növekedése. (Lásd pl.: Varga 1998; Polónyi 2002.)

tenni, hogy vannak olyan nézetek is, miszerint az iskolázottsággal részint növekszik a tájékozottság, s emiatt az emberek hamarabb fordulnak orvoshoz, részint a hosszabb élettartam miatt tovább is használják az egészségügyi szolgáltatásokat, s így végül is az egészségügyi kiadás nem is csökken, vagy nem csökken jelentősen.

Ezek az externális, külső gazdasági hatások alapvető közgazdasági indokai az adott területen az állami szerepvállalásnak, mivel itt a piac részben vagy egészben kudarcot szenved.

Mint Pete Péter írja: „A közgazdaságtan piaci kudarcoknak nevezi azokat a helyzeteket, amikor a decentralizált, egyéni megállapodásokon alapuló (piaci) együttműködési rendszer nem, vagy csak nagyon rossz hatékonysággal működik... Vannak továbbá olyan, fontos szükségleteket kielégítő jószágok, amelyeket a piaci döntéseken alapuló rendszer nem, vagy nem elegendő mértékben állít elő... Ezekben az esetekben szokott az állam irányító szereplőként fellépni, mivel ezen esetekben csak közösségi (állami) akció segítségével biztosítható megfelelő mennyiségük”. (Pete 2005:178–179.) Azonban azonnal hozzátesszi, hogy „a szükségletek kielégítésének van egy meglehetősen széles köre, amelyben megítélés vagy elhatározás kérdése, hogy a társadalom mekkora szerepet szán a közösségi döntéseknek. Ennek megítélésében már jelentős szerepet játszanak a hagyományok, a történelmi különbségek is. Nem véletlen, hogy az oktatás, egészségügyi ellátás vagy a nyugdíjrendszer az egyes országokban igen változatos formákban valósul meg: a privát-piaci és a központi-állami szerepvállalások mértéke országonként és koronként is jelentős eltéréseket mutat.” (I. m. p. 179.) Más oldalról azt is tisztán kell látni, „minél szélesebb körű az államon keresztül kielégített – akár közösséginek nevezett – szükséglet, annál több adót kell fizetni és annál kevesebb marad a privát szférában, hiszen az állam többnyire nem teremt, csak újraoszt” (Pete 2005:182).

De érdemes megemlíteni a közgazdasági gondolkodás másik pólusát is, amely az állam jelentősebb szerepvállalása mellett érvel.² Ennek egyik képviselője Friedrich Harbison volt, aki szerint az államnak terveznie kell az emberi erőforrásainak fejlesztését, benne az oktatás mellett az egészségügyet is. Mint írja: „Az emberi erőforrás fejlesztési stratégiájának legalább hat lényeges eleme van:

- a munkaerő-szükséglet kiszámítása;
- a közoktatás fejlesztési terve;
- a munkahelyi oktatás fejlesztésének programja;
- program az ösztöndíjak kiépítésére;
- program az egészségügy fejlesztésére;

² Joseph E. Stiglitz „A kormányzati szektor gazdaságtana” című, széles körben ismert munkájában így ír: „Mindmáig jelentős vita folyik arról, hogy a kormányzatnak mennyire szűken vagy tágan értelmezett módon kell fellépnie a gazdaságban. Néhány közgazdász, például John Kenneth Galbraith úgy véli, hogy a kormányzatnak tevékenyebb szerepet kell vállalnia, más közgazdászok, például a Nobel-díjas Milton Friedman vagy a szintén Nobel-díjas George Stigler meggyőződése szerint a kormányzatnak szűkebb körben kell fellépnie. Az ilyen álláspontokat az határozza meg, hogy az illető mennyire tekinti súlyosnak a piac kudarcokat és hogyan értékeli a kormányzat korrekciós lehetőségeit” (Stiglitz 2000:31).

- megfelelő gépezet az emberi erőforrás tervezésére, s az általános fejlesztési tervekkel való egyesítésére” (Harbison 1968:53).

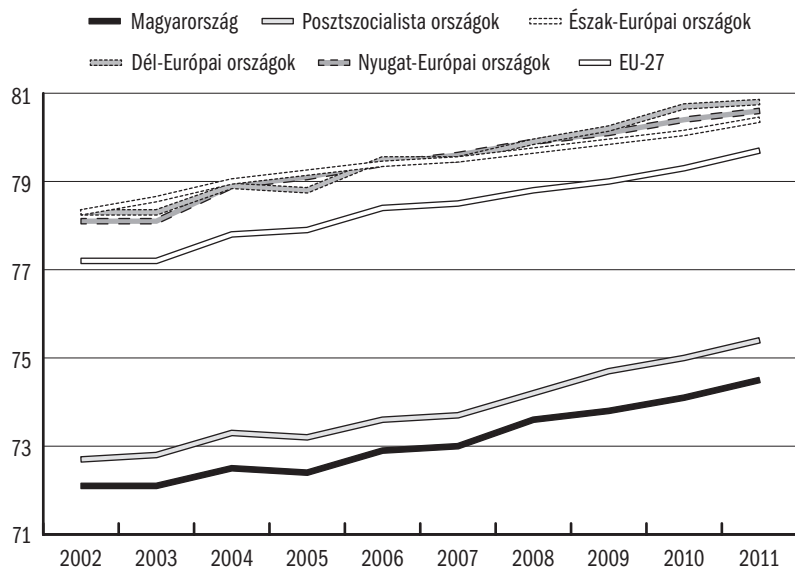
Az egészség és a gazdasági fejlettség

Egy ország népességének egészségi állapotát sokfajta mutatóval lehet jellemezni. A leggyakrabban használt és leginkább szemléletes mutató a várható átlagos élettartam, azon belül is a születéskor várható átlagos élettartam.

A várható átlagos élettartam azt fejezi ki, hogy a különböző életkorúak (a születéskor várható élettartam esetében az adott évben születettek) az adott év halandósági viszonyai mellett még hány évi élettartamra számíthatnak.³

Az Európai Unió országai között a magyarok születéskor várható átlagos élettartama az egyik legrosszabb (2011-ben 74,5 év volt, amelynél csak a litvánok: 73,1, lettek: 73,4, a bolgárok: 73,9 és a románok: 74,3 mutatója volt kissé rosszabb).

1. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam az EU országcsoportjaiban, 2002–2011



Forrás: Eurostat.

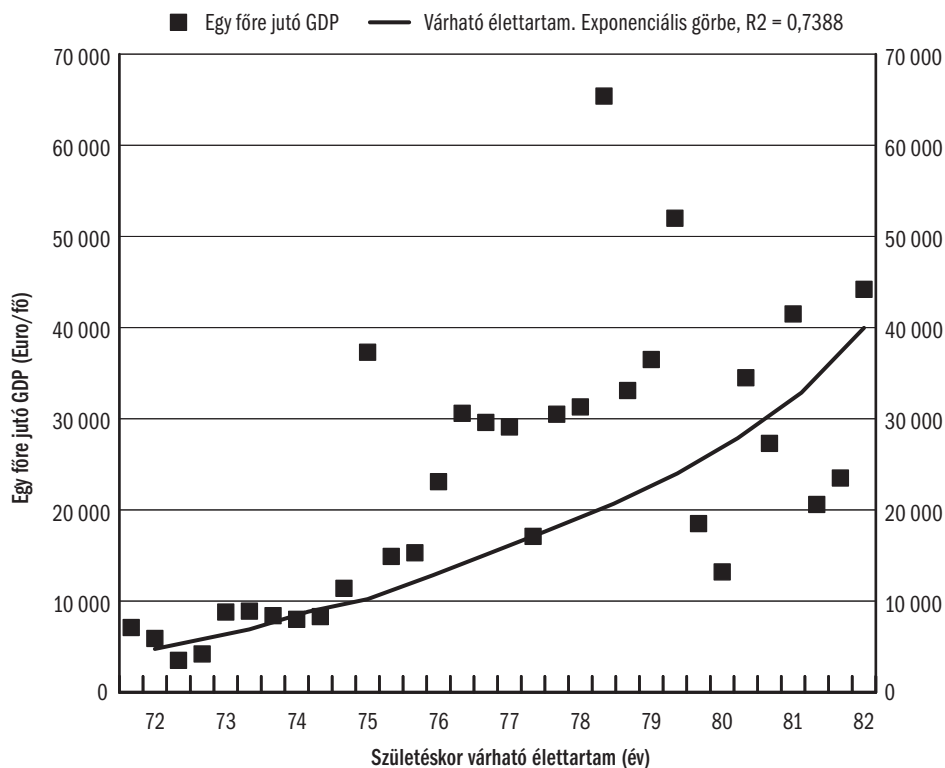
Fontos hozzátenni, hogy „a születéskor várható átlagos élettartam természetesen valójában egyáltalán nem azonos az adott évben születettek életkilátásaival, ez az adott populáció életésélyeit, halálzási viszonyait írja le. Tehát – a neve ellenére – nem az újszülöttek, hanem az adott populáció életkilátásairól hordoz információt. A két érték akkor lenne egyenlő, ha minden változatlan maradna: az orvostudo-

3 KSH Módszertani dokumentáció/Fogalmak. [KSH](#).

mány állása, az életmód, a környezeti hatások, a gazdasági-szociális körülmények stb. Ezért az adott évben születettek tényleges életkilátásai általában sokkal jobbak, mint a fenti metodikával számított érték”.⁴

A születéskor várható átlagos élettartam – mint az 1. ábrán jól látható – a poszt-szocialista országokban jelentősen, átlagosan mintegy hat évvel elmarad az EU többi országáétól. Ennek okát első közelítésben a gazdasági fejlettségbeli különbségekben lehet megjelölni.

2. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam és az egy főre jutó GDP, 2010 (az EU országainak adatai alapján)



Forrás: [Eurostat](#) adatai alapján saját számítás.

Mint a 2. ábrán jól látható a születéskor várható átlagos élettartam viszonylag szoros együttjárást mutat az egy főre jutó GDP-vel (az exponenciális trendvonal illesztése esetében az R négyzet 0,7338, és a lineáris korreláció is 0,7032).

A gazdasági fejlődés ugyanúgy jár együtt a születéskor várható élettartam növekedésével, mint számos más gazdasági, társadalmi fejlettségi mutatóval. Arról van szó, hogy a gazdasági fejlődésnek számos összekapcsolódó, összefonódó ele-

⁴ Lásd: [Fogalomtár](#).

me van. Mint arra Jánossy Ferenc és Holló Mária munkái rámutattak a különböző (humán és gazdasági) mutatók ugyanazt a fejlettséget jellemzik, csak más-más oldalról. A gazdasági és társadalmi fejlődés egyetlen komplex folyamat, amelynek egy-egy vetülete a fejlettség egy-egy mutatója (Jánossy 1966; Holló 1974).

A társadalom és gazdaság fejlettsége tehát komplex dolog. Olyan, mint egy nagy háló, amelynek egy-egy szeme a gazdaság és társadalom fejlettségének különböző jellemzője, pl. a születéskor várható élettartam, a népesség iskolázottsága, az egy főre jutó nemzeti termék, az ezer főre jutó orvosok száma, az ezer főre jutó gépkocsi, az elfogyasztott kalóriák száma, a vezetékes vízellátásban részesülők aránya vagy a kommunális szemétként a papírhulladék aránya, stb. A gazdaság és társadalom fejlődése során a háló szemei együtt mozdulnak. Sőt a társadalom és gazdaságtudósok azt is feltételezik – ezen alapulnak a nemzetközi komparatív elemzések –, hogy ez a különböző országok esetében, ha nem is teljesen egyezően, mert pl. a vezető és követő, a centrum és periféria, a piaci és posztszocialista, vagy a különböző kapitalizmus típusokhoz tartozó országokban némileg eltérően, de nagyjából hasonlóan történik.

A mellékletben bemutatott táblázatból egyértelmű ez a kapcsolat a születéskor várható élettartam esetében, ugyanakkor az is látszik, hogy a posztszocialista országok – köztük Magyarország is – rendre alacsonyabb élettartamokat tudnak felmutatni hasonló fejlettség esetén is.⁵

A hazai születéskor várható élettartam kedvezőtlen helyzetét magyarázó elméletek a következő tényezőket szokták kiemelni:

Az életmód

„A populációs epidemiológiai vizsgálatok [...] feltárták a kockázati tényezőket, mint amilyenek a magas vérnyomás, a magas szérumkoleszterin-szint, a diabetes mellitus, a túlsúly és elhízottság, a mozgásszegény életmód, általában az egészségtelen táplálkozás, és ezek relevanciáját a szív- és érrendszeri betegségek patomechanizmusában [...] az epidemiológiai vizsgálatok egész sora mutatta ki a dohányzás káros hatását az egészségre. A tüdőrák-halandóság mellett a kardiovaszkuláris mortalitásban van még a dohányzásnak kiemelkedő jelentősége. Jelenleg közmegegyezés van a tekintetben, hogy a dohányzás a leggyakrabban halált okozó kockázati tényező, amelynek addiktív természete különösképpen megnehezíti ez ellen a rizikófaktor elleni küzdelmet.” (Józan 2009.)

A környezetszennyezés

A hazai átlagos életkilátási tendenciák a '80-as évek elején voltak a legrosszabbak, „Feltételezhetően a magas szennyezettségnek szerepe volt abban, hogy a várható élettartam enyhén csökkenni kezdett. Különösen a felnőtt férfiak életkilátásai rossz-

⁵ Persze fontos hozzátenni, hogy sem az OECD-n, sem az EU-n belüli elmaradás nem jelenti azt, hogy ne állna Magyarország (és az európai posztszocialista országok) e téren jobban, mint a fejlődő országok.

szabodtak: 1966-ban egy 30 éves férfi még várhatóan további 42 évig, vagyis 72 éves koráig él, 1985-ben viszont már várhatóan nem éri meg a 68 éves kort. Mindez elsősorban a levegő szennyezés emelkedő szintjének volt betudható, ami rontotta a krónikus betegségben szenvedő emberek életkilátásait. Az OKTH megállapítása szerint ugyanis a férfiak – a nőkénél magasabb – tüdőrák halálozása területenként párhuzamosságot mutat az ipari foglalkoztatottság mértékével.” (Csutora 2008.)

Lelki tényezők

„Az átalakuló közép- és kelet-európai országokra az utóbbi évtizedekben jellemző morbiditási és mortalitási krízis háttérében a legelismertebb nemzetközi kutatócsoportok eredményei szerint a lelki, magatartási tényezők szerepe alapvető... A magyar népesség körében végzett vizsgálataink eredményei szerint [...] a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegyüttes közvetítésével idéz elő magasabb megbetegedési arányokat.” (Kopp & Skrabski 2007.)

Az egészségügy

Az egészségügy területi egyenlőtlenségei (Orosz 1989), rossz hatékonysága (Csire & Németh 2007), valamint az egészségügyi prevenció fejletlensége (Ádány), és nem utolsósorban az egészségügy – sokak szerinti – alulpreferáltsága,⁶ s a fejlett országoktól elmaradó kondíciói, mint arra jelen kötetünkben Orosz Éva, Merész Gergő és Nagy Balázs rendkívül alapos tanulmánya rámutat.

Az egészség és az iskolázottság

Az iskolázottság és a születéskor várható átlagos élettartam között kitapintható együttjárás van, ha nem is igazán erős. Megvizsgálva a fejlett országok egy főre jutó befejezett iskolaéveinek számát és a születéskor várható átlagos élettartam közötti kapcsolatot egy nem igazán erős korrelációt kapunk (+0,3092). Ugyanakkor az összefüggést szemléltető ábrára rápillantva jól látszik, hogy a posztszocialista országok „kilógnak” a trendből (a posztszocialista országok nélkül a korreláció +0,4499).

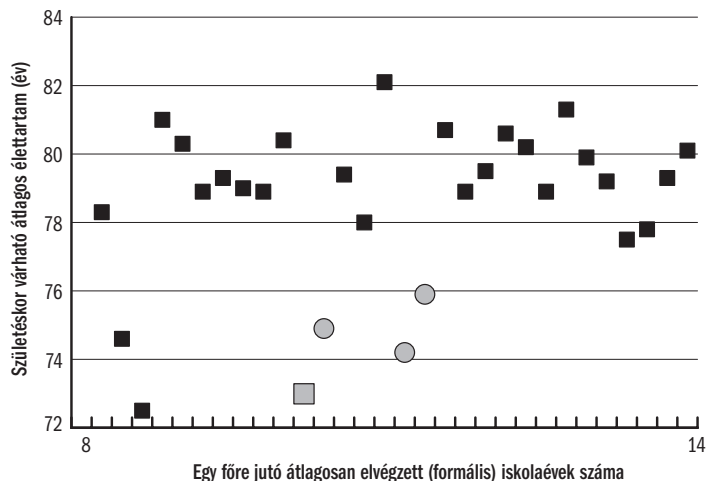
Lényegesen erősebb kapcsolatot találunk a születéskor várható átlagos élettartam és a tanulási teljesítmény nemzetközi összehasonlító mérésének eredményei között. Ha a fejlett országok születéskor várható átlagos élettartamát ugyanezen országok tanulóinak a PISA vizsgálaton⁷ elért eredményeivel vetjük össze, akkor viszonylag erős pozitív korrelációt kapunk (+0,6236). Ugyancsak jelentős – az elő-

⁶ Több vélemény szerint az államszocialista időszakban az egészségügy egyáltalán nem volt alulpreferált, lásd erről pl. Kornai János munkáit (ami persze nem jelenti azt, hogy jó minőségű, sem hogy hatékony lett volna).

⁷ Mint közismert az OECD PISA (Programme for International Student Assessment) vizsgálat – amit először 2000-ben több mint 30 országban végeztek el – a 15 éves tanulók olvasási-szövegértési készségeit, matematikai és természettudományos ismereteinek szintjét méri. Azóta rendszeresen ismétlik egyre több ország részvételével.

zónél is kicsit markánsabb – pozitív korrelációt tapasztalunk, ha a fejlett országok születéskor várható átlagos élettartamát ugyanezen országok felnőtt népességének az IALS vizsgálaton⁸ elért eredményeivel vetjük össze (+0,6514).

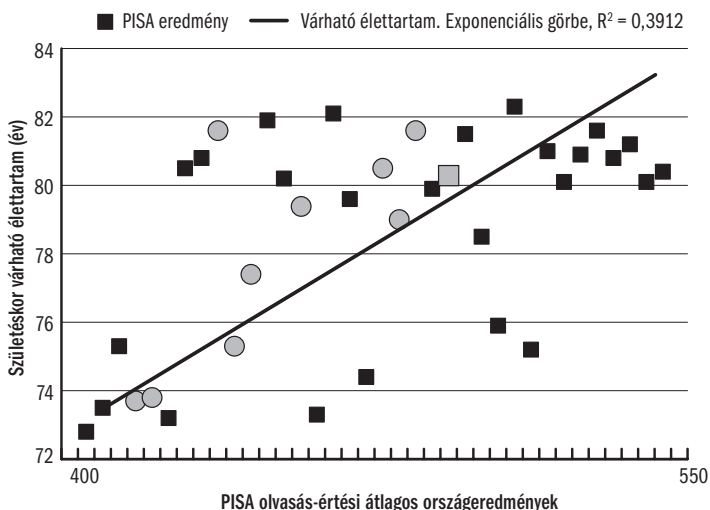
3. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam és az egy főre jutó átlagos (formális) iskolaévek száma az OECD országokban, 2004



Megjegyzés: a szürke négyzet Magyarország, a szürke körök a poszt szocialista országok.

Forrás: Iskolázottsági adatok: *Education at a Glance 2005*. Várható élettartam: [KSH](#).

4. ábra: Születéskor várható élettartam és a PISA olvasás-értés eredményeinek kapcsolata, 2009

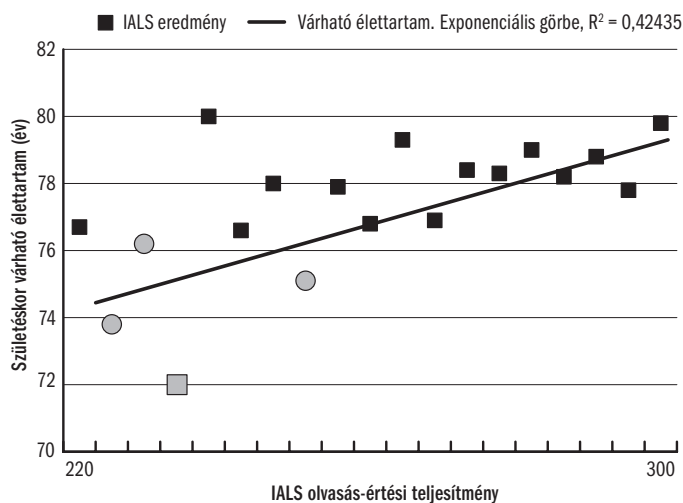


Megjegyzés: a szürke négyzet Magyarország, a szürke körök a poszt szocialista országok.

Forrás: PISA 2009 adatok: *OECD PISA Database*. Várható élettartam: [KSH](#).

⁸ Az OECD IALS (International Adult Literacy Survey) vizsgálat – 1994 és 1998 között – a felnőttek olvasás-értési készségeit mérte.

5. ábra: A születéskor várható élettartam és az IALS eredmények



Megjegyzés: a szürke négyzet Magyarország, a szürke körök a poszt szocialista országok.

Forrás: IALS adatok: *Literacy in the Information Age*, OECD, 2000. Várható élettartam: KSH.

Összességében ezek az eredmények arra mutatnak, hogy a születéskor várható átlagos élettartam együttmozog az iskolázottsággal, még ha nem is a formális iskoláévek számával, hanem az iskolázottság mérhető teljesítménymutatóival. (Ami arra az egyébként közismert tényre is rávilágít, hogy a poszt szocialista országok formális iskolázottsága – valószínűleg minőségi okok miatt – magasabb szintet mutat, mint az oktatási teljesítményt mérő mutatók.)

Hasonlóan megvizsgálhatjuk az egyes iskolázottsági csoportokba tartozó férfiak és nők egymáshoz viszonyított átlagos születéskor várható élettartamát különböző országokban.

Lényegében minden országra igaz, hogy a magasabb iskolázottsági csoportba tartozó népesség születéskor várható élettartama hosszabb, mint az alacsonyabb iskolázottsági csoportba tartozóké. Az is szembetűnő, hogy különösen nagyok a különbségek a poszt szocialista országok esetében.

Az európai fejlett országokban a nők esetében a magasan iskolázottságú népesség 1–4 évvel él hosszabb ideig, mint az alacsonyabb iskolázottságú. A poszt szocialista országok esetében ez a különbség 4–9 év. Az alacsony és magas iskolázottságú férfiak esetében még markánsabb ez a különbség: a fejlett európai országokban 3–7 évvel, a poszt szocialista országok esetében 10–18 évvel élnek hosszabb ideig átlagosan a magasabb iskolázottságúak, mint az alacsonyabban iskolázottak.

Más oldalról azt is észre lehet venni, hogy különösen az alacsony iskolázottságúak esetében nagy az országok (a fejlett és poszt szocialista országok) közötti különbség, a legmagasabb iskolázottságúak esetében kisebb (sőt ez esetben a nők és a férfiak közötti különbség is kisebb).

1. táblázat: A különböző iskolázottságúak születéskor várható átlagos élettartama néhány európai országban, nemek szerint, 2009

	Általános iskola vagy annál alacsonyabb végzettségűek születéskor várható átlagos élettartama, 2009 ^a		Középfokú végzettségűek születéskor várható átlagos élettartama, 2009 ^b		Felsőfokú végzettségűek születéskor várható átlagos élettartama, 2009 ^c		A legalacsonyabb és legmagasabb végzettségűek különbsége	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
Portugália	82,65	76,26	83,12	77,93	83,65	79,26	1,00	3,00
Málta	82,16	76,61	82,62	77,78	83,92	79,78	1,76	3,17
Olaszország	83,50	77,31	86,27	82,35	86,57	82,75	3,07	5,44
Horvátország	78,98	70,70	78,83	72,64	82,07	77,18	3,09	6,48
Svédország	81,69	77,21	83,44	79,45	84,93	81,58	3,24	4,37
Finnország	81,21	73,29	83,54	76,63	84,76	79,98	3,55	6,69
Norvégia	81,09	75,50	83,77	79,14	84,66	81,01	3,57	5,51
Csehország	80,31	65,78	79,80	74,07	84,20	80,79	3,89	15,01
Dánia	78,97	73,69	81,57	77,34	82,94	79,60	3,97	5,91
Románia	75,31	64,06	78,88	71,93	79,43	74,16	4,12	10,10
Szlovénia	79,60	68,70	83,82	77,24	84,50	80,20	4,90	11,50
Lengyelország	77,36	64,79	80,28	71,87	82,67	77,58	5,31	12,79
Magyarország	75,11	62,88	80,06	72,82	80,70	76,07	5,59	13,19
Bulgária	72,77	61,55	78,82	73,35	80,65	76,08	7,88	14,53
Észtország	74,75	59,98	79,03	70,33	83,77	77,74	9,02	17,76
Legalacsonyabb és legmagasabb különbsége	10,73	17,33	7,45	12,02	7,14	8,59		

a Pre-primary, primary and lower secondary education.

b Upper secondary and post-secondary non-tertiary education.

c First and second stage of tertiary education.

Forrás: *Eurostat*.

Végül is azt állapíthatjuk meg, hogy az alacsony iskolázottságúak várható élettartam elmaradása a posztiszocialista országokra igazán jellemző, s (megkockáztatható az a megállapítás is) hogy ebben valószínűleg szerepet játszik az alsóbb oktatási szintek alacsonyabb teljesítménye.

E kötetről röviden

Magyarország lakosságának egészségi helyzete, születéskor várható életkilátásai a fejlett világ országaival összehasonlítva nem kedvezőek. Indokolt annak elemzése, hogy milyen szerepet játszik/játszhat ebben a helyzetben az oktatás, az iskola.

Mint láttuk az elemzések elég egyértelműen rávilágítottak arra, hogy nem egyszerűen az iskolázottság és a születéskor várható élettartam között van együttmozgás, hanem sokkal inkább az oktatás mérhető teljesítménye és az élettartam között.

Kötetünk további írásai igyekeznek képet nyújtani az egészség, az oktatás, az iskolázottság közötti kapcsolatokról.

A már említett Orosz, Merész, Nagy tanulmány rámutat, hogy a humán tőkébe való beruházások magyarországi trendje fokozódóan elkanyarodik a fejlett országokétól, és mind az oktatásban, mind az egészségügyben nyílik a lemaradás ollója.

Meleg Csilla írása rávilágít, hogy az egészséges életmódra nevelés az iskolában hozzájárul a jövőbeli életminőséghez. Az iskola szervezeti keretet nyújt az egészségnevelésnek, mint a szocializáció egyik meghatározó összetevőjének, amely be van ágyazva a szervezet és az iskolai fejlesztés keretében. A mentális egészség, mint az iskolafejlesztés része, együttműködést igényel az egész tanári kar, a diákok, és a szülők között. A szerző rámutat, hogy a jövőbeli életkilátásainkat, a boldog éveket az iskolai boldog évek alapozzák meg.

Sáska Géza tanulmánya az iskola és az egészség kapcsolatát egészen más megvilágításban tárgyalja – a megbetegítő iskola kérdéskörét körbejárva.

Költő András és Zsiros Emese tanulmánya a fiatalok lelki egészségével kapcsolatos hazai és nemzetközi (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) kutatások adatait dolgozza fel. Rámutatnak, hogy a mentális egészség háttértényezőinek és serdülőkre jellemző értékeinek megismerése segítheti a pedagógusokat abban, hogy a tanulók jóllétét minél hatékonyabban védhessék, fejleszthessék.

A kötet egy másik empirikus tanulmánya – Veres-Balajti Ilona, Bíró Éva, Ádány Róza, Kósa Karolina írása – azt hangsúlyozza, hogy az egészségfejlesztés kiemelt színterében, az iskolákban a tanár szemlélete, attitűdje, egészséggel kapcsolatos mindennapos viselkedése jelentősen befolyásolja az ott tanulók egészségmagatartását. A tanulmány beszámol annak a kutatásnak az eredményéről, amely kérdőíves felmérés keretében vizsgálta meg hat magyarországi, tanárképzést folytató felsőoktatási intézményben a potenciálisan tanári pályára készülő hallgatók egészségét és egészségmagatartását. A vizsgálat nem utalt lényeges különbségekre az egyes intézmények hallgatói között az egészségi állapot és az egészségmagatartás tekintetében, de figyelmet érdemlő eredmény, hogy a leendő tanárok háromszor nagyobb arányban küzdenek kóros mértékű pszichés stresszel, mint a hasonló korú átlagnépesség.

Forray R. Katalin tanulmánya összefoglalja a legfontosabb tényeket a roma/cigány lakosság egészségi állapotával kapcsolatban. A fizikai és mentális egészségügyi feltételek nem elsősorban örökölték, inkább függenek az adott populáció társadalmi-gazdasági körülményeitől. A roma lakosság életfeltételei lényegesen hátrányosabbak, mint a többségi lakosságé. A hagyományos roma kultúra is befolyásolja az egészségi állapotukat. A szerző azt is kiemeli, hogy a legújabb kutatások szerint a roma háttérű értelmiség különösen veszélyeztetett.

Tigyné Pusztafalvi Henriette írása végül az iskolai egészségügy intézményesülési történelmi folyamatának néhány elemét villantja fel.

Nyilvánvaló, hogy egy ilyen kötet nem tud átfogó képet nyújtani az oktatás és az egészségügy kapcsolatáról, de bízunk benn, hogy alkalmas arra, hogy felvillantson néhány összefüggést.

POLÓNYI ISTVÁN

IRODALOM

- ADÁNYRÓZA (é.n.) [A prevenció helyzete Magyarországon és viszonya a lakosság egészségi állapotából adódó prioritásokhoz.](#)
- CSITE ANDRÁS & NÉMETH NÁNDOR (2007) A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredforduló Magyarországon. *Kormányzás*, No. 2. pp. 257–289.
- CSUTORA MÁRIA (2008) [Környezeti kihívások és válaszok Magyarország hozzájárulása a világ környezeti problémáihoz \(1960–2005\).](#) In: *Rendszerváltás és Kádár-korszak.* Budapest, Kossuth Kiadó.
- HARBISON, F. (1968) Emberi erőforrások és fejlődés. In: *Az oktatás tervezése. Tanulmányok.* Budapest, UNESCO, Tankönyvkiadó.
- HOLLÓ MÁRIA (1974) *Technika és társadalom.* Budapest, Kossuth Kiadó.
- JÁNOSSY FERENC (1963) *A gazdasági fejlettség mérhetősége és új mérési módszere.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- JÁNOSSY FERENC (1966) *A gazdasági fejlődés trendvonala és a helyreállítási periódusok.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- JÓZAN PÉTER (2009) Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. *Magyar Tudomány*, október.
- KOPP MÁRIA & SKRABSKI ÁRPÁD (2007) A magyar népesség életkilátásai. *Magyar Tudomány*, No. 9.
- OROSZ ÉVA (1989) Az egészségügy területi egyenlőtlenségei – az újraértelmezés szükségességéről. *Tér és Társadalom*, No. 2. pp. 3–19.
- PETE PÉTER (2005) Politika és gazdaság. In: GALLAI SÁNDOR & TÖRÖK GÁBOR (eds) *Politika és politikatudomány.* Budapest, Aula Kiadó.
- POLÓNYI ISTVÁN (2002) *Az oktatás gazdaságtana.* Budapest, Osiris Kiadó.
- SCHULTZ, TH., W. (1983) *Beruházások az emberi tőkébe.* Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- STIGLITZ, JOSEPH E. (2000) *A kormányzati szektor gazdaságtana.* Budapest, KJK Kerszöv.
- VARGA JÚLIA (1998) *Oktatás-gazdaságtan.* Budapest, Közgazdasági Szemle Alapítvány.

Melléklet: A születéskor várható élettartam és az egy főre jutó GDP néhány fejlett országban

	GDP per capita, PPP (constant 2005 international \$)			Life expectancy at birth, male (years)			Life expectancy at birth, female (years)		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Russian Fed.	12625,6	8612,7	14159,3	63,8	59,0	63,0	74,3	72,0	74,9
Belarus	6434,1	5810,0	12504,8	66,3	63,4	64,6	75,6	74,7	76,5
Moldova	4583,1	1657,3	2793,4	64,1	63,0	65,3	71,0	71,0	72,7
Lithuania	12499,7	9518,3	15534,4	66,4	66,8	68,0	76,2	77,5	78,8
Latvia	10108,7	8529,2	12948,3	64,2	64,9	68,8	74,6	76,0	78,4
Bulgaria	7524,2	7111,7	11505,8	68,3	68,2	70,0	75,2	75,3	77,2
Romania	7852,7	6838,0	10715,0	66,6	67,7	69,8	73,1	74,8	77,3
Estonia		11512,5	16740,4	64,5	65,1	70,6	74,7	76,0	80,5
Hungary	13119,7	13673,6	16958,3	65,1	67,1	70,5	73,7	75,6	78,1
Turkey	8088,3	9827,6	12564,0	61,0	67,3	71,5	65,3	71,7	76,0
China	1100,7	2667,5	6819,3	67,9	69,6	71,6	71,1	72,9	75,0
Serbia	11601,9	6501,3	9597,2		69,6	71,4		74,8	76,6
Slovak Rep.	12692,6	12726,5	20120,7	66,6	69,1	71,6	75,4	77,2	78,8
Poland	8182,1	11753,4	17348,1	66,5	69,7	72,1	75,5	78,0	80,6
Croatia		12370,6	15916,5	68,6	69,1	73,5	75,9	76,7	79,6
Mexico	9990,3	11852,7	12480,5	67,9	71,9	74,3	73,8	76,7	79,2
Czech Rep.	16361,0	17340,8	23625,0	67,5	71,7	74,4	75,4	78,4	80,6
Chile	6927,3	11015,0	14520,1	70,6	73,9	75,9	76,7	79,9	82,0
United States	31898,5	39545,0	42078,6	71,8	74,1	76,2	78,8	79,3	81,0
Slovenia	16454,7	19766,3	25052,9	69,4	71,9	76,3	77,2	79,1	82,7
Finland	23141,0	27332,8	31309,9	70,9	74,1	76,7	78,9	81,0	83,2
Cyprus	18091,4	22731,9	25961,2	74,5	75,9	77,3	78,6	80,1	81,6
Korea, Rep.	11382,6	18730,4	26774,0	67,3	72,3	77,2	75,5	79,6	84,1
Portugal	16177,4	21154,9	21665,2	70,6	72,9	76,1	77,5	79,9	82,1
Denmark	25442,2	31652,5	32378,6	72,0	74,3	77,1	77,7	79,0	81,2
Belgium	25096,5	30399,0	32881,9	72,7	74,6	77,6	79,5	81,0	83,0
Austria	25437,5	31775,7	35313,0	72,3	75,1	77,7	78,9	81,1	83,2
Ireland	18354,9	33424,4	35993,1	72,0	74,0	78,7	77,6	79,2	83,2
France	24267,3	28210,0	29483,7	72,6	75,3	78,1	80,8	82,8	84,8
Germany	25881,1	30297,6	33565,1	72,1	75,0	77,5	78,7	81,0	82,6
Greece	17325,0	20316,7	23981,7	74,5	75,4	77,9	79,5	80,5	83,0
Luxembourg	42706,9	61091,2	68678,6	71,5	74,8	77,9	78,4	81,1	83,5
Canada	26941,2	32446,8	35222,5	74,3	76,7	78,6	80,7	81,9	83,2
United King.	23348,4	29126,0	32813,6	73,1	75,4	78,5	78,8	80,2	82,4
New Zealand	19393,0	22309,7	24400,3	72,5	76,1	78,8	78,4	81,3	82,7
Norway	32361,9	43974,8	46905,8	73,4	76,0	78,9	79,8	81,4	83,2
Netherlands	26275,8	33690,8	36925,2	73,8	75,5	78,8	80,1	80,6	82,7
Spain	19776,7	25147,1	26900,6	73,3	75,6	78,7	80,5	82,5	84,7
Japan	26522,6	28889,2	30965,4	75,9	77,7	79,6	81,9	84,6	86,3
Italy	23730,9	27717,1	27082,5	73,6	76,5	79,2	80,3	82,5	84,4
Australia	23857,5	29504,3	34601,7	74,0	76,6	79,5	80,2	82,0	84,0
Sweden	24567,9	29145,5	34125,3	74,8	77,4	79,5	80,4	82,0	83,5
Israel	17863,5	23212,9	25994,5	74,9	77,1	79,7	78,4	80,9	83,6
Switzerland	34418,7	35858,9	39072,1	73,9	76,9	80,1	80,7	82,6	84,5
Iceland	25629,7	29867,7	32778,7	75,5	77,8	79,8	80,7	81,6	84,1
Korreláció az adott évi GDP/fő-vel				0,7154	0,7452	0,7258	0,7521	0,7633	0,7369

Forrás: Világbank.

A GYÓGYÍTÓ ÉS BETEGÍTŐ ISKOLA

„Többnyire oly tárgyakról beszélve, melyek nekünk a leg-
érdekesebbek, untatunk másokat leginkább.”¹

Eötvös József

AGYEREK ÉS A FELNÖTT EMBER TESTÉNEK természeti mivolta vitathatatlan, azonban az, hogy az emberek mit tekintenek betegségnek, az már társadalmi termék, miképpen az is, hogy mit kell tenni a megóvása érdekében. Két külön dologról van tehát szó. Az alábbiakban a gyermek egészségről, az iskolának szánt szerepekről és az iskola szereplőiről esik szó, vázlatosan. A gyógyító-betegítő iskoláról született két-háromszáz éves eszmék és intézmények eszmétörténeti, és társadalomirányítás történeti hátterének felvázolásával értelmezési keretet kínálunk a ma problémáinak megértéséhez, olyképpen, hogy a (megítélésünk szerinti) főbb állomásoknál állunk meg.

Ami előbb az egészséget szolgálja, ugyanaz tesz később beteggé

Az iskoláról is – mint mindegyik közszolgáltatást ellátó intézményrendszerrel – (durván) két nézetrendszer áll ma egymással szemben. Az egyik pozitív ideológiákkal támasztja alá a haladást; a nyilvánvaló jó megteremtésének eszközeként tekint az iskolára, amelyben – esetünkben – a gyermek szellemi, testi és lelki egészsége nemhogy fejlődik a jól megtervezett, és ellenőrzött szakszerű ráhatások következtében, hanem egyben védelmet is nyújt a külső és belső testi-lelki egészséget károsító hatásokkal szemben. Még a kezdet kezdetén a közoktatás és a közegészségügyi rendszer építői körében az egészségvédelem racionalitás haszna tekintetében teljesnek látszó konszenzus uralkodott, s fel sem merült, hogy tevékenységük esetleg kárt is okozhatna.

A másik, többfajta és többből fakadó nézet az iskolateremtés során az önkéntelenül létrehozott másodlagos hatások negatív következményét hangsúlyozza: megbetegíti a gyermekeket, az itt dolgozó pedagógust, s végső soron egy hibásan berendezett társadalmat szolgál. Szerintük a mellékhatások következményei súlyosabbak, mint a szándékoltak, a gyermek és a pedagógus állapota rosszabb lesz. A betegséget, mint metaforát (Sontag 1983) használják, mondván: a *létező* iskola eleve betegít.

A fenti két szembenálló ideológiai alakzat létrejöttének a feltétele, hogy legyen az iskolák sokaságából megszervezett és működtetett iskolarendszer, s ha már van, akkor már egy-egy iskoláról, egy-egy gyerekről, vagy pedagógusról már elvi szín-

1 Eötvös József (1999) *Gondolatok*. Budapest, Palatinus. p. 267.

ten lehet beszélni, olyképpen hogy az a rendszer egészére, és valamennyi szereplőjére vonatkozzék. Így lesz a betegség is metafora, amelynek csak annyi a tárgyi alapja, hogy a betegség történetesen az egészség ellentéte. E kettősség használatával – amely azonos a „nyilvánvaló jó” és „nyilvánvaló rossz” organikusnak mutatott szembeállításával – már bárhová el lehet helyezni akár a gyereket, a pedagógust, az iskolát bárki érdek- és értékrendszerétől függő univerzumában, olyképpen, mintha az természettől lenne adott.

Az iskola egészségügye

Minden jel szerint az iskola egészségügye három nagyobb területből tevődik össze: a köz- vagy régiesen a népegészség: a járványok, fertőzések elkerülése, a higiéné, a tisztaság, a helyes táplálkozás, az egészségügyi szűrések; a másik az orvosi, az egészségvédő tevékenység, az egészségügyi szűrések, azaz diagnosztizálás (tehát nincs terápia); a harmadik pedig a pedagógiai, az egészségnevelés.

Az iskola egészségéről, a tanulók és pedagógusok testi-lelki állapotának milyenségéről, az iskola világának egészségkárosító és veszélyeztető hatásairól, a tanterem világításáról, a padok elrendezéséről és magasságáról, az iskolaépület fűtéséről és egyáltalán az iskola elhelyezkedéséről, a tanulás szervezési módjáról, a tananyag mennyiségéről, az étkezésről, valamint a test neveléséről (*Hadas 2002/2003*) és hasonlókról szóló diskurzusban, a testnevelést nem említve, három nagy, intézményesült foglalkozási csoport vesz részt.

Kezdetben a művelt laikusokon kívül az oktatási rendszert építő-működtető szakértők (az adminisztrátorok, vagy másképpen a bürokraták), a pedagógusok, a „pedagógus-képzők”, valamint az orvosok, s a közegészségügy szereplői lépnek fel. Sokkal később, a 19. század második felében a pszichológusok csatlakoznak hozzájuk; s az intézményesülés sorrendje is ugyanez: az iskola és a pedagógus, majd az iskolaorvos és legvégül az iskolapszichológus. Mindegyikük a maga szemszögéből egyszerre bírál, épít, fejleszt, nehezményez.

Haladjunk mi is az idő múlása szerint.

Az államok egyidőben kezdik el szervezni a közszolgáltatások sokaságát a 18. században, többek között az állam- és a közbiztonság növelésére a (titkos) rendőrséget, a hírközlés javítására a postát, az úthálózat kiépítését, a tanulatlanság felszámolására az oktatást, míg a betegség felszámolására a közegészségügyet. Mind a kettőnek hatósági elemei vannak, például kényszerítő intézkedéseket tehet az egyik a tankötelezettség kapcsán, a másik pedig karantén felállításával.

Szervezeti értelemben egyfajta párhuzamosság alakul ki, amelyben máig kihatóan csekély az átjárás e két ágazat között, noha a közoktatás és a közegészségügy területének nyilvánvalóan van közös metszete.²

² Talán e két külön-külön fejlődő ágazat és gondolkodásmód következménye, hogy nem könnyű megtalálni a közösen beszélhető nyelvet, hiszen a dolgok súlya innen vagy onnan nézve másban mérődik.

A közegészségügy létrejött a felvilágosodás terméke (*Rosen 1993*). Az uralkodó rendeleteinek sora mutatja egy-egy eszme terjedésének sebességét és irányát, így a közegészségügyét is. Az első, a közegészség igazgatási rendjét leíró dokumentumot – Orvoslási Rendtartás (*Medizinaledikt*) – a porosz I. Frigyes Vilmos adta ki 1725-ben. Ugyanehelyt született meg legelőször az oktatás állami érdekeit képviselő szabályozás is – Oktatásügyi követelmények – 1717-ben, amelyben elrendelték a tan- és iskolaállítási kötelezettséget.

A Habsburg Birodalom örökös tartományainak egészségügyi közigazgatását is a porosz modellt követve szervezték át a 18. század első felében. A Cseh királyságban vezették be 1753-ban *Medizinalordnung*-ot, majd rövidesen a többi örökös tartományban is hatályba léptették (*Kapronczai 2008*).

Mária Terézia, a Habsburg Birodalom egészére vonatkozó átfogó egészségügyi rendelete – *Gesundheitsordnung* (Egészségügyi Rendtartás) – 1770. január 2-án jelent meg Bécsben, mindössze hét évvel korábban az oktatás területét szabályozó *Ratio Educationis* előtt. Magyarországon az egészségügyet érintő alaprendelet *Generale Normativum in Re Sanitatis* néven vált a hazai joganyag részévé, amelyet három évvel később módosítottak, kiegészítettek (*Nachtrag 1773*). Ezt az eredeti rendelettel együtt *Hauptsanitätsnormativ*, a magyaroknak latinul *Generale Normativum* (Egészségügyi Főszabályzat) néven használták. Az örökös tartományokban uralkodó nyelveken közölték orvosokra, sebésmesterekre, patikusokra és bábákra; valamint ez tartalmazta a járványügyben részt vevő civil örök és katonák, illetve a vesztegzári állomások személyzetére vonatkozó szabályokat, teenőiket és kíváncsú magatartásukat (*Balázs 2005*).

Az egészségügy állami feladatai a hadügyi és a polgári területen egyszerre jelentek meg. Az országos főorvos (a mai értelemben vett egészségügyi miniszter) feladatkörébe tartozott az orvosképzés, az orvosi-közegészségügyi igazgató irányítása, a kórházak, patikák felügyelete, a járványok megelőzése, valamint háború esetén a hadi- és katonai egészségügy felállítása. Ez a rendszer változatlan maradt 1848-ig (*Kapronczai 2008*).

Ebben a felsorolásban nem szerepel iskola, hiszen az oktatási ágazatban ekkor még nincs helye az önálló egészségügyi irányításnak. Csak a nagyobb egyházi főiskoláknál és állami intézeteknél praktizált orvos (*Zsindely 1937b:6*). Még 1876-ban sem intézkedett az iskolai egészségügyről a *közegészségügyi törvény* (*Antal & Kapronczai 1975*), erre majd tíz évvel később kerül sor, amikor az iskolák közegészségügyi felügyeletét a hatósági tisztiorvosok mellett az iskolaorvosokra bízák, amely az egészségügyi szakmai szempontok jelentős érdekképviselői erejét is mutatja (48.281/1885. VKM. sz. rendelet) (*Szeles, Lukáts & Székely 1998*).

Az egészségnevelési, pedagógiai feladatok a *Ratio Educationis* óta minden részletében az állami oktatásügy területére tartoztak. A testi erő és az egészség ápolására szolgáló ismeretek oktatását a gimnáziumi képzésben a természetrajzhoz sorolva (CXLVIL §.), az emberrel való részletes foglalkozás keretében jelölte ki

(Friml 1913:151). Száz évvel később, az egészségtani ismeretek átadása az 1868-as Népoktatási törvény szerint az elemi iskola 1–2. osztályában a *Beszéd és értelemgyakorlatok* tantárgy keretei közé került (Adamikné 2006:59–72).

Fodor Józsefsikere, hogy 1895-ben a népoktatás iskoláiban az egészségoktatás céljaira jelentős mértékű időt rendeltek el.³ A középiskolában pedig megjelent az egészségtan tantárgy, amelyet nem pedagógus, hanem az iskolaorvos látott el (Szeles, Lukáts & Székely 1998).

Amint létrejött az iskolaorvosi hálózat a 19. században (de csak a középiskolákban), az orvos az iskola részévé is vált, s nyomban megkapta az egészségtanári, azaz pedagógusi munkakörre a megbízást. A képesítési feltételek vitája még a 1920-as években is tartott. Noha az iskolaorvos feladatai közegészségügyi „védelmi” feladatot alkottak (uo.), ezt a védelmet kiterjesztették a gyermek testi és lelki egészségének megóvására is, amelynek talaján az iskolaorvosok már belülről bírálhatták az iskola pedagógiai világát, a tanítás anyagát és módszereit.

Az oktatás és az egészség

Az oktatás szervezeti rendjét, a kikényszerített művelődést elrendelő *Ratio Educationis* az iskolát feltétlenül jónak, hasznosnak és kíváncsúnak tekinti, amely célja, hogy a diákok „a királyhoz hű és a hazára hasznos polgárokká váljanak.” Mindebből következik, „hogyan az állam boldogítására alkalmas polgár legyen:

1. testileg friss és erős;
2. lelkileg tanult és sokoldalúan művelt;
3. erkölcsileg derék, jószívű és minden tekintetben tisztességes életű” (Friml 1913:213).

Ekkor lett államérv az emberek fizikai állapota, egészsége, a műveltsége és az erkölce, s ezáltal e három terület értelmezésének joga és lehetősége, valamint valóra váltásának és ellenőrzésének módja is.

A *Ratio Educationis* az „Iskolák Rendtartása” rész II. szakaszában a fenti három cél elérése érdekében rögzíti a szükséges iskolai teendőket és eljárásokat. E három terület közül az első fejezet az, ami az *egészség* problémáját érinti, a másik a tanulóknak engedélyezhető testmozgással járó *játékok* körét, a játszótérek területét szabályozza, harmadik pedig a *szellemi üdülés* körülményeit és az ehhez szükséges fegyelem fenntartásának módjait taglalja. Alábbiakban a figyelmünket a két paragrafusból álló I. fejezetre fordítjuk.

Az első, a CCXXII. §. *A tanulóifjúság egészségi állapotát illető rendtartási intézkedésről általában* címet viseli (Uo. 214). A program védekező, bajelhárító jellegű.

³ Viszonylag magas óraszámokban: az I. osztályban évi 120 óra, a II. osztályban évi 60 óra, a III–IV. osztályban évi 50–50 óra. A tanítóképzőben 35 órát fordítottak egészségtanból tanítói felkészülésre, miközben 120 óras volt az iskolai tanítási óra (Szeles, Lukáts & Székely 1998).

Két dolog egyértelmű benne, az egyik, hogy a gyereket nem tekinti önállónak, sőt önmagára veszélyesnek tartja:

„Ha az ifjak magukra hagyatnak és mások fölügyelete alatt nem állanak, egészségüket, sőt még életüket is gyakran veszedelembé döntik.” (Uo.)

A gyermek – e felfogás szerint – lényegéből fakadóan meggondolatlan, és ezért önmagára veszélyt jelentő lény, s ebből fakadóan folyamatos felügyelet alatt kell tartani őket. Ha ez az állam feladata, akkor át kell vennie a (szegény) családoktól a felügyelő, óvó szerepet, s a szükséges felszerelésről is jó szülőként kell gondosodnia.

„A legtöbb szülőnek szűkebbek az anyagi viszonyaik, semhogy külön nevelőt vagy kísérőt adhatnának gyermekeik mellé. Ezért javarészt az *iskolának fog jutni az a feladat, hogy a távollevő szülők szerepét betöltse* és gondos figyelemmel megelőzőn mindent, ami az ifjúság egészségét megkárosíthatná, tagjainak épségét megronthatná, vagy éppen életét veszélyeztethetné.” [S. G. kiemelése]

Azonkívül gondoskodni fog alkalmas segítőszerek és eszközök beszerzéséről, melyek az egészség ápolására, a test megedzésére és erejének fönntartására közhathatnak (uo.).

A paternalista és ezzel együtt egyenlőséget teremtő⁴ állami iskola születésénél vagyunk.

A fentebb ismertetett elvi alapvetést követően kerül sor a feladatok és veszélyek tételes felsorolására (CCXXIII §. *Az ifjúságot fenyegető veszedelmek elhárítása*). Voltaképpen az egészséget károsító magatartás korlátozásáról, eltiltások sorozatáról van szó.

A gyermeket mérlegelés képtelen lénynak tekinti a *Ratio Educationis* különösképpen ha – modern kifejezéssel élve – közösségben van, a veszélyeztetettsége annál nagyobb. A felnőttet pedig olyannak látja, aki erővel és büntetéssel el tudja hárítani a gyermeket veszélyeztető, nyilvánvaló bajt.⁵

„Senki sem várhat jogosan gondos körültekintést az ifjaktól mindennapi cselekedeteiben. Minél nagyobb a számuk, annál kevésbé készek az óvatosságra dolgaikban. *Így tehát a megfontolás hiányát szigorú fegyelemmel és a vétkezők ellen megállapított büntetésekkel kell pótolni.*” [S. G. kiemelése] (Uo.)

A 18. században az elhárítandó iskolai veszélyek listája hosszú, s az iskolai agressziótól (Hajdu & Sáska 2011) eltekintve, a tiltott cselekmények nagyobb része ma már kikerült az iskola hatalma alól, más részük pedig általánosan tiltottá vált, vagy konszolidálódott. A 18. századi erkölcs szerint:

⁴ Az egészség tekintetében a *Ratio Educationis* etatizmusa két tekintetben is az egyenlőséget szolgálja: egyfelől a szegényeknek is megadná azokat a „segítőszereket és eszközöket”, amelyekre a szülők önmaguk erejéből képtelenek lennének. Másfelől pedig iskoláján keresztül az állam magára vállalja minden szegényebb gyermek felügyeletét, amelynek árát a központi felügyelet alatt álló iskola értékrendjének az elfogadásában szabja meg.

⁵ Az idézetből kivehető pedagógiai értékrend és technika alternatíváját száz évvel később a progresszív pedagógia a gyermek önállóságának gondolatában találta meg. Különbséget nem látva a helyzeténél és koránál fogva óhatatlanul tapasztaltabb felnőtt mintája és a vélt bajt elnyomással elkerülő szintén felnőtt magatartás között (Arendt 1995:181–203).

„A veszedelmeknek forrásai, melyeknek ki vannak téve, főképp a következők: civódások, veszekedések, korcsmák látogatása, éjjeli összejövetelek, nyáron a fürdés, télen a síkos jégen való csúszkálás, kardok, török vagy pisztolyok hordása stb. Ezek elhárítására tehát mindnyájuknak a legszigorúbban tiltva lesz:

1. fegyvert viselni vagy pisztollyal lövöldözni;
2. veszekedést vagy civódást támasztani, vagy ilyenekbe bele elegyedni;
3. éjjel a megengedett időn túl hazulról kimaradni, vagy ami még rosszabb, ide-oda csavarogni;
4. korcsmákat látogatni;
5. nyáron ragadó folyókban fürdeni vagy úszni;
6. télen a jégen csúszkálni vagy a hóban szánkázni.” (Uo.:214–215.)

A tanuló egészségi állapotának védelme egyben erkölcsi szabályozás, amely az iskolának helyet adó település rendjére is épít. A *Ratio Educationis* kijárási tilalmat rendel el a diákoknak.

„Ugyancsak komolyan meghagyatik minden egyesnek, hogy’ az ércharang jelére ott-honukba vonuljanak s az adott jelzés után onnan kilépni ne merészeljenek.” (Uo. 215.)

Érdekes, hogy e szabályokat be nem tartó diákok apját, vagy szállásadóját arra kötelezték, hogy a szabálysértőket az iskola vezetőjének, vagy a diákok erkölcsi nevelésében szerepet játszó hitoktatónak bejelentsék, hogy a vétkesek méltó büntetésüket megkaphassák.

„Hogy pedig ennek a rendelkezésnek ereje és hatása legyen, a városi hatóság súlyos következmények terhe alatt kötelezze a családtyákat és házigazdákat, hogy a legelső ilyen kihágást legott vagy magának az intézet igazgatójának vagy legalább a hittanárnak, vagy hitszónoknak bejelentsék; ha pedig a bejelentést elmulasztanák, komoly megintésben részesüljenek. Ha ez sem fog használni, alkalmatlanoknak nyilvánítandók az ifjúságnak szállásba fogadására.” (Uo.)

E feljelentési kötelezettség teljesítésének mértékéről nincsenek közelebbi ismereteim.

A betegítő iskolai terhek

Az újabb korokban a gyermekközpontú iskola eszme diadalának a jele, hogy a diákok iskolai életét általában kellemesnek tekintik; ebből a iskolából hiányzik a folyamatosan fegyelmező és tanítással-tanulással terhelő mozzanat. A ma uralkodó pedagógiaiilag korrekt ideálkép szerint kifejezetten baj, ha a diákok számára távolról sem érdekfeszítő dolgokat kell tanulniuk akár a jobb jövőjük, akár a haza érdekében.

A *Ratio Educationis* iskoláról alkotott képe gyökeresen más. Tényként fogadja el, hogy a „tanítási órák okozta *csömör* minden korban, de különösen gyermekkorban *nagyon terhes* és csaknem *elviselhetetlen*” (uo.) [S. G. kiemelése], s az állam szempontjából hatékony tanulás érdekében keresi a megoldást, amelyet a szabályozott játékban találja meg.

„Amíg tehát eléggé gondoskodunk arról, hogy üdvös intézkedéssel minden bajt megelőzzünk és a fékevesztett rakoncátlankodásnak minden útját elzárjuk: viszont szükséges lesz az unottság elviselhetővé tételére és a szigorú fegyelem enyhítésére alkalmat adni az ifjaknak, hogy fölvidulhassanak és a tanulásban elfáradt lelküket fölüdítsék.” (Uo.) „Hogy ez minden tekintetben a kellő rendben és zavar nélkül történjék, afölött az iskolai igazgatók fognak gondosan őrködni.” (Uo.)

Itt állunk most, a későbbi korban született betegítő iskolát hirdető eszme tárgyi alapjánál.⁶

A túlterhelés problémájának eredete

A *Ratio Educationis* szakszerűen rögzítette a tanítandó-tanulandó kötelező anyagot, az iskolában eltöltendő idő hosszát, a házi feladatok adásának módját, és még mindazt, amit „lelkileg tanult és sokoldalúan művelt” emberfők sokaságának neveléséhez technikailag szükségesnek láttak.

A tanulás sikerét rendszeres feleltetéssel és a laikusok által is ellenőrizhető vizsgákkal mérték, ahogy azt a *Ratio Educationis* megfogalmazta a CCXXXVI. §. „A vizsgálatok megtartásáról általában” című szakaszban:

„Az iskolai vizsgálat általában nem más, mint próbája és kipróbálása az előmenetelnek, melyet a tanulók a különféle kötelező tantárgyakban tanúsítottak. Alakjuk és jellegük nem egyféle: vannak ugyanis közönséges vizsgálatok, melyeket a tanár vagy az igazgató tetszése szerint tarthat, ahányszor az ügy érdekében jónak látja; továbbá nyilvános és ünnepélyes vizsgák és végre rendkívüli vizsgálatok...” (Uo.: 227.)

A vizsgák rendszerének bevezetésével az iskola világát a vetélkedés, a tanulók közötti verseny kultúrája hatotta át, amely egyfelől a felvételi vizsgákon, a teljesítményalapú kiválasztás (lásd *A növendékek fölvetélénél tanúsítandó óvatosságról, amikor a népiskolából a grammatikai iskolába lépnek* CCXXXI. §-t), és az igyekezet fenntartásának eszköze. A *Ratio Educationis* szerint:

„Megkívántatik [...] hogy a tanulók teljesen a tanítók szándékához alkalmazkodjanak s tanításukat odaadó figyelemmel hallgassák, az ő buzgalmukkal a maguk tevékeny és szorgos igyekezetét szakadatlanul egyesítsék... *Világos, hogy verseny nélkül az ifjak igyekezete elernyed.*” [S. G. kiemelése] (Uo.:224.)

Az igyekezet elmaradása ugyanis megghiúsítja a szülők terveit, és – itt az államrezon további szempontja – rontja az állami fejlesztés pénzügyi hatékonyságát „hiábavaló az iskola minden munkája, *oda van a szülők vágya, reménye s az államnak*

⁶ *Ahol untatnak, onnan menekülj!* – mondta Mérei Ferenc, idézi [Vekerdy Tamás](#) és Honti Mária. Ugyanők fejtik ki, hogy „olyan iskolát kérünk a gyerekeinknek, ahol jól érzik magukat. Ahol nem unatkoznak. »Mi nem az életre készülünk, hanem élünk« – nekünk már ez az egy mondat is elég lett volna. Tehát nem a kívülről erőszakolt »fejlesztés«, hanem a belülről fakadó – de elismert és megítélt – fejlődés pártján...” [eredeti kiemelés] (Uo.).

a tanügyi célokra áldozott költségei teljességgel kárba vesznek és semmivé válnak.”
[S. G. kiemelése] (Uo.)⁷

Az iskola az államilag támogatott erőfeszítés helye lett, amelyben a sikerességet és a verseny eredményét folyamatosan büntették és jutalmazták. Az iskolának, az iskolai tudásnak megnőtt az értéke, s a versenyben lemaradók/vesztesek a terhelés és az óraszámok csökkentése mellett álltak ki, talán ettől remélve versenyhelyzetük javulását.

A jól végiggondolt célok és az elérésükhöz megválasztott technológia alkalmazása következtében a pedagógusoknak, szülőknek és diákoknak e megfellebbezhetetlen rendhez kellett alkalmazkodniuk, s individuális szükségleteiknek csak akkora tér nyílt, amekkorát a központi hatalom tudatosan engedett, és maguknak megszereztek. Mindezekért cserébe komoly előnyöket kínáltak az iskolai, különösképpen a népiskolák fölöttiek elvégzésért.

Ezt az élethelyzetet, pontosabban életkörülményt az állam teremtette meg, amelylyel szemben – ismereteim szerint az elsőik között – a közegészségügy szellemével azonosuló orvosok álltak, akik az ekkor születő iskolát a gyermek organikus fejlődését megnehezítő, akadályozó dolognak látták. Ennek a meggyőződésnek nagyhatású összegzését majd a 19–20. század fordulóján Elen Key adja a *Gyermek évszázada* című könyvében (Key 1976).

A következőkben alapvetően Pukánszky Béla *A gyermek évszázadának hajnalán* című tanulmányára hagyatkozva idézem fel az orvosok iskolakritikáját [a forrásokat lásd ott] (Pukánszky 2000).

1836-ban Karl Ignatz Lorinser német orvos: *Az iskolai egészségvédelemről* című művében a gimnazisták túlterhelésére figyelmeztet, megítélése szerint a tantárgyak és a házi feladatok tömege gátolja a természetes testi fejlődést, amelynek leginkább a legjobbak vannak kitéve, a „legszorgalmasabbak a leginkább esendők, leginkább betegségekre hajlamosak”.

Egy breslaui orvos, Hermann Cohn kutatásaira hivatkozva 1867-ben azt állította, hogy rövidlátáshoz vezet a fiatalok megnövekedett szellemi igénybevétele, a „teljesítményelvárás”. A hetvenes években publikációk egész sora jelent meg erről, és konferenciákat szerveztek az iskolai túlterhelés témakörében. A szakértők ekkorra már egyetértettek abban, hogy a túlterhelés nemcsak a tanórákra korlátozódik. Csökkenteni kell a házi feladatok mennyiségét is úgy, hogy a velük való foglalkozás – a gimnáziumok alsó osztályaiban – ne vegyen igénybe többet napi két óránál.

Pukánszky a hivatkozott tanulmányában feltárta, hogy orvosok egész sora nyilatkozott az idő haladtával egyre kritikusabb hangvételben a gyerekek túlzottnak tartott iskolai igénybevételéről. Hangoztatták, hogy a rövidlátás mellett a fejfájást,

⁷ Amennyiben ideológia elemzésnek vetjük alá a fenti szövegrészt, szembeszökő, hogy csak azokról a szülőkről lehet olvasni, akiknek célja egybeesik az államéval, s elhallgatja az igen nagy szülői csoport szempontjait, akik kényszerként élték meg a tankötelezettséget, mert – a kulturális különbözőségekből fakadó ellenállást nem számítva – a gyermekük munkaereje kiesik a többnyire paraszti családi gazdaságból.

az orrvérzést, az emésztési zavarokat és az ún. „szűkmellűséget”, mind-mind az iskola okozta. A század végén a diákok körében elharapódzó öngyilkossági sorozatot is a túlterhelés számlájára írták. Német ideggyógyászok egyik konferenciáján, 1880-ban *Paul Hasse* egész sor olyan esetről számolt be, amelyekben az iskolai túlterhelés pszichiátriai tüneteket eredményezett.

A túlterhelés és a betegség közötti oksági kapcsolat feltételezése általános orvosi szemlélet része lehetett a 19. században. *Zsindely Sándor* idézi a 19. század elején *Kunthe János* sebész beszámolóját, aki a tanulók gyakori betegsége dolgában megkérdezettvén, azok okát a hideg, fűtetlen szobákban, a rossz táplálkozásban és a „folytonos és szerfelett sok tanulásban” látta (*Zsindely 1937:5*).

Az iskolai terhek és a jó kedély kizárja egymást, állítja egy német orvos. *Luise v. G.* 1841-ben megjelent könyvében olvasható – talán az elsők között – a későbbi években általánosan elterjedt antiintellektuális kimenetet is megengedő dilemma, mint írja: „A mi ifjainkat (m.m. Németországban Zs. S.) már gyermekkorukban tanulásra kényszerítik s az iskolapadhoz kovácsolják, azonközben elvész az elevenségük és vidámságuk.” (*Siklós László*t idézi *Zsindely, uo.*) A német szemszögből iskolázatlannak látszó magyar, éppen emiatt maradt eleven és vidám. „Magyarországon későbbben kezdik tanítani a fiúkat s a napnak csak kevés órájában, így aztán kevesebb ott a tudós, de annál több a vidám, egészséges ember.” [*S. G. kiemelése*] (*Uo.*) (*Luise* láthatóan az iskolázás előtti korszakot tekinti ideálisnak.)

Annyi bizonyos, hogy a túlterheléssel betegítő iskola érve már korábban, a 18. század végén megjelenhetett, amit onnan lehet tudni, hogy a *II. Ratio Educationis* (1806) az óraszámok csökkentését a túlterhelés elkerülésével indokolta (*Bély 1940*). Meglehet, hogy e döntésben a növendékek szempontjai is szerepet játszhattak, de valószínűbb, hogy a kincstáré súlyosabban. A Napóleoni háborúk éveiben vagyunk, és az oktatási rendszer finanszírozása csak a gazdasági stabilitás idején szokott biztonságosabb lenni.

Vegyük észre, hogy a túlterheléssel betegítő iskola eszméje csak akkor születhet meg, ha már van központi tanterv és központi rendtartás, amellyel szembe lehet állítani a betegítő iskola vádját. Az első tananyagcsökkentés dicsőségét éppen ezért csak a *II. Ratio Educationis* szerezhette meg, de csak azért, mert volt min változtatni. A gyermek egészsége, a betegítő iskola (rém)képeének sikere innen származik.

Születőben a betegítő iskola gondolata

Az új, 19. században intézményesült foglalkozás, a pszichológia már a lélekre fókuszál. Orvosi szemszögből a túlterhelés egyrészt fiziológiai problémákat okoz – mint fentebb is láttuk –, s a pszichológusok pedig szorongást, félelmet, bénító (vizsga) drukkot, lámpalázat – mint az öngyilkossághoz vezető feszültségforrást – azonosítanak az iskolarendszer különböző pontjain (*Hencz 1941; Kóbor 1972*). S mindennek gyökerét – ha jól érzékelem – javarészt az iskolai versenyben és a verseny tárgyában,

a tananyagban látják, amely a versenyelvű kapitalista berendezkedés lényege. Az egészségesnek látott, személyiségelven alapuló iskolákból szerveződő iskolarendszer eszméje, s ellenséggé a felnőtt életre felkészítő, és ezért betegítő oktató iskolák elutasítása még a 20. század végén is virulens (*McVarish & Solloway 2002*).

A betegség további forrását az iskola épületében és környezetében fedezték fel.

A *Ratio Educationis* elvként mondta ki, hogy minden iskolai osztályt külön-külön tágas, világos, jól szellőzött tantermekben kell majd elhelyezni (*Zsindely 1937a*). A tervek és a valóság között ekkor is nagy távolság mutatkozott, amely abból fakadt, hogy az iskolaállítási kötelezettség a sokszor kelletlen és takarékoskodó – értsd: a minőséget rontó – településeket terhelte. Következésképpen a központi racionalis vágyak a helyi pénzügyi racionalitásba ütköztek, amely az egészséges iskola mibenlétéről folytatott vitában jelent meg.

Száz évvel később, a városiasodás konfliktusai között, a gyárak világában a „modern nevelő iskolák” antikapitalista és értelemszerűen város ellenes hívei a természeti környezetben találták meg az alternatívát. A „szabad területen épült, napfényben ragyogó modern nevelőintézetek [...] ahol erdők, mezők, hegyek találkoznak, folyók, tavak partján, a hazai történelem valamely emlékezetes helyén, egy-egy régi kastély, vagy stílszerű új épület szolgál a modern nevelő iskoláknak otthonul. Az épületeket hatalmas parkok övezik, távolabb a gazdasági épületek nyúlnak el. Végül terjedelmes szántóföldek, gazdasági és virágos kertek egészítik ki ez intézetek külső képét. *Ebben a természeti és a rendszerint választékos emelkedett szellemi környezetben látjuk az emberi erőknek kíváncsú növekedését és virulását, az ifjú léleknek erős jellemmé fejlődését, ideális harmóniában.*” [S. G. kiemelése] (*Gyulai 1913*).

Kézenfekvő, hogy ezeknek a magániskoláknak a növendékei nyilvánvalóan a gazdagabb családokból jöttek, s nekik fontos és elérhető a természetközelség, a föld (művelés), a múltba fordulás „a régi kastély”.

A „szabad lég”, a modern nevelés iskolája,⁸ ahogy Gyulai fogalmaz, annyiban más, amennyiben „a városi iskolákban az orvosi vizsgálatok sok százezer betegséget előidéző baktériumot állapítanak meg [...] milyen lehet egy olyan osztályteremnek levegője, melyben 60–70 gyermek lélegzik, maga a test s esetleg a nedves ruhák párolgást idéznek elő, az osztályok ki és bevonulása a tanítási idő folyamán ismételt felveri a padozat porát. A tanulók vérszegénységéhez és idegbetegségéhez hozzájárul tehát magának a városi iskolának hiányos, veszélyessé válható higiénije.” (*Uo.*)

A kíváncsú nagyságú osztálylétszám oktatáspolitikai vitájában itt jelenik meg elsőként a létszámcsökkentés közegészségügyi érve. Minthogy a reform-nevelőintézetekben kevés és válogatott tanuló jár, ahová a gondos szűrés eredményeképpen csakis az egészséges diákok kerülhetnek, nem meglepő, hogy ezek az iskolák „az iskolai higiéné legmagasabb fokán állanak.” (*Uo.*)

8 Az ún. „Erdei Iskola” eszméjének forrásánál vagyunk.

Az ipar, a város, összességében az amúgy rémes kapitalizmus tagadása adja az egészség jelentését, amelyet sikerrel vettek át a városi munkásmozgalmak értelmiségi hívei.

A beteg társadalom beteg iskolája

A gyermekek érdekeit hangsúlyozó eszmék lassú terjedése a 19. század végére oda vezetett, hogy az iskolarendszer ideális működésében nem a társadalom, az állam, bármelyik társadalmi csoport, hanem az abszolútnak tekintett gyermek – vélt – szempontjai váltak elsődlegessé.

Innen nézve a világot, igencsak rettenetesnek látszik. *Az iskola betegít*, hangzik *Ellen Key*-től, egy évszázadon keresztül a folyamatos figyelmeztetés. A felvilágosodás eredetű „könyviskolájában” a gyermekek „lélekgyilkolása” (*Key 1976*) folyik, ennek alternatíváját kínálja a már ismertetett nevelő iskolában. Nem a társadalomnak, hanem a gyermeknek kell az iskola.

Az elvont, vagy elvi „gyermek” és „iskola” fogalmi megteremtése után szabaddá válik az út „a beteg társadalomnak beteg iskolája” ideológia felé, amely ellen talán a legismertebb terápiát az „Iskolátlanított társadalom” (*Illich 1970*) kínálja.

Az egészség metaforája itt már azonos a felvilágosodás kultúrájának, a racionalitás elutasításával, az állami szervezésű és érdekű közszolgáltatások tagadásával és a mindentől függetlennek felfogott gyermeki lét, gyermeki szükséglet kielégítésének követelésével (*Németh & Skiera 1999; Németh 2002; Németh, Mikonya & Skiera 2005; Zrinszky 1991, 1992*). Az ilyen nézetek egyaránt elfogadottak a jobb és a baloldali egyenlőséghívó, mélyen piac- és polgárságellenes antikapitalista körökben (*Sáska 2011*). Ideológiájuk szerint az egészséges gyermek nevelésétől függ a betegségtől sújtott szüleik és az efféle társadalom és állam meghaladása. E népszerű irányzat magyar ideológusa kérdi: „Mi az iskola célja? Az-e, hogy a gyermeket hozzászabjam – hozzáfარagjam – a társadalom, a felnőtt világ (pillanatnyi) elvárásaihoz [...] Ez a hagyományos kontinentális (alattvaló-nevelő) iskolázás gondolkodásmódja (és a diktatúrák iskolarendszerének gondolkodásmódja). Vagy pedig az a cél, hogy kibontakozáshoz segítsem a mindig egyszeri, egyedi gyermeki individualitást, kedvező körülményeket teremtsék számára...” (*Vekerdy 2004:3*).

A természettudományi értelemben objektívnek tekintett pszichológia és a vele igencsak rokon gyermektanulmányozás (a pedológia) sikeresen kelti annak a látzatát, hogy a társadalom voltaképpen azonos a személyiség belső tulajdonságaival, amelyet alapvetően az iskola, a gyermeknevelés teremt meg (*Bourdieu 1978:97*). A rossz társadalmat a rossz iskola okozza, amely egészségtelen gyermeket bocsát ki, és e képzet tapasztalati alapját egy meghibásodott-megbetegedett biológikum metaforájával támasztják alá. Holott társadalmi termékről van szó csupán, s nem a társadalomtól független tényről.

IRODALOM

- ADAMIKNÉ JÁSZÓ ANNA (2006) *Az olvasás múltja és jelene*. Budapest, Trezor kiadó.
- ANTALL JÓZSEF & KAPRONCZAY KÁROLY (1975) Fodor József és az iskolaegészségügy. *Magyar Pedagógia*, No. 2. pp. 191–200.
- ARENDT, HANNAH (1995) Az oktatás válsága. In: *Múlt és jövő között. Nyolc gyakorlat a politikai gondolkodás terén*. Budapest, Osiris Kiadó – Readers International. pp. 181–203.
- BALÁZS PÉTER (2005) *Magyarország egészségügyének európai jogharmonizációja a XVIII. században*. LAM 2005;15(1):80–3.
- BÉLY MIKLÓS (1940) *A gimnáziumi testnevelés múltja*. Budapest.
- BOURDIEU, PIERRE (1978) *A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése*. Budapest, Gondolat.
- EÖTVÖS JÓZSEF (1999) *Gondolatok*. Budapest, Palatinus.
- FRIML ALADÁR DR. (ford., bev.) (1913) Az 1977-iki Ratio Educationis. In: KORNIS GYULA (ed) *Pedagógiai Könyvtár I. Katolikus Középiskolai Tanáregyesület*.
- GYULAI ALADÁR (1913) *A reformiskola*. (Átdolgozott különlenyomat az első magyar országos gyermektanulmányi kongresszus naplójából. A modern nevelő iskolák.) Budapest, Fritz Ármin könyvnyomdája.
- HADAS MIKLÓS (2002) A tornászat, avagy a gimnasztika államosítása. *Szociológiai Szemle*, No. 3. pp. 3–23.
- HAJDU GÁBOR & SÁSKA GÉZA (2011) Bántalmazás a középiskolában. *Iskolakultúra*, No. 6–7. pp. 40–60.
- HENCZ ILONA (1941) Az iskolai szorongás és a lámpaláz. *Tanulmányok a Kir. Magy. Pázmány Péter Tudományegyetem Pedagógiai Szemináriumából*. 7. sz. Budapest.
- ILLICH IVAN (1971) *Deschooling Society. Ritualization of Progress*. New York, Harper & Row.
- KAPRONCZAI KÁROLY (2008) *Az egészségügyi közigazgatás rövid története*. Egészségügyi Minisztérium.
- KEY, ELLEN (1976) *A gyermek évszázada*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- KÓBOR ENIKŐ (1972) *Vizsgafeszültség és az egyetemi teljesítmény*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- MCVARISH, JUDITH & SOLLOWAY, SHARON (2002) Self-Evaluation: Creating a Classroom without Unhealthy Competitiveness. *The Educational Forum*, No. 3. pp. 253–260.
- NÉMETH ANDRÁS (2002) A reformpedagógia gyermekképe. A szent gyermek mítoszától a gyermeki öntevékeny funkcionális gyakorlatig. *Iskolakultúra*, No. 2. pp. 22–32.
- NÉMETH A. & SKIERA, E. (1999) *Reformpedagógiai és az iskola reformja*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- NÉMETH A., MIKONYA GY. & SKIERA, E. (eds) (2005) *Életreform és reformpedagógiai – nemzetközi törekvések magyar pedagógiai recepciója*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- PUKÁNSZKY BÉLA (2000) A gyermek évszázadának hajnalán. In: PUKÁNSZKY BÉLA (ed) *A gyermek évszázada*. Budapest, Osiris Kiadó. pp. 9–20.
- ROSEN, GEORGE (1993) *History of Public Health*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- SÁSKA GÉZA (2011) Ideológiák és az oktatás. *Educatio*, No. 1. pp. 3–17.
- SÁSKA GÉZA (2011) *Új társadalomhoz új embert és új pedagógiát! A XX. századi egyenlőségpárti és antikapitalista pedagógiákról*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- SONTAG, SUSAN (1983) *A betegség mint metafora*. Budapest, Európa Könyvkiadó.
- SZELES VERONIKA, LUKÁTS ÁGNES & SZÉKELY LAJOS (1998) A magyar iskolaegészségügy története a jogforrások tükrében. *Budaepsti Közegészségügy*, No. 3. pp. 217–226.
- VEKERDY TAMÁS (2004) Kinek mi kell? Iskoláztatási igények. *Educatio*, No. 1. [Liskó Ilona & Tomasz Gábor (eds) Alternatív oktatás]
- ZRINSZKY LÁSZLÓ (1991) „Aki gyerekeket akar nevelni, tönkre akarja tenni őket.” Jegyzetek az antipedagógiáról. *Új Pedagógiai Szemle*, No. 12.
- ZRINSZKY LÁSZLÓ (1992) A nevelés vége? Egy kihívó válasz korunk pedagógiai kihívásaira. *Új Pedagógiai Szemle*, No. 7–8.
- ZSINDELY SÁNDOR (1936) A magyar iskolaegészségügy történelmi emlékei I. *Iskola és Egészség*, No. 4.
- ZSINDELY SÁNDOR (1937a) A magyar iskolaegészségügy történelmi emlékei II. *Iskola és Egészség*, No. 1.
- ZSINDELY SÁNDOR (1937b) A magyar iskolaegészségügy történelmi emlékei III. *Iskola és Egészség*, No. 2.

EGÉSZSÉG: BEFEKTETÉS A HUMÁN TŐKÉBE

LESZAKADÁS A FEJLETT ORSZÁGOKTÓL?

AHATODIK ÉVE TART A PÉNZÜGYI/GAZDASÁGI VÁLSÁG¹ az Európai Unió számos országában. A munkanélküliség és szegénység korábban elképzelhetetlen magasságokba szökött mértéke, számos országban a közeli kilábalásba, a politikai elitbe vetett bizalom megrendülése, a társadalmi feszültségek kiéleződése, a politikai szélsőségek megerősödése jelzi, hogy a kormányzatoknak nemcsak a gazdasági válság, hanem a társadalmi és jóléti válság kezelésére is meg kell találniuk az adekvát eszközöket. Magyarországon egyrészt fokozottan érvényesek ezek a folyamatok, másrészt napjainkban újra élesen vetődik fel a fejlett országoktól való leszakadás fenyegetettsége. A gazdaságban a 2000-es évek első felében megtorpant a fejlett országokhoz való (nem igazán jelentős mértékű) felzárkózásunk. A gazdasági elemzések a növekedési tényezők hiányaként csak a beruházások alacsony szintjét, azaz a fizikai tőkébe, technológiafejlesztésbe történő befektetések hiányát emelik ki. A hosszú távú gazdasági fejlődésünk feltételeinek mérlegelésekor egyáltalán nem esik szó arról, vagy a jelentőségéhez képest elenyésző figyelem irányul arra, hogy a fejlett országoktól való leszakadás folyamatai a humán tőkébe való beruházásnak, azaz az oktatásba és egészségügybe való befektetéseknek a területén jóval hamarabb – valójában már a rendszerváltás előtt – elindultak. Ez a trend kockáztatja a hosszú távú gazdasági növekedésünket, az ország jólétét, a széles értelemben vett társadalmi fejlődést.

A cikk ebbe a kontextusba ágyazva mutatja be, hogy a humán tőkébe történő befektetések (az oktatásra és egészségügyre fordított közkiadások) trendje fokozódóan elkanyarodik a fejlett országokra jellemző trendektől. Ezt nem magyarázza a gazdasági szükségszerűség – ugyanis a gazdasági fejlettségünkhöz képest nem költünk sokat egészségügyre és oktatásra. Az egyik meghatározó tényező: a közpolitika elmúlt évtizedekre mindvégig jellemző opportunizmusa,² ami szorosan összefügg azzal, hogy a magyar gazdasági és politika elitnek az egészségügy és oktatás szerepére vonatkozó nézeteiben nem következett be változás sem a rendszerváltás időszakában, sem a 2000-es évek elején, amikor a nemzetközi közgon-

¹ Válság alatt ebben az anyagban a 2007–2008-ban kitört pénzügyi, gazdasági válságot értjük. Ez a globális folyamat jelentős pénzügyi intézmények (pl. bankok) összeomlásával fenyegetett, a pénzügyi piacok értékének (pl. tőzsdepiacok) jelentős és hosszan tartó visszaesését okozta, illetve az ennek megakadályozására közbeavatkozó államok költségvetési nehézségeit és számos országban hosszan tartó gazdasági recessziót vont maga után. Lásd bővebben pl. World Economic Outlook: Crisis and Recovery, Ápril 2009.

² A közpolitika opportunizmusán az egyéni és/vagy lobbierdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami számos jelenséget magában foglal: a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseket, a korrupciót stb.

dolkozásban jelentős fordulat állt be. A cikk arra is rámutat, hogy azáltal, hogy az oktatás és egészségügy egymásra is hatnak, elhanyagolásuk negatív hatásai felerősítik egymást. A rossz egészségi állapot befolyásolja az iskolai előmenetelt; az iskolai végzettség alapvetően befolyásolja az életesélyeket (egészségi állapotot); továbbá mindkettő hatással van az egyének munkaerőpiacon való érvényesülésének az esélyeire. Hangsúlyozzuk, hogy a cikk a gazdaság, az oktatás és egészségügy összefüggéseinek bonyolult rendszeréből elsősorban egy elemre koncentrált: a humán tőkébe való beruházások – közpolitika által befolyásolt – trendjének nemzetközi kontextusban történő elemzésére. A lehetséges következményeket csak néhány jelenséggel illusztráltuk.

Az egészségügy és oktatás szerepe a gazdasági és társadalmi fejlődésben

Az EU és OECD számos dokumentuma tükrözi, hogy a nemzetközi szintén már a 2000-es évek első felében elindult a gazdasági fejlődés, az oktatás és a jóléti rendszerek – és ennek részeként az egészségügy – közötti összefüggések újraértelmezése (*European Commission 2004; OECD 2004*). A '80-as és '90-es évek domináns felfogása elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat, azt tartotta, hogy a gazdasági növekedést a jóléti kiadások magas szintje *ab ovo* visszafogja. Ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti kiadások csökkentését tartotta. A 2000-es évek elejétől (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy a szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is (*Figueras et al 2008; Tallinn Charter 2008*). Ez a szemléletváltás azonban a magyar politikai és gazdasági elit körében még nem következett be. A legújabb adatok is azt mutatják, hogy a gazdasági versenyképességi rangsor elején álló számos országban magas a jóléti kiadások részesedése a GDP-ből – azaz számos ország mind a versenyképesség, mind a jóléti kiadások szintje alapján a rangsor elején áll: például Svédország, Németország, Dánia (*Orosz 2013*)³. Azt biztosan állíthatjuk, hogy *önmagában* a jóléti kiadások magas szintje nem fogja *szükségyszerűen* vissza a gazdasági növekedést.⁴

Az előzőekben vázolt szemléletváltást tükrözi – többek között – az OECD-nek a jólét⁵ és fejlődés mérésére kidolgozott koncepcionális kerete is (*OECD 2013*) (1.

3 *Orosz (2013)* tanulmányában a *World Economic Forum (2010)* és *OECD (2012c)* adatai alapján hasonlítja össze az OECD országoknak a versenyképesség és a jóléti kiadások szerinti rangsorát.

4 Ebből azonban nem következik, hogy ne lenne olyan ország, ahol a magas jóléti kiadások párosulva az adott ország jóléti rendszerének diszfunkcionális működésével ne akadályozná a gazdasági növekedést. A jóléti kiadások GDP-hez viszonyított aránya nem elégséges a gazdaság és a jóléti rendszer egymásra hatásának az értelmezéséhez. A gazdaság és a jóléti rendszer strukturális, „minőségi” jellemzői a meghatározók.

5 A „jólét” kifejezést választottuk az angol „well-being” fordításaként, ugyanis a domináns magyar felfogásban a „jólét” elsősorban a jólét anyagi oldalára vonatkozik és nem tartalmazza az ábra életminőség komponense alatt felsorolt tényezőket (pl. a demokrácia állapotát, az ehhez kapcsolódó társadalmi közérzetet stb.).

ábra). Eszerint az egyéni jóllét (well-being) két egymással kölcsönhatásban is álló alapvető komponense (amelyek számos tényezőtől tevődnek össze): az anyagi helyzet és az életminőség. Az anyagi helyzet a jövedelem, vagyon és annak gyarapodása mellett a lakhatási körülményeket foglalja magába; míg az életminőségnek fontos összetevői: az egészségi állapot és a(z) oktatás/tanulás és készségek birtoklása, illetve elsajátítása. A társadalmi jóllét és fejlődés fenntartásához a természeti tőke, humán tőke, gazdasági tőke és társadalmi tőke hosszú távú megőrzése, fejlesztése szükséges, amelyek beruházásokat igényelnek – többek között az egészségügybe és oktatásba is.

1. ábra: OECD koncepcionális keret a jóllét és a fejlődés mérésére



Forrás: OECD (2013).

Az oktatási és egészségügyi rendszerek megfelelő működése – a magasan képzett, egészséges munkaerő biztosításán keresztül – kritikus tényezője a gazdasági növekedésnek. Ezt hangsúlyozza az Európai Bizottság 2013-ban vitára bocsátott „Befektetés az egészségbe” dokumentuma is – amely a „Társadalmi befektetések a növekedés és kohézió érdekében” előterjesztés kiegészítő dokumentuma (European Commission 2013). „Az egészségügyi kiadások »növekedés-barát« kiadások... Az emberek egészségébe – mint humán tőkébe – való beruházás javítja a népesség egészségi állapotát és erősíti a foglalkoztathatóságot, ezáltal segít eredményesebbé tenni az aktív foglalkoztatáspolitikákat [...] és hozzájárul a gazdasági növekedéshez. Az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése érdekében történő befektetések hozzájárulnak a társadalmi kohézióhoz és annak az »ördögi spirálnak« a megtöréséhez,

hogy a rossz egészségi állapot a szegénységnek és társadalmi kirekesztésnek a következménye és ugyanakkor az egyik okozója is.” (*European Commission 2013:2.*)

A gazdasági és társadalmi fejlődést veszélyeztető tényezők közül növekvő figyelmet kap a '80-as évek óta növekvő társadalmi, jövedelmi egyenlőtlenségek kiéleződése is. A fejlett országok kormányzatainak többsége nem fordított figyelmet az egyenlőtlenségek növekedésére – egészen napjainkig, amikor már élesen manifesztálódnak az egyenlőtlenségek társadalmi, politikai és gazdasági költségei. Az OECD országokban a gazdagok és a szegények közötti szakadék 30 év óta a legnagyobb mértékű. 2007-ben az OECD átlagot tekintve, a lakosság leggazdagabb 10 százalékának az adózás előtti jövedelme 9-szerese volt a legszegényebb 10 százaléknak⁶ (*OECD 2011a*). Azóta ezek a különbségek – többek között a munkanélküliség növekedése következtében – feltételezhetően tovább növekedtek. Az OECD elemzése hangsúlyozza: „A növekvő jövedelmi egyenlőtlenségek gazdasági, társadalmi és politikai kihívásokat idéznek elő... Az esélyek egyenlőtlensége elkerülhetetlenül hatást gyakorol a gazdasági teljesítmény egészére... Az egyenlőtlenségek [...] politikai instabilitást generálnak. Növelhetik a populista, protekcionista, globalizáció-ellenes hangulatot [...] Az emberek nem fogják a szabad kereskedelmet és szabad piaci viszonyokat támogatni, ha azt érzik, hogy folyamatosan veszítenek miközben a nyertesek egy kis csoportja egyre gazdagabbá és gazdagabbá válik.” (*OECD 2011a:40.*)

Az eddigiekből következik, hogy a fejlett országok kormányai számára az egyik alapvető kihívást az jelenti, hogyan lehet egyidejűleg ösztönözni a gazdasági növekedést és csökkenteni a társadalmi, jövedelmi egyenlőtlenségeket (*OECD 2011a, 2012a*). Az oktatás és egészségügy helyzetét, szerepét ebben a kontextusban is kell értelmeznünk. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei alapvető összetevőjét jelentik a társadalmi egyenlőtlenségeknek: a jövedelmek, a foglalkoztatottság, az iskolázottság és az egészségi állapot egyenlőtlenségei között kölcsönhatások állnak fenn (*WHO 2008*). Egyrészt a társadalmi egyenlőtlenség a fő oka annak, hogy a társadalmi létrán lefelé haladva egyre rövidebb az életkilátása, rosszabb az egészségi állapota az alacsonyabb társadalmi státusú csoportoknak. Másrészt a rossz egészségi állapot rontja az egyének iskolai teljesítményét, munkaerő-piaci helyzetét, munkateljesítményét, aminek következménye az érintett egyének jólétének, társadalmi pozíciójának a romlása, továbbá az adott ország gazdasági teljesítőképességének a romlása is lehet (*Kollányi 2013*). A másik irányból nézve: a gazdasági növekedés megtorpanása, visszaesése szűkíti azokat a forrásokat, amelyek a kormányzatok rendelkezésre állnak – többek között – az oktatási és egészségügyi rendszerek fejlesztésére, a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésére.

6 Az egyes országok között jelentős volt a különbség. 2007-ben az USA-ban a lakosság legmagasabb keresetű 1 százaléka rendelkezett az adózás előtti jövedelmek több mint 18 százalékaival, Nagy-Britanniában kb. 14 százalékaival, míg Svédországban 7 százalékaival (*OECD 2011:39*).

Az oktatásba és egészségügybe való beruházás abban is alapvető szerepet játszhat, hogy sikerül-e olyan kormányzati stratégiákat kialakítani, amelyek egyidejűleg ösztönzik a gazdasági növekedést és csökkentik a jövedelmi egyenlőtlenségeket. Az OECD elemzései azt is mutatják, hogy ez nem lehetetlen: „Az egyenlőtlenségek növekedése nem elkerülhetetlen. [...] A gazdagok és szegények közötti különbség csökkentését szolgáló stratégiáknak három fő pilléren kell nyugodniuk: intenzívebb beruházás a humán erőforrásokba; a »befogadó« jellegű foglalkoztatás⁷ támogatása; az adók és szociális transzferek jól tervezett rendszere [...] Az adórendszerek biztosítsák, hogy a gazdagok igazságos részét viselik az adóterheknek. Ez elérhető a gazdagokat terhelő marginális adókulcsok növelésével, az adófizetési fegyelem javításával, az adókedvezmények megszüntetésével...” (OECD 2011a:41.) Az intenzívebb beruházás a humán erőforrásokba az oktatásba és egészségügybe való befektetéseket jelenti – nem csupán ezen ágazatokra fordított kiadások növelését, hanem a források eredményesebb felhasználását is. Ezeknek a nemzetközi tapasztalatoknak a figyelembevétele Magyarország hosszú távú felzárkózása, illetve leszakadása szempontjából is kulcskérdést jelent.

Az egészségügyre és oktatásra fordított közkiadások alakulása

Az egészségügyre és oktatásra fordított közkiadások a humán tőkébe való beruházásnak nem az egyedüli, de alapvető összetevőjét jelentik. Továbbá tükrözik a közpolitika prioritásait is.

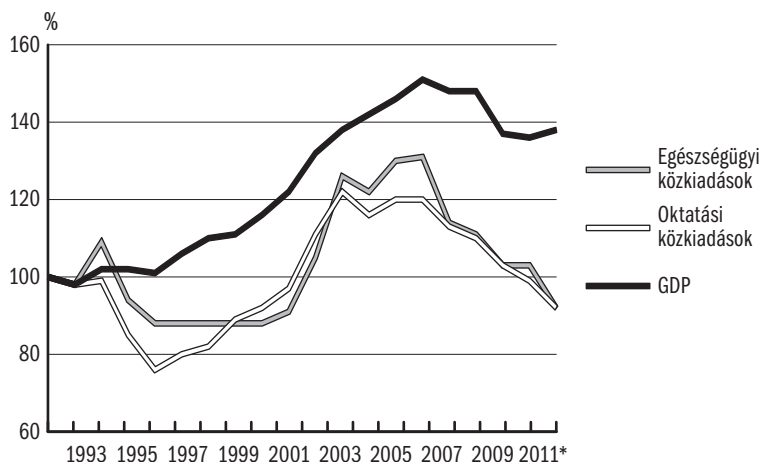
A GDP, az egészségügyre és oktatásra fordított közkiadások hosszú távú trendjei markánsan mutatják, hogy Magyarország emberi erőforrásainak, „humán tőkéjének” megtartása/fejlesztése szempontjából alapvető ágazatok hozzáférése a társadalmi erőforrásokhoz határozottan marginalizálódni látszik (2. ábra).

A 2. ábra az 1992-es szinthez viszonyítja a GDP, az oktatásra és az egészségügyre fordított közkiadások reálértékének az alakulását. A rendszerváltás utáni időszak jóléti kiadásokat drasztikusan csökkentő és a '90-es évek közepén a költségvetési egyensúly helyreállítására hozott intézkedéseinek a két ágazat egyértelműen az áldozata volt. Miközben 2000-ben a GDP reálértéke 20 százalékkal meghaladta az 1992. évi szintet, az oktatásra fordított közkiadások annak csak 92 százalékát, az egészségügyre fordított közkiadások pedig 88 százalékát érték el. A 2002–2003-ban megvalósított közalkalmazotti béremelés csak időleges korrekciót jelentett – 2006-tól ismét elkezdett nyílni az olló a GDP és az oktatási és egészségügyi közkiadások növekedési üteme között. A gazdasági válság éveit pedig felgyorsították ezt a folyamatot: az utóbbi években mindkét ágazatra fordított közkiadások reálértéke határozottan és a GDP csökkenésénél nagyobb mértékben esett vissza. Míg 2011-ben a GDP reálértéke 48 százalékkal volt magasabb, mint 1992-ben, az

⁷ Olyan foglalkoztatáspolitikai, amely kiemelt figyelmet fordít a fiatalok, a nők és az alacsony képzettségűek munkaerő-piaci helyzetének javítására.

egészségügyre fordított közkiadások reálértéke visszaesett az 1992-es szintre, az oktatásra fordított közkiadások reálértéke pedig 8 százalékkal el is maradt attól. A gazdasági válság időszakát tekintve: 2011-ben a GDP reálértéke 4,2 százalékkal volt alacsonyabb, mint 2008-ban, míg az oktatásra fordított közkiadások 16,3 százalékkal, az egészségügyre fordított közkiadások pedig 8,6 százalékkal maradtak el a 2008-as szinttől.

2. ábra: A GDP, az egészségügyre és oktatásra fordított közkiadások reálértékének^a alakulása (1992 = 100)



a Az egészségügyi és oktatási közkiadások esetében a reálérték számításához a fogyasztói árindexet használtuk.

* Az egészségügyi közkiadások 2011-es értékét az E-Alap természetbeni kiadásai alapján becsültük.

Forrás: GDP: KSH; Egészségügy: OECD HealthData 2012; Oktatási Évkönyv 2011/2012.

A GDP és az oktatási és egészségügyi közkiadások előzőekben vázolt eltérő növekedési pályáiból adódóan csökkent mind az egészségügyre, mind az oktatásra fordított közkiadások részesedése a GDP felhasználásából. Ez a jelenség merőben eltér a fejlett országok trendjeitől (3. és 4. ábra).

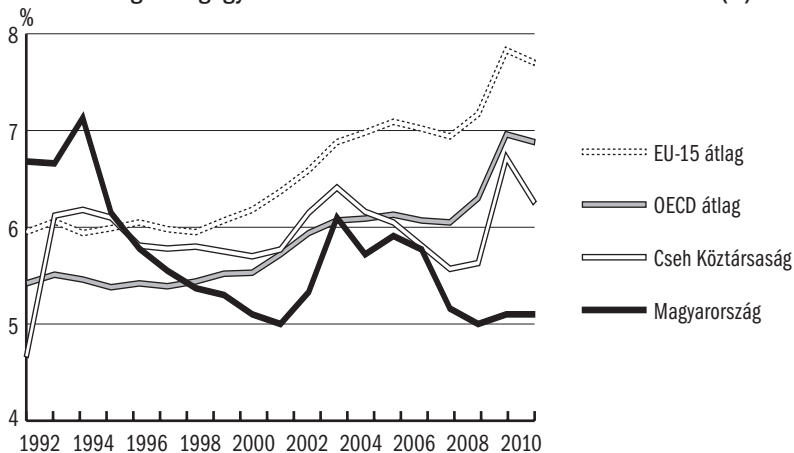
Nemcsak az EU-15 országok⁸ átlagára, hanem az egyes országokra külön-külön is az jellemző, hogy az egészségügyre fordított közkiadások részesedése növekedett (vagy legalább is nem csökkent) a GDP felhasználásából. A magyar közpolitika – a 2002–2003-as időszakot leszámítva – ezzel teljesen ellentétes trendet valósított meg. 1992-ben⁹ az egészségügyi közkiadásokra a GDP lényegesen nagyobb részét fordította Magyarország, mint az akkori EU tagállamok átlaga. Ez a helyzet már 1995-re megszűnt és az olló nyílását csak átmenetileg mérsékelte a 2002–2003-ban megvalósított közalkalmazotti béremelés. 2010-ben az EU-15

⁸ A tanulmányban az „EU-15 országok”, vagy „EU-15” jelöléseket használjuk a 2004-es bővítés előtti EU országok vonatkozó adatainak az átlagára.

⁹ Az 1992. évet választottuk a kiindulásnak, mert az azt megelőző időszakra vonatkozó egészségügyi kiadás adatok kevésbé megbízhatók.

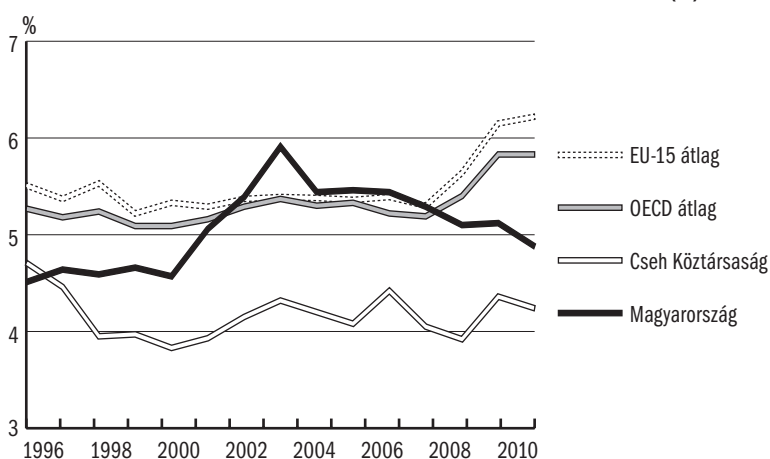
országokat tekintve a GDP 7,7 százalékát fordították közpénzekből egészségügyre, Magyarország pedig a GDP-nek csupán 5 százalékát.¹⁰ A magyar trend – azaz a humán erőforrásokba való beruházás visszaszorulása a közpolitika prioritásai között – nemcsak az EU-15 országokétól, hanem a visegrádi országok trendjétől is eltér. Például Csehországban az egészségügyi közkiadások 2000 és 2010 között a GDP 5,7 százalékáról 6,3-ra növekedtek. (Magyarország mind a két időszakban a GDP 5 százalékát fordította egészségügyi közkiadásokra.)

3. ábra: Az egészségügyre fordított közkiadások részesedése a GDP-ből (%)



Forrás: OECD (Health Data 2012).

4. ábra: Az oktatásra fordított közkiadások részesedése a GDP-ből (%)



Forrás: Eurostat Database.

¹⁰ A magánkiadásokat is magukba foglaló összes egészségügyi kiadás az EU-15 országokban a GDP 10,3, Magyarországon pedig a GDP 7,8 százalékát tették ki.

Az EU-15 országokban az oktatásra fordított közkiadások trendje eltér az egészségügyi kiadások trendjétől: az 1990-es évek közepe és 2008 között lényegében változatlan arányban részesedett a GDP-ből (5,5 százaléka körül ingadozott). A magyar trend mintája nagyon hasonló az egészségügyre fordított közkiadások alakulásához – csak a csökkenés mértékében és az EU-15 országoktól való elmaradás mértékében figyelhetünk meg különbséget. Az oktatásra fordított közkiadásokban a '90-es évek első felében nagyobb mértékű volt a csökkenés, mint az egészségügyben és ennek következtében 1996-ban a magyar érték (4,5 százalék) 1 százalékponttal elmaradt az EU-15 átlagtól (5,5 százalék).¹¹ Ebben az időszakban a magyar egészségügyi közkiadások szintje még közel azonos volt az EU-15 átlagával. A '90-es évek második felében az oktatás részesedése a GDP-ből mind az EU-15 országokban, mind Magyarországon lényegében változatlan maradt. Ezzel szemben az egészségügyben ebben az időben nyílt szét az olló Magyarország és a fejlett európai országok között. A közalkalmazotti béremelés hatására 2003-ban mind az oktatás, mind az egészségügy részesedése elérte a GDP 6 százalékát. Ez az oktatásban az EU-15 átlagnál jobb pozíciót jelentett, míg az egészségügyben lényegesen alatta maradt az EU-15 átlagnak. A 2006 utáni időszakban hasonló mértékű visszaesés következett be a magyar egészségügyben és oktatásban: 2010-ben mind a két ágazatra a GDP 5 százalékát fordítottuk. A humán erőforrásokba való beruházás területén Magyarország és az EU-15 országok közötti olló szétnyílását mutatja, hogy 2010-ben az oktatás esetében az EU-15 átlag 6,2 százalék, az egészségügyben pedig 7,7 százalék volt. (Azaz 1,2, illetve 2,7 százalékponttal magasabb, mint a megfelelő magyar értékek.) 2009–2010-ben az EU-15 átlagban bekövetkezett emelkedés azt jelzi, hogy ezeknek az országoknak a többsége a gazdaság visszaesésénél kevésbé fogta vissza az egészségügyi és oktatási közkiadásokat, azaz ezek az ágazatok – a hosszú távú fejlődésben játszott szerepükre is tekintettel – viszonylagos „védelmet” élveztek.¹² Magyarországon épp az ellenkezője történt: ez a két ágazat a gazdasági válság legnagyobb vesztesei közé tartozott.

Annak megítéléséhez, hogy beszélhetünk-e Magyarország fejlett országoktól való leszakadásáról, önmagában a GDP-ből való részesedés elemzése azonban nem elégséges. A humán erőforrásokba való beruházás terén a felzárkózás versus leszakadás kérdésének elemzéséhez szükséges az egy főre jutó egészségügyre és oktatásra fordított közkiadások trendjének a vizsgálata is.¹³ Az egy főre jutó közkiadások az egészségügyi és oktatási szolgáltatások volumenének az aggregált mutatói, amelyek

11 Az oktatásra fordított közkiadásokra, az EU-15 országok többségére az 1990-es évek közepétől állnak rendelkezésre adatok.

12 Természetesen az átlag elfedi az egyes országok közötti különbségeket, amelyek elemzésére a cikk terjedelmi korlátai nem adnak lehetőséget.

13 Az egy főre jutó kiadás alakulását a GDP növekedése és az a döntés befolyásolja, hogy a GDP mekkora hányadát fordítja egy adott kormányzat egészségügyre és oktatásra. (Az egészségügyi rendszereket tekintve a társadalombiztosításon alapuló vagy állami egészségüggyel rendelkező országok esetében csak a döntési mechanizmus más – mindkét esetben végső soron kormányzati döntésről van szó.)

egy adott ország közfinanszírozott szolgáltatásainak a jellemzésére alkalmasak.¹⁴ Az 1. táblázat adatai alapján választ adhatunk arra, hogy a közpénzekből finanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybevételét tekintve távolabb kerültünk-e a fejlett európai országoktól. A táblázat a magyar egészségügy relatív helyzetének jellemzésére nemcsak az egészségügyi ráfordításokat, hanem az egészségi állapot néhány alapvető indikátorát is mutatja.

1. táblázat: Magyar egészségügy: növekvő leszakadás a fejlett országoktól és a visegrádi országoktól^a

	Referencia/bázis érték	1992		2000		2010	
		HUN	CZE	HUN	CZE	HUN	CZE
Egy főre jutó GDP (PPP)	(EU-15 = 100%)	46,1%	62,9%	45,4%	56,7%	52,5%	64,5%
Potenciális életév veszteség/100 ezer fő	(EU-15 = 1)	2,09*	1,53*	2,19	1,33	2,13	1,33
1 főre jutó egészségügyi közkiadás	(EU-13 = 100%)	49,9%	50%	38,2%	56,1%	36,7%	56%
Egészségügyi közkiadások a GDP%-ában	(EU-13 = 7,9%)	6,6%	4,9%	5%	5,9%	5%	6,3%
A nők 40 éves korban várható további élettartama	Év (EU-15-től való eltérés)	36 (-5,0)	37,7 (-3,3)	37,5 (-4,7)	40,1 (-2,9)	39,1 (-5,0)	41,6 (-2,5)
A férfiak 40 éves korban várható további élettartama		28,2 (-7,3)	31,1 (-4,4)	29,8 (-7,2)	33,4 (-3,6)	32,0 (-7,5)	35,9 (-3,6)
Potenciális életév veszteség/100 ezer fő	(EU-15 = 1)	2,09*	1,53*	2,19	1,33	2,13	1,33
Közkiadás éves átlagos növekedési üteme 2000-2009 (EU-13 = 3,4%)						1,9%	4,3%

a A táblázat csak Csehország adatait tartalmazza, amellyel szembeállítva legmarkánsabb a trendek különbsége; de Szlovákia és Lengyelország esetében is inkább a fejlett országokhoz való közeledésről beszélhetünk.

Forrás: OECD (Health Data 2012).

A gazdasági fejlettséget jellemző egy főre jutó GDP-t tekintve 2010-ben Magyarország valamivel közelebb volt az EU-15 országokhoz, mint 1992-ben. Az egy főre jutó egészségügyi közkiadásokat tekintve azonban növekedett a szakadék Magyarország és az EU-15 országok között: amíg 1992-ben az egy főre jutó egészségügyi közkiadás az EU-15 átlag 50 százalékát érte el, 2010-ben már csupán a 36,7 százalékát tette ki. Ez a trend nem volt jellemző minden rendszerváltó országra – Csehország például kismértékben csökkenteni tudta lemaradását az EU-15 országoktól. A cseh és a magyar egészségügy eltérő pályáját mutatja, hogy a két ország-

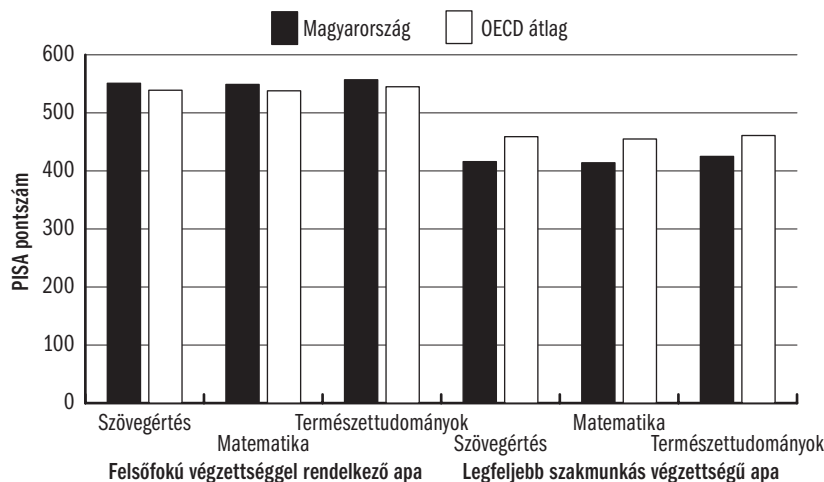
¹⁴ Definíció szerint, elméletileg a szolgáltatások volumene a szolgáltatások mennyiségét és minőségét egyaránt magában foglalja. A tényleges számbavételi módszerek azonban még nem tudják figyelembe venni a minőség változását.

ban az egy főre jutó egészségügyi közkiadás közel azonos volt 1992-ben, 2010-ben pedig a magyar kiadások a csehországinak már csak a 66 százalékát érték el. Ez a különbség még akkor is megdöbbentő, ha eközben a magyar egészségügy hatékonysága lényegesen javult volna a csehországiéhoz képest.

A népesség egészségi állapotát a 40 éves korban várható élettartammal jellemeztük.¹⁵ A magyar népesség várható élettartama javult, de ez nem volt elégséges ahhoz, hogy a '90-es évek elején jellemző lemaradásunk csökkenjen. A helyzetünkre ismét Csehországgal való összehasonlítás világít rá igazán: Csehország már a '90-es évek elején is jobb helyzetben volt hozzánk képest és a fejlett országokhoz való lemaradását tovább tudta csökkenteni. Hasonló képet mutat a 100 ezer lakosra jutó potenciális életév veszteség is (ami a korai – 65 évesnél fiatalabb korban bekövetkező – halálozásból eredő összes életév veszteséget jellemzi).

Az oktatásban az „eredmény oldal” jellemzésére nemzetközi mezőnyben elfoglalt helyünket választottuk, két indikátor alapján: az egyik a 15 éves korú tanulók tudásszintjét (5. ábra); a másik a felsőfokú végzettségűek lakosságon belüli arányának és a felsőfokú végzettségűek foglalkoztatottságának együttes helyzetét mutatja (6. ábra).

5. ábra: A 15 éves korú tanulók tudásszintjében mutatkozó társadalmi különbségek, 2009

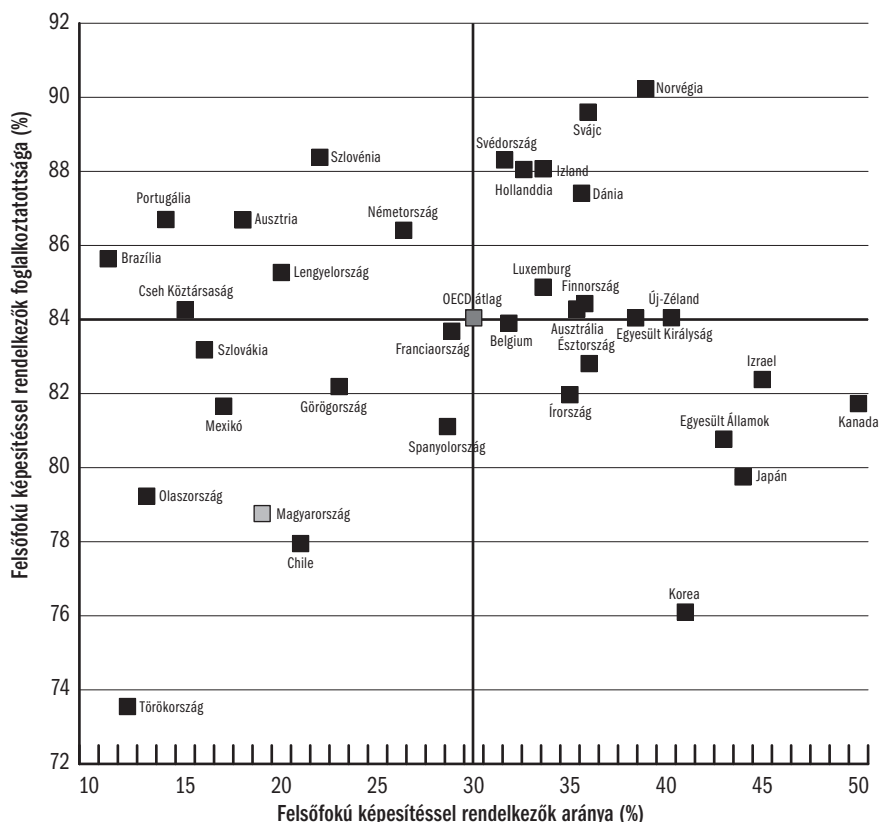


A felsőfokú képesítéssel rendelkezők lakosságon belüli aránya az oktatási rendszer egyik fontos mennyiségi indikátora. A 6. ábra – amelynek adatai a 25–64 éves lakosságra vonatkoznak – jól mutatja, hogy a közhiedelemmel és a rendszerváltás óta működő politikai elitek gyakran hirdetett nézeteivel ellentétben a felsőfokú képesítéssel rendelkező aránya Magyarországon igen alacsony (20 százalék). Mindez

¹⁵ A magyar népesség egészségi állapotának legsúlyosabb problémáját a középkorú férfiak magas halandósága jelenti. Ebből a szempontból relevánsabbak a 30 vagy 40 éves korban várható élettartam adatai, mint a születéskor várható élettartam (ez utóbbit ugyanis jelentősen befolyásolhatja a csecsemőhalandóság alakulása is).

önmagában még nem okvetlenül probléma, mivel a) az ábrán lévő adatok az oktatás színvonalát nem feltétlenül tükrözik, illetve mivel b) hasonló vagy akár magasabb fejlettségű országok is sokszor Magyarországhoz hasonló eredményeket produkálnak (pl. Olaszország, Portugália). Magyarország pozíciója azonban drámai képet mutat, ha a képzettségi adatokat és a felsőfokú képesítéssel rendelkezők foglalkoztatási adatait (79 százalék) együtt tekintjük. Nem elég, hogy kevés felsőfokú végzettségű embert képzünk, de ráadásul ezeknek az embereknek a tudását is alacsony hatékonysággal hasznosítjuk. Lengyelországban például 21 százalék a felsőfokú végzettségűek aránya, a foglalkoztatásuk pedig eléri a 85 százalékot. A 34 OECD ország közül csak Chilénél, Koreánál és Törökországnál jobb a helyzetünk a felsőfokú végzettségűek foglalkoztatását tekintve.

6. ábra: A felsőfokú végzettségűek aránya a 25–64 éves lakosságon belül és a felsőfokú végzettségűek foglalkoztatottsága az OECD országokban



Forrás: OECD (2011b:121).

Az oktatás kritikus helyzetét mutatja az is, hogy – az OECD PISA-felmérései szerint – nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedően rossz a magyar iskolarend-

szer teljesítménye az esélyegyenlőség szempontjából. A magyar iskolarendszer fel-erősíti a családból hozott egyenlőtlenségeket ahelyett, hogy funkciója szerint csökkentené azokat (*OECD 2010*). A PISA-felmérések eredményeiből levonható következtetéseket támasztja alá 2012-ben készült Országos Kompetenciamérés jelentése, mely megállapítja, hogy a diákok által elért képességszint minden vizsgált évfolyamon összefügg a szülők legmagasabb iskolai végzettségével; továbbá az azonos családi háttérrel rendelkező tanulók között nagyon eltérőek a várható pontszámok annak függvényében, hogy melyik képzési formában tanulnak. Ezen felül a szülő iskolai végzettsége erős hatást gyakorol a tanuló továbbtanulási elképzeléseire vonatkozóan is – az általános iskolai végzettségű anyával rendelkező, 10. évfolyamos tanulók fele tervezi legfeljebb az érettségi megszerzését (*Balázsi et al 2013*).

Az egészségügy és oktatás humán erőforrásai

Közhely, hogy jó színvonalú oktatás és egészségügy nem lehetséges megfelelő anyagi és erkölcsi társadalmi elismertséget élvező tanárok és egészségügyi dolgozók nélkül. Az egészségügyben és oktatásban dolgozók számára fokozódó megterhelést, stresszt jelent az a diszkrépancia, ami a szakmai motiváltságuk és felelősségérzetük és a méltatlanul alacsony fizetésük, munkájuk csekély társadalmi elismertsége között húzódik meg. Ezt tükrözi a növekvő munkaerőhiány is. Mindezek hatásai rövid- és középtávon elsősorban működési problémákat okoznak, a hosszú távú következmények ennél jóval szerteágazóbbak és nehezebben jósolhatók.

Az államszocializmustól örökölt torz bérarányokat sem az oktatást, sem az egészségügyet tekintve nem korrigálták a magyar politikai döntéshozók.

2. táblázat: Az alkalmazásban állók havi munkajövedelmének alakulása, 2000–2012 (a nemzetgazdaság átlaga = 100)

	2000	2003	2005	2008	2010	2012
Egészségügy	81,9	100,8	96,5	91,7	85,2	86,9
Oktatás	91,2	117,6	113,7	102,1	95,6	87,3

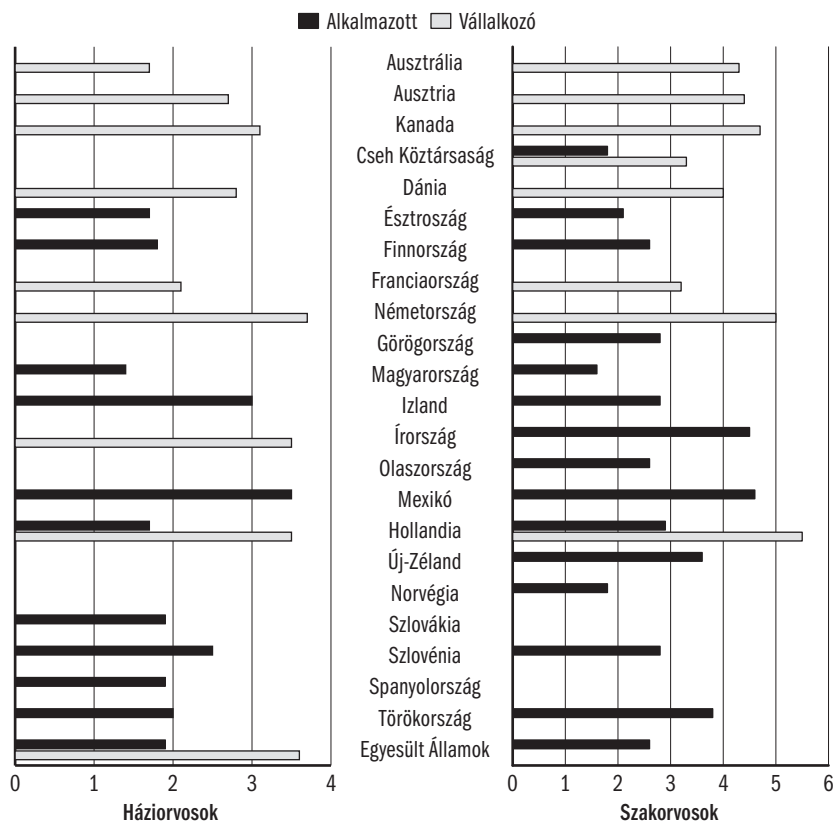
Forrás: KSH.

A 2. táblázat adatai mutatják, hogy a 2002–2003-ban megvalósított közalkalmazotti béremelés sikertelen korrekciós kísérletnek bizonyult. 2003-ban az egészségügyi szektor átlagjövedelme elérte a nemzetgazdaság átlagát, az oktatásban dolgozók jövedelme pedig 18 százalékkal meghaladta azt. Azonban 2012-re lényegében visszarendeződtek a '90-es évek végére jellemző arányok, sőt az oktatás relatív helyzete még rosszabbá is vált.

A rendelkezésre álló nemzetközi összehasonlításra alkalmas adatok is demonstrálják a torz jövedelmi viszonyokat (7. és 8. ábra). A 2000-es évek végén a magyar szakorvosok átlagjövedelme csupán 60 százalékkal haladta meg a nemzetgazda-

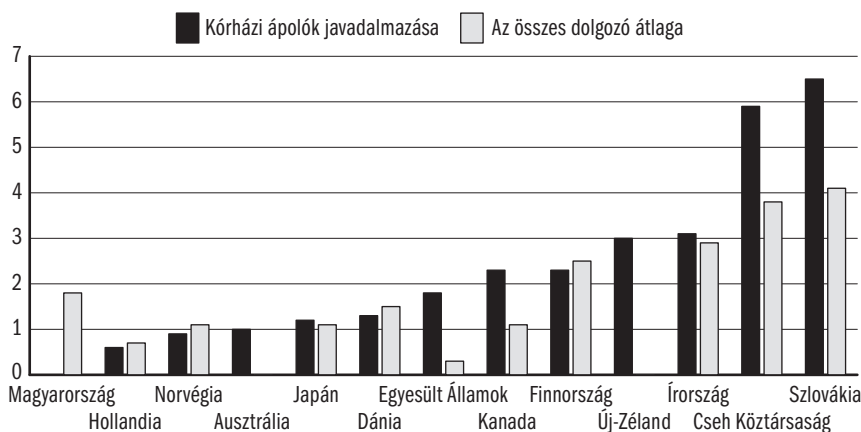
sági átlagjövedelmet. A 7. ábrán szereplő 23 OECD ország közül a magyar szakorvosok relatív helyzete volt a legrosszabb. Az országok többségében a szakorvosok átlagjövedelme az országos átlagjövedelem 2,5-szerese és ötszöröse közötti tartományban helyezkedik el. Hasonlóan torz az egészségügyi szakdolgozók béraránya is: a vizsgált OECD országokban 2009-ben a kórházakban alkalmazott nővérek jövedelme az átlagkereset 100–120 százalékát érte el – Magyarországon a 80 százalékát. A 8. ábra a jövedelmek éves átlagos növekedését mutatja a 2000-es években a kórházban dolgozó nővéreket és a nemzetgazdaság egészét tekintve. Magyarország döbbenetes módon „lóg ki a sorból”: az összes többi országban a nővérek jövedelme az adott ország átlagjövedelmével hasonló mértékben vagy azt meghaladó módon növekedett. Ezzel szemben – a 2000 és 2009 közötti időszak egészét tekintve – Magyarországon a nővérek jövedelmének reálértéke egyáltalán nem növekedett – miközben a nemzetgazdaságban az átlagbérek éves átlagos növekedése 1,8 százalék volt.

7. ábra: Az orvosok jövedelme az átlagbér arányában, országonként, 2009



Forrás: OECD (2011c:67).

8. ábra: A kórházban dolgozó nővérek jövedelmének és a nemzetgazdaság átlagjövedelmének átlagos éves növekedési üteme, 2000–2009 (% , reálértéken)



Forrás: OECD (2011c:77).

Az oktatás és az egészségügy egymást erősítő hatása

A cikk fő célja annak bemutatása, hogy a *humán tőkébe közpénzekből való befektetésben* Magyarországra a fejlett országokétól növekvő mértékben elkanyarodó trendek jellemzőek. Ezek a trendek nyilvánvalóan növelik a kockázatát annak, hogy a humán tőke állapotában is növekedjen az elmaradásunk. Ugyanakkor arra is figyelmet kell fordítanunk, hogy a humán tőke állapotát nemcsak az oktatási és egészségügyi közkiadások befolyásolják. A társadalom egészségi állapotát és az egészség-egyenlőtlenségeket az adott ország társadalmi-gazdasági és politikai makrostruktúrái, az egyének társadalmi státusa és egészség-magatartása, valamint az egészségügyi rendszer – egymással kölcsönhatásban álló – jellemzői alakítják (WHO 2008). Egy adott országban a társadalmi, gazdasági és politikai makrostruktúrák, folyamatok alakítják az egyének társadalmi-gazdasági pozícióját (a népesség, jövedelem, iskolázottság, foglalkozás és más tényezők szerinti rétegződését); valamint az egészségügyi rendszer működési feltételeit is. Az egyének társadalmi státusa pedig alapvetően befolyásolja anyagi körülményeiket (munka és lakáskörülményeiket), pszicho-szociális helyzetüket és egészség-magatartásukat – amelyek az egészségi állapotra közvetlenül ható kockázati tényezőket jelentik. A társadalmi tényezők mellett maga az egészségügyi ellátás is lényegesen nagyobb szerepet játszik a népesség egészségi állapotának alakulásában a 40–50 évvel ezelőtti időszakhoz képest (Figueras et al 2008). Ez aláhúzza a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének és – az ehhez szükséges feltételt jelentő – megfelelő mértékű közkiadásoknak a jelentőségét. Napjainkban a WHO és EU kiemelt prioritást ad az egészség-egyenlőtlenségek problémájának, társadalmi és gazdasági költségei tudatosításának – annak érdekében, hogy a tagállamaik kor-

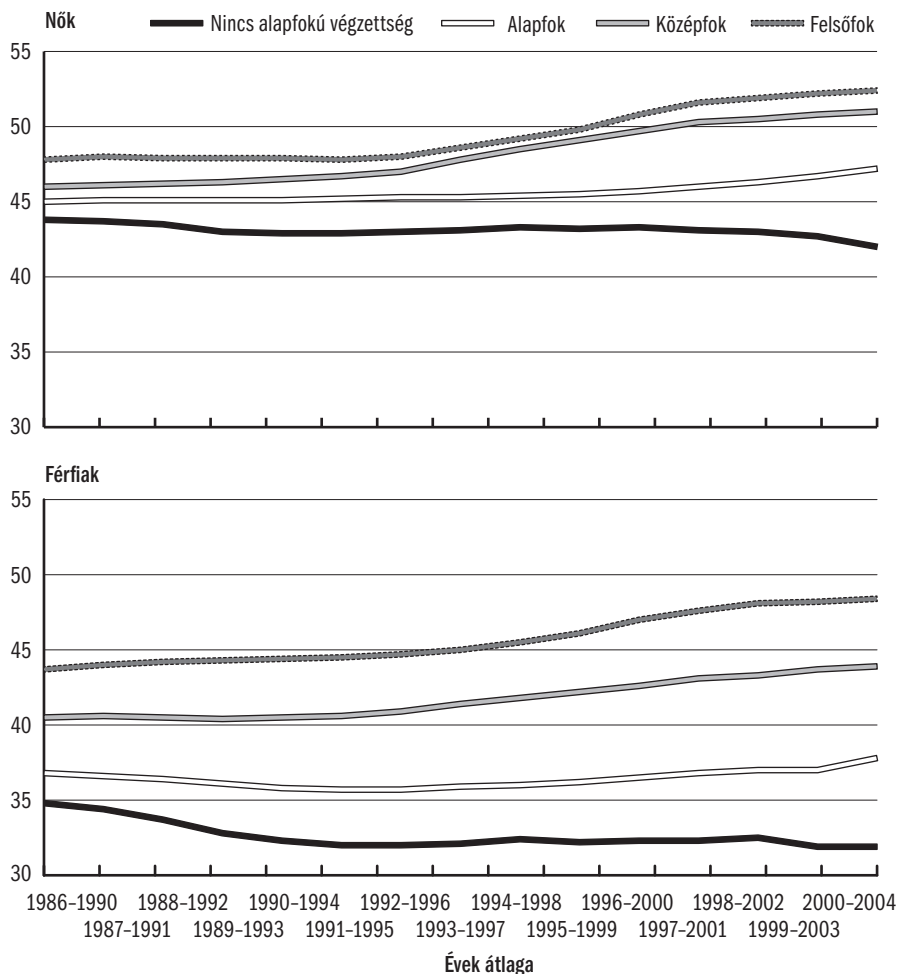
mányzati politikájában prioritást kapjon az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése (*European Commission 2009; WHO 2011*).

Az iskolázottság és az egészségi állapot egymás hatását erősítheti társadalmi méretekben és az egyes egyének szintjén is. Az oktatás „közvetítő mechanizmusként” is működik az egészségi állapot és a gazdasági teljesítőképesség között. A gyermekkori jó egészségi állapot pozitívan befolyásolja a gyermek kognitív fejlődését, iskolai teljesítményét; azaz az egészségesebb gyerekeknek nagyobb az esélye arra, hogy képzettenbb felnőttek, hatékonyabban dolgozó munkavállalók legyenek (*Kollányi 2013*). Az egészségi állapot és iskolázottság pedig alapvető hatást gyakorol az egyének munkaerő-piaci esélyeire, ezáltal jövedelmi helyzetének alakulására; ami azután befolyásolja gyermekeik egészségét és iskolázottságát is – azaz a társadalmi mobilitás esélyeit is. Kovács Katalin kutatásaiból tudjuk például, hogy Magyarországon „az érettségizettek esélyei mintegy 40 százalékkal haladják meg a felsőfokú végzettségűek esélyeit arra, hogy életvitelüket zavaró betegségük legyen, ugyanez a mutató 80 százalék a szakmunkás végzettségűek, 116 százalék a nyolc osztályt végzetek, és közel 300 százalék a nyolc osztálynál kevesebbet végzetek esetében.” (*Kovács 2006:134.*)

Túlzás nélkül nevezhető drámainak az életesélyek iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségének a '80-as évek végétől a 2000-es évek közepéig végbement növekedése. *Hablicsek László (2007)* számításai rámutattak, hogy a teljes népesség várható élettartamának kis mértékű növekedése mögött az egyenlőtlenségek drámai növekedése húzódik meg. Az éppenhogy emelkedő átlagérték a képzettenek életkilátásainak jelentős (4–6 évnyi) és az alacsony végzettséggel rendelkezők életkilátásainak minimális javulásából és a képzetlenek várható élettartamának csökkenéséből adódott. A 2000-es évek közepén a 8 általánosnál is alacsonyabb végzettségű férfiak 30 éves korukban több mint 20 évvel rövidebb életre számíthattak, mint a felsőfokú végzettségű nők: az előbbiek 30 éves korban várható további élettartama 32 év, utóbbiaké pedig több mint 52 év volt (*Hablicsek 2007*). Az adatok értelmezésekor fontos hangsúlyoznunk, hogy az iskolai végzettség szerinti egészség-egyenlőtlenségek mögött nem csupán az iskolázottságbeli egyenlőtlenségek hatása, hanem az alacsony iskolai végzettségűek sok tényező által meghatározott hátrányos szociális helyzete húzódik meg (*Kollányi-Orosz 2013*).

A várható élettartam iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségeire nem rendelkezünk frissebb adatokkal, de az egészségfelmérések adatai alapján *Kovács Katalin (2011)* azt mutatta ki, hogy tovább erősödött az iskolai végzettség szerepe az egészség-egyenlőtlenségek alakításában. Kollányi Zsófia becslései szerint, ha a társadalom minden tagjának olyan lenne az egészségi állapota (a halálozási rátája), mint a felsőfokú képzettségűeknek, például 2005-ben több mint 64 ezerrel kevesebb ember halhatott volna meg Magyarországon. Ha a középfokú végzettségűek halálása volna általános, akkor is 40 ezerrel csökkent volna a 2005. évi halálozások száma (*Kollányi & Orosz 2013*).

9. ábra: A 30 éves korban várható további élettartam, iskolai végzettség szerint, 1986–2004



Forrás: *Hablicsek (2007)*.

Következtetések

A tanulmányban vázolt trendek megfelelő interpretációja a rendszerváltás előtti időszak figyelembevételét is igényli. A '80-as években az államszocialista rendszer egyik kritikai interpretációja: az „önlefékező modernizáció” volt (*Ágh 1988*). Azaz a rendszer – alapvető jellemzői miatt – szükségszerűen felélte a jövőt meg­alapozó fejlődési tényezőket, nem volt képes biztosítani a humán tőke megfelelő fejlődését és a természeti környezet védelmét. A rendszer ezen jellemzőjének egyik megjelenése/manifesztációja az egészségügy és oktatás „nem termelő ágazatnak” titulálása (azaz a szerepének meg nem értése) volt. Az egészségügy és az oktatás

az állami költségvetésből az ún. „maradékely” alapján (azaz a sorban utolsóként) részesedett, és ennek következtében a két ágazatban dolgozók relatív bérei már a '80-as években alacsonyok voltak a nemzetgazdaság más ágazataihoz viszonyítva. Az oktatásban és egészségügyben dolgozók társadalmi presztízsének csökkenése és az ehhez társuló kontrasztelekciós mechanizmusok már a '70-es évek végétől elindultak, de egy ideig részben kompenzálta, illetve elfedte őket az egészségügyben a hálapénz, az oktatásban pedig a nem anyagi ösztönzők (pl. a kötetlenebb munkaidő, a pálya kreativitása stb.).

A jelenlegi súlyos válság oda vezethető vissza, hogy a politikai rendszerváltás az egészségügy és az oktatás társadalmi-gazdasági pozíciójában nem hozott változást, sőt felgyorsította az anyagi forrásaik és a presztízsük csökkenését is. Kétségtelen, hogy a rendszerváltás után az állami újraelosztás csökkentése kulcskérdés volt a piacgazdaság kiépítéséhez. Ugyanakkor a politika szerepe jelentős volt abban, hogy a csökkentés milyen mértékben érintette az egyes ágazatokat.

Az előzőeknek ellentmondani látszik, hogy mind az oktatást, mind az egészségügyet folyamatos reformtörekvések jellemezték. Ezeknek a reformoknak azonban az egyik jellemzője volt, hogy nem kérdőjelezték meg az oktatásnak és az egészségügynek a nemzetgazdaságon belüli pozícióját. Másképp fogalmazva: a szakpolitikusok nem tudtak megfelelő koncepciót kialakítani arra, hogyan kezelhető a strukturális reformoknak és a forrásnövelésnek a dilemmája. A dilemma egyik oldalát az jelenti, hogy strukturális reformok nélkül a források növelése, a bérek emelése nem hozhatta az egészségügy és az oktatás minőségének a javulását. Ez egy olyan indok volt, amit a politikai elit mindig felhasználhatott a források további szűkítésének „indoklására”. A dilemma másik oldala, hogy a megfelelő ösztönzés, megbecsülés növelése nélkül sem ezekben az ágazatokban dolgozók körében, sem a társadalomban nem alakulhatott ki elégséges támogatás a reformoknak. Nyilvánvalóan semmilyen reform nem képes egyik napról a másikra orvosolni az egészségügy és az oktatás évtizedek alatt felhalmozódott problémáit, alapvetően átalakítani a működési folyamatait. Ugyanakkor, ha ezekben az ágazatokban dolgozók relatív jövedelmi pozíciója egyre romlik, az tovább csökkenti a sikeres reformok esélyét, mindenekeelőtt az oktatásban és egészségügyben dolgozók reformokba vetett bizalmának további csökkenésén keresztül.

A strukturális reformok és a forrásnövelés több évtizedes megoldatlansága tükröződik az általános bizalomvesztésben, az orvosok, nővérek elvándorlásában, a tanári pálya további leértékelődésében.

A humán tőkébe való beruházás elégtelensége az egyik (de nem kizárólagos) oka, hogy a humán tőke állapota (az egészségi állapot és egyenlőtlenségeinek mutatói, a tudásszintben mutatkozó egyenlőtlenségek stb.) rosszabb, mint amit a gazdasági fejlettségünk alapján várni lehetne (mint ami hasonló gazdasági fejlettségű országokban tapasztalható). A helyzet megváltozásához szükséges (de nem elégséges) feltétel, hogy a politikai és gazdasági elitnek, a döntéshozóknak a szemléletében

gyökeres változás következzen be az oktatás és egészségügy hosszú távú gazdasági és társadalmi fejlődésben játszott szerepére vonatkozóan.

A nemzetközi szinten a 2000-es évtized elejétől elindult szemléletváltás azonban eddig még nem érintette meg a döntéseket formáló és hozó magyar politikai és gazdasági érdekcsoportokat. Ezt tükrözik a Széll Kálmán tervek is, amelyek alapján nem sok esély látszik egy ilyen fordulatra, hanem sokkal inkább növekszik annak a kockázata, hogy – a humán tőkébe történő befektetéseket tekintve – tovább folytatódik a fejlett országoktól való lemaradásunk.

OROSZ ÉVA, MERÉSZ GERGŐ & NAGY BALÁZS

IRODALOM

- ÁGH ATTILA (1988) Az önlefékező modernizáció: A stagnálás kérdése a modernizációs elméletek tükrében. *Világosság*, No. 7. pp. 445–452.
- BALÁZSI I. (et al) (2013) *Országos kompetenciamérés 2012. Országos jelentés*. Budapest, Oktatási Hivatal.
- EUROPEAN COMMISSION (2013) Social investment package. Commission staff working document. Investing in health SWD 43 final.
- EUROPEAN COMMISSION (2004) Enabling Good Health for All. A reflection process for a new EU Health Strategy. European Commissioner for Health & Consumer Protection. 15 July.
- EUROPEAN COMMISSION (2009) Az Európai Bizottság közleménye: „Szolidaritás az Egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” COM 567 final.
- FIGUERAS, J. (et al) (2008) *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO.
- HABLICSEK LÁSZLÓ (2007) Halandósági egyenlőtlenségek: a várható élettartam és az elhalálozási valószínűségek alakulása. In: HABLICSEK & KOVÁCS: *Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986–2005*. Budapest, Népesedéstudományi Intézet. (Kutatási Jelentések 84.)
- KOLLÁNYI ZS. (2013) A gazdasági fejlődés és az egészségi állapot elméleti összefüggései. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, No. 1. pp. 37–44.
- KOLLÁNYI ZS. & OROSZ É. (2013) Az egészség-egyenlőtlenségek fő jellemzői Magyarországon. (Kézirat.)
- KOVÁCS KATALIN (2011) Társadalmi rétegződés és egészség: a legutóbbi évtized során tapasztalt változások. In: *Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Tanulmányok I. A lakosság egészségi állapota*. Budapest, KSH.
- KOVÁCS KATALIN (2006) *Egészség-esélyek*. KSH Népeséstudományi Intézet. (Műhelytanulmányok.)
- OECD (2004) *Towards High Performing Health Systems, The OEC Health Project*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2010) *PISA 2009 key findings*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2011a) *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2011b) *Education at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2011c) *Health at a Glance 2011*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2012a) *Economic Policy Reforms. Going for Growth*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2012b) *Social Spending after the Crisis*. Social Expenditure (SOCX) Data Update 2012.
- OECD (2013) *Measuring Well-being and Progress: Understanding the issue*.
- Orosz É. (2013) Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, No. 1. pp. 1–11.
- OROSZ É. (2010) A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: BODROGI J. (ed) *Az egészségügyi reformfolyamat fő kérdései*. Semmelweis Kiadó.
- TALLINN CHARTER (2008) *Health Systems for Health and Wealth*.
- WHO (2008) *Closing the gap in a generation. Commission on social determinants of health. Final report*. Geneva, WHO.
- WHO (2011) Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil, 21 October 2011.
- WORLD ECONOMIC FORUM (2010) *The Global Competitiveness Report*. Geneva, Switzerland.
- WORLD ECONOMIC OUTLOOK (2009) *Crisis and Recovery*.

CIGÁNY EGÉSZSÉG, CIGÁNY BETEGSÉG

MITŐL BETEGEBBEK?

AZ EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát. Az egészség nem csupán cél, hanem erőforrás is, amelyet a mindennapokban használunk. Ez vagy a hasonló más meghatározások témánk szempontjából azért fontosak, mert jól érzékeltetik, hogy az egészség a jóléttel van szoros összefüggésben. A jólét hiánya az egészség hiányával jár együtt: minden hazai becslés szerint a cigány nők és férfiak átlagos élettartama több mint tíz évvel kevesebb a Magyarországon jellemző értékeknél.

A magyarországi cigány, roma népesség természetesen szociális helyzete szempontjából nem tekinthető homogén társadalmi csoportnak. Tagjait megtaláljuk társadalmunk valamennyi rétegében, akár a társadalmi szerep, akár az iskolázottság, akár a lakóhely szempontjából vizsgálódunk. A magasabb társadalmi pozíciókban azonban arányuk igen alacsony, az alacsony státusú csoportokban, a társadalom margóján viszont egyre magasabb. Amikor az egészséggel kapcsolatos kérdéseket vizsgáljuk, akkor nem tekinthetünk el ettől a rétegzettségűtől, nem egyszerűsíthetjük a kérdést arra, hogy a szegénység az egyetlen „betegítő” komponens.

Wilkinson (1996) arra a következtetésre jutott, hogy a társadalmi egyenlőtlenségnek minden egyéb tényezőnél nagyobb szerepe van a kisebbségek kedvezőtlen megbetegedési és halálozási arányaiban. Minél nagyobb egy országon belül a gazdagok és a szegények közötti távolság, annál rosszabbak a leszakadó rétegek egészségügyi mutatói, életkilátásai. Úgy vélem, ez a – növekvő – társadalmi távolság is szerepet játszik a cigány, roma lakosság egészségi helyzetében.

Az életkörülmények színvonala a termelőágazatok fejlettségének, a településhálózati adottságoknak, a közlekedési helyzetnek, a jövedelmi viszonyoknak stb. függvénye. A hazai cigányok hátrányos helyzete sok esetben kettős. Társadalmi annyiban, amennyiben alacsony képzettségük, nagy családjuk s a velük szemben táplált előítélet megfosztja őket a társadalmi mobilitásba való bekapcsolódás lehetőségétől. Ugyanakkor többségük egy földrajzi hátrányt is elszenved, ami a gazdasági centrumtól távol eső, hátrányos helyzetű lakóhelyükből következik.

Az elmúlt évtizedek során az elnéptelenedő kistélepülések és a hanyatló városrészek mágnesként vonzották a cigányok tömegeit. Ez a gettósodási folyamat nemcsak a városokban, hanem egész régiókban jelentkezik, térbelileg a cigány, roma népesség jelentős részének fokozatos elkülönülését eredményezheti a társadalom nagyobbik felétől.

A cigány lakosság szociokulturális jellemzői

A cigány népesség létszáma Magyarországon a különböző becslések szerint 600 ezer körülire tehető – bár a becslések között természetesen jelentős különbségek vannak. Számos fontos jellemzője közül kiemelhető, hogy térben egyenlőtlenül helyezkedik el. Míg az ország lakosságának a kilencvenes években 38 százaléka községi lakos, a cigány/roma népességnek viszont 58–64 százaléka községekben élt. A megyei adatokat vizsgálva kitűnik, hogy lényegében négy megyében és a fővárosban él az ország cigány lakosságának több mint a fele (Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Baranya, Pest megyék és Budapest). Legnagyobb számban Borsodban és Szabolcsban élnek, és itt a legmagasabb az össznépességen belüli arányuk (9,2 és 7,1 százalék).

A demográfiai viszonyokról részint a népszámlálási adatokból, részint becslésekből vannak információink. A közelmúltban elhunyt Hablicsek László demográfiai prognózisa jelentőségénél messze túlmutató visszhangot váltott ki. A népszámlálás és az országos vizsgálatok szerint a roma nők gyermekeinek száma a nyolcvanas évek 5–6 fős átlagáról a kilencvenes évek végére 2,7 átlagos gyermekszámra csökkent, tehát az országos átlaghoz közelít. Ezzel szemben a korszpecifikus halandóság a becslések szerint a roma férfiaknál 55 év, a nőknél 65 év, jelentősen alacsonyabb a lakosság átlagánál (*Hablicsek 2000*).

Az iskolázottságról sokkal több információnk van. Az egyik, pozitív tendencia az, hogy jelentősen emelkedett az általános iskolát elvégzettek száma és aránya. A másik, inkább negatívan megítélhető jelenség, hogy nyílt az olló a nem cigány és a cigány lakosság iskolázottsága között, azaz a roma népesség iskolázottsága még mindig igen lassan növekedett az országos átlaghoz képest. Már pedig az iskolázottságnak nemcsak a foglalkoztatásban van kiemelkedően fontos szerepe, hanem – részben ezen keresztül – az életfeltételek alakulásában, a családonkénti gyermeklétszámban, a kulturális és ezek között az egészségmagatartásban is. Azt is ki kell azonban emelni, hogy éppen a legrosszabb helyzetben lévő, az ország depressziós falusi térségeiben koncentrálódó cigány lakosság rekesztődik ki legnagyobb mértékben ezekből a folyamatokból, a csonka iskolázottság, esetleg írástudatlanság közöttük újratermelődik, ezáltal megteremtve a nyomor ördögi körét.

A kutatók többsége úgy véli, hogy a cigányságot nem az össznépességgel kell összevetni, ha bármely társadalmi jellemzőt vizsgálunk, hanem a teljes lakosságnak azon részével, amelynek szociokulturális életfeltételei hasonlatosak a vizsgált roma csoportokéhoz. Aggasztó egészségi állapotuk aggasztó szociális helyzetük eredménye.

Egészségügyi kutatások

Ha az utolsó évtizedek magyarországi romákkal foglalkozó, gazdag szakirodalmát áttekintjük, azt tapasztalhatjuk, hogy az egészségügy területén viszonylag ke-

vés kutatást végeztek, s reprezentatív vagy országos kutatásról alig beszélhetünk. Ezért csak igen korlátozottan fogalmazható meg még a kérdés is: vannak-e olyan egészségi jellemzők, amelyek specifikusan a cigányoké, amelyek tehát akár a genetikai, akár a kulturális örökséggel hozhatók összefüggésbe (Forray 2007). Ha az országos jelentőségű célzott kutatások száma csekély is – ezeket is áttekintem –, annál több országos helyzetjelentés készült. A mindenkori kormányzatot a kilencvenes évek óta foglalkoztatja a cigányság helyzete, a többi között egészségi állapota (Demeter Zayzon 2000; Prónai 2000). Különösen 2004, az Európai Unióba való csatlakozásunk óta szaporodtak meg azok a helyzetértékelések, amelyek kisebb-nagyobb volumenű empirikus kutatásra támaszkodnak. Áttekintésünkben ezeket mutatjuk be.

Szirtesi Zoltán (1994, 1999) kiskundorozsmai – maga is cigány – publikációiban körzeti orvosi tapasztalatai alapján mutat be körzete cigány lakosságában talált olyan betegségeket, amelyek praxisában inkább érintették a cigány, mint a nem cigány embereket. A megfigyelt betegségek többségéről azt állapítja meg, hogy a rossz lakásviszonyok, az elégtelen táplálkozás, a túlsúlyfolttság okozza és terjeszti ezeket, esetenként robbanásszerűen. Ahol a gyakorló orvos a genetika ingoványos területére lép, ott magyarázatai komolytalannak tűnnek (pl. „a cigányok valamilyen öröklés folytán kissé másképpen reagálnak az alkoholra”).

Puporka Lajos és Zádori Zsolt (1999) a Világbank Magyarországi Irodájának megrendelésére írt jelentést a romák egészségi állapotáról. Szerintük is elsősorban szociális alapú a cigányság egészségügyi helyzete. Járványügyi szempontból sem a cigányság egésze veszélyeztetett, hanem a szegények, köztük is elsősorban a telepen élők. Ugyanezt hangsúlyozza az 1999-ben megjelent jelentés is (Demeter Zayzon 1999). A szerzők felhívják a figyelmet azonban egy általános problémára is: a magyar egészségügyi statisztika legnagyobb problémája, hogy míg a halálozási okokról viszonylag pontos adatokkal rendelkezünk, nincsenek megbízható adatok a megbetegedésekről.

Neményi Mária (1998) a cigány anyák helyzetét vizsgálta az egészségügyben. Azt találta, hogy mindkét oldalon – tehát mind az egészségügyben dolgozók, mind a cigány asszonyok részéről – olyan sztereotípiák, előítéletek rögzültek, amelyek gátolják a kommunikációt, és lehetetlenné teszik az egészségügy iránti bizalom kialakulását. Számos példája közül kiemeljük, hogy az orvos és az ápolónők nyomatékos kérése, utasítása ellenére sem marad a kórházban a veszélyeztetett terhességű kismama, mert otthon szükség van rá. Ez a példa jól érzékelteti, hogy mindkét fél jót akar, mindkét fél ugyanazt akarja, a nagyobb felelősségű, mert képzett „oldal” azonban gyakran nem képes megértetni magát, és elfogadtatni szakszerű érveit.

Az egészségügy e területével kapcsolatban viszonylag sok kutatási tapasztalat is rendelkezésre áll, amelyek a roma népességnek a szexualitással összefüggő hiedelmeit, tabuit gyűjti össze. Feltehetőleg a szexualitással, szüléssel, gyermekággal kapcsolatos szokások az egészségügynek egyik olyan szegmense, ahol a cigány/ro-

ma kulturális örökségnek valódi szerep tulajdonítható, miként azt Neményi kutatásában pontosan nyomon lehet követni.

A szociálpolitikus *Krémer Balázs* (1998) is ezt a kommunikációs szakadékot találja alapvető problémának. Szerinte az egészségügyi dolgozók nincsenek felkészülve a szegényebb és iskolázatlanabb emberekkel, kiváltképpen pedig az ebbe a kategóriába tartozó cigányokkal való kommunikációra. Nem empirikus adatok, hanem az egészségügy egyes szakágaihoz való hozzáférés esélyei felől megközelítve a cigány lakosságot sújtó betegségek és egészségkárosodások alábbi területeit emeli ki:

- mozgásszervi problémák és azok késői felismerése,
- pszichiátriai és mentális problémák,
- a szexualitással összefüggő népegészségügyi problémák,
- fogászati problémák.

Hangsúlyozza a preventív ellátás szükségességét, és annak hozzáférhetőségét. Különös jelentőséget tulajdonít annak az egészségpolitikai feladatnak, hogy a cigány lakosság nagy arányával jellemezhető aprófalvas térségekig is elérjen az alapellátás fejlesztésének programja.

Gyukits György (1999) Borsod-Abaúj-Zemplén és Budapest egyes kerületeiben készített interjúkkal törekedett feltárni a cigány lakosságnak az egészségüghöz való viszonyát. Szempontunkból tapasztalatainak két következtetése érdemel különös figyelmet. Az egyik az, hogy a cigány emberek – de ez általában az iskolázatlan, szegény emberekre jellemző – csak akkor mennek orvoshoz, amikor a fizikai fájdalmakat már nehezen viselik el. A prevenciós szemlélet – amelynek erősítését természetesen elsősorban az egészségüghöz várhatjuk – hiánya az ország lakosságának jelentős részére jellemző. A másik megfigyelése az, hogy a falusi és a falusias térségben élő cigány emberek a háziorvoshoz még elmennek, gyakran mihelyt kisebb bajokat is megfigyelnek, sőt a legkisebb bajhoz is kihívják a háziorvost. A szakrendelésben dolgozó, vagy kórházi orvosokhoz és egészségügyi személyzethez való viszonyuk pedig egészen más, félelemmel, előítéletekkel terhelt. Ezt interjúpartnerei azzal indokolják, hogy a szakrendelések és kórházak szakemberei előítéletesen, lenézően kezelik őket. Ebből az a következtetés vonható le, hogy a cigány lakosság nem alapvetően áll szemben és ellen az egészségüggyel, tiszteli és elfogadja az őt jól ismerő orvos véleményét.

Országos cigány adatok elsősorban a magyarországi többség és kisebbség viszonyának jellemzésére szolgálhatnak. Ebből a szempontból nem cáfolható kutatási adatokkal, hogy egy rasszjegyeket – stigmát – viselő kisebbségi csoport, hátrányt szenved az élet minden olyan területén, ahol a többségi társadalom intézményeinek képviselőivel érintkezik. Ez az egészségügy területén sincs másként – állapítja meg az *EC EUROPA* EU jelentés. A kutatás maga „Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák, valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata” címet viseli és az Egészségügyi Minisztérium megbízásából készítette 2001–2002-ben végzett kutatás alapján egy munkacsoport

(Dombainé Arany Vera, Solymosy József, Kanyik Csaba, Daróczi Gábor). A programban kilenc ország vett részt partnerként: Olaszország, Görögország, Szlovákia, Portugália, Románia, Csehország, Bulgária, Spanyolország és Magyarország. A cigányok egészségi állapotáról és munkapiaci lehetőségeinek korlátairól empirikus kutatások adatainak felhasználásával *Babusik (2008)* az előbbiekhöz hasonlóan a diszkrimináció gyakoriságát emeli ki.

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája munkatársai 2001 és 2002 között felmérést végeztek Északkelet-Magyarország három megyéjében, túlnyomórészt cigányok lakta telepeken (*Kósa 2006*). Vizsgálták az ott lakók demográfiai összetételét és környezet-egészségügyi helyzetét. Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés) és magasabb lakó-sűrűséggel hátrányosan különböznek a település jellegzetes lakókörnyezetétől. A vizsgálat nemcsak cigányokra terjedt ki, igen fontos hangsúlyozni itt is, hogy a szegénység kutatása – még ha főként a cigányságot célozza is – nem etnikai alapú és jellegű feladat, de rávilágít arra, hogy a cigányság nagy hányada a szegények kategóriájába tartozik, és elszenvedője mindannak, amit az anyagi javaktól való megfosztottság jelent.

A *Kurt Levin Alapítvány (2009)* is végzett vizsgálatot a cigányság egészségügyi állapotával kapcsolatban. Megállapítják, hogy a legfontosabb az alap- és szakellátásban jelentkező, a szolgáltatáshoz való egyenlő hozzáférés lehetőségének sérülése. Ez a szempont az egészségügyi ellátási rendszer reformját érinti: az alapvető egészségügyi ellátás megszervezésének kérdését.

A szegénység és a romák szegénysége egyre inkább vidéki, egyre inkább kistélepi jelenség. Az elmaradottabb területeken nincs megfelelően megszervezve az egészségügyi ellátás. Általános jelenség, hogy négy-öt falvanként van egy-egy családorvos, és a megkérdezett szakemberek véleménye szerint, szakorvosi rendelő, esetleg szűrőállomások még nehezebben elérhetők. (Sok esetben a bejutási költségeket sem tudják fedezni a családok.) Ezen felül olyan védőnői körzetek vannak, melyek 250–300 főt is elláthatnak. Ez olyannyira elaprózza a védőnők tevékenységét, hogy nem érnek el mindenkihez. Fontos továbbá a lakhatási körülményekkel összefüggő általános egészségi állapot javítása is. De megoldásra vár a szolgáltatásban tapasztalható diszkrimináció jelensége is, mely az ellátás minőségét nagyban befolyásolja, s másodrendű betegként kezeli a roma embereket. Az egyik legfontosabb problémának azt látják, hogy a munkanélkülieket – köztük jelentős arányban vannak romák is – gyakorlatilag nem lehet egészségbiztosítással elérni.

2001-ben az Egészségügyi Minisztérium adott ki jelentést a „Roma felnőtt népesség egészségállapota” címmel (*EÜM 2001*). Bár a dokumentum már több mint egy évtizedes, főbb megállapításai tükrözik a cigányság egészségi állapotának leg súlyosabb problémáit. A problémák igen különbözőek: a szervi betegségek mellett pszichés eredetűek is jelentős súlyt képviselnek, a szegénységből eredő gondok

éppúgy megtalálhatók a tünetek hátterében, mint a tudatlanság, a „rossz szokások” okozta egészségkárosodás. Mindezek mellett az egészségügyben megtapasztalt negatív attitűd is elriasztja a betegeket. Érdeemes áttekinteni a felsorolást, és látni azt, hogy különböző megközelítést alkalmazó kutatások alapjaiban hasonló problémákra világítanak rá:

- a depressziós tünetegyüttes valamelyik fokozata a romák 75 százalékát (!) érinti,
- a nagymértékű dohányzás, a táplálkozási problémák, a prevenció hiánya mind felelősek a kedvezőtlen morbiditási és mortalitási adatokért,
- az alultápláltság feltűnően magas a cigány népesség körében,
- a betegségek megelőzésével kapcsolatos ismereteknek a megkérdezettek 43 százaléka nem volt birtokában,
- a roma/cigány nőknél gyakori a spontán és a művi abortusz,
- a cigány betegek szakrendelésre történő utalása jóval alacsonyabb gyakoriságú, mint a többségi lakosságé, s a romák a kórházi kezeléseken, szanatóriumi gyógykezeléseken is alulreprezentáltak.

Lampek, Törőcsik (2003) kutatásaikban az életstílus és az egészségi állapot összefüggéseit vizsgálják. Empirikus adatokkal bizonyítják – országosan és a Baranya megyei cigány és nem cigány lakosainak adatai alapján –, hogy az egészséget károsító jellemzők és szokások a cigányság és általában az alacsonyan iskolázott társadalmi rétegek körében elterjedtek, s nagy mértékben járulnak hozzá a betegségek gyakoriságához. Ám a káros hatásokat az alultápláltság – a szegénység – súlyosan erősíti.

A szegények, különösen a romák, cigányok választásnak látszó elszigetelődése nemcsak a társadalmi javaktól való megfosztottság okozója, hanem – ezzel is összefüggésben – pszichés alapon kialakult betegségek kiváltója is. Mint láttuk, minden hivatkozott kutató kiemeli a depressziós tünetegyüttes szerepét. Ennek a kérdéskörnek kiemelkedő jelentőségű kutatója volt a nemrég elhunyt Kopp Mária (*Kopp et al 1998*).

Cigány értelmiségiek

Az előbbieken bemutatott problémák a cigányság egészségi állapotának általános helyzetére vonatkoztak. Egy népesség általános helyzete természetesen nem azonos minden alcsoportjával. A cigány, roma népesség köréből – a szélsőséges megfosztottság, a nyomor állapotából – kiemelkedett értelmiség külön tárgyalást érdemel. Vajon milyen hatást gyakorol ez a privilegizált helyzet rájuk? A rendelkezésünkre álló kutatások eredményei és személyes tapasztalataink egyaránt arról tanúskodnak, hogy a kiemelkedésnek nagy ára van.

Mendi Rózsa (1998) egyetemista cigány fiatalokkal készült kérdőíves és interjúkutatás – és személyes tapasztalatai – eredményeképpen megállapítja, hogy ezek a fiatalok az egyetemen élik meg először a kultúraütközést, identitásuk válságát,

hiszen éppen ebből a szempontból „feltűnőek”, különböznek másoktól. További rizikófaktorot jelent életükben, hogy szüleik anyagi támogatására gyakran nem számíthatnak, tanulásuk anyagi feltételeit maguknak kell megteremteni. A többszörös megterhelés mellett nem jut idejük a pihenésre, feltöltődésre, életformájuk és életmódjuk nem követi diáktársaik életformáját. A folyamatos megterhelés, az állandó megküzdés hosszabb távon kifáradáshoz vezethet, amelynek következményei a célok feladásától a pszichoszomatikus sérülékenyséig elvihetik őket. Asszimilációs törekvéseiknek eredményessége gyakran megkérdőjeleződik az őket ért diszkrimináció hatására. Származásukat stigmatként kell megélniük a többségi csoportokkal való interakciókban. Ennek következménye, hogy igazán egyetlen vonatkoztatási csoportot sem tudhatnak magukénak, identitásuk társadalmi oldala tehát súlyosan megterhelő. Ezért annyira fontos és túlhangsúlyozott számukra etnikai hovatartozásuk.

Életükben rendkívül fontos szerepe van a családi és rokoni kötődéseknek, ezen belül is az anyához és a testvérekhez fűződő kapcsolatoknak. A család, ha anyagilag és szellemileg nem is tudja támogatni őket a mobilitás útján, mindenképpen meleg, támogató környezetet jelent számukra. A kultúra további fontos értékei, mint a művészetek iránti érzékenység és fogékonyság, egyaránt segítik őket abban, hogy kreativitásuk kiteljesedjék. Ezt bizonyítja, hogy a kutatás mintájában szereplő fiatalok nagy része, a tanulás mellett is zenél, fest, ír, fotózik stb. A szerző ezt cigányságuknak – kultúrájuk elemének – tekinti. Magam inkább hajlok arra a feltételezésre (Forray 2003), hogy a cigányság köréből ma (és tegnap) még csak a kiemelkedően tehetségesek jutnak el a felsőoktatásba. Ők azok, akik szabadidejükben is szellemi munkával, alkotóművészettel foglalkoznak.

Mendi Rózsa következtetése szerint az intervenciónak és a társadalmi programoknak nem a kulturális „másság” megőrzésére és hátrányok ellen kell irányulniuk. Sokkal inkább egy új identitás kialakítása lehet a cél, amely minőségében más, mint az előítéletektől sújtott, sérült, nem bevallott, vagy éppen túlhangsúlyozott etnocentrikus identitás.

De hogy ez az ajánlott program sem tökéletes gyógyszer, egy későbbi interjúban mondja el: „Én a cigány identitásomat végül is a cigányok között veszítettem el. A magyarok között nagyon jól lehettem cigány, a cigányok közt egyszerűen nem tudtam az lenni. Nem tudtam produkálni azokat a dolgokat, amik a hagyományos cigány nő fogalmába belefértek volna. [...] Értelmes nőként iszonyatosan nehéz cigány férfiak között létezni. Egyszerűen nem tudják elviselni, hogy véleményed legyen, hogy más legyen a véleményed, hogy harcolni tudj az érdekeidért, hogy amit mondasz, elfogadható. Azt várják, hogy a több száz éves nőideált képviseld. Hogy szép legyél, együttműködő, hogy bólogass, hogy szerény legyél, és finom ebéddel várd az uradat. És a cigány férfiak sokkal szigorúbban ragaszkodnak a helyzetük adta jogaikhoz, mint a nem cigányok. Én nem tudok azonosulni azzal, amit a cigányok akarnak tőlem.” (Romnet.)

Szabóné Kármán Judit (2012) empirikus kutatása cigány értelmiségiekre irányul. Nemcsak az értelmiségivé válás magyarországi történetét tekinti át, hanem – a jelen téma szempontjából kiemelkedően fontos – a pszichológiai-pszichiátriai munkában kiemelkedően fontos tesztekkel is vizsgálta a kutatásába bevont cigány értelmiségieket. Megállapítja, hogy a roma diplomások mentális státusa nem kielégítő, neurózis, depressziós tünetegyüttes gyakori körükben. A kapott értékek alapján állítja, hogy a mintába került diplomás cigány férfiak és nők többsége érintett a neurózis, depressziós tünetegyüttes szempontjából. Neurózis szempontjából a csaknem százfős minta 26 százaléka; 14 százalék veszélyeztetett, 13 százalék esetében kialakult neurózisra utaló jelek láthatóak. Enyhe depressziós tünetegyüttes 62,4 százalék esetében észlelhető. A kisebbségi létből fakadó mentális állapotváltozásokat – frusztráció, fokozott elfojtás, folyamatos megfelelési kényszer, ebből fakadó stressz, düh, túlkompenzálás, csalódottság, „üvegplafon-szindróma” – a mintába került értelmiségiek többségénél mind a végzett teszt-vizsgálatok eredményei, mind az interjúk során kapott válaszok egyértelműen alátámasztják.

A párkapcsolati zavarok, az alacsonyabb házassági kedv a többséghez hasonlóak a cigány értelmiségi mintában; magas az elváltak, egyedülállók és élettársi kapcsolatban élők aránya körükben is, csakúgy, mint a többségi társadalomban. Mentális státusuk azonban a teljes népességhez viszonyítva lényegesen rosszabb; a teljes népességben a férfiak 33, a nők 41 százaléka érintett. E kutatásban szereplő diplomások esetében férfiak 57, a nők 74 százaléka enyhe vagy közép súlyos depressziós tünetegyüttesre utaló jeleket mutat. Bár az országos vizsgálatok alapján általában is jellemző, de ez a gyakoriság a diplomás roma/cigány nők esetében kimagasló.

A kapott kutatási eredmények alapján megállapítja, hogy ha lassan is, de tovább bővül, formálódik a magyarországi roma, cigány értelmiség, keresi az utat újabb és újabb képzési formák felé. Többségük első generációs értelmiségi, háttérben alacsonyán iskolázott szülőkkel, gyakran testvéreik is náluk sokkal alacsonyabb végzettséggel rendelkeznek. A cigány értelmiségen belül mindegyik hazai cigány csoport megtalálható. A hagyományörzés, nyelvápolás igénye a tradicionális csoportok képviselői körében jelen van, ha kisebb mértékben is, mint szüleik generációjában. Ez arra utal, hogy a felsőoktatás – sokak véleményével szemben – nem fosztja meg a kisebbség tagjait hagyományaiktól, inkább jellemző, hogy otthonról már sokan alig hozzák azokat magukkal. Sőt úgy tűnik, hogy a fiatal értelmiség körében bizonyos mértékű nyelv újratanulási-hagyományörzési kedv kialakulása fedezhető fel.

Ez az összegezés szemben áll Mendi fentebb idézett látéletével. Csak újabb kutatások adhatnak arra választ, hogy generációk közötti tényleges különbségekről van-e szó vagy egyszerűen csak kutatók nézeteinek eltéréséről, vajon egy cigány fiatalnak értelmiségivé válni ma ugyanúgy a hagyományokkal, az etnikai közösséggel való szakítást hozza-e magával, mint egy-két évtizede? Ennek következtében éppen azt az egészségkárosodást okozza-e, mint korábban.

Összegezés

Amit ma tudunk a magyarországi roma lakosság egészségmagatartásáról, egészségügyi helyzetéről, az döntő mértékben a cigányság többségének szélsőségesen rossz szociális helyzetéből érthető meg, és azzal magyarázható. Azaz etnikai hovatartozástól függetlenül hasonlóan viselkedik minden ember, aki hasonló szociális helyzetben van, hasonló nyomort, megkülönböztetést kénytelen elviselni.

Nem zárható ki, hogy a magyarországi cigány közösség genetikai öröksége a többi lakostól eltérő betegségekre hajlamosít, azonban nincsenek adatok erről, azaz semmilyen tudásunk nincsen arról, van-e speciális cigány betegség vagy erre hajlamosító biológiai tényező. Komoly kutatás e területen nem igazán folyt.

Az sem zárható ki, hogy bizonyos egészségkárosító magatartási formákért a roma közösségek kulturális hagyományaiban találhatnánk magyarázatot. Egyedül a szexualitással – szüléssel, gyermekággal – kapcsolatban vannak adatok arról, hogy ezek a tényezők befolyásolják az egészségmagatartást. Valószínű, hogy szisztematikus kutatások egyéb tényezőket is napvilágra hoznának. Olyan kulturális elemeket, amelyek nagyobb súllyal esnek latba zárt és hagyományőrző cigány közösségekben, mint a városokban általában.

A jelenleg rendelkezésre álló adatok szerint az egészségügy, illetve a fejlesztésére irányuló politika feladata az, hogy elérhetővé tegye az alapellátást az egész lakosság, közöttük a cigányság számára is. Programszerűen elkülönülő cigány egészségügy természetesen semmivel sem indokolható különbséget tenne cigány és nem cigány között. Ez még akkor is érvényes tilalom, ha látjuk, hogy vannak olyan egészségkárosító magatartások, helyzetek, amelyek a cigányságot nagyobb mértékben érintik, mint a lakosság többi részét.

Ezzel szemben sürgős, a kérdéssel foglalkozó valamennyi kutató szerint elodázhatatlan feladat, hogy az egészségügy dolgozói tanuljanak meg kommunikálni a cigány betegekkel. Ez azt jelenti, hogy a képzésbe be kell vonni cigánysággal kapcsolatos ismereteket, törekedni kell arra, hogy minél több cigány, roma közösséghez tartozó ember dolgozzék a betegek körében. A magyar társadalom cigányellenes előítéleteit az egészségügyön is számon lehet és kell kérni. Az előítéleteknek a magatartásban is megnyilvánuló durva formáinak – amelyekre példát szinte minden cigány ember tud mondani – az egészségügyben lehetetlenné kellene válniuk.

Láthattuk, hogy a cigány, roma lakosság körében bizonyos egészségkárosodások jellemző módon gyakrabban fordulnak elő, mint más társadalmi csoportokban. Ezek egy része a szegénységgel, általában a rossz szociális helyzettel hozhatók összefüggésbe. Vannak azonban olyan egészségkárosodások, amelyek éppen azokban a csoportokban szembetűnők, amelyek így „fizetnek” a társadalmi mobilitásért. Védelmükben számítania kell az egész magyar társadalom, közte a cigány közösségek életének javításáért elkötelezett minden tagjának munkájára.

IRODALOM

- BABUSIK FERENC (2008) *A romák foglalkoztatási diszkriminációja a munkaerő-piacon*.
- DEMETER ZAYZON MÁRIA (ed) (2000) *Kisebbségek Magyarországon, 1999*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
- FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO (2007) *Egyenlőség, egészség és a cigány/roma közösség*. Madrid.
- FORRAY R. KATALIN (2003) Roma/cigány diákok a felsőoktatásban. *Educatio*, No. 2. pp. 253–264.
- FORRAY R. KATALIN (2007) The situation of the Roma/Gypsy community in Central and Eastern Europe. In: ABREU L. & SÁNDOR J. (eds) *Monitoring Health Status of Vulnerable Groups in Europe: Past and Present*. Compostela Group of Universities. European Issues. Pécs, University of Pécs. pp. 111–127.
- GYUKITS GYÖRGY (2000) A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: HORVÁTH, LANDAU & SZALAI (eds) *Cigánynak születni*. Budapest, Aktív Társadalom/Új Mandátum, pp. 471–491.
- HABLICSEK LÁSZLÓ (2000) Kísérlet a roma népesség előreszámítására 2050-ig. In: Horváth, Landau & Szalai (eds) *I. m.* pp. 325–348.
- KOPP M., SKRABSKI Á. & SZEDMÁK S. (1998) A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: GLATZ FERENC (ed) *Népegészség, orvos, társadalom*. Budapest, MTA. pp. 32–54.
- KÓSA ZSIGMOND (2006) *Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése*. Debrecen. (PhD-értekezés.)
- KRÉMER BALÁZS (1998) Javaslatok és dilemmák a cigányság helyzetének javítását célzó fejlesztési tervekhez. In: *Tanulmányok „A cigányság társadalmi helyzetének javítását célzó hosszú távú stratégia alapkérdéseiről”*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal. pp. 88–115.
- KURT LEWIN ALAPÍTVÁNY (2010) *A Roma Integráció Évtizede Program által megjelölt célok*.
- LAMPEK KINGA & TÖRÖCSIK MÁRIA (2003) *A felnőtt roma népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, No. 4. p. 45.
- MENDI RÓZSA (1999) *Felsőoktatásban tanuló roma fiatalok pályaszocializációs és személyiségvizsgálata*. Budapest, ELTE. (Egyetemi szakdolgozat.)
- NEMÉNYI MÁRIA (1998) *Cigány anyák az egészségügyben*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
- PRÓNAICSABA (2000) *A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében*. *Kisebbségkutatás*, No. 4.
- PUPORKA LAJOS & ZÁDORI ZSOLT (1999) *A magyarországi romák egészségi állapota*. Budapest, Roma Sajtóközpont.
- SZABÓNÉ KÁRMÁN JUDIT (2012) *A magyarországi roma/cigány értelmiség historiográfiája, helyzete, mentális állapota*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- SZIRTESI ZOLTÁN (1998) *A cigányság egészségügyi helyzete*. Budapest, Agroinform.
- WILKINSON, R. G. (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, Routledge.

SERDÜLŐK LELKI EGÉSZSÉGE

A MAGYAR ISKOLÁSKORÚ FIATALOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK
ALAKULÁSA 2002 ÉS 2010 KÖZÖTT

ASERDÜLŐKOR BIOLÓGIAI, PSZICHÉS ÉS SZOCIÁLIS szempontból is jelentős változásokkal járó, sérülékeny életszakasz. Az átmenet gyermek- és felnőttkor között befolyásolja a fiatalok érzelmeit, viselkedését, testi és lelki egészségét. Tanulmányunkban e sérülékenység lehetséges háttérmechanizmusairól, neurobiológiai magyarázatairól számolunk be, és bemutatjuk a fiatalok lelki egészségével kapcsolatos kutatásunk hazai és nemzetközi adatait. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló kutatás a 11–18 éves korosztály fizikai és mentális egészségével kapcsolatos mutatókat és azzal összefüggő pszicho-szociális tényezőket négyévente, országosan reprezentatív mintákon vizsgálja. Az elméleti bevezetés után ismertetjük, hogy a HBSC-ben vizsgált mutatók mentén milyen értékek jellemezték a magyar serdülőket a legutolsó, 2010-es adatfelvétel során. Az adatokat nemzetközi viszonylatban is elhelyezzük, és beszámolunk arról, hogy 2002 és 2010 között a serdülők egészségében milyen változásokat tapasztaltunk. A mentális egészség háttértényezőinek és serdülőkre jellemző értékeinek megismerése segítheti a pedagógusokat abban, hogy a rájuk bízott kamaszok jóllétét minél hatékonyabban védhessék, fejleszthessék.

A serdülőkori pszichés változások neurobiológiai háttere

A serdülőkor az emberi élet képlékeny szakasza, amely alatt a gyermekből felnőtt „formálódik”. Ez a természetes átmenet még a szeretetben nevelt, adaptív viselkedésmintákat elsajátított fiatalok számára is nehéz folyamat. A serdülőnek meg kell szoknia, hogy teste átalakul, egyre felnőttesebb szerepviselkedést, önálló döntéshozatalt és felelősségvállalást kívánnak meg tőle, valamint hogy szüleihez és kortársaihoz való viszonyulása megváltozik. Ezen a bonyolult bio-pszicho-szociális változásrendszeren „átkelve” a serdülő feladata, hogy optimális önértékelést alakítson ki, stabil (felnőtt) identitást hozzon létre, és megtalálja az önálló élethez szükséges szerepeket, kialakítsa az azokat felépítő viselkedésrepertoárt. Ugyanakkor mindenki, aki serdülőkkel foglalkozik, megfigyelheti, hogy ebben a korszakban a felnőtté formálódó gyermek nagy érzelmi ingadozásokat él át, és hajlamos lehet kockázatos viselkedésformák – például dohányzás, alkohol- vagy tiltottszer-fogyasztás, védekezés nélküli szexuális kapcsolat – kipróbálására. Miért vannak a serdülők jobban kitéve ezeknek a veszélyeknek, mint más korosztályok?

A biológiai változások motorja a hormonális rendszer beindulása, amelynek hatására serdülőkorban felgyorsul a növekedés, kialakulnak a másodlagos nemi jellegek és a reprodukív képesség. A saját test átalakulása – például a hirtelen megváltozó testméretek, testarányok, a mutálás, a másodlagos nemi jellegek kialakulása – erőteljesen hat a serdülő énképére, önértékelésére. Serdülőkorban a testi átalakulással párhuzamosan, azzal kölcsönhatásban a központi idegrendszer is strukturális és működésbeli változásokon megy át. Ezek a változások magyarázatot adnak a serdülőkorúak érzelmi sebezhetőségére és kockázatviselkedéseknek való kitettségére is.

A serdülő agyi feldolgozási folyamatai diffúzabbak és kevésbé összehangoltak, mint a felnőtteké. Ez ahhoz vezet, hogy az egyes agyterületek serkentő és gátló folyamatai – a motivált viselkedés háttérmechanizmusai – kiegyensúlyozatlanok, a szabályozási folyamatok gyengébbek. *Sturman és Moghaddam (2011)* szerint a társas viselkedés kamaszkori változása azoknak az agyi hálózatoknak a fejlődésével állítható párhuzamba, amelyek a szociális ingerek felismeréséért, valamint a kognitív és affektív feldolgozás integrációjáért felelősek. A kockázatos viselkedés lehetséges magyarázata, hogy a veszélyek keresését serkentő, „jutalmazó” kéregalatti területek erősebben aktiválódnak, mint a viselkedés kontrolljáért felelős agyi struktúrák. Sőt általában is elmondható, hogy az érzelmeket mozgósító limbikus rendszerhez képest az érzelmeket és a kognitív tevékenységet összehangoló prefrontális terület érése csak később indul be: részben ennek tulajdonítható a serdülőkori erős hangulatingadozás.

Identitás, önértékelés, hangulat és egészség

A serdülőkor legfontosabb feladata *Erikson (2002)* fejlődésmodelljében a (felnőtt) identitás kialakítása és megszilárdítása. Az identitás az önazonosság tudata: koherens és időben folytonos kép, narratíva saját magunkról. Felnőttté válásunk során olyan vonatkoztatási keretet hozunk létre, amelyben saját személyiségünk a viszonyítási alap a külvilág dolgaihoz és más személyekhez képest. Ez a referenciakeret az identitás. A helyét, szerepét, kortársi csoportban való társas pozícióját kereső, identitása kialakításán „dolgozó” serdülő különösen érzékenyen reagál a társas ingerekre: a kirekesztésre és az elfogadottságra.

A stabil, érett önazonosság az önértékelés magas szintjével jár együtt, és fordítva: a jó önbecslésű embereknek egyértelmű, jól megformált és konzisztens képük van önmagukról. Az önértékelés *Leary (1995)* szerint olyan precíziós mérőműszer („szociométer”), amely szubjektív belső jelölőként kifejezi pillanatnyi társas helyzetünket. Serdülőkorban az egyén és környezete (család, barátok, osztálytársak) közötti kapcsolat dinamikusan változik, ami az önértékelés mellett hatással van általános közérzetére, szubjektív jóllétére is.

A depresszív hangulat a depressziónál enyhébb, változatos tünetekből álló szindróma, melynek része lehet a szomorúság, levertség, ingerlékenység, halálvágy

(Gádos 1996). Fontos azonban, hogy egy-két ilyen tünet időnkénti megjelenése a serdülőkori hangulatingadozás természetes velejárója. A kutatók több nagy elemszámú, longitudinális kutatásban és metaelemzésekkel is vizsgálták az önértékelés és a depresszív hangulat viszonyát, és megállapították, hogy az önértékelés romlása és a depresszív hangulat kialakulása kölcsönös, egymást erősítő folyamatok (Orth et al 2008).

Az önértékeléssel ugyancsak erősen összefügg – és a mentális egészség fontos aspektusa – az élettel való elégedettség. Mindenki arra törekszik, hogy életkörülményeit az optimumon tartsa. A kedvezőnek ítélt szint alá süllyedés negatív érzéseket kelt. Így az élettel való elégedettség a depresszív hangulattal is kapcsolatban van. Az önértékelés elméletalkotói szerint az énr vonatkozó pozitív értékelés szükséges ahhoz, hogy általános jóllétünket is kedvezőnek minősítsük (Diener és Lucas 1999). Amellett, hogy a serdülők önértékelési szintje, hangulata és élettel való globális elégedettsége szorosan összefügg, e mutatók megjósolják számos egészségkártató és egészségvédő magatartásforma, például a tiltottszer-használat (Zullig et al 2001) vagy a rohamszerű ivási epizódok megjelenését (Chassin et al 2002), illetve a fizikai aktivitás magas szintjét és a jó iskolai teljesítményt (Tremblay et al 2000). A serdülőkori kedvezőtlen mentális egészségi mutatók felnőttkori problémákat is előrevetítenek, például a fiatalok depresszív hangulata szignifikánsan összefügg a felnőttkori hangulatzavarokkal (Orth et al 2008). Ezért is (volna) kitüntetetten fontos a serdülők mentálhigiénés védelme.

A serdülőkori fejlődés nehézségeivel való sikeres megküzdés és a felnőttkorba való átmenet záloga a fiatalok testi, lelki és szociális jólléte. „Jóllét” (well-being) alatt azt értjük, hogy valaki kognitív és affektív szempontból kedvezően ítéli meg életminőségét (Diener 2000). A jóllét legkifejezőbb mutatói az egészségi állapot és a közérzet szubjektív minősítése. A testi változások, a viszonylagos neurobiológiai éretlenség és a fokozott önfigyelés is hozzájárul a serdülők fizikai és lelki tünetképzéséhez, érzelmi problémáihoz, hangulatingadozásaihoz. Ezeket az ok-okozati összefüggéseket befolyásolja a fiatalok neme, korosztálya, valamint családi jómódúsága, amelynek a serdülők egészségével való összefüggése a nemzetközi kutatás egyik kiemelt területe (Currie et al 2008). Elemzéseinkben ezeket a szempontokat is alkalmazzuk.

HBSC

A HBSC az egyik legrégebben folyó, legnagyobb mintájú és legkiterjedtebb, serdülőkkel foglalkozó nemzetközi kutatási projekt. A kutatás célja a fiatalok önminősített egészségi állapotának, szubjektív jóllétének vizsgálata országos és nemzetközi szinten. A négyévente ismétlődő, kérdőíves adatgyűjtés lehetőséget nyújt arra is, hogy vizsgáljuk az iskoláskorú gyermekek egészségi állapotának időbeli változásait (trendjeit) is. A kutatás eredményeit a WHO mellett számos nemzet-

közi és helyi döntéshozó, stratégiai feladatokkal megbízott hatóság felhasználja egészségpolitikai döntések előkészítésében, a végrehajtott egészségfejlesztő programok értékelésére.

A kutatás az 1983/84-es tanévben indult, s az 1985/86-os tanévben már 13 ország – az akkori szocialista államok közül egyetlenként Magyarország is – bekapcsolódott a vizsgálatba. A legutóbbi, 2009/2010-es tanévben lebonyolított adatgyűjtés 43 európai és észak-amerikai országra terjedt ki. A magyarországi iskoláskorú fiatalok vizsgálatát az Országos Gyermkegészségügyi Intézetben működő kutatócsoport végzi.

Minta és módszer

A nemzetközi kutatás célcsoportja a 11,5, 13,5 és 15,5 év átlagéletkorú iskolai tanulók. A hazai iskolarendszer sajátosságai miatt Magyarországon a kutatás a 17,5 évesekre is kiterjed. A mintaválasztás rétegzett, többlépcsős eljárással történik. Ezzel biztosítjuk, hogy az ország minden földrajzi régiója, iskola- és településtípusa, valamint a kijelölt korcsoportok megfelelő arányban legyenek képviselve.

Az adatfelvétel anonim módon, önkitöltős kérdőívvel, osztálytermi környezetben történik. A szubjektív jóllét, mentális egészség a nemzetközi vizsgálat kitüntetett területe, annak számos vonatkozására kiterjed.

Egyik legfontosabb mutató ebből a szempontból a diákok *önminősített egészségi állapota*, amelyet a válaszoló kitűnőnek, jónak, megfelelőnek vagy rossznak értékelhet. Az első két válaszlehetőséget összesítve a kedvező, a második kettőt a kedvezőtlen egészségi állapot indikátorának tekintjük.

Monitoroztuk egyes *testi és lelki tünetek*, (például a fej-, gyomor- és hátfájás, illetve kedvetlenség, idegesség, fáradtság) megjelenését az elmúlt fél év során. A pszichés és szomatikus tünetek gyakorisága szerint pontozott skála lehetséges pontszáma: 9–45.

Mértük továbbá az *élettel való elégedettséget*, az úgynevezett Cantril-létra (*Cantril 1965*) alkalmazásával: egy 0 (a lehető legrosszabb élet) és 10 (a lehető legjobb élet) közötti vizuális analóg skálán kell értékelniük a tanulóknak saját életkörülményeiket. Átlag alatti vagy átlagos elégedettségűnek a 0–5 pontot elérőket tekintjük, míg a 6–10 pontot jelölő tanulók alkotják az átlag feletti kategóriát.

A magyar kutatócsoport a hangulat és az önértékelés mérésére az alábbi hazai fejlesztésű eszközöket is használta, amelyek érvényességi és megbízhatósági vizsgálata már korábban megtörtént.

A *depresszív tüneteket* a Gyermek Depresszió Kérdőív (*Kovacs 1985*) rövidített változatával vizsgáltuk. Ez nyolc tételből áll, amelyek a depresszív hangulat jellegzetes tüneteit (pl. szomorúság, döntésképtelenség, öngyilkossági gondolat) tartalmazzák. A Gyermek Depresszió Skálán (CDI) 0–16 közötti pontszámot lehet elérni. 0–1 pont a depresszív hangulat hiányát, 2–3 pont zavart hangulatot, 4 vagy több

pont depresszív hangulatot valószínűsít (Rózsa *et al* 1999). Fontos megjegyezni, hogy a CDI pontszámok alapján nem adható pszichiátriai diagnózis, a skálának csak becslő, szűrő funkciója van.

Az önbecslés monitorozására Rosenberg (1965) 10 tételes skáláját alkalmaztuk. A mérőeszközök a jelen vizsgálat során is megbízhatónak minősültek. A skála lehetséges pontszáma 10–40; a 25 pontnál kevesebbet elérő válaszadókat tekintjük alacsony önértékelésűnek (Isomaa *et al* 2012).

Az önminősített egészséget, a tünetek megjelenését és az élettel való elégedettséget minden évfolyamban vizsgáltuk. A CDI-t és az önértékelési skálát csak a 7., 9. és 11. évfolyamos tanulókkal vettük fel.

A gyermekek *családi jómódúságát* – háttérváltozóként – a HBSC kutatócsoport által kidolgozott négy tételes mérőeszkőzzel (Currie *et al* 2008) vizsgáltuk: elemeztük, hogy a mentális egészség mutatóiban van-e különbség a különböző jómódúsági kategóriákba tartozó családok gyermekeinél.

A 2010-es felmérés során 358 iskola 416 osztályából 8096 (51,7 százalék fiú, 48,3 százalék lány) tanuló adatát dolgoztuk fel. Ez a minta az azonos életkorú magyar populáció 1,73 százaléka.

A leíró adatok elemzése mellett különböző statisztikai próbákat végeztünk a nemi, évfolyam és családi jómódúság szerinti különbségek, illetve az időbeli trendek feltárására. Amikor „különbséget” vagy „eltérést” említünk, ez mindig statisztikai értelemben vett ($p < 0,05$) szignifikanciát jelent.

A magyar serdülők mentális egészsége 2010-ben

Önminősített egészség

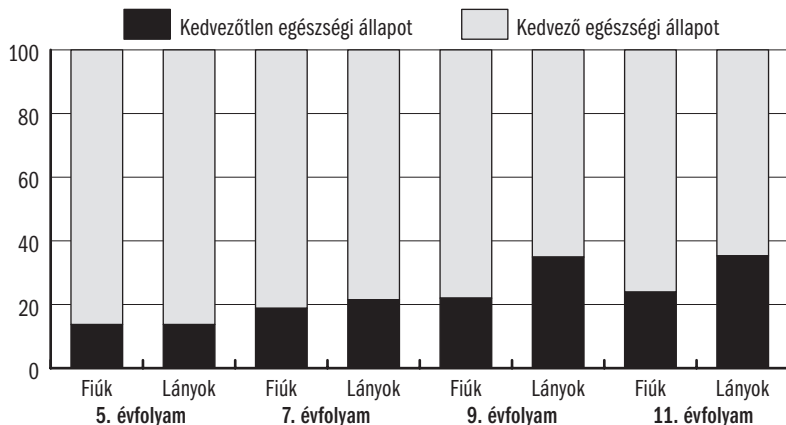
A 11–18 éves tanulók nagyobb része egészségi állapotát kedvezőnek (kitűnőnek vagy jónak) minősítette a 2010-es felmérés során. Kisebb részük – a fiúk ötöde, a lányok valamivel több, mint negyede – kedvezőtlennek (megfelelőnek vagy rossznak) értékelte egészségét. A nemi különbséget vizsgálva csak a középiskolai tanulóknál tapasztaltunk szignifikáns eltérést: a lányok nagyobb arányban tartották egészségüket kedvezőtlennek, mint a fiúk. Az idősebb korcsoportokban a kedvezőtlen egészségi állapotról beszámoló aránya évfolyamonként egyre magasabb (1. ábra).

Nemzetközi összehasonlításban a 11 éves fiúkra és lányokra vonatkozó magyarországi adatok megközelítik a HBSC átlagértéket (az egészségüket kedvezőtlennek tartó lányok aránya 13 százalék, a fiúké 12), így hazánk ebből a szempontból a részt vevő országok középmezőnyébe tartozik. Az idősebb korosztályok adatai sokkal negatívabb képet mutatnak: a 15 évesek esetében Magyarország a harmadik legmagasabb értéket mutatja a megfelelő vagy rossz egészségű tanulók arányát illetően.

A legutóbbi nemzetközi vizsgálatban Magyarország esetében is kimutatható volt – mind a lányok mind a fiúk esetében –, hogy a kedvezőtlen egészségi állapot előfordulása a jobb körülmények között élő családok gyermekeinél alacsonyabb. A

fiúk esetében mintegy 10, a lányoknál 15 százalékos különbség van a kevésbé jó-módú és a jó-módú családok között (Currie et al 2012).

1. ábra: Az egészségi állapotukat kedvezőnek/kedvezőtlennek minősítők aránya (% , N = 8029)



Testi-lelki tünetek

Az egész minta átlaga a 2010-es felmérés során az összesített tüneteskálán 20,32 (szórás = 7,50). A lányok szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el, mint a fiúk, és több tünetről számolnak be, mint fiú osztálytársaik. A magasabb évfolyamokon tanuló lányok körében a tünetek előfordulása rendre gyakoribb.

Az egyes tüneteket elemezve megállapítottuk, hogy a fiúknál és a lányoknál mindegyik osztályban magas a kedvetlenség, az idegesség és a fáradtság előfordulása. A gyakori fáradtság 9. és 11. osztályban lányoknál, fiúknál egyaránt kiugró, de már az 5. és 7. osztályosok kb. harmada is panaszodik hetente többszöri fáradtságérzésről (1. táblázat). A pszichés tünetek közül az ingerlékenység is magas arányban fordul elő mindkét nemnél, a középiskolás korosztály kb. negyedét-ötödét érinti.

1. táblázat: A legalább hetente többször kedvetlen, ideges és fáradt tanulók aránya (%)

Évfolyam	Kedvetlen (N = 7985)		Ideges (N = 7972)		Fáradt (N = 7972)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5. évfolyam	14,2	16,9	21,1	21,2	31,6	29,6
7. évfolyam	14,6	23,1	23,4	24,4	33,2	37,6
9. évfolyam	18,5	30,9	27,9	32,2	40,8	45,1
11. évfolyam	18,8	29,2	30,5	38,7	40,3	49,6

Nemzetközi összehasonlításban a magyar adatok minden korosztályban, mindkét nem esetében a HBSC átlag körül mozognak, a 39 országból korosztályonként a

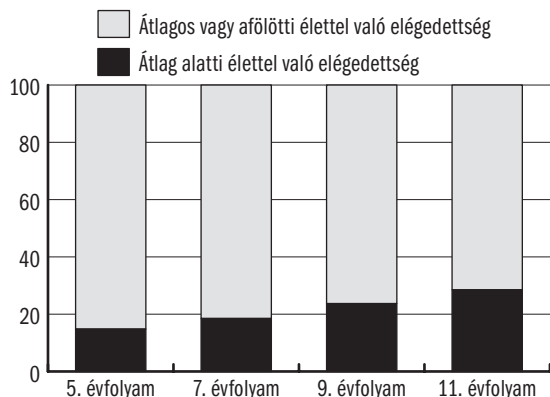
22., 23. és 15. helyet foglalják el. Az előző mutatóhoz hasonlóan az egészségügyi panaszok is fordítottan függenek össze a családi jómódúsággal, de csak a lányok esetében.

Élettel való elégedettség

Az általános szubjektív jóllét mértékén, a 0–10 fokú Cantril-létrán a tanulók átlagosan 7,10 pontot értek el (szórás = 1,91). A fiúk és a lányok elégedettsége között nincs szignifikáns különbség (2. ábra).

Szemben az önértékeléssel és a depresszív hangulattal – melyeknél, mint alább ismertetjük, a legkedvezőtlenebb érték általában a kilencedikeseket jellemzi –, az idősebb tanulók körében az átlag alatti élettel való elégedetlenség gyakorisága rendre magasabb, és az életükkel elégedetlen lányok a hetedik évfolyam kivételével minden évfolyamban többen vannak, mint a fiúk. Az ötödikeseket jellemző kb. 15 százalékos értékhez képest a 11. évfolyamon az életüket kedvezőtlenül megítélő tanulók aránya már 30 százalék körül van.

2. ábra: Átlagos vagy a fölötti, illetve átlag alatti élettel való elégedettségről beszámoló tanulók aránya (% , N = 7967)



A nemzetközi eredményekhez viszonyítva a magyar adatok – az életükkel inkább elégedettek aránya – minden korosztályban átlagosnak tekinthető. A magasan elégedett tanulók között mintegy 20 százalékkal magasabb a jobb családi háttérrel rendelkező tanulók aránya (Currie et al 2012).

Önértékelés

A 7–11. évfolyamba járó serdülők önértékelésének átlaga a Rosenberg-skálával mérve 28,86 pont (szórás = 4,82). A 2. táblázatból leolvasható, hogy a kilencedikesek körében valamivel magasabb – 20 százalék – az alacsony önértékelésű (25

pont alatt) tanulók aránya, mint a másik két évfolyamban (2. táblázat). Az alacsony önbecslésről beszámoló aránya azonban az összmintában is meghaladja a 19 százalékot.

2. táblázat: Az alacsony önértékelésű tanulók aránya (% , N = 5995)

	Évfolyam			
	7.	9.	11.	Együtt
Fiúk	14,2	15,5	13,8	14,5
Lányok	21,8	24,6	25,0	24,0
Együtt	17,8	19,9	19,4	19,1

Mindenesetre megállapíthatjuk, hogy a lányok önértékelése valamivel alacsonyabb, mint a fiúké, az évfolyamok tekintetében pedig a kilencedikesek pontszáma kisebb, mint a hetedik vagy tizenegyedik évfolyamon tanulóké. A rosszabb körülmények között élő családok gyermekei, mindkét nemben és minden évfolyamban szignifikánsan alacsonyabb önértékelésűek, mint jobb anyagi helyzetű társaik.

Depresszív hangulat

A CDI skála átlaga az összmintában 2,13 pont (szórás = 2,41), fiúknál 1,94 pont (szórás = 2,42), lányoknál 2,33 pont (szórás = 2,38); a lányok átlaga szignifikánsan magasabb. A fiúknak kb. ötöde, a lányoknak mintegy negyede 4 vagy több pontot ért el a skálán, ami depresszív hangulatra utal (3. táblázat).

3. táblázat: A Gyermekek Depresszió Kérdőív pontszámai alapján kialakított csoportokba tartozók aránya (% , N = 4944)

	Fiúk	Lányok	Együtt
0-1 pont	58,3	48,5	53,4
2-3 pont	22,6	26,0	24,3
4-16 pont	19,0	25,6	22,3

A skálán külön tétel alkalmazásával mérjük az öngyilkossági gondolatok megjelenését. Az e tételhez tartozó állítások szerint sohasem gondol arra, hogy megölje magát a kérdést megválaszoló serdülők 70 százaléka; már gondolt erre, de nem tenné meg 26,4 százalékuk; a legszívesebben megölné magát 3,6 százalékuk.

A jó módban élő tanulók között a depresszív hangulatú tanulók aránya 9,6 százalék, míg a rossz anyagi helyzetű családokban mintegy kétszer több serdülő (18,7 százalék) tartozik ebbe a kategóriába.

Az egészségi mutatók alakulása 2002–2010 között

A tanulók önminősített egészségét, lelki és fizikai tüneteiket, étellel való elégedettségét, önértékelését és depresszív hangulatát a 2002-es, 2006-os és 2010-es adatfelvétel során azonos módon mértük. Így megvizsgálhattuk, hogy a serdülők mentális egészségében mutatkozik-e időbeli változás.

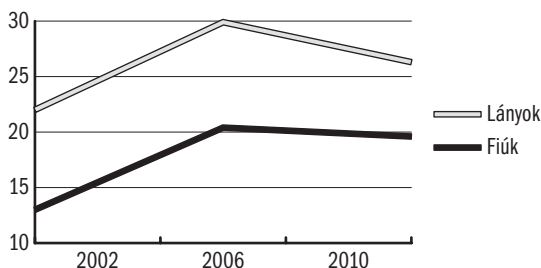
Összesen 19 504 tanuló (47,7 százalék fiú, 52,3 lány) válaszait elemeztük. 2002-ben 5958, 2006-ban 5450, 2010-ben 8096 tanuló kérdőívét dolgoztuk fel.

Önminősített egészség

Mindhárom adatfelvételi évben megfigyelhető, hogy a lányok a fiúkhoz képest, az idősebb tanulók a fiatalabbakhoz képest kedvezőtlenebbnek tartják egészségi állapotukat.

2002 és 2006 között 18 százalékról 25,6-ra nőtt a megfelelő vagy rossz egészségi állapotról beszámoló aránya, majd szignifikánsan, de csekély mértékben csökkent 2010-re. Hasonló irányvonalat követnek a lányok válaszai, míg a fiúk esetében 2006 és 2010 között nincs hasonló szignifikáns javulás a saját egészségi állapot megítélésében (3. ábra).

3. ábra: Az egészségi állapotukat kedvezőtlennek tartók aránya fiúknál, lányoknál és az összmintában az adatfelvétel éve szerint (% , N = 19 288)



Ez a negatív, majd stagnáló időbeli trend jellemezte a középiskolai évfolyamokat is. Az általános iskolás (5. és 7. osztályos) tanulók 2010-ben szignifikánsan nagyobb arányban tartották jónak vagy kitűnőnek egészségüket, mint a 2006-ban kérdezett tanulók.

Testi-lelki tünetek

A lányok konzisztens módon több tünetről számolnak be, mint a fiúk. A nemi különbség a 7. osztálytól minden évfolyamon szignifikáns. Magasabb évfolyamokon magasabb a tünetpontszám, bár a 9. és 11. osztályosok közötti különbség statisztikailag nem jelentős.

2002-höz képest 2006-ban és 2010-ben szignifikánsan magasabb a tanulók tünetpontszáma, a két utóbbi időpontban közel azonos. Hasonló időbeli trendet követnek a fiúk értékei, a lányok esetében viszont a 2006-os adatokhoz képest 2010-ben is szignifikáns növekedést tapasztaltunk.

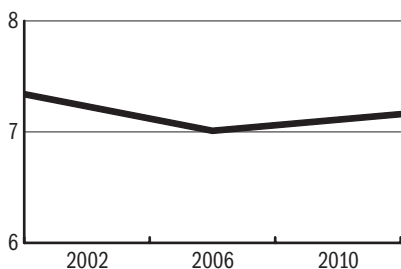
A hetente többször tapasztalt tünetek előfordulási sorrendje szinte változatlan a három adatfelvételi év során: fáradtság, idegesség, fejfájás, kedvetlenség (ez 2002 és 2006-ban megelőzte a fejfájást) és az ingerlékenység a tanulók által legnagyobb arányban említett panaszok. A fáradtságot tapasztalók aránya 5 százalékkal nőtt 2002 és 2010 között.

Élettel való elégedettség

Minden adatfelvételi évben hasonló a fiúk és a lányok átlagos elégedettségi foka. A különböző évfolyamokon található ugyan szignifikáns nemek közötti különbség, de nagyon csekély mértékű. Az idősebb korcsoportban az élettel való elégedettség egyre alacsonyabb: a három időpontban megkérdezett ötödikesek átlagosan 1,33 ponttal kedvezőbben, vagyis több mint egy „létrafokkal” kedvezőbben ítélik meg életüket a 11. évfolyamon tanulókhoz képest.

A tanulók élettel való elégedettségének mértéke hasonlóan alakul 2002 és 2010 között, mint egészségük megítélése, bár a változás itt szinte elhanyagolható (4. ábra).

4. ábra: A tanulók élettel való elégedettségének átlagértéke az adatfelvétel éve szerint (N = 19 134)



Forrás: Zsiros et al (2012).

A fiúkat és a lányokat külön vizsgálva is hasonló tendencia figyelhető meg: 2002 és 2006 között alacsonyabb, majd 2010-ben magasabb a tanulók élettel való elégedettsége.

Az általános iskolások körében a három adatfelvételi időpontban csökken, majd stagnál az elégedettség átlagértéke. A középiskolások átlagos elégedettségi foka 2010-ben már megközelíti a 2002-ben mért legkedvezőbb értéket.

Az évfolyamok közötti különbségek az idő előrehaladtával mélyülnek: amíg 2002-ben csak a felső tagozatos évfolyamok és a középiskolás évfolyamon tanu-

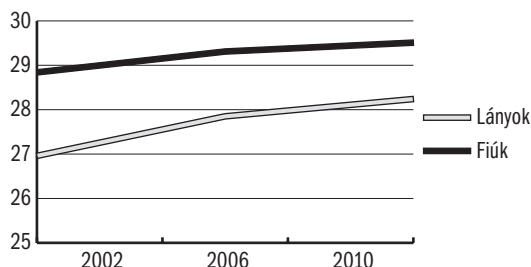
lók elégedettsége különbözött szignifikánsan, addig az ezt követő években már minden egyes évfolyamon tanulók elégedettsége között szignifikáns az eltérés.

Önértékelés

A fiúk minden adatfelvételi évben, minden évfolyamon szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el, mint a lányok. Mindhárom időpontban a 9. osztályosok önértékelése volt a legalacsonyabb az egyes évfolyamok közül.

Évről évre magasabb a tanulók önértékelésének átlagpontszáma. A növekedés nemeként eltérően alakult: 2002 és 2006 között mindkét nem önértékelése szignifikánsan magasabb, 2006 és 2010 között csak a lányok önértékelése nőtt (5. ábra).

5. ábra: A tanulók önértékelési skálán elért átlagértékei fiúknál, lányoknál és az összmintában az adatfelvétel éve szerint (N = 13 797)



2002 és 2006 között minden évfolyamon szignifikánsan nőtt a tanulók önértékelése, 2006 és 2010 között viszont csak a 9. évfolyamosoké. A teljes mintán végzett elemzéseink szerint a fiúk több mint ötöde, a lányok harmada alacsony önértékelésű.

Depresszív hangulat

A fiúk szignifikánsan kedvezőbb pontszámot értek el az összmintában, mint a lányok. A különbség minden évfolyamon megmarad a javukra. A legkedvezőbb eredmény a fiúknál a 11. évfolyamon, a lányoknál a 7. osztályosoknál tapasztalható. A többi évfolyamhoz képest a 9. osztályosok hangulata a legkedvezőtlenebb.

A 2002-ben és 2006-ban megkérdezett tanulókhoz képest 2010-ben szignifikánsan pozitívabbak az eredmények. A fiúk esetében 2002 és 2006 között kis mértékű, de szignifikáns növekedés, majd stagnálás figyelhető meg, a lányok eredményei ehhez képest 2006 és 2010 között valamelyes javulást mutattak. A három adatfelvétel egyesített mintájában a fiúk 18, a lányok 28 százaléka depresszív hangulatú – hangulati zavarokra veszélyeztetett – csoportba tartozik.

Összefoglalás

Serdülőkorban az identitás formálódása, az optimális önértékelés „kimunkálása”, a kortárs csoportba való beilleszkedés sokszor stresszes, frusztráló helyzetekkel jár. A központi idegrendszer egészét érintő neurobiológiai változások hozzájárulnak a serdülők érzelmi sebezhetőségéhez és egészségveszélyeztető magatartásformák megjelenéséhez.

A HBSC vizsgálat legutóbbi, 2010-es felmérésében a 11–18 éves tanulók többsége kedvezően értékelte egészségi állapotát. A fiúk ötöde, a lányok több mint negyede ugyanakkor negatívan értékelte egészségét, ami nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlennek számít. A fiatalok által leggyakrabban említett lelki tünetek a fáradtság, idegesség, kedvetlenség és az ingerlékenység. A fiatalok túlnyomó része elégedett életkörülményeivel, hasonlóan az elmúlt két adatfelvételhez. Önértékelésük folyamatos, de nagyon csekély mértékű növekedést mutat 2002 és 2010 között. Az alacsony önbecsülésről beszámoló aránya 19 százalék. Ehhez hasonlóan, a megkérdezett 13–18 éveseknek ugyancsak az ötöde számolt be depresszív hangulatról.

Mentális egészségi mutatók tekintetében a lányok sokkal kedvezőtlenebb helyzetben vannak, mint a fiúk. Számos kutatás eredményei igazolják, hogy a serdülőkori változások erősebben befolyásolják a lányok szubjektív jóllétét és egészségi állapotát, mint a fiúkét; ebben a nemekre jellemző sajátos élménymintázat, hormonális különbségek és a pszichológiai megküzdés különbségei, valamint a nemi szerepviselkedésnek tulajdonítható kommunikációs mintázatok is szerepet játszhatnak (*Cavallo et al 2006*).

Az idősebb tanulók mind egészségüket, mind életüket negatívabban értékelik, mint a fiatalabbak. A középiskolások gyakrabban számolnak be szubjektív egészségügyi panaszokról, mint az általános iskolások. A 9. osztályosok hangulata és önértékelése negatívabb, mint a többi évfolyamon tanulóké. Ez a középiskolai átmenethez köthető érzelmi hullámvölgy azonban nem drámai (*Zsiros et al 2013*), és egyéni tulajdonságok függvényében változó mértékű lehet. A fiatalok saját életükkel való elégedettségét erősen befolyásolják korábbi tapasztalataik és kapcsolataik. Kulcsfontosságú védőfaktor például a szülőkhöz és a családhoz való kötődés érzete, a társas támogatást, gondoskodást nyújtó – legalább egy – felnőtt személy jelenléte, a jó családi kommunikáció, valamint a kortársak támogatása. Ezek a társas erőforrások segítséget nyújtanak az új helyzetekhez való alkalmazkodásban és a stresszel való megküzdésben (*Currie et al 2012*). Ezzel szemben a mentális egészségre nézve kockázati tényező a megváltozott családszerkezet – ha a gyermek nem mindkét természetes szülőjével él egy háztartásban –, a szülőkkel való kommunikáció elégtelensége, a szülők hideg, büntető vagy elhanyagoló viszonyulása a fiatalhoz, illetve az alacsony családi jómódúság.

Eredményeink alapján a tanulók önminősített egészsége, a tüneteik gyakorisága és az élettel való elégedettségük erős kapcsolatot mutat családjuk anyagi helyzeté-

vel. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni azt az összefüggést, hogy a magas önértékelés még a rosszabb anyagi helyzetben lévő tanulók esetében is védelmet ad a depresszív tünetekkel szemben (Werner és Smith 1992). A hátrányos helyzetű tanulók körében a depresszív tünetek megelőzésében ezért kitüntetett szerepe lehet az önértékelést erősítő prevenciós programoknak (Örkényi et al 2012). Az egészségnevelést és fejlesztést végző szakemberek számára ugyancsak fontos, hogy a szakmunkásképzőben és szakiskolában tanuló fiatalok fokozottabban ki vannak téve a kockázatos viselkedésformákból adódó veszélyeknek, mint a szakközépiskolások és a gimnazisták (Zsiros & Költő 2011). A hatékony prevenciós programok kidolgozásához figyelembe kell venni a felsorolt csoportok sajátos igényeit és körülményeit.

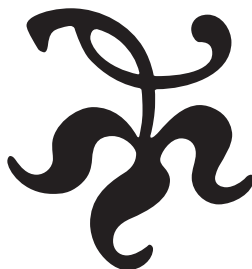
Az iskola az a társas tér, környezet („setting”), amelyben – a családi otthon mellett – a gyerekek és serdülők a legtöbb időt eltöltik. Ezért az itt dolgozó szakembereknek elsődleges szerepe van az iskoláskorú fiatalok egészséggel kapcsolatos nézeteinek és viselkedéseinek formálásában. A fent bemutatott kutatási adatok is bizonyítják, hogy a serdülőkor sérülékeny életszakasz; ugyanakkor az erre tudatos és érzelmi támogatást nyújtó pedagógus hatékony védelmet nyújthat a fiataloknak.

KÖLTŐ ANDRÁS & ZSIROS EMESE

IRODALOM

- CANTRIL, HADLEY (1965) *The pattern of human concern*. New Brunswick, Rutgers U. P.
- CAVALLO, ZAMBON, BORRACCINO, RAVENS-SIEBERER, TORSHEIM & LEMMA (2006) Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, No. 10. pp. 1577–1585.
- CHASSIN, L., PITTS, S. & PROST, J. (2002) Binge Drinking Trajectories From Adolescence to Emerging Adulthood in a High-Risk Sample: Predictors and Substance Abuse Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 1. pp. 67–68.
- CURRIE, MOLCHO, BOYCE, HOLSTEIN, TORSHEIM & RICHTER (2008) Researching health inequalities in adolescents. The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, No. 6. pp. 1429–1436.
- CURRIE, C., ZANOTTI, MORGAN, CURRIE, D., DE LOOZE, ROBERTS, SAMDAL, SMITH OTTOR F. & BARNEKOW (2012) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6.)
- DIENER, ED (2000) Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, No. 1. pp. 31–43.
- DIENER, ED & LUCAS, RICHARDE. (1999) Personality and subjective well-being. In: D. Kahneman, E. Diener & N. Schwartz (eds) *Well-Being: the foundations of hedonic psychology*. New York, Russell Sage Foundation. pp. 213–229.
- ERIKSON, ERIK H. (2002) *Gyermekkor és társadalom*. Budapest, Osiris Kiadó.
- GÁDOROS JÚLIA (1996) Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban. *Házi- orvos Továbbképző Szemle*, No. 1. pp. 76–78.
- ISOMAA, VÄÄNÄNEN, FRÖJD, KALTIALA-HEINO & MARTTUNEN (2012) How Low Is Low? Low Self-Esteem as an Indicator of Internalizing Psychopathology in Adolescence. *Health Education and Behaviour*, No. 10. pp. 1–8. doi: 10.1177/1090198112445481.
- KOVACS, MARIA (1985) The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, No. 21. pp. 995–998.
- LEARY, MARK R. (1995) Commentary on self-esteem as an interpersonal monitor. The sociometer hypothesis. *Psychological Inquiry*, No. 3–4. pp. 270–274.
- ORTH, U., ROBINS, R. W. & ROBERTS, B. W. (2008) Low Self-Esteem Prospectively Predicts De-

- pression in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 3. pp. 695–708.
- ÖRKÉNYI, ZSIROS, KÖKÖNYEI, KÖLTŐ, KERTÉSZ & NÉMETH (2012) A családi jómódúság, mint a depresszív hangulat és az önértékelés közötti kapcsolat moderátora serdülőkorúaknál. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVII. Vándorgyűlésén, Debrecen, 2012. január 25–28.
- ROSENBERG, MORRIS (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, Princeton U. P.
- RÓZSA, VETRÓ, V. KOMLÓSI, GÁDOROS, KÖ & CSORBA (1999) A gyermek- és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, No. 4. pp. 459–482.
- STURMAN, DAVID A. & MOGADDAM, BITA (2011) The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 35. pp. 1704–1712.
- TREMBLAY, M. S., INMAN, J. W. & WILMS, J. D. (2000) Self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science*, No. 12. pp. 312–323.
- WERNER, E. & SMITH, R. (1992) *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York, Cornell University Press.
- ZULLIG, VALOIS, HUEBNER, E. SCOTT, OELTMANN & DRANE (2001) Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, No. 4. pp. 279–288.
- ZSIROS EMESE & KÖLTŐ ANDRÁS (2011) Összefoglalás és javaslatok. In: NÉMETH Á. & KÖLTŐ A. (eds) (2011) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú Gyermkek Egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Országos Gyermkegészségügyi Intézet. pp. 125–130.
- ZSIROS, ÖRKÉNYI, KÖLTŐ, KERTÉSZ, KÖKÖNYEI & NÉMETH (2012) Serdülőkorú fiatalok mentális egészségének alakulása Magyarországon 2002–2010 között. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVII. Vándorgyűlésén, Debrecen, 2012. január 25–28.
- ZSIROS, KÖLTŐ, KÖKÖNYEI, ARNOLD, HUHN & NÉMETH (2013) Érzelmi hullámvölgy és iskolai átmenet: Serdülőkorú fiatalok önértékelése és depresszív hangulata. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlésén, Győr, 2013. január 24.



TANÁRJELÖLTEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS EGÉSZSÉGSZEMLÉLETE

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS KIEMELT SZÍNTEREI AZ ISKOLÁK, amelyek komplex módon, többek közt az összes – nemcsak az egészséggel kapcsolatos tárgyat oktató – tanár szemléletével, attitűdjével, egészséggel kapcsolatos mindennapos viselkedésével is jelentősen befolyásolják az ott tanulók egészségmagatartását. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kara kérdőíves felmérés keretében vizsgálta meg hat magyarországi, tanárképzést folytató felsőoktatási intézményben a potenciálisan tanári pályára készülő hallgatók egészségét és egészségmagatartását 2007-ben. Az intézményenként elvégzett adatelemzés nem utalt lényeges különbségekre az egyes intézmények hallgatói közt az egészségi állapot és az egészségmagatartás tekintetében, de figyelmet érdemlő eredmény, hogy a leendő tanárok háromszor nagyobb arányban küzdenek kóros mértékű pszichés stresszel, mint a hasonló korú átlagnépesség.

Miért fontos ismerni a leendő tanárok egészségi állapotát?

A lakosság egészségi állapotának javítása érdekében kulcsfontosságú az egészséget veszélyeztető egyéni és társadalmi tényezők csökkentése, illetve kiküszöbölése, valamint olyan tevékenységek tervezése és megvalósítása, amelyek segítségével képessé válnak az emberek arra, hogy törődjenek az egészségükkel és javítsák azt. Ma már köztudott, hogy a betegségek kialakulásában az egyének magatartása, életmódja mellett a társas, szociális környezetnek is szerepe van (Dési 1995; Doll & Peto 1981; Ádány 2006). Az egészség előmozdítása, fejlesztése, az élet meghosszabbítása a társadalom széles rétegeiben fontos kihívás, amely legsikeresebben az egészségfejlesztés révén valósulhat meg (Ottawa Karta 1986). Az egészségfejlesztési stratégiák megvalósításának számos színtere van, ezen belül is kulcsfontosságúak az oktatás és nevelés helyszínéül szolgáló oktatási intézmények. Az oktatási intézmények célja a tudás közvetlen átadása és készségek kialakítása az oktatók segítségével, amely meghatározott pedagógiai program alapján történik. Ezen kívül azonban az oktatási/nevelési intézmények a direkt oktatáshoz kapcsolódó folyamatok és körülmények – az úgynevezett rejtett kurrikulum – révén olyan lecke-eket is tanítanak, amelyek nem szándékoltak és nem is feltétlenül tudatosak, de nagyon jelentősen befolyásolják a tanulók személyiségének fejlődését, attitűdjeit, önértékelését, valamint többek közt az egészséggel kapcsolatos készségeiket és magatartásukat is (McGuire & Phye 2006; Szabó et al 2006). A rejtett kurrikulum része a tanárok általános és egészségspecifikus viselkedése, amelyeket az egészséggel kap-

csolatos ismereteik és attitűdjeik formálnak; és amelyek közvetetten, de kimutathatóan befolyásolják a tanulókat az egészségmagatartásuk kialakításában. A tanár mint felnőtt és mint nevelő példaként szolgál a tanulók számára egyebek között a követendő egészségmagatartás tekintetében is. Ezért is kiemelt fontosságú a – jövő generációi egészségmagatartásának alakításában kiemelkedő szerepet játszó – pedagógusok és tanárjelöltek egészségének és egészségszemléletének vizsgálata. A tanárjelöltek helyzetüknél és életkoruknál fogva könnyebben elérhetők és kedvező irányban befolyásolhatóbbak, mint az idősebb és már kialakult személyiséggel bíró tanárok. A tanárjelöltek egészségmagatartásának és egészségszemléletének vizsgálata hozzájárulhat azon problémák azonosításához, amelyek megcélzása révén e fontos társadalmi csoport egészségmagatartása hatékonyan befolyásolható. Az egészségmagatartás vizsgálata során a koherencia-érzést is fontos vizsgálni, mert ez a személyiség olyan dimenzióit tárja fel, amely jelentősen összefügg az egészséggel, s amelynek alakítására az oktatási rendszerben még lehetőség van.

Célkitűzés

A négy legnagyobb hallgatói létszámú magyar felsőoktatási intézmény: Debreceni Egyetem (DE), Eötvös Lóránt Tudományegyetem (ELTE), Szegedi Tudományegyetem (SZTE), Pécsi Tudományegyetem (PTE), valamint egy nyugat-magyarországi állami: Berzsenyi Dániel Tanárképző Főiskola (BDTF – Szombathely), és egy kelet-magyarországi egyházi fenntartású főiskola: Kölcsey Ferenc Református Tanítóképző Főiskola (KFRTKF – Debrecen) tanárjelöltjeinek szeretnénk volna feltárni az egészségmagatartását, az egészséghez való viszonyát, azaz az egészségszemléletét, valamint ezen túlmenően az egészségi állapotukat is, melynek jellemzésére több indikátort használtunk. Az önmegítélés szerinti egészségi állapot mellett képet szeretnénk volna kapni a célcsoportot jellemző néhány mentális paraméterről, úgy mint a pszichés stresszről, valamint az Aaron Antonovsky által definiált, komplex és dinamikus önbizalmat tükröző, Magyarországon elsőként általunk mért koherencia-érzésről (*Antonovsky 1987*).

A felmérés kivitelezése

Felhasznált kérdőív

Felmérésünk során az adatgyűjtést kérdőíves módszerrel végeztük, egy összesen 80 kérdést tartalmazó kérdőívvel. A kérdések a következő három fő téma köré voltak csoportosíthatók: 1) egészségi állapot (egészségtudatosság, pszichés stressz, koherencia érzés, testtömeg-index, társas támogatottság), 2) egészségmagatartás (testmozgás, dohányzás, kábítószer-, gyógyszer- és alkoholfogyasztás, szexuális magatartás, táplálkozási szokások), és 3) demográfiai tényezők (nem, kor, társa-

dalmi-gazdasági háttér, tanári orientáció [tanult-e pedagógiai tárgyakat, szeretne-e tanár lenni], felsőfokú képzés helyszíne).

A kérdéseket az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003. évi kérdőíve (Boros 2005), az „Európai összehasonlító vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról” (ESPAD) felmérés (Paksi 2006), és a koherencia érzés mérése szolgáló, Antonovsky által kidolgozott rövidített kérdőív (SOC-13) általunk fordított és validált magyar változata (Balajti et al 2007) alapján állítottuk össze. A tanári orientációra vonatkozó két kérdést magunk készítettük. A kérdőívet papíron és elektronikus változatban is elkészítettük.

Mintavétel

A vizsgálatba bevont intézményeken belül azonosításra kerültek azok a karok, amelyek a 2006–2007-es tanévben tanárképzési szakot indítottak (DE: 7, ELTE: 8. SZTE: 4, PTE: 4, BDF: 3, KFRTKF: 1 kar, összesen: 27 kar), majd meghatároztuk a vizsgálatba bekerülő hallgatók (az alapsokaság) körét, az alábbiak szerint: alapképzésben vagy mesterképzésben vesz részt (BSc/BA, MSc/MA, egyetemi, főiskolai); kredites vagy régi típusú, magyar nyelvű, nappali tagozatos képzésben vesz részt; a beiratkozás éve nem korábbi, mint 2001/2002, és nem későbbi, mint 2006/2007 (nem elsőéves); az egyetemi nyilvántartásban szerepel mint aktív hallgató 2006/2007 első félévében.

Kizárásra kerültek azok a hallgatók, akik levelező, esti, távoktatásos képzésben, szakirányú továbbképzésben vettek részt és/vagy elsőévesek voltak a 2006/2007-es tanévben. Az elsőévesek kizárására azért került sor, mert az új típusú (bolognai) képzésben a tanári szakirány felvétele első éven nem lehetséges. Az alapsokaságot a hat felsőoktatási intézmény által szolgáltatott adatok alapján összesen 30 901 fő képezte. 5 százalékos mintavételt terveztünk, mely a rendelkezésre álló létszámok alapján 1545 fős minta kiválasztását eredményezte. A hat intézményből kiválasztott 27 kar összes, a feltételeknek megfelelő hallgatóját az egyetemek oktatási igazgatóságai az elektronikus egyetemi egyedi nyilvántartási kód szerint sorrendbe állították, majd minden 20. hallgató postacímét és e-mail címét külön fájlba mentették. A mintába választott hallgatók adatai a vizsgálat során az anyaintézményből nem kerültek kiadásra; a kérdőívek továbbítását a részt vevő kar oktatási osztálya végezte.

Adatgyűjtés

A kiválasztott hallgatók a 2007. június 11-én kezdődő héten a vizsgálat célját és módszertanát részletesen ismertető levelet kaptak, benne a kérdőív interneten elérhető változatának címével, a kérdőív nyomtatott változatával, bérmentesített borítékkal a visszaküldéshez, valamint egy lépésszámlálót (pedométert) megelőlegezett ajándékként a vizsgálatban való részvételért, illetve a kérdőív kitöltésért.

Ezt követően kétszeri ismételt felhívást küldtünk a kiválasztott hallgatóknak a kérdőív kitöltésére: két hét múlva elektronikus formában az egyetemek elektronikus tanulmányi rendszerein keresztül, négy hét múlva pedig ismételt postai levélben.

Külön motivációként 20 db Interrail jegyet (ingyenes vasúti utazási utalvány) és 20 db, a Sziget Fesztiválra szóló belépőt ígértünk kisorsolni a válaszadó hallgatók között, amennyiben a válaszadási arány eléri a 60 százalékot. Jelentkezni egy e-mail küldésével lehetett egy erre a célra létesített e-mail címre, mely az internetes kérdőíven alul volt elhelyezve. Az adatgyűjtés 2007. június 11-től 2007. július 31-ig tartott. Ebben az időszakban (vizsgaidőszak) a hallgatóknak ugyanis használniuk kellett az egyetemi elektronikus tanulmányi rendszert, vagyis megkapták, és nagy valószínűséggel meg is nézték az elektronikus értesítéseket.

Adatkezelés, -bevitel, -feldolgozás

Az interneten kitöltött kérdőívek esetén közvetlen, a papíralapú kérdőívek esetében kézi adatbevitel történt egy elektronikus adatbázisba. A válaszborítékban érkezett kérdőíveket folyamatosan töltöttük fel az érkezéssel párhuzamosan, így az internetes adatbázisba összesen 1059 kérdőív került be (645 internetes válasz és 414 papír kérdőív). A visszaküldési határidő a hallgatók számára 2007. július 31. volt, ezért az internetes kérdőív elérhetőségét másnap; a postán érkező kérdőívek fogadását – a postai kézbesítést figyelembe véve – 2007. augusztus 21-én lezártuk.

Ezt követően megtörtént az adatbázis tisztítása. Eltávolítottuk azokat a rekordokat, amelyeknél vélhető volt, hogy ugyanaz a személy töltötte ki azokat, mert azonos névvel (kóddal) voltak ellátva, egymáshoz közeli időpontban kerültek kitöltésre, valamint a születési év, a testsúly, a testmagasság, az évfolyam és a kar megegyezett. Ezenkívül volt két darab kitöltetlen és egy olyan kérdőív, melyben negatív számok szerepeltek, ezeket is töröltük. A papíralapú kérdőívek bevitelét követően úgy ellenőriztük az adatbevitel pontosságát, hogy minden ötödik kérdőívet összevetettünk az elektronikus adatbázisban szereplő értékekkel. Az ellenőrzés és tisztítás után 1009 darab értékelhető kérdőív maradt.

Az adatbázis MySQL alapú volt az internetes tárhelyen, amelyet Access adatbázisba exportáltunk. A papíralapú kérdőíveket Excel adatbázisba vittük be, majd a két adatbázist egyesítettük. A kérdőív visszaküldésének módját külön kódoltuk. Az adatfeldolgozás Stata 9.0 programmal történt. A kvantitatív változók intézményekre jellemző értékeit kétféleképpen: t-próbával hasonlítottuk az országos összesített átlagokhoz. A kategorikus változók vizsgálatánál khi-négyzet próbát alkalmaztunk. A tanárjelöltekre jellemző indikátorok közül a pszichés stresszt és a koherencia-érzést össze tudtuk hasonlítani a hasonló korú népességre országosan jellemző adatokkal, melyek a DE Népegészségügyi Kar terve alapján, a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet által országos reprezentatív mintán 2010-ben azonos eszközzel történt felmérésből származtak.

Kiket vizsgáltunk? A válaszadók jellemzése

Vizsgálatunkban az intézményenként vizsgált válaszadási arány két esetben, az ELTE (67 százalék) és a PTE (71 százalék) esetében meghaladta az országos átlagot (65 százalék), a DE és a BDF válaszadási aránya pedig alacsonyabb volt annál (63, illetve 51 százalék). Kétmintás t-próbával megvizsgálva ezeket az arányokat, nem találtunk szignifikáns különbséget az intézményes válaszadási arányok és az országos összesített arány közt. A nemek megoszlását tekintve a válaszadók körében összesen 33 százalék volt a férfiak aránya, melyet jelentősen felülmúlt a BDF-en (43 százalék) és a PTE-n (51 százalék) kérdőívet kitöltő férfiak aránya, ez a khi-négyzet próba szerint mindkét esetben szignifikáns különbségnek bizonyult ($p < 0,001$). Az országos minta átlagéletkora 23,26 év volt (SD: 2,88, min. 20; max. 49) a korra vonatkozó 99 százalékos válaszadási arány mellett. Az átlagéletkort intézményenként az 1. táblázat tünteti fel. A kétmintás t-próba alapján a Debreceni Egyetem és a Pécsi Tudományegyetem hallgatóinak átlagéletkora szignifikánsan különbözött az országos minta átlagéletkorától.

A szülők iskolai végzettségét vizsgálva az érettségivel vagy felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők aránya az országos összesített mintától (anya: 82, apa: 66 százalék) legtöbb esetben kevesebb mint 10 százalékos eltérést mutat fölfelé vagy lefelé. Jelentős, több mint 15 százalékkal magasabb az ELTE-n tanuló hallgatók, valamint 13 százalékkal alacsonyabb a BDF-en tanuló hallgatók apáinak iskolai végzettség eltérése az átlag százalékhoz képest és ugyan ilyen típusú eltérést mutat az anyák tekintetében is a statisztikai elemzés. A válaszadók 79 százaléka, családja anyagi helyzetét átlagosan nagyon jónak, jónak vagy megfelelőnek ítélte meg. Az intézményenkénti elemzés azt mutatja, hogy minden intézményben hasonló arányban vannak azok a hallgatók, akik ezekbe a kategóriákba sorolják az anyagi helyzetüket. A demográfiai adatok részletes megjelenítése a 1. táblázatban látható.

Egyik fő célkitűzésünk volt, hogy megtaláljuk a tanárjelölt hallgatókat. Ennek szükséges, de nem elégséges feltétele volt, hogy olyan karon tanuljon a hallgató, ahol van tanárképzés, ugyanis a bolognai és a kreditrendszer oktatási struktúrájában nem kötelező felvenni, illetve tanulni a pedagógiai tárgyakat olyan szakokon sem, amelyek korábban tanárszakknak minősültek. Így a tanári orientációt két kérdéssel teszteltük a kérdőívben: 1) „Tanult-e már pedagógiát?” 2) „Akar-e tanár lenni?” A kérdéseket intézményi bontásban elemezve megállapítható, hogy a válaszadók legalább 67 százaléka tanult már pedagógiai tárgyakat. Kiemelkedő, 100 százalékos arányt mutat a BDF, de mivel itt kifejezetten tanárképzés folyik, ez megmagyarázza a kiugró eredményt. Arra a kérdésre, hogy akar-e tanár lenni, már jóval alacsonyabb százalékban válaszoltak igennel, és az intézmények között is elég jelentős eltérés mutatkozik. Míg a BDF és a SZTE hallgatóinak közel fele szeretne tanár lenni, addig az ELTE-n ez az arány alig haladja meg a 30 százalékot,

és az országos átlagot tekintve is azt találtuk, hogy a válaszadók csupán 41 százaléka szeretne tanárként dolgozni tanulmányai befejezése után.

1. táblázat: A hallgatók demográfiai adatai intézményenként

	ELTE	DE+ KFRITKF	PTE	SZTE	BDF	Összes
Összes válaszadó	342 fő (34%)	167 fő (17%)	224 fő (22%)	240 fő (24%)	35 fő (3%)	1010 fő** (100%)
Válaszadási arány (%) értésített/válaszolt	76	53	72	60	51	65 1545/1010
Neme: nők aránya (%)	91/250 fő 27/73 (%)	43/124 fő 26/74 (%)	115/109 fő 51/49 (%)	64/173 fő 27/73 (%)	15/20 fő 43/57 (%)	329/677 fő 33/67 (%)
Átlagéletkor (év)	23 min. 20; max. 39	23* min. 20; max. 30	24* min. 20; max. 49	23 min. 20; max. 49	23 min. 20; max. 40	23 min. 20; max. 49
Kérdőív kitöltés (%) internet/papír	70/30	44/56	62/38	55/45	31/69	59/41
Tanul pedagógiát (%)	67*	75	76	95*	100*	78
Akar-e tanár lenni? (%)	32*	38	40	51*	54	41
Anyai iskolai végzettsége (%) érettségi vagy felsőfok	90*	74*	76*	82	69	82
Apa iskolai végzettsége (%) érettségi vagy felsőfok	81*	53*	61	60	57	66
Anyagi helyzet (%) nagyon jó/jó/megfelelő	83	81	76	76	74	79

* $p < 0,05$

** Két fő nem válaszolt arra a kérdésre, hogy hol tanul.

A leendő tanárok egészségi állapota

A hallgatók egészségi állapotát több változóval is jellemeztük. Az egyik egészség-paraméter az önmegítélés szerinti egészségi állapot (szubjektív egészség), mely az elmúlt 12 hónapra visszatekintve tükrözi a válaszadó egészségét. Ez a tágabb időintervallum abból a szempontból is hasznos volt számunkra, hogy nem csak néhány hetet vizsgált, amikor a hallgató éppen a vizsgaidőszakban volt, és fokozottabb terhelésnek volt kitéve, hanem magában foglalta a szorgalmi időszakot, sőt a tanításmentes hónapokat is. Ezen kritériumok alapján minden intézményben az országos átlaghoz közelítettek az eredmények, a hallgatók közel kétharmada jónak, vagy nagyon jónak ítélte meg az egészségi állapotát. Egyedül a BDF hallgatóinak átlaga mutatott öt százalékkal magasabb arányt az országos átlaghoz képest, az országos átlagtól való eltérés azonban, csakúgy, mint a többi intézmény esetén, itt sem volt szignifikáns a magukat nagyon jó vagy jó egészségi állapotúnak tartók tekintetében.

A pszichés stressz országos átlagpontszáma $24,97 \pm 5,91$ (min.: 12; max.: 46) volt, melynek magasabb értéke nagyobb mértékű pszichés stresszt jelez. A legmagasabb

átlagpontszámot a Debreceni Egyetem hallgatói körében találtuk, de ez csakúgy, mint a többi intézményes átlag, nem tért el szignifikánsan az országostól.

A koherencia-érzés esetén magasabb átlagpontszám a vizsgált személy jobb koherencia-érzését tükrözi. Az országos átlaghoz képest a BDF hallgatóinak átlagpontszáma adódott a legmagasabbnak, de sem ez, sem a többi intézményenként összesített átlag nem tért el szignifikánsan a koherencia-érzés országos átlagától. Az országos mintában a testtömeg index átlagok alapján a hallgatók 18,31 százaléka túlsúlyos, vagy elhízott. A Pécsi Tudományegyetem hallgatói körében ez az arány 27,23 százalék volt, ami szignifikánsan magasabbnak bizonyult kétmintás t-próbával az országos átlaghoz képest. Minden más, a vizsgálatban részt vett intézmény hallgatói az országos átlaghoz hasonló vagy annál kisebb arányban kerültek be ebbe a kategóriába, és az eltérések nem voltak szignifikánsak. A részletes eredmények a 2. táblázatban találhatók.

2. táblázat: A hallgatók egészségi állapotát jellemző főbb paraméterek intézményenként, összevetve az országos átlaggal

	ELTE	DE+KFRTKF	PTE	SZTE	BDF	Összes
Kóros mértékű pszichés stresszel bírók (%)	25,06 ±6,02 (p = 0,783)	25,15 ±6,41 (p = 0,720)	24,69 ±5,88 (p = 0,476)	24,98 ±5,51 (p = 0,977)	25,11 ±5,75 (p = 0,888)	24,97 ±5,92 min. 12 max. 46
Koherencia érzés (átlagpont)	61,94 ±12,12 (p = 0,528)	60,70 ±11,90 (p = 0,377)	61,06 ±11,3 (p = 0,547)	61,81 ±10,94 (p = 0,686)	62,17 ±10,77 (p = 0,723)	61,52 ±11,57 min. 21 max. 87
Önmegítélés szerinti egészség jó/nagyon jó (%)	65 (p = 0,854)	66 (p = 0,956)	65 (p = 0,767)	66 (p = 0,849)	71 (p = 0,472)	66
Testtömeg-index alapján túlsúlyos vagy elhízott (%)	16 (p = 0,129)	16 (p = 0,257)	27* (p = 0,0017)	19 (p = 0,949)	14 (p = 0,476)	19

* Szignifikáns különbség a minta egészéhez képest.

Az elemzés során kapott eredményeket összehasonlítottuk a módszertanban említett, országos reprezentatív mintából származó, és az általunk vizsgáltakhoz hasonló (18–29 éves) korosztályra vonatkozó adatokkal. Figyelmet érdemel, hogy a tanárjelöltek körében a pszichés terhelést jellemző átlagpontszám szignifikánsan magasabb az országos reprezentatív mintán mért átlagpontszámtól. A pszichés terhelés vizsgálatához az indikátor elemzését úgy is elvégeztük, ahogy az az Országos Lakossági Egészségfelmérésben történt. Eszerint a skálára adott válaszokat összevontan értékeltük; az így kialakított, 0–12 közti skálán kóros mértékű stresszel bírónak minősültek azok, akik 5 vagy annál magasabb pontszámot értek el. Eszerint míg a hasonló korú átlagpopuláció 8, addig a tanárjelöltek 24 százaléka küzd kóros mértékű pszichés stresszel, nagyon szignifikáns különbséget tükrözve. Eszerint a tanárjelöltek körében háromszor nagyobb arányban vannak azok a hallgatók, akik kóros mértékű pszichés stresszt élnek meg a hasonló korú népességgel összevetve. A koherencia érzés tekintetében mind a hallgatók, mind pedig

az azonos korú fiatal felnőtt korosztály hasonló átlageredményeket mutatott: a két csoport közötti különbséget kétmintás t-próbával elemezve nem találtuk szignifikánsan eltérőnek. A részletes adatok a 3. táblázatban láthatók.

3. táblázat: A hallgatók lelki egészségét jellemző paraméterek összevetése a hasonló korú átlagnépesség azonos paramétereivel

	ELTE	DE+KFRITKF	PTE	SZTE	BDF	Összes	18-29 éves magyar népesség (Medián)
Koherencia érzés (átlagpont)	62±12,12	60±11,90	61±11,3	62±10,94	62±10,77	62±11,57	61±11,4
Pszichés stressz Kóros GHQ (%)	25,44*	23,35*	23,21*	21,67*	22,86*	23,61*	8,13

* Szignifikáns különbség a hasonló korú átlagnépességhez képest ($p < 0,001$).

A hallgatók egészségét meghatározó tényezők

Egészségszemléletük egyik jellemző paramétere lehet, hogy hogyan vélekednek a hallgatók arról, hogy ők maguk mennyit tehetnek az egészségük érdekében. Az erről a kérdéssel alkotott véleményük meghatározója az egészséghez való viszonyuknak, valamint az egészségmagatartásuknak. A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a válaszadók több mint 90 százaléka minden intézményben úgy ítélte meg, hogy nagyon sokat vagy sokat tehet az egészségéért.

A társas támogatottság tekintetében azt találtuk, hogy a hallgatók közel nyolcvan százaléka van teljesen megelégedve azzal a támogatással, amit családja, barátai és iskolatársai nyújtanak számára a mindennapi problémák megoldásához; leginkább a BDF hallgatói voltak megelégedve (89 százalék) a környezetük támogatásával, de ez különbség sem volt szignifikáns az összesített eredményhez képest. (4. táblázat).

4. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos attitűd és a társas támogatottság megoszlása intézményenként

	ELTE	DE+KFRITKF	PTE	SZTE	BDF	Összes
Mennyit tehet az egészségéért nagyon sokat/sokat (%)	95 ($p = 0,525$)	95 ($p = 0,968$)	94 ($p = 0,822$)	94 ($p = 0,800$)	91 ($p = 0,418$)	95
Társas támogatottság teljesen elégedett (%)	82 ($p = 0,68$)	80 ($p = 0,73$)	77 ($p = 0,17$)	84 ($p = 0,29$)	89 ($p = 0,23$)	81

A hallgatók egészségmagatartása

A hallgatók egészségmagatartását jellemző főbb paraméterek közül a dohányzási szokások, az alkohol- és drogfogyasztás, a táplálkozás, testmozgás és a szexuális magatartás került vizsgálatunk során felmérésre (5. táblázat).

A vizsgálati átlagnál magasabb, 60 százalék fölötti volt azoknak a hallgatóknak az aránya, akik soha nem dohányoztak a DE-en és a BDF-en. Az önbevallás szerinti alkoholfogyasztás alapján a hallgatók több mint 90 százaléka heti 1–2 alkalomnál ritkábban fogyaszt alkoholt, kivéve a BDF válaszadóit, náluk csak 86 százalékuk jellemezte így az alkoholfogyasztását.

A drogfogyasztás esetében a hallgatók közel 90 százaléka soha nem próbált ki semmilyen drogot, vagy nyugtatót. Ettől az aránytól a Szegedi Tudományegyetem hallgatói voltak a legmesszebb, de az ő körükben is 85 százalék állította ezt.

A táplálkozási szokások esetében a válaszadók majdnem fele az, aki naponta fogyaszt friss zöldséget vagy gyümölcsöt, ez az átlag a debreceni hallgatók körében volt a legalacsonyabb (46 százalék). Sajnos a rendszeres, mindennapi reggelizést ennél jóval alacsonyabb százalékban jelölték be a hallgatók; a legkisebb érték, ami még a 30 százalékot sem érte el, a BDF hallgatói körében adódott.

A hallgatók több mint kétharmada naponta, vagy legalább hetente többször is végez olyan testmozgást legalább tíz percen keresztül, ami megizzasztja, vagy a pulzus emelkedéséhez vezet. A legmagasabb százalékban a BDF hallgatói, a legalacsonyabb százalékban az ELTE hallgatói teljesítik ezt a kritériumot.

A szexuális magatartást vizsgálva igen kis százalékban nyilatkoztak úgy a hallgatók, hogy a legutóbbi szexuális együttlétük alkalmával nem védekeztek semmilyen módon, ez az érték minden intézmény esetében 4 százalék alatti maradt, kivéve a pécsi egyetem hallgatóit, ahol 7 százalék fölött volt. Az országos átlaghoz képest a Debreceni Egyetem és a Pécsi Tudomány Egyetem hallgatói körében felvett adatok mutattak gyengén szignifikáns különbséget.

5. táblázat: A hallgatók egészségmagatartását jellemző főbb paraméterek intézményenként

	ELTE	DE+KFRTKF	PTE	SZTE	BDF	Összes
Soha nem dohányzott (%)	52	62	49	59	66	55
Ritkábban fogyaszt alkoholt mint heti 1-2 alkalom (%)	91	97	91	91	86	92
Életében soha nem fogyasztott drogot (%)	89	87	88	85	89	87
Naponta reggelizik (%)	45	45	37	49	29	44
Zöldséget/gyümölcsöt fogyaszt naponta (%)	57	46	49	53	57	53
Naponta/hetente többször mozog (%)	69	79	79	72	85	74
Szexuális magatartás: nem védekezett (%)	3	1 (p = 0,05)	7 (p = 0,05)	2	3	4

Összefoglalásként

A vizsgálat eredményeiből megállapítható, hogy a tanárjelöltek egészségszemlélete – az egészség fölötti kontrollról alkotott véleménye alapján – jónak mondható,

hiszen az általunk vizsgált összes oktatási intézményben 90 százalék fölött volt azoknak az aránya, akik azt vallották, hogy önmaguk is sokat, sőt nagyon sokat tehetnek az egészségük érdekében. Ez a szemlélet jó alapot ad arra, hogy a leendő nevelők az oktatás során képesek legyenek helyes irányba terelni a gyerekek egészséges életmódhoz való viszonyát.

A kutatás további eredményei azonban közel sem mutattak ilyen problémamentes képet, ugyanis az egészséget és az egészségmagatartást jellemző paraméterek közül feltűnően kedvezőtlen eredményt találtunk a pszichés stresszt elemző indikátor tekintetében, függetlenül attól, hogy az ország melyik felsőoktatási intézményében tanulnak a hallgatók. A válaszadók több mint 20 százalékánál a pszichés stressz mértéke meghaladja a korosztályra országosan jellemző arányt. Ez figyelmet érdemlő tényező, hiszen várhatóan közel fele a válaszadóknak a jövőben gyermekek oktatását, nevelését fogja végezni, ami önmagában is komoly mentális kihívást fog számukra adni, és jelen eredmények alapján kimondható, hogy már a felkészülésük során is terheltebbek pszichésen a korosztályukhoz képest, vagyis félő, hogy a jövőbeli kihívások még inkább megterhelik őket. A mentális egészségi állapot jellemzésére a koherencia érzés is felhasználható; mivel ez az érem másik oldalát tükrözi, jellemezve a stressz-terheléssel kapcsolatos ellenálló képességet (rezilienciát). Egy finn orvostanhallgatók körében végzett vizsgálat eredményei szerint a végzős hallgatók koherencia érzésének átlagpontszáma 62,6 volt (*Virtanen & Koivisto 2001*). A mi vizsgálatunkban a koherencia-érzés vonatkozásában a hallgatók közel 9 százaléka kifejezetten alacsony (45 pontnál kevesebb) átlagpontszámot ért el, ami arra utal, hogy a problémákkal való megbirkózás képessége és az ehhez szükséges erőforrások birtoklása igen gyenge ezek között a hallgatók között.

A hallgatók közel egyötöde elégedetlen a közvetlen környezetétől kapott segítséggel, sem a barátai, sem az iskolatársai nem támogatják az elvárt mértékben problémái megoldásánál. A felsőoktatásba bekerülő fiatal felnőttek közvetlenül a középiskola befejezését követően legtöbbször elkerülnek a család addig biztonságot nyújtó kötelékéből; gyakran más városban, más emberek között kell az új kihívásokkal megbirkózniuk. Ebben a helyzetben, amelyben a korábbi társas kapcsolatok egyébként is lazulnak, tovább rontja a hallgatók társas támogatás kiépítésére vonatkozó lehetőségeit, hogy a felsőoktatásban a bolognai rendszer bevezetésével megszűntek a hallgatói tanulócsoportok és a hagyományos értelemben vett évfolyamok, vagyis jelentősen beszűkültek azok a keretek, amelyek korábban a csoportképződést és a szolidaritás kialakítását szolgálták az egyetemisták közt. Ennek következtében gyakran alig ismerik egymást a hallgatók, még akkor is, ha ugyanazon az egyetemen, ugyanabban az évben, ugyanazt tanulják. A felsőoktatásban tanulók létszámának növelése jelentős többletterheket ró az oktatókra is, akiknek a megnövekedett óraterhelés miatt a korábbinál is kevesebb idejük van például a hallgatókkal való közvetlen, órán kívüli kontaktusra, miközben az általuk oktatottak létszáma megnövekedett. Ha a hallgató nehézségekkel szembesül

a tanulásban, vagy a magánéletben, nincs azt kívül megbeszélnie, nincs kitől tanácsot kérnie, minden felmerülő nehézséget gyakorlatilag legtöbbször egyedül kell megoldania, annak ellenére, hogy rengeteg ember veszi körül.

Eredményeink tükrében kiemelkedően fontos lenne, hogy az egyetemek, a felsőoktatási intézménybe való bekerülést követően segítsék a hallgatókat felkészülni a rájuk váró feladatokra, és segíteni őket az ezek teljesítéséhez szükséges készségek (pl. tanulás-módszertani ismeretek, időmenedzsment) elsajátításában. Nem mellékesen ezek a készségek az egészséges életmód tekintetében is segítenének a hallgatóknak, hiszen így nemcsak a táplálkozásra és testmozgásra vonatkozó korszerű elveket ismernék, hanem meg is tudnák azokat korlátos idejükben valósítani. A válaszokból jól látszik, hogy a tanárjelöltek egészségszemlélete jó alapokra épül, teljesen tisztában vannak vele, hogy sokat tehetnek maguk is azért, hogy egészségüket és életminőségüket minél tovább megfelelő szinten tartsák. Jövőnk nevelőként is fontos lenne a példaértékű egészségmagatartást az egyetemi évek alatt kialakítani és naponta gyakorolni.

A feltárt problémák alapján az első számú beavatkozási pont azonban – a jó egészségi állapot érdekében – a társas támogatottság javítása kellene legyen. Szükség lenne hatékony intervenciókra, elsősorban kiscsoportos foglalkozások és kreditkurzusok formájában, amelyek a hallgatók megküzdési készségeit javítanák, és a javulás mértékét pontosan értékelnék.

Szükséges olyan célzott intervenciós programokat kidolgozni, amelyek az egyetemista fiatalok számára – köztük is a leendő tanárok társadalmi és gazdasági adottságait figyelembe véve – segítenek megfelelő ismereteket és készségeket kialakítani a felmerülő problémák megoldásához. Ez a hallgatók egészségmagatartására is kedvező hatást gyakorolna. A lakosság egészségmagatartásának kedvező irányú befolyásolásában – és ezen keresztül hosszú távon a legfontosabb egészségkockázati tényezők gyakoriságának csökkentésében – a tanárok közvetve és közvetlenül is kulcsszerepet játszanak, ezért egészségük és életminőségük minél hatékonyabb pozitív irányú változtatása mindannyiunk közös érdeke.

VERES-BALAJTI ILONA, BÍRÓ ÉVA, ÁDÁNY RÓZA & KÓSA KAROLINA

IRODALOM

- ÁDÁNY R. (ed) (2012) *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- ANTONOVSKY A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Bass.
- BALAJTI, VOKÓ, ÁDÁNY & KÓSA (2007) *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. A rövidített koherencia-érzés és az általános egészség (GHQ) kérdőívek magyar nyelvű változatának validálása*.
- BORSOS J. (2005) *Egységmagatartás. Országos Lakossági Egységfelmérés (OLE) 2003*. Országos Epidemiológiai Központ.
- DÉSI I. (ed) (1995) *Népegészségtan*. Budapest, Semmelweis Kiadó.
- DOLL, R. & PETO, R. (1981) *The Causes of Cancer*. New York, Oxford University Press.
- MCGUIRE, L. A. & PHYE, J. (2006) *The Hidden Curriculum in Medical and Law Schools. A Role*

- for Student Affairs Professionals. *New Directions for Student Services*, 115. pp. 59–71. Ottawa Karta (1986) WHO.
- PAKSI B. (2006) *A budaörsi diákok alkohol- és drogfogyasztása, valamint dohányzása.* (Kutatói jelentés.)
- SZABÓ, BUDA M., BUDA A., PAPP, PETO, VENTER & VERESSNÉ (2006) *A „rejtett tanterv”: változatok iskolai életvilágokra. Hidden curriculum: versions of school life worlds.* (Munkabeszámoló. OTKA.)
- VIRTANEN, P. & KOIVISTO A. M. (2001) Wellbeing of professionals at entry into the labour market: a follow up survey of medicine and architecture students. *Epidemiol Community Health*, 55. pp. 831–835.



PEDAGÓGIAI PROBLÉMA – SZERVEZETI VÁLASZ

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS PÉLDÁJA

*A napi esemény ismétlődik, és eközben általánossá vagy
pontosabban: struktúrává lesz.*

Braudel

*Az új módon megszólítottak között új kapcsolatok ala-
kulnak, melynek terméke egy új mentalitás.*

Duby

ATUDOMÁNYOS DISZCIPLÍNÁK ÉS A KUTATÁSOK logikája rendszerint elszakítja egymástól az egészségről való tudásunkat is, holott a tudományban az integratív törekvések, a komplex szemlélet- és elemzés módok újrafogalmazásokhoz, differenciáltabb meglátásokhoz és a tudományágak közötti kölcsönös megtermékenyüléshez vezethetnek. Az interdiszciplináris szemléletmód elméletek, kutatási tapasztalatok kerekasztala, ahol az egymásra figyelés dialógusában izgalmas kölcsönhatások, új paradigmák és interpretációk gazdagíthatják a tudományos gondolkodást. Meggyőződésünk ezért, hogy a címben jelzett problematika, az iskola szervezeti tudásának és az egészségnevelésnek az egymásra vonatkoztatása is rendszerszinten nyeri el valódi jelentőségét és értelmét, ahol a diszciplináris határok nem elválasztanak, hanem az egymásra történő kölcsönös reflexiók következtében másfajta elrendeződést hoznak létre.¹

Az egészségnevelés pedagógiai értelmezése

Ezen értelmezés szerint az egészség is sokkal több és más, mint mozgás- és étrendek, higiénés szokások, absztinenciák gyakorlata. Az *egészség társadalmi tőke*, melyben a társadalom tagjainak biológiai vagyona összegződik és kamatozódik. Az egészség emberi *erőforrás*, mellyel egyéni és társadalmi célok megvalósítására lehet törekedni. Az egészség magatartást formáló *mentalitás*, mellyel a többdimenziós egyenlőtlenségeket hordozó társadalom mindennapjainak választásai-döntései, kapcsolatai-kapcsolatrendszerei, konfliktus- és problémakezelései, örömei-bánatai egyéni és társadalmi szintű életminőséggé rendeződnek. Indokolt tehát a kér-

¹ Az egészségnevelés vonatkozásában elsősorban a szociológia, a pszichológia, a közgazdaságtan, az orvos-, az egészség- és a magatartástudomány egészséggel és egészségességgel kapcsolatos azon kérdésfelvetéseire és kutatási eredményeire gondolok, amelyek az iskola pedagógiai rendszerében kínálnak releváns értelmezési lehetőségeket.

désfeltevés, hogy a társadalom biológiai vagyonának gyarapításában, a személyes erőforrások fejlesztésében, végső soron az életminőség alakításában hogyan válhat mentalitásformálónak az iskola. Milyen eszközökkel rendelkezik ahhoz, hogy szereplőit struktúrává alakuló kapcsolatrendszeri mintákkal gazdagítsa?²

Jelen munkánkban ezért az *iskolai egészségnevelés* kérdéskörét az *életminőséghez való pedagógiai hozzájárulás* szempontjából vizsgáljuk. Az iskola ebben a megközelítésben olyan típusú kultúrahordozó, mely *múltjának a jövőbe vetítésével a jelenre alkalmazva* kínál értelmezési keretet, és ezen túlmenően szervezetkénti működésével stabilizálja is ezt az időbeli folytonosságot. Ebbe az időorientációkkal többszörösen átszőtt keretbe helyezzük be az egészségnevelés markáns időtartalmakkal kontúrozott elvárásait.³ Az elvárások egyik csoportja az iskoláztatás éveitől jóval távolabb eső, a jövőbeli felnőtt korosztályok életminőségét megalapozó tartalmakat, másik csoportja pedig a jelen rizikófaktoraira: az élvezeti szerekre, a korai párkapcsolatokra, a modern függőségekre és viselkedésbeli addikciókra reagáló és azonnali eredményt sürgető megoldásokat gyűjti össze.⁴ Mindezekre tekintettel az iskolát (összes szereplőjével együtt) a mindenkori generációk életminőségébe történő beruházás, a hosszú távú egészségmagatartás-formálás meghatározó színtereként definiáljuk, melyben *az egészségneveléshez kapcsolódó időrelációk szinkronizációját*, a jelen és a jövő összehangolását *a szervezatként működő iskola folytonossága garantálja*.

Az iskola pontos szabályozottsága következtében magatartásirányító, magatartásformáló szerepet tölt be. Szabályokat, normákat, értékeket közvetít, gyakorlat és/vagy szankcionál, melyek viselkedési rutinokként, életvezetési szokásokként, mintákként mentalitássá formálódnak. Ezért az egészségnevelést olyan komplex és az iskola működési rendjéhez illeszkedő tartalommal ruházzuk fel, mely az egészségneveléssel is foglalkozó tudományágak egyikében sem található meg együttesen a diszciplináris hangsúlyok különbözősége következtében. Így tulajdonképpen diszciplinának felettivé tágitjuk az iskolai egészségnevelés értelmezési tartományát, melyben az egészség fogalma is a valamikori holisztikus tartalmak hordozójává válik („épség” helyett a „teljesség” értelmében). Az ezen tartalmú *egészségnevelés befogadását is az iskola szervezeti sajátosságai teszik lehetővé*.

2 *Társadalmi tőkén* (Narayan nyomán) a szabályok, a normák, a kötelezettségek, a kölcsönösségek és a bizalom készletét értjük, amelyek társadalmi viszonyokba és a társadalom intézményrendszerébe ágyazódva teszik lehetővé a társadalom tagjai számára egyéni és közösségi céljaik elérését. Az *emberi erőforrást* (közgazdasági értelemben) értékteremtő képességgént értelmezzük, melynek alapvető sajátossága, hogy újratermelődik, fejleszthető, magasabb minőségi fokon képes megújulni, motiválható, képes a teljesítményt is befolyásolni. Az *életminőségre* (általánosan elfogadott definíció hiányában Nordenfelt nyomán) az élettel való elégedettség mértékéként, egyéni és társadalmi boldogságként tekintünk. Az *egészségmagatartás* fogalmát kiterjesztett értelemben használjuk, melyben az életminőséget alapvetően befolyásoló faktorok tartalmi is megtalálhatók.

3 Az iskola időszervezetéről lásd *Meleg (2006:23–47)*.

4 Az iskolai egészségnevelés újrafogalmazásának részletes indoklását lásd *Meleg (2002)*.

Magatartásformáló szervezeti tudás

Annak ellenére, hogy történetileg az egészséges életmódra nevelés sosem hiányzott az iskolai feladatok palettájáról, hatékonyságát az egészségi állapotmutatók egyre kevésbé igazolták vissza.⁵ Ennek okait a neveléstudomány szakemberei közül többen abban látták, hogy az iskolában az egészséges életmódra nevelésben (is) túlteneg a verbális tanítás.⁶ Ezt ellensúlyozandó kerültek be az iskolákba a leginkább külföldi adaptációra épülő, különböző tematikájú és hatókörű életmód-programok (táplálkozással, szexedukációval, dohányzással, alkohol- és drogprevencióval, a családi életre neveléssel kapcsolatosak).⁷ E programok új színeket vittek az egészséges életmódra nevelésbe, átütő hatást azonban nem eredményeztek. Az e témakörben végzett dokumentum- és tartalomelemzéseink célja ezért a hatékonyság ellenében ható folyamatok feltárása volt. Magyarázó indikátornak azt a folyamatot tekintettük, melynek során az egészségnek a „teljességet” magában foglaló iskolai tartalma nem csak darabokra esett szét, hanem egy része különböző tantárgyak résztartalmaivá vált (pl. testnevelés, biológia), más elemei az egészségügyi rendszer kompetenciakörébe kerültek át (pl. betegségek és azok megelőzése), végül bizonyos tartalmak kezdetben elhalványultak, majd a privát szférába szorultak vissza (pl. lelki egészség). Ezért *pedagógiai problémának* tekintettük a tantárgyasulás folyamatát, melynek során a korábbi nevelési feladat ismeretátadássá transzformálódott. Ennek a folyamatnak a végeredményét olyan kompetenciaszint-változásként összegeztük, melynek során az iskola egészének nevelési rendszere helyett bizonyos tantárgyak ismeretanyagába beépített részleges és hiányos egészségtartalmak felelősségévé vált az egészséges életmódra nevelés.⁸

A feltárt pedagógiai problémára az iskola nevelési rendszerének újragondolása kínálta a választ, mégpedig a lelki egészség hangsúlyos fejlesztésével. Pszichológiai, szociológiai és pedagógiai kutatások szerint ugyanis ez az egészségsdimenzió kapcsolja össze a különállásukban is értelmezhető és fejleszthető résztartalmakat (mozgás, táplálkozás, higiénés szokások, élvezeti szerekhez való viszony). Kedvező folyamatai valamennyi résztartalom esetében az egészségesség irányába mutatnak, míg zavarai a többi dimenzióban is kedvezőtlen tüneteket vagy tünetegyütteseket

5 Magyarországon az 1960-as évektől folyamatosan romló (majd az 1990-es évek közepétől stagnáló), nemzetközi összehasonlításban is aggodalomra okot adó megbetegedési és halálozási adatok a különböző aspektusokat hangsúlyozó egészséges életvitel felértékelődéséhez vezettek. A népesség egészségi állapotának érdemleges javítása társadalmi kíváncsalmomá és feladattá vált, mely a közoktatás rendszerében is az egészségnevelés helyének és szerepének újragondolását kívánta meg.

6 Zrinszky László szerint az iskolai egészségnevelés hatékonyságát is a verbalizmus gátolja (Zrinszky 2002: 227).

7 Pl. D.A.D.A., NUTRIKID, Egészséged testben és lélekben, Felkészülés a családi életre, Szeretettművészet, Egészségvirág-program, Életvezetési ismeretek és készségek, a WHO Egészséges iskolákért mozgalma.

8 A dokumentum- és tartalomelemzésekről részletesen lásd Meleg (1991). Azt a hiedelmet pedig, hogy a megtanult résztartalmak majd a tanulók fejében és cselekedeteiben egymáshoz kapcsolódva életmódformálónak válnak, a hazai és nemzetközi kutatások sorra megcáfolták (elsőként McBroom 1972).

eredményeznek.⁹ Ezért *egészségnevelési feladatként definiáltuk az iskola minden napjainak tartalmát és kapcsolatrendszerét*. A szervezetkutatások eredményeire alapozva abból indultunk ki, hogy az iskola szervezeti kontextusába beemelt pedagógiai módszerek és eszközök nyitnak ablakokat a hatékony egészségnevelés felé. A jelen és a jövő életminőségébe való befektetést szem előtt tartva *szervezetfejlesztéssel* indítottuk el a nevelési rendszer újrastrukturálásának folyamatát.¹⁰

Közel két évtizeddel a szervezetfejlesztés megkezdése után nem csak indokoltak, hanem továbbra is aktuálisnak tartjuk az iskola szervezeti kontextusában rejlő, releváns pedagógiai válaszadáshoz vezető lehetőségek további felfejtését. Ezért most a különböző tudományterületek szervezetkutatási eredményeiből azokat gyűjtjük össze, melyek minden egyes iskola esetében a nevelési rendszer át- és újragondolási folyamatát indíthatják el. Figyelmünk most is a magatartásformáló, pedagógiai szakértelemmel, pedagógiai eszközökkel és módszerekkel befolyásolható iskolai szervezetre irányul.

Induljunk ki az iskola szervezeti folytonosságából!

A nyitott rendszerelmélet azzal is hangsúlyozza a szervezeti kontextus hatását a magatartás- és viselkedésformálódásra, hogy modellezi e folyamatokat, a viselkedésváltozásra gyakorolt hatásukat és szervezeti szinten kínálja fel a befolyásolás lehetőségeit. Mivel az iskola intézményes működése értékekre és hagyományokra épül, szervezeti szinten kapcsolatrendszerekben, tanár- és tanulószerepekben követhetjük nyomon ezen tartalmakat és/vagy változásait. A mindennapok eseményei, a szervezeti keretek között zajló folytonosság tudástökévé konvertálja a megélt történeteket, tapasztalatokat. Kérdés azonban, hogy ez a tudástőke hogyan kamatoztatható, milyen folyamatok hatására válhat fejlesztő, tényleges erőforrás-sá. A válaszhoz a *szervezeti tudás* felfejtésén keresztül közelítünk.

A szervezeti tudást vizsgáló közgazdasági modellek a pedagógiában is ismert tudásformákkal operálnak, ezért meglátásaikat érdemes az iskolai adaptálhatóság szemüvegén keresztül is megvizsgálnunk.¹¹ Témánk vonatkozásában ezek a kutatások arra a megállapításra jutnak, hogy egy szervezet tudásbázisának nagyobbik része *hallgatólagos*. Ez a tudás egyrészt olyan *szocializált tudásgyűjteménynek* tekinthető, amelyben az adott szervezet múltjához (történetéhez) szorosan kapcsolódó értékek, a szervezeti kultúrát meghatározó csoporthangulatok és teljesítményorientáltságok összegződnek. Másrészt viszont ez az alapja a szervezeten belüli, a mindenkori jelen folyamatait meghatározó *tapasztalati tudásnak*, mely a szakértők készségeiből, képességeiből, szervezeti rutinokból és informális koordinációkból szerveződik. E modellek szerint a hallgatólagos tudást részben mindenki birtokolja,

9 E résztartalmak közös sajátossága, hogy külön-külön mindegyik hozzájárulhat az egészségességhez, azonban önmagában egyik sem felel annak alakulásáért (Meleg 1999).

10 Esettanulmányban részletesen dokumentáltuk a szervezetfejlesztés állomásait folyamatlemezésekkel, hatásvizsgálatokkal és egyéb módszerekkel alátámasztva (Meleg 2006:93–179).

11 A közgazdasági vonatkozások tárgyalásakor főleg Lengyel Balázs cikkére és az abban hivatkozott szakirodalomra támaszkodtam (Lengyel 2005).

létrehozásában mindenki részt vesz, azonban mivel mindenki kicsit másképp látja és éli meg ezen tudáselemek lényegi vonásait, nehéz azokon gyorsan változtatni.

A hallgatólágos szervezeti tudás nem új és nem is idegen gondolat a neveléstudományban, ezért adaptációja sem jelenthet nehézséget. A pedagógia évtizedek óta ismeri, használja, kutatja a rejtett tanterv fogalmát és működési mechanizmusait.¹² Ez annyiban kapcsolható az előzőekben leírt hallgatólágos tudáshoz, hogy a rejtett tanterv esetében is olyan tudáselemek gyűjteményét látjuk, amelyek az iskola mindennapjainak társas helyzeteit, kapcsolatrendszereit, konfliktus- és problémakezeléseit, a múltat, a jelenre és a jövőre vonatkozó időorientációit jellemzik. A rejtett tanterv tehát ebben a vonatkozásban az iskolai kultúra szerves része, így közvetetten ugyan, de a szocializált és tapasztalati tudás hordozója. A tényleges hallgatólágos tudás pedagógiai értelmezését azonban az oktatási folyamat eredményesség-vizsgálataival foglalkozó kutatók tartották indokoltnak. Meglátásuk szerint a domináns tantárgyi szemlélet nem szívesen vesz tudomást a tanulók ismeretei közé más módokon kerülő tartalmakról, pedig ezeknek a hallgatólágos tudástartalmaknak explicitté konvertálásával és pedagógiai rendszerbe illesztésével eredményesebbé válhatna az oktatás (*Mihály 2007*).¹³

A hallgatólágos tudás különböző megjelenési formáinak feltárása, oktatási-nevelési folyamatokhoz kapcsolódó magyarázó szerepe tehát pedagógiai gondolkodásmódunk részét képezi. Amikor a tartalmát alkotó tudáselemeket szervezeti szintre emeljük, akkor az iskola nevelési rendszerének egészébe illeszkedő, pedagógiai eszközökkel és módszerekkel fejleszthető feladatokkal szembesülünk. Ebben a szervezeti kontextusban az iskola működését magyarázó vagy arra magyarázatot kereső, a pedagógiai jelenségek okait vagy okozatait feltáró kutatások „miért”-kérdései relevanciájukat veszítik. Az oksági stratégiákra épülő kutatások eredményei ugyanis nem adnak választ arra, hogy milyen tényezők együtt járása játszik szerepet az aktuális életvitelre vonatkozó döntésekben, milyen intézményes adottságok hogyan képesek hozzájárulni az értelemteremtő magatartás, a jövőendő életminőség formálódásához.¹⁴ A megváltozott nézőponthoz és szinthez másfajta kérdések feltételével közelíthetünk. *Milyen értékeket és hagyományokat tartalmaz kulturális örökségként az iskola hallgatólágos szervezeti tudása, hogyan lehet ezekre*

12 A magyar nyelvű pedagógiai szakirodalomból Szabó László Tamás munkáját emeljük ki, melynek alapján a rejtett tantervhez kapcsolódó kutatások sora indulhatott meg (*Szabó 1988*).

13 A hallgatólágos tudás tartalmának közgazdasági és pedagógiai hasonlóságát a közös gyökerű elméleti kiindulópont (*Polányi 1994*) magyarázza. A neveléstudományban Zrinszky László utal először arra, hogy ez a tudás nem szerezhető meg kizárólag könyvekből; ahhoz ugyanis, hogy valaki ilyesfajta tudás birtokába jusson, a leghelyesebb ott élnie, abban a közösségben, legalább néhány éven keresztül, ahol ez a tudás már szervesült (*Zrinszky 2002*). Az iskolai évek éppen ehhez teremtenek közös időt és teret.

14 A 21. századi európai szociológia tendenciáit bemutató kézikönyv is kitér az oksági stratégiák bírálatára. Ezek lényege, hogy a korrelációs elemzéseket a kutatók elvesztegetett időnek tekintik azokban az esetekben, ha azt akarjuk megérteni, hogy mi miért történik a társadalomban. Ezek a kutatások az eredményeket megmutatják, azonban *hogyan hogyan formálódnak aktuálisan az oktatással kapcsolatos döntések, arról nem tudnak számot adni*. Ezért az európai szociológia perspektíváját az értelemteremtő magatartásra irányuló kvalitatív kutatások és tipológiák jelenthetik (*Nollmann-Strasser 2007:26–27*).

alapozva a jelen iskolájában meglévő szakértelemmel a szervezeti kultúra fejlesztéséhez hozzájárulni? Másként megfogalmazva: hogyan, milyen módon válhatnak boldogságforrássá az iskolában eltöltött évek tanárnak, diáknak egyaránt. Az egészségnevelés iskolai gyakorlatának szervezeti szintre emelésével éppen ezekre a kérdésekre adhatók válaszok.

A ma iskolájának szocializált tudásbázisa minden bizonnyal őrzi a valamikori iskolák nevelési rendszerének holisztikus egészségképet magában foglaló gyakorlatát, a tapasztalati tudás azonban ma már nem erre épül. Mivel a széttöredezett és hiányos egészségtartalmak különböző tantárgyak ismeretanyagában találhatók (vagy a testnevelés gyakorlatában), a széles körű egészségnevelési készségek, képességek, szervezeti rutinok és informális koordinációk helyett szaktanári kompetenciákkal kell számolnunk. Ezt a folyamatot azonosítottuk korábban úgy, hogy a rendszerszintű nevelési feladat ismeretátadássá transzformálódott. Az iskola hallgatólagos szervezeti tudásának a feltárásával most más nézőpontból közelítünk. Azt állítjuk, hogy az egymástól eltávolodott szocializált és tapasztalati tudás újbóli egymásra épüléséhez, az iskolaszervezet hallgatólagos tudásainak összekötéséhez pedagógiai beavatkozások sokasága építhet hidakat. Mivel a pedagógiai beavatkozások iskolán belüli történések, eredményességük elsősorban attól függ, hogy az iskola belső környezete milyen szálakon biztosítja a kapcsolódás lehetőségeit. Külön figyelmet érdemel ezért a hallgatólagos tudás azon sajátossága, hogy az adott szervezet összes szereplője birtokos és alkotó is egyben (akár tudatában van ennek, akár nincs). Ezért nem kevés időt igénylő folyamat az egyéni interpretációkat magyarázó, különböző elrendeződésű tudáselemek és a szervezeti interpretációt kívánó közös tudástartalom szinkronizációja. Az egészségnevelés esetében e folyamat kezdetének közös nevezője az egészségfogalom teljességét szem előtt tartó nevelési feladat újraértelmezése, mellyel az egyéni és a szervezeti hallgatólagos tudás kapcsolódásaira konstruálhatók a pedagógiai fejlesztések.¹⁵

A hallgatólagos tudásbázis feltárása további kérdéseket is felvet. Hogyan és milyen hatásokra kristályosodnak ki azok a tudáselemek, amelyek az egészségmagatartás formálásának, a biológiai vagyon gyarapításának tudástökéjét alapozzák meg? Milyen pedagógiai eszközökkel és módszerekkel tehetők ezek explicitté, hogyan válhatnak hatékony erőforrássá?

A Nonaka-modell szerint a hallgatólagos szint explicitté szintetizálódásában különböző *tudásváltások* játszanak szerepet (Nonaka 1991). Az iskolára adaptálva e folyamatot a lehetőségeket vesszük szemügyre. Abból indulunk ki, hogy az iskolai egészségneveléshez kapcsolódó hallgatólagos tudáselemek explicitté válásához személyes elköteleződések és identitások építik a lépcsőfokokat.

¹⁵ Az egészségnevelés szervezeti szintre visszahelyezése többvonatkozású, egymásra épülő és korántsem problémamentes folyamat, ugyanis iskolai gyakorlatot, kiosztott feladatokat és szakértelmeket, megszokott rutinokat strukturál át. Eredményessége ezért elsősorban a tanári karnak az ügy iránti elkötelezettségétől függ. Mindezt lépésről lépésre lásd Meleg (2006:93–179).

Az egészséghez kapcsolódó egyéni mentális modellek az életvezetés meghatározó mozgatórugói. Sokszínű tartalmaikra, különböző típusú elrendeződéseikre narrációk adhatnak magyarázatokat. Szervezeti szinten azonban az iskola történetében, folytonosságában rejlő egészségnevelési tartalmat tekintjük olyan hallgatólagos tudásnak, melynek kifejezetté tételével iskolai egészségtérkép rajzolható. Ennek explicitté válásával, rendszerbe szervezésével, hangsúlyaival a sokféle egyéni mentális térkép azon implicit tartalmai szólíthatók meg, melyek a szervezeti keret közös tartalmaként az egymástól eltávolodott tudásokat összekapcsolják.

Nyissuk meg ezt a térképet az egészségnevelés szervezeti szintű olvasatában rejlő pedagógiai lehetőségek azonosításához!¹⁶

Az egészségtérkép a hallgatólagos tudásban meglévő holisztikus egészségkép alapján a lelki egészség által összefogott és a pedagógiai szakértelemhez szorosan kapcsolódó tartalmakra épül. Ezek explicitté tételét már *dokumentált tudásként* kezelhetjük (ugyanis az egészségnevelési tevékenységhez kapcsolódó konkrét tartalmakat rögzíti például az iskola pedagógiai programja). A lelki egészségvédelmet leíró tudástartalmak folyamatok és tevékenységek rendszerévé állnak össze, melyben egyéni és közösségi kapcsolatok erősítései, fejlesztései és magasabb szervezetségűvé tételei kapnak helyet. Íme a *tudásváltás* első megjelenési formája, amikor a *hallgatólagos egészségtudás lelki egészségvédelemként dokumentált tudássá alakul*.

A lelki egészségvédelemben megfogalmazott tudástartalmak behálózják, átszövik az iskola teljes viszonyrendszerét. Valamennyi szereplő érintettségének és bevonódásának garanciáját az iskola társas erőterében kialakuló és lejátszódó számtalan szituáció, sokirányú és változó elrendeződésű kapcsolatok, kapcsolatrendszerek jelentik. Az iskola közös teréhez és idejéhez kötődő interperszonális és csoportviszonyok felismerése és rendszerbe szervezése kifejezetten pedagógiai (és nem szaknári) szakértelmet kíván, míg erősítésük, fejlesztésük, magasabb szervezetségűvé tételeük pedig kifejezetten nevelési (és nem oktatási) tevékenység. A kapcsolatrendszeri zavarok, konfliktusok felismerése és kezelése, a különböző iskolai helyzetekhez illeszkedő megbirkózási stratégiák megismerése és differenciált alkalmazása csoportdinamikai hatások következtében *pedagógiai erőforrás*. E folyamat mozgatórugói a *pedagógusok*, akiknek egyenkénti kapcsolódását, elköteleződését saját lelki egészségtartalmaik teszik lehetővé. Megküzdési stratégiák, közösségi védőhálók felismerése és az azokban való részvétel, társas támogatások kezdeményezésének és igénybevételének képessége, egyéni és kölcsönös felelősségvállalások gyakorlata társas folyamatok erőtereiben: mindezek mintaközvetítő folyamatok egymás és az iskola valamennyi szereplője vonatkozásában. Ezért a dokumentált tudás belsővé tételéhez, elfogadásához kapcsolataik, kapcsolatrendszereik átgondolásán és újraértelmezésén keresztül vezet az út. Így formálódik az egészségnevelés szervezeti

16 A lelki egészség kiemelésének indokait és a folyamat leírását kutatási adatbázis támasztja alá (Meleg 2001).

kerete, melynek tartalmát a dokumentált tudáselemek és az azokhoz kapcsolódó egyéni hozzájárulások közösen alakítják. Az egyéni mentális térképek fölé a lelki egészségvédelem *közös értelmezésű egészségnevelési tartalmát* helyez, és ezzel tulajdonképpen az egészségnevelés *szervezeti szintű interpretációs keretét* hozza létre.

Ebben a szervezeti keretben jól definiálható folyamatok eredményei sűrűsödnek. A szétcsúszott hallgatólagos tudás korrekciója megalapozza és a mintaadó csoport tagjainak megszólításával elindítja a tudáscserét. Így az iskola valamennyi pedagógusa számára olyan helyzetet teremt, melyben saját problémáik felismerésével motiválttá, aktívvá és elkötelezetté válnak a saját igényeikre válaszoló és az egészségnevelésnek is megfelelő *szervezeti feltételek* létrehozásában.

A tudáscsere jelentőségén túl mégis a folyamat pedagógiai aspektusai visznek közelebb eredeti kérdésfeltevésünkhöz: az iskolának az egészségmagatartás formálásában játszott szerepéhez. A lelki egészség köré szerveződő egészségnevelés azzal, hogy az iskola egészét átölelő precíz lépéseken keresztüli fejlesztési folyamat, mintaadó résztvevőit folytonos önreflexióra és önkorrekcióra készíteti. Az ily módon *átrendeződő társas erőter kapcsolja össze a pedagógiai szakértelmet az iskolaszervezet magatartás- és viselkedésformáló erejével*. A lelki egészségvédelem kidolgozott iskolai programja új módon szólítja meg a szereplőket, akik megszokott rutinuktól eltérően új, a korábbiaktól eltérő társas konstrukciókkal kezdenek válaszolni az iskolai helyzetekre. A kapcsolati kultúra sokszínűségének meg- és felismerésével, gyakorlati tapasztalatokra épülő elsajátításával és alkalmazásával indul meg az egyéni mentális-kognitív térképek felülírása. A közös értelmezési térkép megrajzolásának folyamatában szervezeti interpretációs keret formálódik, melynek közvetlen és közvetett hatásai az iskolai és az iskolával kapcsolatos események értelmezésében, jelentéstartalmában és cselekvési alternatíváiban érhetők tetten. Ez már a lelki egészségvédelem *szervezeti tanulóssal történő elsajátítása*, melynek során újraalkotott szerepviszonyok, átstrukturálódott rutinok, újraszőtt és átrendeződött kapcsolati hálók válnak egészségmagatartás-formáló gyakorlattá, tapasztalati tudássá majd az életminőségben oly jelentős szerepet betöltő mentalitássá.

Egy szervezetfejlesztés utóélete – összegzés helyett

Kiinduló kérdésfelvetésünkre válaszolva azt a *szervezetfejlesztési* folyamatot vázoltuk fel, *ahogyan és amilyen eszközökkel az egészségnevelés az iskola összes viszonyrendszerét átható és behálózó pedagógiai tevékenységgé* válik. A hallgatólagos szervezeti tudás dokumentált pedagógiai tudássá konvertálása, az egyéni mentális térképekből közös értelmezési térkép, szervezeti interpretációs keret kialakulása majd mindezek következtében a szervezeti kapcsolati kultúra változása egymásra épülő, széles körű pedagógiai szakértelmet és időt igénylő tevékenységek eredménye. Ebben a folyamatban a szervezeti sajátosságok és a pedagógiai beavatkozások

egymást erősítő hatása az iskola nevelési rendszerét egészségmagatartás-formáló pedagógiai erőforrássá transzformálja.

A szervezetfejlesztéssel történő iskolai egészségnevelés nem csupán elméleti konstrukció. Hogy az explicitté váló hallgatolagos tudás beépülhet az iskola szokásaiba, eljárásaiba, viselkedésmódjába, szervezeti tudásába és szervezeti rutinná majd kultúrává válhat, azt pedagógiai praxis is igazolja.¹⁷ Az 1993-ban induló Egész-ség program a lelki egészségtartalmak operacionalizálásával szervezeti szintre emelte a védelmi rendszer kiépítéséhez vezető kapcsolati utakat. Pedagógiai kompetenciák tágitották a jelen konkrét problémáinak és a jövőbeni életminőséget meghatározó súlypontoknak az összehangolását. A folyamat- és hatásvizsgálatok feltárták, hogy nyolc év fejlesztésének eredményeképpen az egyénileg megélt történéseket, interperszonális és csoportkapcsolatokat, jutalmazásokat és büntetéseket a szervezeti interpretációs keret rendezte erős iskolai identitássá, életvezetési mintává.

A kutatás ugyan 2004-ben lezárult, a szervezetfejlesztésnek azonban természetéből adódóan csak kezdete van, vége nincs. Ezért mindenképpen idekíváncozik egy újabb, az egészségnevelési programok hatékonyságát vizsgáló kutatásból a szervezetfejlő iskolára vonatkozó összegzés.¹⁸

„A szervezetfejlesztő iskolában minden cél, feladat, tevékenység- és viszonyrendszer rendszerszervező eleme a lelki egészségvédelem. Egészségnevelési programja és az interjúk azt mutatják, hogy a lelki egészségtartalmak az iskolai mindennapokban, a tantárgyakban és viszonyrendszerekben közel 20 év után is koherensen jelen vannak annak ellenére, hogy a tantestület jelentős részben kicserélődött... A többi iskolával összevetve egyedül ennek az iskolának a programja mutat teljes kongruenciát az interjúk által körvonalazott gyakorlattal... A lelki egészségvédelem időtávlatokban megjelenített céljai és feladatai, a korcsoportokra lebontott témák, a széles módszerbázis, a program viszonyrendszerekre is lebontott szempontrendszere az interjúkban is visszaigazolta az egészségfejlesztés mentálhigiénés gazdagságát... Az interjúk is rávilágítottak az intézmény azon törekvéseire, hogy a szülők elvárásaira is odafigyelnek. A szülők számára ugyanis az iskolaválasztás fontos szempontja, hogy gyermekeik humánus, biztonságos, egészséges környezetben nevelődjenek... Feltehető, hogy a lelki egészségvédelmet szem előtt tartó, pozitív klímájú iskola önmagában is egészségfejlesztő hatású, míg más iskolák számos egészségnevelési akció és életvitelprogram alkalmazásával sem képesek tanulóik egészségmagatartását tartósan befolyásolni.” (Deutsch 2013.)

¹⁷ Az iskola és a program leírását, teljes dokumentációját lásd Meleg (2001 és 2006).

¹⁸ Deutsch Krisztina több iskola pedagógiai, egészségnevelési programjának tartalomelemzését végezte el, majd a kiválasztott iskolákban az igazgatóval és a pedagógusokkal interjúkat készített. Disszertációjának témája a dokumentum-tartalmak és a mindennapok gyakorlatának interjúk alapján történő összevetése volt. Ebből a kutatásból emeljük ki a szervezetfejlesztő iskolára vonatkozó összegző megállapításokat (Deutsch 2013).

A nemzetközi összehasonlításokra is alkalmas életminőség-indexek multidimenziális mérőeszközök összevont eredményeit tartalmazzák. Ezekben az indexekben többek között megbirkózási stratégiák alkalmazásaira, érzelmi stabilitásra, interperszonális-kommunikációs készségekre, a bizalom képességére vonatkozó adatok sűrűsödnek.¹⁹ Láttuk, hogy a lelki egészségvédelemre épülő egészségnevelés mindezek fejlesztését intézményesítheti. Ennek alapján összegezhetnénk úgy is mondanivalónkat, hogy a társadalmi tőketermeléshez járul hozzá az a pedagógiai gyakorlat, amely az iskola szereplőinek életvezetésébe szervezetileg építi be a kapcsolatok kialakításának, fenntartásának, problémakezelésének algoritmusait, a kapcsolati hálókban való eligazodás és rugalmas közlekedés képességeit. Hogy gondolatmenetünket mégsem ezzel zárjuk, annak oka rendkívül egyszerű. Témánk vonatkozásában az életminőséget egyéni és társadalmi boldogságként definiáltuk, ezért az iskolában eltöltött évek mentalitásformáló gyakorlatán keresztül teremtetünk kapcsolatot a majdani életminőséggel. Nemzetközi kutatásokban a „boldog életévek” speciális életminőség-mutatóként releváns indikátor, melyben a megkérdezettek tapasztalati múltjának és jövőbeli életkilátásainak a kérdés pillanatában történő számbavétele összegződik. Ennek alapján felmerül a kérdés, hogy vajon az iskolában eltöltött évek tapasztalati bázisa önmagában nem konkrétabb indikátora az életminőségnek? És továbbmenve: a „boldog iskolaévek” megalapozását nem a nevelési rendszerbe visszaépített egészségnevelés szolgálhatja a leginkább? És még tovább: a jelen számtalan problémájára nem egy életminőség-orientált iskolában kereshető releváns válasz?

Végül...

„Mi a fenéért tette ezt George? – kérdeztem magamban. Hiszen annyi mindene volt, amiért érdemes élni. Gondolom, egyszerűen nem tudta, hogyan kell boldognak lenni. *Ez az egyetlen, amire a Harvardon nem tanítják meg az embert.*” (Segal 1994:510.)²⁰

MELEG CSILLA

¹⁹ Az életminőség kutatási irányainak és mérőeszközeinek legteljesebb leírását R. Veenhoven adja. Ő dolgozta ki 1996-ban a nemzetközi összehasonlításokra is alkalmas speciális életminőség-mutatót, a „boldog életévek-indexet” (Veenhoven 2007).

²⁰ Egyedülálló longitudinális vizsgálatnak tekinthető a Harvardon diplomázott diákok egy csoportjának a végzés után 25, majd 58 év utáni megkeresése, élethelyzeteik elemzése. Ezek alapján a sikeres élet kulcsindikátorai az egészség és a kölcsönös bizalom alapuló szoros kapcsolatok voltak (Vaillant 2012).

IRODALOM

- BRAUDEL, F. (1985) *Anyagi kultúra, gazdaság és kapitalizmus XV–XVIII. század. A mindennapi élet struktúrái: a lehetőség és a lehetetlen*. Budapest, Gondolat.
- DEUTSCH K. (2013) *Elvek és gyakorlat. Egészségfelfogás, egészségnevelés és mentálhigiénés szemléletmód az általános iskolai egészségnevelési programok és a pedagógusokkal készült interjúk tükrében*. (PhD-értekezés. „Oktatás és társadalom” Neveléstudományi Doktori Iskola, PTE BTK.)
- DUBY, G. (1984) *A katedrálisok kora*. Budapest, Gondolat.
- LENGYEL B. (2005) Triple Helix kapcsolatok a tudásmenedzsment szemszögéből. In: BUZÁS N. (ed) *Tudásmenedzsment és tudásalapú gazdaságfejlesztés*. SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei, pp. 293–311.
- MCBROOM, S. (1972) Conceptual and Empirical Dimensions of Health Behaviour. *Journal of Social and Health Behaviour*, No. 4. pp. 382–392.
- MELEG CS. (1991) Egészségérték és intézményes befolyásolás. *Társadalomkutatás*, No. 2–3. pp. 81–89.
- MELEG CS. (1999) Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle*, No. 4. pp. 64–75.
- MELEG CS. (2001) *Egészség. Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés*. Pécsi Tudományegyetem.
- MELEG CS. (2002) Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, No. 1. pp. 11–29.
- MELEG CS. (2006) *Az iskola időarcai*. Dialóg Campus.
- MIHÁLYI. (2007) Tacit tudás (egy kifejezés kialakulásának és alkalmazásának története). *Új Pedagógiai Szemle*, No. 3–4. pp. 149–154.
- NOLLMANN, G. & STRASSER, H. (2007) The History of Sociology. The European Perspective. In: BRYANT, C. D. & PECK, D. L. (eds) *21st Century Sociology. A Reference Handbook*. SAGE Publications, Vol. 1. pp. 15–28.
- NONAKA, I. (1991) The knowledge creating company. *Harvard Business Review*, No. 6. pp. 96–104.
- POLÁNYI M. (1994) *Személyes tudás*. Budapest, Atlantisz.
- SEGAL, E. (1994) *Az évfolyam*. Budapest, Magyar Könyvklub.
- SZABÓ L. T. (1988) *A „rejtett tanterv”*. Budapest, Magvető.
- VAILLANT, G. E. (2012) *Triumphs of Experience: The Men of the Harvard Grant Study*. (Copyrighted Material.)
- VEENHOVEN, R. (2007) Quality-of-Life Research. In: BRYANT, C. D. & PECK, D. L. (eds) *I. m.* Vol. 2. pp. 54–63.
- ZRINSZKY L. (2002) A tudás mint andragógiai probléma. (Tanulás az egész életen át). *Magyar Pedagógia*, No. 2. pp. 131–144.
- ZRINSZKY L. (2002) *Nevelélmélet*. Budapest, Műszaki Könyvkiadó.

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS INTÉZMÉNYESÜLÉSÉNEK TÖRTÉNETE

ZIMMERMANN JAKAB¹ KÖNYVÉBEN LEÍRT egészségfelfogás mai is érvényes, melyben egyszerűen határozza meg az élet és az egészség kapcsolatát: „Nem az élet maga, hanem az egészséges élet becses és édes” – írja könyvének bevezető soraiban.² Ebben a művében azokat az eredendő és egyben korszerű ismereteket taglalja, mely a 19. század emberének alapvető szükségletei voltak az egészségének megőrzéséhez.

A megelőző történeti korokban is az emberek az egészség megőrzésére, a jó egészségi állapot fenntartására törekedtek, amit írásos emlékek is megőriztek. Az uralkodók és az előkelő, gazdag családok, az orvosi ismereteket birtokló „orvos-pap” tartásának privilégiumával rendelkeztek, vagyis jobbára lehetőségük volt a betegségük szakember által történő gyógyítására. Békefi Remig,³ aki elsőként foglalkozott a magyar történeti kutatásokban az orvosok gyógyító tevékenységével, munkájában feldolgozta a már az Árpádok korában működő hazai orvosok gyógyító tevékenységét. Mint ismeretes, az egyház a római jog és az orvostudomány művelését kiközösítés terhe mellett megtiltotta, de IV. Orbán pápa 1263-ban az esztergomi érseknek jogot adott arra, hogy ezt a kötetmet feloldozza és bizonyos kikötéssel művelhesse az orvoslást, igaz a sebészeti égetés és metszés alkalmazását nélkülözve. Ugyanakkor megemlíti ő is tanulmányában, hogy már ebben a vizsgált időszakban is tapasztalható volt a hitetlenkedés, azaz az orvosok képzettségében való kételkedés. Az egyszerű nép számára a természet patikája, a gyógyfüvesek és a kuruzslók voltak elérhetőek. A szerzetes rendek megjelenésével, elterjedésével kialakultak a gyógyító rendek, ahol a kolostorokban ispotályokat (kórházakat) állítottak fel. A szerzetesek tevékenysége jelentős volt még abból a szempontból is, hogy az egészség megtartására is tanítottak, ennek egyik meggyőző emléke azok a regulák, verses formában íródott szabályok, melyet a régi hagyományokra támaszkodva és feldolgozva Zsoldos Jakab,⁴ a 18. században lejegyzett, és főként a korabeli tapasztalatra építve rendezett össze egy kötetben.

1 Zimmermann Jakab, tanár, pedagógiai író. Vácon született 1808. február 6-án, Kecskeméten hunyt el 1878. június 5-én. 1831-ben a kolozsvári egyetemen bölcsészettudományi oklevelet nyert. Közel ötven tankönyvet írt elemi és középiskolások számára.

2 Zimmermann (1845).

3 Békefi (1912).

4 Zsindely Sándor (1958) Az egészségügyi népművelés kezdetei Magyarországon. *Egészségtudomány*, No. 2. pp. 150–156.

A modernizálódó társadalmak jellegzetességei

Az egészségnevelés történetének egy jelentős állomása és az intézményesülés folyamatának pedig kiinduló pontjává állíthatjuk a polgárosodás eszmerendszerének egyre szélesebb körben való térnyerését. A gazdaságilag jól fejlődő, úgynevezett modernizálódó társadalmak jellegzetességeként értelmezhetjük az egészség megőrzésére irányuló intézkedéseket és a kiépülő új rendszereket, szervezeteket. Míg Európa nyugati felén már a 18–19. század elején megfigyelhető volt ez a fejlődési trend, addig hazánkban ez a modernizációs folyamat csak a Kiegyezés után kezdett kibontakozni. Ennek oka többek között a fejletlen gazdaság és a nép műveltségének hiányában jelölhető meg, melyek a rossz és alacsony színvonalú életkörülményekben mutatkoztak meg közvetlenül. A modernizálódó társadalmakat a demográfiai mutatók közül a legjobban a csökkenő tendenciát mutató születésszám mellett a népességszám emelkedése fejez ki, azaz a születéskor várható élettartam emelkedése figyelhető meg.⁵ A fejlődő és gyarapodó nemzetek esetében párhuzamosan épültek fel a kórházak és jöttek létre az egészségügyi szervezetek, emellett megfigyelhető volt az orvosok számának emelkedése is. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek elterjedését segítette, hogy nyomtatott formában is egyre több mű jelent meg (német nyelvből fordítva magyar nyelven is), mely a művelt (olvasni tudó) népesség számára adott segítséget a gyakorlati tanácsokat tartalmazó könyvekkel.

Közegészségügyünk megszervezésének néhány meghatározó állomása

A műveltség egyik jelentős európai központja volt a német tartományokban működő heidelbergi egyetem. A német⁶ közegészségügyi, avagy higiénés kultúrát jelentősen meghatározta Max Josef von Pettenkofer, müncheni egyetemi tanár működése és Közegészségtani Intézetének létrejötte, amit a világon elsőként állítottak fel. Hasonló intézetek alakultak az európai orvosegyetemeken Pettenkofer Intézetének mintájára, hogy a közegészségügyi problémákat felszámolja. *Fodor József, aki később a hazai egészségnevelés vezetőjévé vált a Pettenkofer koncepciót igyekezett hazánkban is elültetni, meghonosítani, melyet személyesen tanulmányozott müncheni útján.* A hazai orvosegyetemeken müncheni mintára (Budapest, Kolozsvár) jöttek létre a Közegészségtani Intézetek és a hazai egészségnevelés egyik meghatározó intézményévé váltak.

5 *Statistikai Szemle* (1929) Schneller Károly: Halandóságunk nemzetközi viszonylatban. No. 8. p. 877. Például Franciaország, Anglia és Wales népességének életkor összetétele jellegzetességeit kiemelve láthatjuk, hogy az 1 éven aluliak száma 1000 lakosra vetített aránya az össznépességet tekintve 2,01–2,03, addig hazánkban ez 2,66 arányszámot mutat (1920-ban), ugyanakkor a 40–59 éves korcsoportban Magyarország 19,12 arányszáma mellett Anglia és Wales esetében ez 22,8, Franciaország esetében 25,3. Az átlagos életkor jóval alacsonyabb volt Magyarországon.

6 Stephan Mannheim, Stadtschularzt (1928) Öffentliches Gesundheitswesen, der Arzt als Gesundheitslehrer. *Klinische Wochenschrift*, No. 13. pp. 606–608.

Az egészségügy másik meghatározó szervezete eleinte alacsony szervezettséget mutatott (három fő személyében), ami a Belügyminisztériumon belül állt fel. Alapjául szolgált a később felépülő országos hálózatú, egészségügyi-orvosi közigazgatás szervezetnek, melyet Országos Közegészségi Tanács néven hoztak létre. Ennek az intézménynek jelentős befolyása volt az egészségnevelés intézményrendszerének kiépítésére, fenntartására és megszervezésére. Trefort Ágoston minisztersége alatt született meg 1876-ban a Közegészségügyi törvény, amely az állam legfontosabb feladatai közé emelte a közegészségügyet, majd építette ki az egész szervezetet és annak ellenőrzését. Trefort törvényalkotása a gyermekek egészségügyi ellátását alapjában változtatta meg, mivel a gyermekeket köteles volt az orvos ellátni és a kötelező himlőoltás ellenőrzésével pedig az átoltottságot növelte, így egy végzetes járványos betegséget szüntetett meg hazánkban. A Közegészségügyi törvénnyel többek között szabályozásra került a fertőző megbetegedések bejelentési kötelezettsége és ezzel együtt a kötelező elkülönítés intézménye, melynek hatásaként statisztikailag csökkent a gyermekek (0–15 év közötti) halálozási aránya. Ezeket a javuló tendenciákat csak hosszú távon, közel 20–25 év távlatában lehetett érzékelni és statisztikailag kimutatható eredményét látni.

Az egészségnevelés a közoktatásban, az első lépések

A fentiekben vázolt szervezet felállítása és egy törvény életbe léptetése nem hozott, nem hozhatott kellő eredményt, ha a lakosság nincs a megfelelő ismeret birtokában, ehhez pedig a műveltség emelésére volt szükség.

Ha a tanulás szervezett keretei között vizsgáljuk az első egészségtani ismeretek megjelenését akkor azt az első Ratio Educationisnál⁷ találhatjuk meg, hiszen a tanulók egészségének megőrzése hangsúlyos tényezőként szerepelt már itt az iskolai nevelés színterén. Ugyanakkor megállapíthatjuk, hogy csak néhány szűk területre korlátozódott a figyelem, ilyen volt az egyén testi-fizikai egészségének megtartására törekvés, majd kiemeli az orvoshoz fordulás jelentőségét, melyet az oktatás folyamatában kívántak tudatosítani. A csekély ismeret és az esetlegesség az egészségtani ismeretek széles körben való elterjedését akadályozta.

Az egészségtani ismeretek oktatásának folyamatában újabb szakaszként értelmezhetjük az 1868 után megjelent népiskolai tantervben a természetrajz tantárgy⁸ keretei között megjelenő, az életmóddal kapcsolatos ismereteket. Legkorábbi életkorban az iskolában az ABC-s könyvekből, azok egy-egy olvasmányából szereztek

⁷ Kornis (1913).

⁸ Az 1868-as Népiskolai Törvény végrehajtási utasításának 55. §-a következőképpen sorolja fel a községi elemi népiskolában „köteles” tantárgyakat: a) hit- és erkölcsstan; b) írás és olvasás; c) fejbeli és jegyekkel számolás, és a hazai mértékek és pénznemek ismerete; d) nyelvtan; e) beszéd- és értelem-gyakorlatok; f) hazai földleírás és történet; g) némi általános földleírás és történet; h) természettan és i) természetrajz elemi (különös tekintettel az életmódra és vidékre, melyhez a gyermekek nagyobb részének szülői tartoznak).

némi ismeretet a diákok, mint például az orvos gyógyító munkájáról szóló történetben. Az ismeretek mennyisége azonban elenyésző volt, a minősége kétséges, mivel az oktatási tervben kellő idő sem jutott az ismeretek átadásra és esetleges volt a téma felbukkanása. A legnagyobb problémát mégsem ez jelentette, hanem az, hogy a tanítók nagyobb része képesítés nélküli tanító volt, akik maguk sem voltak felvilágosultak a közegészségügyi és egészségügyi kérdésekben. A problémát mélyítette, hogy azokon a településeken működtek a képesítetlen tanítók, ahol a leginkább szükség lett volna a felvilágosító munkára.

A képesített tanítók korszerű és megfelelő ismeretekkel rendelkeztek, mivel része volt tantervüknek a modern egészségtani ismeretek tananyaga. Sőt az orvoshiányt pótolva feladatuk közé tartozott a lakosság felvilágosítása és az azonnali, sürgős esetekben az ellátás.⁹ A községek életében is szerepet kellett vállalniuk, hogy a kitűzött közegészségügyi célt segítsék működésükkel, azaz a magyar lakosság halálozásának csökkentésében aktívan részt vettek.¹⁰ Ezt igazolja a Néptanítók Lapjában folyamatosan megjelenő kifejezetten egészségügyi problémákat feldolgozó cikkek, tanulmányok sora, amelyet a tanítók publikáltak. Közegészségtani szempontból azonban, ha infrastrukturálisan vizsgáljuk a tanítás módját, akkor egyáltalán nem megfelelő módon folyt az oktatás (főként falun): ablaktalan, fűtetlen, zsúfolt helyiségekben tanultak osztatlan csoportban a gyermekek. Főként ott jelentett problémát, ahol már maga az épület sem volt alkalmas a tanításra, és hiányoztak az iskolai padok és felszerelések is. A Közegészségügy figyelme kiterjedt az épület egészségtanra is, így volt ez a gyermekintézmények (iskola, óvoda) esetében is, ahol típusterveket adtak ki, így Gönczy Pál, VKM államtitkárának ajánlásának megfelelően. Természetesen ott ahol új iskolaépületet tudtak felállítani megvalósultak az egészségtani előírások, de az országban sok esetben a nem iskolának (városban lakóházak, falvakban pajta) készült épületek álltak rendelkezésre.

A felvázolt rossz állapotot javítva az elemi iskolákra is kiterjesztették az iskolaorvosi munkát (az 1906. február 17-ei hatállyal kelt, 14.532 sz. rendelettel), ami egy újabb szakaszaként értelmezhető az iskolaorvosi munkának, azonban az orvosok tevékenysége csak a szűrővizsgálatokra korlátozódott. Az ismeretek átadásának rendszere továbbra sem változott meg, sőt az egyházi fenntartású iskolák még inkább korlátozták az ismeretanyagot, mivel féltették a gyermekek hitét és hitéleti meggyőződését. A széles néprétegek számára nyújtott egészségtani ismeretek kibővítésére tett intézkedés – az 1929-ben kiadott rendelet¹¹ – adhatott volna segít-

⁹ *Tigyi* (2011a:86–91).

¹⁰ *Tigyi* (2011b:225–234).

¹¹ 1929. évi 410-05-333. számú VKM rendelet, amely „A népiskolai iskolaorvosi tanfolyamok szervezéséről” szól. Eszerint a tanfolyam két részből állt, az iskolaorvosi képzésből (alsó és középfokú iskolaorvos), melyet egy félévre terjesztett ki, és a középiskolai egészségtan tanári tanfolyamból, de erről most nem rendelkezett a rendelet, amit terveik szerint egy újabb féléves tanfolyam keretében kellett volna elvégezni a jelentkezőknek.

séget, de a kialakuló és mélyülő gazdasági világválság korlátozta a lehetőségeket, ezért az elemi iskolákban folyó egészségügyi ismeretátadásban jelentős változás nem is állt be a vizsgált időszakot tekintve, 1945-ig.

Egészségügyi ismeretek a tanító- és az óvóképzésben

Az egészségügy mint tantárgy elsőként a tantervi rendszerben, és kötelező tantárgyként való oktatása a *tanítóképzőkben* és a *kisdedóvóképzőkben*¹² kezdődött a 19. század első felében. Az oktatásban nagy hangsúlyt kapott ez a tantárgy egészen a századfordulóig, amikor is a tanítóképzőben megszüntették az egészségügyi kötelező oktatását (1902) és választható ismeretté vált, ezzel azonos időben az óvóképzőkben viszont egyre hangsúlyosabb lett a tantárgy és jelentősen emelkedett az óraszám is. A megszüntetést követően már nem volt kötelező és alapozó tantárgy, az új tantervben már más néven szerepelt: „Test és egészségügy” címen, és magasabb évfolyamra került az oktatásban, egyben választható tárggyá változott, az 1903. évi 41 081 számon kiadott rendelet szerint, ami a tanító és tanítónőképzők tantervéről rendelkezett. Minden olyan ismeretet tartalmazott, mely feltétlenül szükséges volt a mindennapi egészséges életvitelhez, és az egyén egészségben való megtartásához.

A Kisdedóvóképzésben folyamatosan jelen volt az egészségügy, sőt az 1936. évi XXIII. tc. a kisdedóváról szóló 1891. évi XV. tc. némely rendelkezéseinek módosításáról szóló törvény, egyértelműen a Belügyminisztérium alá sorolta a kisdedóvókat. Az oktatási és nevelési feladatok ellenőrzése, felügyelete a VKM alá tartozott továbbra is. A változás nem tűnt jelentősnek, azonban az óvónői állások pályázatában egyértelműen kitüntetett helyen szerepelt az egészségügyi végzettség. Azokat a pályázókat részesítették előnyben, akik képesítésük mellett valamilyen egészségügyi gyakorlattal is rendelkeztek.¹³ Megszaporodtak azok a kötelező egészségügyi tanfolyamok is, amelyeken az óvónőknek részt kellett venniük kötelező jelleggel. Johan Béla¹⁴ államtitkárként tervezett intézkedései is az óvónők egészségügyi felkészültségét kívánta bővíteni, egyrészt a képzési idő növelésével, azaz az egészségügyi gyakorlati idő meghosszabbításával, és ez a tervezett hosszú klinikai gyakorlati idő kivitelezhetetlen maradt.

¹² A mai nevén Óvóképző.

¹³ Baranya megyei Levéltár iratai, Közegészségügyi Iratok. dr. Szűts István államtitkár levele, 1928. szeptember hó 20. – a VKM felügyelete alá tartozó kisdedóvók köztisztasági és közegészségügyi ellenőrzés, az általa megbízott szakorvos jelentése alapján szerzett tapasztalatok, hiányosságok tárgyában. A m. kir. Tanfelügyelőnek címezve.

¹⁴ Johan (1932).

A kisdédóvók/óvodák szerepe az egészségnevelésben

A kisdédóvást hazánkban sajátos helyzet jellemezte működésének első szakaszában, 1828 és 1868 között. Mint oktatási és nevelési szintér sajátos területen kívüliség jellemezte éppen ezért vált a népnevelés meghatározó területévé. Az óvodák elsődleges funkciója a gyermekek védelme, őrzése volt, és mint alkalmas intézet az elemi oktatást is pótolta, helyettesítette.¹⁵ A kisdédóvókban, ekkor még a karonülő gyermektől, 1 évestől, egészen a 9 éves korú gyermekig részesülhettek a nap-pali ellátásban.

Az óvoda funkcióját tekintve, gyermekvédő-gyermekmegmentő intézetté vált, ami áttételesen a nemzet megmentését jelentette, és éppen ezért a magyar nemzeti politika egyik sarokköve lett.

Az 1868. évi népiskolákról szóló törvény módosította a kisdédóvók működését a tanköteles kor törvényben való szabályozásával, így a 6. életévüket betöltött gyermekek iskolakötelesek lettek. Teljesült Zsoldos János¹⁶ korábban megfogalmazott egészségfenntartó intelme, melyben óvja a szülőket, hogy gyermekeiket ideje korán szellemi vagy fizikai munkára fogják, vagyis „a gyermek hadd játszon még gyenge korába, Hat esztendő előtt ne add Oskolába” letisztultak a funkciók.

Az intézetek tartalmi munkájában is változás állt be, a modernségével és újszerűségével egyre nagyobb teret hódító Fröbel-gyermekkertek és eszméi terjedtek az országban, de erőteljes törekvést láthattunk a sajátos magyar arculatú óvodák karakteres megjelenítésére is, mely a játékot, a kézimunkát, az értelem- és beszédgyakorlatokat helyezte előtérbe.¹⁷ A mindennapi szokások kialakításában a tisztságra és rendre való nevelés, szoktatás határozott követelményként fogalmazódott meg. A gyermekektől való számonkérés áttételesen a szülők nevelését is jelentette. Az óvodák számának szaporítását követelő cikkek, feliratok sokasága jelent meg a korabeli folyóiratok, szaklapok hasábjain. Követelték a közegészségügyi érdeket szolgáló intézmény elterjesztését és erre buzdító felszólító felhívással például a Közegészségügyi Kalauz¹⁸ oldalán is találkozhattak az olvasók.

A nemzetmentő funkciója emelkedett a középpontba, ennek bizonyítékeként szolgál a 20.101/1887. sz. Belügyminiszteri rendeletet, melyben a falvakban felállítandó intézetekre fogalmaz meg ajánlást: A kisdédóvók (gyermekkertek) és menedékházak ügyében „Az országos kisdédóvó egyesület folyamodványában közvetlenül fordult hozzám, feltűnő nagy gyermekhalandóságra és az ebből száрма-

15 T. Pusztafalvi (2009:74–85).

16 Zsoldos (1818: 99).

17 Ballai (1916:45) és a VKM miniszterének a Közoktatás Állapotáról szóló és az országgyűlés elé terjesztett huszonegyedik jelentése, Budapest, 1892. Összegzi a jelentés, hogy milyen típusú intézmények voltak országosan, „Fröbel-féle irányzat [...] 359, a közönséges régebb típusú [...] 303, és csak gondviselés (gyermekmenhelyi) irányúak [...] 219 tartozott”.

18 Felhívás kisdédóvók terjesztése ügyében címmel jelent meg dr. Serley Sándor mohácsi járási orvos tollából, *Közegészségügyi Kalauz*, 1885. március 1.

zó nemzeti veszélyre, melynek megakadályozását a falusi gyermek-mendékházak felállításában látja...”

Az 1876. évi Közegészségügyről szóló törvény már szabályozta a közösségi színtereken való részvételt, és támogatólag fogalmazta meg, hogy egészséges gyermekek mehetnek csak a közösségbe, egyben a szülőknek gondoskodni kellett a beteg gyermek gyógykezeléséről.

Az első kiseddóvásról szóló törvény, az 1891. évi XV. törvénycikk, melyben a legjelentősebb kötelezvény, intézkedés a gyermekek érdekében történt, hogy kötelező óvodaállítást írt elő minden településen, községben, ahol a gyermekek napközbeni felügyelete nem volt megoldott. Csáky Albin, Vallás és Közoktatásügyi Miniszter az alábbi okokat sorolta fel a kötelező óvodaállítással: fő tényező az öt éven aluli gyermekek közel 50 százalékos halandósága, mely veszélyt jelentett az egész nemzet számára, aztán a kellő gondozás biztosítása a gyermekek számára, egyben a magyar nyelv, és a szellemi képességek fejlesztését hangsúlyozta.

A részletes utasításban fogalmazták meg az előírásokat, az étkezés, a tisztaság a levegőzés és a játék mint fizikai aktivitás rendszeres tevékenységének szükségességét. Csak az óvodák számának növekedése még nem jelentette a magyar népesség egészségi állapotának javulását. Az 1920-as években, a törvény végrehajtási utasításának betartását vizsgálták országszerte, ennek eredményét röviden összefoglalva a következőket találtam a VKM államtitkárnak leírásában.¹⁹ Részletesen, pontokba szedve írta le az óvodákban talált általános hiányosságokat, „...az udvar napos, nem fásított, úgyhogy a gyermekek szabad levegőn való tartózkodása éppen nyáron válik illuzórikussá, az óvónő nem viheti ki az égő napra a gyermekeket...”, majd a továbbiakban azt olvashatjuk, hogy nincs elegendő játékeszköz, és munkaanyag az alaki munkához, de ugyan így sem a pihenőhelyek, sem a fedett kancsók nem biztosítottak a gyermekek számára. „A szellemi túlterhelés sem ritka, mert egy óvodás gyermeknek évi 150 verset nem kell megtanulnia...” – írta az államtitkár. Az óvónők egészségügyi ismereteinek javítása is feladat volt, mert a kijelölt orvos nem tudott eleget tenni a kéthetenkénti látogatásnak, és az óvónőknek ismerniük kellett, hogy az alig gyógyult fertőző betegségéből lábadozó gyermeket nem fogadhatja be az óvoda. Ennek hiányossága sürgősen javítandó, folytatta jelentésében dr. Szűcs István, 1928-ban.

Az óvodák szerepét vizsgálva azt kell elmondani, hogy jelentős szerepet töltöttek be a lakosság egészségi állapotának javításában és egészségnevelésében, a versek és

¹⁹ Szűcs István (Szirák, 1867. júl. 23. – Bp., 1953. máj. 7.), politikus. A budapesti, a bécsi és a müncheni egyetemen folytatott tanulmányokat. Görög–latin szakos tanári oklevelének megszerzése után rövid ideig újságíró, majd gimnáziumi tanár volt. 1896-tól a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium szolgálatába lépett. Számos közoktatásügyi törvény és rendelet kidolgozója Apponyi Albert, Klebelsberg Kunó minisztersége idején. Mint helyettes államtitkár országgyűlési képviselő volt 1928 és 1935 között. A Nemzeti Egység Pártja legitimista csoportjához tartozott. Több oktatási intézmény létesítése fűződik a nevéhez.

beszédgyakorlatok gyűjteményes köteteiben, az óvodai nevelés vezérkönyveiben megkövetelt tudás, norma és értékrendszer is ezt igazolja.²⁰

Az iskolaorvosi hálózat és a középiskolai egészségtan oktatás

Az iskolaorvosi rendszer és az egészségtan oktatásának bevezetését heves vita előzte meg, melyet a korabeli lapok hasábjain folytattak szakemberek, pro és kontra érveket felvetve. A vita egyik részről arról folyt, hogy milyen széles körben legyen bevezetve az egészségtan tantárgy, a másik részről, hogy ki legyen a hiteles közvetítő személy. Az orvosi kör is felemelte szavát jó néhány észrevétellel, melyben ők is követelték az egészségtan rendszeres tantárgyi formában való bevezetését: „...ohajtjuk, hogy az egészségtant az iskolákba bevigyük előadása általánosan rendszeresítve legyen a középiskolába, sőt annak elemi alapjait az elemi iskolába megvettessenek. Hogy az orvosi kör, midőn az egészségtan tanítását a középiskolában szorgalmazza, ugyanezt méginkább szükségesnek és sőt nélkülözhetetlennek tarja a felsőbb tanintézetekben, Szemináriumok, preparendumok [...] oktatási rendjében... Az egészségtan csak szakképzett, szabályszerűleg vizsgázott, s egyáltalán kelően képesített egyén által tanítassék, különben az egész csak félrendszabály, kárba vesztett munka volna. ...Az egészségtan oly fontos, mint bármilyen más tantárgy”²¹ – olvashatjuk a Közegészségügyi Kalauz oldalain, 1882. évben, az orvosi kör nevében Jurkiny Emil és Barbás József tollából született cikkben. Végül Trefort Ágoston vallás és közoktatási miniszter zárta le a vitát, mikor is meghirdette a középiskolai iskolaorvos és egészségtan tanár tanfolyamot, végzett orvosok részére, így a feladat az intézményes nevelésben az orvosok kezére szállt. A nevelés színtere pedig a középiskola VII. és VIII. évfolyama lett, az ő számukra nyújtottak lehetőséget az egészségteni ismeretek megszerzésére, és ennek részletes kidolgozására az iskolaorvosokat jelölte meg. A középiskolai szintérre Trefort²² érvei szerint azért került a tárgy oktatása, mivel Európa más országaiban – Németország, Franciaország és Anglia – ezen a szinten vezették be, másrészt az elit nevelése, képzése a középiskolákban történik és az ő kezükbe kerül majdan a nemzetnek irányítása. Természetesen nem elhanyagolható az a tény sem, hogy az államnak leginkább a középiskolákra volt befolyása, mivel a hazai középiskolák jelentős részét birtokolta, főként állami és államilag támogatott egyházi gimnáziumok működtek Magyarországon.

²⁰ Szerdahelyi (1891).

²¹ Közegészségügyi Kalauz, 1882. február 27. p. 1.

²² 1885. évi 20 018 számú rendelettel került bevezetésre a középiskolai egészségtan tantárgy oktatása.

Az iskolaorvosi képzést a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem Orvosi Karán és a kolozsvári Orvostudományi Karon is meghirdették. Az iskolaorvosi és középiskolai egészségtan tanári tanfolyamra való felhívást a Közegészségügyi Szemle hasábjain tették közzé.²³ A meghirdetett maximális tanfolyami létszám 20 fő volt. A Fodor József vezetésével induló oktatás biztosíték volt a minőségi képzésre, továbbá Kármán Mór, aki a pedagógiát oktatta, hasonlóan Dollinger Gyula (orthopédus) és Csapodi István (szemész) személye is. A fél éves képzést két részből álló vizsga zárta, egyik az iskolaorvosi munkára vonatkozott a másik részében az egészségtan tanításával kapcsolatos tudásról kellett beszámolniuk a vizsgázóknak.

A bevezetés első éveiben szinte elenyésző volt az egészségtan tárgyat hallgató középiskolás diákok száma.²⁴ A tanulmányi előmenetel szempontjából sem volt meghatározó, heti 1 vagy 2 tanórát jelentett, ugyan érdemjegyes értékelés történt, de nem számított be a tanulók tanulmányi átlagába. A tanórákra délután, általában 3 és 5 óra között került sor, ami szintén nem tette motiválttá a középiskolásokat a tárgy lehallgatására. Formai és szervezési elemek alapvetően hátrányos helyzetet teremtettek az egészségtan tantárgy számára, de ezt még növelte, és nagyobb problémát okozott az orvosok pedagógia képzetlensége.

A Trianon utáni közoktatásügy átrendeződése az iskolaorvosi tanfolyamok átszervezését is megkívánta, a lebonyolítása azonban a négy orvosegyetem kebelén belül maradt. Az intézmény vezetőségének hatáskörében döntötték el a tanfolyam meghirdetését, a minisztériummal való egyetértésben. Végül az 1933. évben látzott rendeződni az iskolaorvosi és egészségtan oktatásának intézményrendszere, a rendszeresített tanfolyam új struktúrájával – bevezetésre került a kötelező pedagógiai gyakorlat, a hospitálás, és a mintatanítás –, amelyet a képzők biztonságos, és egységes működése tett teljessé. A rendszer szerkezeti stabilitása után a második világháború miatt bekövetkezett változások (iskolák, internátusok katonai célokra való áttengedése) ismét csak a rendkívüli tárgyakat érintette hátrányosan, mivel először ezeknek az oktatását hagyták el.

A fentiekén túl meg kell említenem még néhány fontos eseményt az iskolaorvosi intézményének történetében: például a *leánygimnáziumokra* is kiterjedt a figyelem, azaz 1920-ban, az 115 252 számú VKM rendelet szerint elrendelték, hogy a leánygimnáziumokban lehetőleg nő tanítsa az egészségtan tantárgyat és lássa el az iskolaorvosi feladatokat. Ugyanígy az állami *ipariskolákban* is alkalmazásba kerültek az iskolaorvosok, heti 1 órában tanították az egészségtant és főként a balesetek megelőzésére és munkaegészségügyi kérdésekre fókuszáltak az oktatás során. A *polgári leányiskolákban* is kötelező volt a heti egy egészségtan óra a ne-

23 *Közegészségügyi Kalauz*, 1885. augusztus 20. 20 018 sz. rendelet. Az egészségtan oktatása tárgyában.

24 Az Iskolai Értesítő Füzetek tanulmányi előmenetelének soraiban rögzítették az egészségtant lehallgatott tanulók nevét és érdemjegyét.

gyedik osztályban, ezt Budapesten az orvosok (nem képzett iskolaorvos) végezték tanterv alapján, de itt az iskolaorvosi teendőket már nem látták el.

Az iskolaorvosi preventív szűrővizsgálat tevékenysége ugyan nem terjedt el minden iskolatípusban, azonban az egészségtani ismeretek oktatása végül minden oktatási intézményben teret kapott. Az egészségtan oktatási tartalma és annak mélysége nem csak iskola típustól függött, hanem az oktatást végző orvos személyétől is, ilyen ismert és kiváló, elkötelezettje volt az iskolaügynek Németh László, aki pedagógia újításaival meghatározó alakja volt az egészségnevelésnek. Fontos feladatának tartotta a szülők egészségtani ismeretének emelését, melyet az általa meghonosított szülői értekezleteken végzett. Sok kiváló iskolaorvos nevét lehetne megemlíteni, akik más területen is jelentőset alkottak és írták be magukat az orvoslás történetébe, mint Juba Adolf, Bárczy Gusztáv, a nők közül Hugonnay Vilma és Pikler Emmi neve emelhető ki a jeles egészségnevelő tevékenységet végzettek közül.

Összegzés

A magyar lakosság egészségügyi felvilágosítása a preventív egészségfelfogás szemléletének átadása ha nem is a kitűzött szinten valósult meg, de visszavonhatatlanul beleivódott a magyar közoktatási/köznevelési rendszerbe. Annak ellenére, hogy a mai napig nem találta meg ideális helyét és súlyát az oktatási szinteken, s a tudás-átadó, információ közlő hiteles személye sem tisztázott, az egészségtani ismeretek oktatását szükséges tevékenységként kezelik a pedagógusok és az egészségügyi szakemberek egyaránt. Fontos lenne a tartalmi kérdésekben is megállapodni és azokat a prioritásokat meghatározni az ideológiai nézeteken felülemelkedve, mely a felnövekvő magyar lakosság egészségi állapotát befolyásolja, és számára majdan lehetővé teszi a gazdag valódi minőségi életet. Ehhez viszont hiteles és komplex tudással rendelkező – egészségügyi és pedagógiai jártassággal bíró – személy lenne a megfelelő, aki a különböző nevelési színtereken átívelő szakember szerepét töltené be, személyisége és kompetenciái garanciát jelentene a sikeres egészségfejlesztésre, azaz az egészséges és boldog emberek kinevelésére.

TIGYINÉ PUSZTAFALVI HENRIETTE

IRODALOM

- BALLAI KÁROLY (1916) *A magyar kisednevelés fejlődéstörténetének vázlata 1843–1914*. Budapest, Athenaeum.
- BÉKEFI REMIG DR. (1912) *Orvosok, betegségek és gyógyítás Magyarországon az Árpádok korában*. Budapest, Franklin Társulat Ny.
- JOHAN BÉLA (1932) Nemzetközi tapasztalatok a kiseddóvás ügyében, *Egészség*, Negyvenkettődik könyv. Franklin Társulat.
- KORNIS GYULA (ed) (1913) *Az 1777-ik Ratio Educationis*. Katolikus Középiskolai Tanáregyesület.
- KAPRONCZAY KÁROLY (2001) Fodor József és az iskola-egészségügy In: *Neveléstörténeti Kaleidoszkóp. Középkortól napjainkig*. Budapest, OPKM. (Neveléstörténeti Konferenciák.)
- KRAFFSZKY JÓZSEF (1893) A Kiseddóvás akadémiai hazánkban. Esztergom. (Különlenyomat a *Magyar Sion* 1893. évi folyamából.)
- MANN MIKLÓS (ed) (1987) *Oktatástörténeti koncepciók a dualizmus korából*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- SZERDAHELYI ADOLF (1891) *Kisednevelés és módszertan kézikönyve, óvóképző-intézetek, szülők és gyermekmenedékházak számára*. Budapest, Révai testvérek.
- T. PUSZTAFALVI HENRIETTE (2009) A kiseddóvás Magyarországon a dualizmus idején. Egy pécsi magánintézet története. *Pécsi Szemle*, Tavasz.
- TIGYI ZOLTÁNNÉ (2011a) Egészségtan tanítása a Tanítóképzőkben a 19. században használt tankönyvek alapján. In: PINCZÉSNÉ PALÁSTHY I. (ed) *A református tanítóképzés múltja, jelene, jövője*. Debrecen.
- TIGYI ZOLTÁNNÉ (2011b) Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmustól a második világháború végéig. *Egészség-Akadémia*, No. 3.
- ZSOLDOS JÁNOS (1818) *Diaetetica avagy Az Egészség fenntartásáról való Rendszabások*. Az iskolák számára készítette orvos doctor Zsoldos János, Sárospatakon.
- ZIMMERMANN JAKAB (1845) *Egészség és rögtöni esetek gyógytana, elemi tanítók s a nép boldogulását szíven viselő minden honfinak számára*. Pesten, Eggenberger J. és fia.



„Az iskolai tér összetarthatja a közösségeket is”

Interjú Sanda István Dániellel, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Kar Neveléstudományi tanszékének adjunktusával

Educatio: Az iskolaépületre mint társadalmi vonatkozású térre tekintenénk most. Hogyan képeződhet le egy épületben az, amit egy adott kor az oktatásról gondol?

Sanda István Dániel: Történetileg szemlélve a kérdést egy érdekes kuriózzal kezdhetünk. Mai tudásunk szerint a legelső tanterem, amiről tárgyi emlékünk is van, Zimri-Lim, a Mari királyság utolsó uralkodójának palotája, aki Kr. e. 1765–1760 között uralkodott. A múlt század elején kiásták ezt a hatalmas területen föllett objektumot és ami igazán meglepő, hogy a tantermet rendkívül impozáns helyen, a trónterem közelében alakították ki. Ez az első ma ismert tanterem. Persze, ebben a korban, egy szoba méretű tanteremben nem tömegek tanultak, hanem az uralkodó és közvetlen hozzátartozóinak a gyermekei. Ily módon egy kor iskolaépítészete jelzi az oktatásnak tulajdonított szerepet. Ez az ásatások alapján rekonstruált magas szintű mezopotámiai kultúra nyilvánvalóan megkívánta írástudó, tehát képzett személyek biztosítását. Egyrészt a vezetők utánpótlását, másrészt azokat, akik ezt a birodalmat működtetni tudják. A több mint tizenötezer fellelt agyagtáblán talált szövegek rekonstruálásából, leírásokból azt is tudjuk, hogy az alacsonyabb szintű írnokok (ma úgy mondanánk, köztisztviselők) képzése viszont már a templomban folyt. *E: Ezek szerint az iskolaépület egy adott korban nemcsak az oktatás fontosságát, hanem elitizmusát is szimbolizálja?*

S.I.D.: Igen, később a tömegoktatás persze teljesen mást jelent. De már korán megjelenik a két elkülönülő szint. A felső szintű képzés megjelenése a templomokban még mindig csak a kiválasztottak nagyon szűk körét érintette. Ezt azért is érdemes hangsúlyoznunk, mert az iskola, általában a pedagógiai tér a szakrális tér egyik leágazása. A templomtér mint elsődleges közösségi tér már itt, a sok isten hitű pogányság körében is tanteremként működött hét közben. Ez az emberiség története során jelen van az egyiptomiaknál, látjuk a kereszténység megjelenésével és ezt találjuk az első plébániai templomok megépültével is. A mi történelmi tanulmányaink között is szerepel, hogy Szent István elrendelte, hogy tíz falu építsen egy templomot. A templomban – hétköznapiakon – folyó oktatás a helyi plébános vezetésével a klerikus utánpótlás biztosítását is szolgálta, hiszen szertartások, szentmisék általában hétvégén zajlottak. Ez a folyamat egyébként korábban kezdődött. Nagy Károly udvari embere, Alkuin szervezte meg azt a plébániai iskolarendszert, amelyet Szent István kétszáz évvel később adaptált.

E: Hogyan mutakozhat meg ez a kettős funkció az épületekben?

S.I.D.: Ha megnézzük, hogy a középkorban melyik a legkorábbi, általunk ma ismert tanteremről szóló ábrázolás, akkor a St. Gallen-i kolostor tervrajzát kell elővennünk, ahol a

klauzúra, tehát a kizárólagosan szerzetesek számára fenntartott belső tér határán jelenik meg a tanterem. Két oldalról van bejárata, bentről a klerikusok, kintről a világiak tudnak bejárni. Ez a tanterem egy mai fogalmaink szerinti átlagos méretű tanterem helyisége. Fontos, hogy mivel a diákok jó része bentlakó volt, a tanterem körül hálófülkéket alakítottak ki. Következésképpen ennek a teremnek a falain nincsenek ablakok s a tanuláshoz szükséges fényt, természetes megvilágítást roppant korszerű módon, tető bevilágító ablakokkal oldották meg. Így megfelelő tájálással a tetőablakokon keresztül soha nem volt vakító napsugárzás, ám mindig volt elegendő fény és ki lehetett szellőztetni ezt a tágas tantermet.

E: Az iskola tere itt nyilván közösségi térként is funkcionál, a szocializáció alapvető terepeként. Mennyire volt fontos az egyházi iskola-építészetben a közös tér? Érzékelhető is, hogy az egyházi iskolák időszakának épületei szorosabbra fogják a nevelési teret?

S.I.D.: Természetesen az azzal jár mindennapos együttlét, hogy a diákok jelentős része bentlakó, a tartós közösségi élet egészen másra szocializál, mint a mai modellek. Nagyon érdekes belegondolni abba, hogy Korzenszky Richárd egykori bencés főapát hogyan nyilatkozik arról a pluszról éppen a lelki egészség vonatkozásában, amit az egyházi iskola nyújt.¹ Ő nyilvánvalóan a bentlakásos bencés gimnáziumot tekinti ebben az értelemben mintának és példának. Mindenesetre ez a fajta iskola a szocializáció és a lelki egészség szempontjából egy nagyon fontos és kiemelkedő állomás.

E: Az egyházi oktatás időszakában mik lettek a meghatározó irányok?

S.I.D.: Iskolaügyben a protestantizmus hozott óriási változást. Luther Márton reformátori tevékenysége elválaszthatatlanul összefonódott az anyanyelvi iskolák létesítésének igényével. Az anyanyelvi oktatást elsődlegesen preferáló lutheránus teológiát folytatja majd a tizennyolc évvel fiatalabb Kálvin János Genfben, az általa alapított főiskolán. Az egyházi intézményekben a reformációt követően egy óriási fellendülés kezdődik tehát az iskola építése, minősége, szerkezete, a tananyag korszerűsége, összességében az iskolaügy fontossága szempontjából. Erre adott választ 1599-ben a Ratio Studiorum, a jezsuiták világtanterve, ami utána hosszú ideig szintén meghatározó lett. Tehát a katolikusok és protestánsok még egészen a tizenkilencedik századig kézből tartják az oktatásügyet.

E: Hasonló iskolákat is építettek?

S.I.D.: Az épületek szerkezeti kialakításában nagy különbség nem volt. Ha a magyar viszonyokat vizsgáljuk, akkor például a Pannonhalmi Bencés Gimnázium és a Debreceni Református Kollégium összevetésében azt látjuk, hogy mindkét helyen voltak felívelő szakaszok és voltak nagyon nehéz időszakok. Debrecenben az iskolaépület – amit a tizenharmadik századtól a reformátusoknál kollégiumnak, az evangélikusoknál pedig líceumnak nevezünk – időről időre szükséges megújítására, bővítésére szinte kivétel nélkül mindig akkor került sor, amikor már az épület az összedőlés, az életveszély határán állt. Ez első sorban az anyagi erők hiányával magyarázható. Ilyen szempontból a bencés gimnázium sokkal szerencsésebb helyzetben volt, viszonylag kiegyensúlyozottnak mondható anyagi háttér, rendezett feltételek mellett működött. Ott egy valamelyest egyenesebb vonalú fejlődést látunk az épület szerkezete, a tér bővülése szempontjából az új pedagógiai követelményeknek való megfelelés tekintetében is. De azért tudjuk, hogy a Debreceni Református

¹ Idézi: Zrinszky László (2006) *Nevelélmélet*. Budapest, Műszaki Kiadó. p. 25.

Kollégiumban a tizenkilencedik században megépített auditórium, a szertárak és későbbi laboratóriumok a legkorszerűbb eszközökkel felszerelt, kiváló tanulási lehetőséget nyújtó helyek voltak. A kép tehát rendkívül differenciált és nagyon kor, illetve helyzetfüggő.

E: Az állami iskolának épült épületekben máshogyan alakul a tér szimbolikája, mint az egyházi intézményekben?

S.I.D.: A tér fizikai értelemben, a falak és a szerkezet alig változik vagy nagyon sokszor csak kényszer hatására, amikor ezt már a tűrhetetlen higiénés állapotok megkövetelik. De ha erre a kérdésre a mentális oldalról szeretnék választ adni, arra tehát, hogy lelki értelemben mit jelent az iskola épülete, akkor egy kicsit későbbi, de rendkívül beszédes példát mondanék. Ha rápillantunk a huszadik század eleji magyarországi helyzetre azt látjuk, hogy a trianoni diktátum után az ország kétharmadnyi területének elcsatolásával nem csak a korábban létesített tanítóképzőket veszítettük el, hanem az iskolák jelentős részét is, miközben az itt maradt területek nagy részén (a török dúlás óta mindig is elhanyagolt Duna–Tisza köze, a hatalmas Alföld és egy kis zalai terület) semmilyen fejlesztés nem történt. A nagyobb településeken kívül nem voltak templomok, még kápolnák sem. Klebelsberg zsenialitását bizonyítja, hogy az 1926–30 között zajló iskolaépítési akcióval, melynek során néhány éven keresztül a költségvetés több mint tíz százalékát iskolaépítési célokra fordították, ötezer létesítmény (3475 tanterem és 1525 tanítói lakás) épült fel. Korábban azokon a területeken, ahol nemhogy templom, még kápolna sem volt, iskola pedig egyértelműen nem lehetett, a gyermekek nem tudtak tanulni. Az 1920/21-es tanévben a tanköteles korúak 2,7 százaléka nem járt iskolába, és a hat évesnél idősebb népesség 15,2 százaléka analfabéta volt, amivel az akkori magyar kormány aligha büszkélkedhetett, csak ilyen nagymértékű építéssel vált orvosolhatóvá. Csakhogy megjelenik itt egy nagyon fontos dolog: az iskolaépítési akció keretében, központi tervezéssel, típustervek alapján készült korszerű téglapépületek tervezése három és öt kilométeres körzeteket kijelölve² úgy történt, hogy a tanterem végében volt egy kis kápolna, amit egy tolóajtóval hét közben bezártak, és hétvégén kinyitva a tanterem szakrális térré vált. Nem egyházi épületek voltak tehát, mégis a lelki egészség szempontjából is meghatározó jelentőséggel bírt. Ezt a fontosságot azzal lehet érzékeltetni, ha tudjuk, hogy azokon a vidékeken belátható távolságban az egyetlen téglapépület az iskola volt. Egy tágas és világos általában 6,3 x 10 m-es terem, három és fél méteres belmagassággal, hat nagy méretű, két méter magas ablakkal. Impozáns, szép épület, hozzá tanítói lakással. A környéken lakó családok vasárnaponként ide jártak istentiszteletre, beültek az iskolapadba, összenyitották a termet a kápolnával és a gyermekek részt vettek a szülőkkal a szertartáson. Amikor a gyermek hat éves lett és tankötelessé vált, az iskolába már úgy ment, hogy az számára jól ismert hely volt, a kántortanítót már nagyon sokszor látta, ismerte, miközben az, mint a liturgiában közreműködő személy a tekintélyt is megtestesítette. Vagyis arra a kérdésre, hogy miért volt olyan eredményes ezekben az iskolákban a pedagógiai munka, azt a nagyon kézenfekvő választ adhatjuk, hogy a gyermekek „előkészítve” kerültek az iskolába. Ezzel magyarázható, hogy azok a generációk, akik ilyen osztatlan iskolában együtt tanultak egy

² Ha a körzetben – az utolsó három év átlagát számítva – legalább 20 család vagy 30 tanköteles lakott, viszont nem volt a befogadásukra alkalmas iskola, elrendelte annak építését.

kántortanító irányításával, nem érezték hátrányát később annak, hogy ők nem egy nagy iskolaépületben kezdték a tanulmányaikat.

E: Mindez elsősorban talán nem is az egyházi kapcsolódásról szól, hanem arról is, hogy az iskola mennyire engedi magához közel a családot. Nevelési irányzatok épülnek arra, hogy az iskola életébe vonódjon be a család élete is. Én itt látok egy párhuzamosságot.

S.I.D.: Valóban így van. Ma, amikor itt az ELTE Tanító- és Óvóképző Karán arról beszélgetünk, hogy ez mit is jelent, az előadásaimon rendszeresen kitérek arra is, hogy a leendő tanítóknak a legnagyobb problémát nem az iskolai tanulmányaikat kezdő kisdiákok, hanem az ő szüleik fogják jelenteni. Tapasztalatunk, hogy az iskolai nevelés-oktatás eredményességének egyik feltétele a szülők bevonása a pedagógiai munkába, együttműködő attitűdjének kialakulása, hogy egy nyelvet beszéljünk. Igaz az is, hogy a reformpedagógiai irányzatok gyakran ebben is megelőzik a közoktatási állami intézményeket. Persze, egy-egy ilyen iskolához, hasonló mentalitású és értéksemléletű családok kapcsolódnak. Könnyebb hasonlókat közt megtalálni a közöset, mint a tömegoktatás sokféleségében. Ha a lelki egészségről gondolkozunk, kiragadott példaként had említsem meg, hogy például a Waldorf-iskolák pedagógusai elvárják az intézményükbe járó gyermekek szüleitől, hogy az otthonaikban ne legyen televízió.

E: Ezek a reformpedagógiai irányzatok az épületeikben is képviselik azt, amit az iskoláról gondolnak?

S.I.D.: Ez a kérdés attól függ, honnan tekintünk rá. Ha a reformpedagógiai irányzatok nemzetközi vonulatát vizsgáljuk, akkor a legszebb példák művészi, esztétikai, térformálási szempontból mindenképpen a Waldorf-intézmények épületei. Maga Rudolf Steiner tervezte az 1913-ban épült első Goetheanumot, melyet 1925-ben a vasbeton tartószerkezetű második Goetheanum megépítése követett, amelynek felavatását már nem érte meg. A Waldorf-pedagógia tereiről képek nélkül nagyon nehéz beszélni, de az építészeti megoldások közül talán a legszembeötlőbb az iskolaépületek falain a vízszintes és függőleges élek, illetve derékszögű falsarkok találkozásának hiánya. Ahol ez elkerülhetetlen – pl. az ablakok kávéinál –, ott amennyire a tartószerkezet anyaga megengedi, lekerekítik ezeket az éleket. A tudatos tervezéssel kialakított megoldások kapcsán megfigyelhetők az organikus rendre, a fokozatokban megnyilvánuló növekedés, változás kifejezésére irányuló formaalkotó törekvések. Az újonnan kialakított épületek körütekintő adaptációja a táj és az épület közvetlen környezetéhez harmóniát áraszt, és a világ rendezettségét sugallja a látogató számára. Belépve az iskolába meglepetéssel tapasztaljuk, hogy a termekben a padok elhelyezése megegyezik a hagyományos iskoláéval; szabályos rendben, frontálisan, a tanárral szemben, annak tekintélyét hangsúlyozva állnak. A különbség az, hogy a tekintély itt nem „hivatali”, hanem az antropozófiára alapozódó „igazi emberismeretből” fakad – mondja Steiner. Magyarországon az első Waldorf-iskola a Kis-Svábhegyen működött a két világháború között. Ez az épület egy tanítási célra átalakított kastély volt, tehát nem is követelhetjük meg ezen a téren azokat az elvárásokat, amelyeket Steiner megfogalmazott. Ha néhány évtizedet tovább lépünk és megnézzük a solymári Waldorf-iskola épületét, mint az első Magyarországon megépült Waldorf-iskolát, akkor nagyon jól látszik, hogy mennyire különbözik a hagyományos iskolaépülettől. Azok a terek, amelyeket ott látunk, maximálisan alkalmazkodnak a gyermek életkori sajátosságaihoz, érzelmi világához és a

lehető legteljesebben igyekeznek harmonikusan fejleszteni a személyiséget. Mindennek természetesen az ősatyja Steiner adta meg az alapját azzal, hogy megindokolta, hogy milyen életkorban, mit, hogyan és miként kell művelni a pedagógiában, miközben mindezt holisztikus szemlélettel a pedagógiai térre is kiterjesztette.

E: Milyen társadalom-szemléletről tanúskodnak a Kádár-rendszerben épült iskolák? Mit gondol a politika ekkor az oktatásról?

S.I.D.: A Ratkó-korszakban született gyermekek 1960-ban és az azt követő tanévekben váltak tankötelessé. Akkor egyetlen szempont lebeghetett az államvezetés szeme előtt: elegendő tantermet és széket biztosítani az iskolában történő „leültetésükhöz”. Ez abban az időszakban lehetetlenné tette, hogy minőségi szempontok előtérbe kerüljenek, ami nem menti fel a politikai vezetést, de nem lennének igazságosak, ha elsősorban a minőséget kérnénk számon. Ugyanakkor az is igaz, hogy miközben az építészek is tisztában voltak a kényszerhelyzettel, új koncepciót dolgoztak. 1965 és 1968 között Jeney Lajos vezetésével egy építész csoport UNESCO ösztöndíjjal Nyugat-Európában és Amerikában vizsgálta a legkorszerűbb iskolaépületeket. Hazahozták, leírták ezt a koncepciót, ami akkor íróasztalfiókba került, de a korszerű szemlélet alapján épülnek ma is a legkiválóbb iskolák. Ezt az intézménytípust ÁMK-nak, Általános Művelődési Központnak nevezték el. Itt az iskolaépülethez szervesen kapcsolódik a tornacsarnok, a könyvtár, az előadóterem, az uszoda, az összes kiszolgáló helyiség. Egybeépül benne az óvoda, alsó és felső tagozat, jó esetben gimnáziummal is kiegészülve. Egy ilyen intézménytípusban a költséghatékonyság, üzemeltethetőség, gazdaságosság mellett a különböző életkorú gyermekek, testvérek együtt lehetnek. Nagyon sok ilyen épült az országban, főleg vidéken és jól működnek, sőt ezek az épületek még a mai, többszörösére emelkedett energia- és üzemeltetési költségek mellett is gazdaságosan fenntarthatók.

E: Mára a fenntarthatóság, költséghatékonyság követelménye is kapcsolódik az iskola-építéshoz? Ez is egyfajta társadalmi értéket, elvárást képvisel?

S.I.D.: Mindenképpen. Jó példa erre a problémára az egykori Kossuth Zsuzsa Egészségügyi Szakközépiskola Bécsi úton álló épülete. A Szent Margit Kórház szomszédságában áll ez a szép iskola, amely több mint kétezer négyzetméter hasznos alapterületű kiválóan tervezett épület. Közvetlen kapcsolata van a kórházhoz, hatalmas aulája a közösségi tér számára. Csakhogy, az építés, 1988 után eltelt tíz év és kiderült, hogy az energia-árak emelkedése következtében a működtetés és a fenntartás költségei szinte megoldhatatlan nehézségeket jelentenek, holott szerkezeti szempontból, funkcionálisan a pedagógiai tér korszerű igényeit maximálisan kiszolgálja. Ne feledjük: ez az egyetlen olyan iskolaépület, amelyik építészeti dívdíjat kapott. Azonban az elmúlt évtizedekben nyilvánvalóvá vált, hogy a piaccgazdaság törvényei a középületek, közöttük az oktatási intézmények fenntarthatóságát, üzemeltethetőségét is meghatározzák. Iskolaépületet ma már csak energiatakarékos, alacsony energia igényű vagy passzív ház típusú épületben szabad megtervezni.

E: A több funkció összevonása már felveti azt a kérdést, hogy kié az iskolaépület? Mennyiben a helyi közösség tere, hogyan tud ezen igényeknek megfelelően alakulni, főként a kistérségekben?

S.I.D.: A Jeney Lajos és munkatársai által kidolgozott koncepció alapján – az elmúlt évtizedekben – több száz komplex oktatási intézmény valósult meg.

Ha a legújabb példákat nézzük, akkor az Algyőn épült Fehér Ignác Általános Iskolát említeném, mint egy minden szempontból korszerű, igényes a mai előírásoknak teljes mértékben megfelelő, sőt azt messze túlszárnyaló iskolaépületet, amely mindemellett az energiatakarékos, fenntartható épület irányába is közelít. Megtalálható benne az uszoda, ebédlő, díszterem színpaddal – mindez számos funkció ellátására ad lehetőséget.

Különösen a kistélepüléseken fontos az anyagi erőforrások koncentrálása, így hát iskolát építeni is csak úgy érdemes, ha ahhoz legalább egy nagy terem kapcsolódik, amely közösségi rendezvényeknek is teret ad, s van benne könyvtár, internet-terem, lényegében mint egy kultúrházban. A régi, szocializmus alatt épült kultúrházak ugyanis nemcsak erőlcileg avultak el, hanem ötven-hatvan év alatt maga az épület is megérett a bontásra (műszaki értéke annyira lecsökkent, hogy azt már gazdaságosan felújítani aligha lehetséges). Az iskolai tér viszont ezekkel a kiszolgáló egységekkel bővítve nem csak a gyermekek számára biztosít lehetőséget nagyon sokféle tevékenységre, hanem közös programok révén összetarthatja a családokat, helyi közösségeket is. Úgy gondolom, ma erre szükség van, mert egyre kevesebb időt töltenek a szülők a gyermekeikkel és ennek minden negatív következménye nyilvánvaló.

E: Az utóbbi években az önkormányzatok által építtetett iskolák ki tudják szolgálni a helyi közösséget? Ebbe az irányba halad ma az iskola-építéset?

S.I.D.: Ma viszonylag kevés iskola épül, mert a tanköteles korba lépő populációk létszáma évről-évre csökken, ami ennek sem kedvez. Vannak azonban követésre méltó kezdeményezések, remek épületek. De láthatunk nagyon negatív folyamatokat is. Egy ilyen neurálgikus pontnak találom a kilencvenes évek második felétől induló tornaterem-építési programot. Ennek kapcsán nagyon sok funkcionálisan és szakmailag félresikerült megoldás született, amelynek hátterében – általában – az „én házam az én váram” polgármesteri szemléletmód állt, amely az építészeti szempontokat is a maga hatáskörébe sorolta.

E: Az iskola-építési és működtetési döntés és igény most az önkormányzatoktól az államhoz kerül. Ez már nem a helyi közösségek iskolája lesz?

S.I.D.: Igen, új helyzetet jelent, hogy január óta a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ átvette az iskolák jelentős részének irányítását. Nem tudom, hogy ez hogyan hat majd az új iskolák építésére, de remélem, hogy az iskola a hozzá funkcionálisan kapcsolódó kiszolgáló egységekkel (uszoda, ebédlő, díszterem stb.) továbbra is a helyi közösségek összetartozását erősítő intézmény lesz. Számomra az az izgalmas és fontos kérdés – amit nagyon szeretnék látni –, hogy olyan bölcsődei, óvodai és iskolai terek épüljenek, amelyekben a korszerű pedagógiai módszerek kompromisszumok nélkül megvalósíthatók. Olyan tágas, élhető, többfunkciós terekkel, melyekben a felnövekvő generációk személyisége harmonikusan fejlődik, ahol érvényesül a magas esztétikai igénytel kialakított tanulási környezet nevelő hatása. Láthatunk erre jó példákat a magyar iskolaépítészeten, a magyar építésetek mindig a világ élvonalába tartoztak.

„Az újabb pedagógiai koncepciók mentén feloldódnak az osztálytermek falai”

Interjú Csillag Katalinnal és Gunther Zsolttal, a 3H Építésziroda vezető tervezőivel

Educatio: Ezt az interjút megelőzően az iskolaépítészet történeti alakulásáról folytattam beszélgetést. Most pedig a kortárs építészek szemén keresztül néznénk rá arra, milyen igények mentén lehet ma iskolát tervezni, építeni? Milyen iskolaépületeket terveztek a közelmúltban?

Csillag Katalin: Két iskolánk valósult meg a közelmúltban. Az egyik egy Csornán épült, értelmi fogyatékosokat fogadó speciális iskola.³ Itt egy helyszínen két iskoláról volt szó, amelynek nagyobbik részét Karácsony Tamás tervezte és a kisebbiken dolgoztunk mi. Ebben a feladatmegosztásban mi lényegében osztálytermeket és mellékhelyiséget terveztünk, míg az egyéb funkciók, mint a tornaterem, étkezdé a másik épületben kaptak helyet. Ez egy viszonylag kis intézmény volt. A másik, sokkal komplexebb tervezési feladat a Mexikói úton működő Mozgásjavító Általános Iskola⁴ fejlesztése volt. Itt már adott volt egy Lajta Béla által tervezett, 1908-ban megépült műemléképület, mellette pedig egy másik, az Uzsoki Kórháztól az intézmény céljaira átadott szintén műemléki védettségű épület. A feladat a két műemléki épület összekötése volt, ami egy igen speciális téri helyzetet eredményezett. Számolnunk kellett nemcsak egy meglévő telek-adottsággal, hanem mindeközben a két, integrálásra váró műemlék épület jellemzőivel is. Az épületek egyébként a századforduló környékén épültek, ebből adódóan funkciójuk korszerű betöltésére teljesen alkalmatlanok. Folyamatosan használták ugyan, de annyi nehézség árán, hogy az ma már szinte elképzelhetetlen.

E: Mindkét esetben fogyatékkal élő gyermeket fogadó intézményről van szó. Milyen szemléletmód mentén alakulnak itt a terek? Egyfajta szeparálás, elzárás, védelem, vagy épp a társadalmi integrálás, láthatóság biztosítása a cél?

Gunther Zsolt: Csornán a kapcsolódás, társadalmi beágyazódás automatikusan adódott, hiszen maga az épület olyan környezetben van, amely a kisvárosi szövetnek része. Abban a pillanatban, amikor a tanulók az utcára kilépnek, szomszédokkal, ismerősökkel találkoznak. Mivel ráadásul egy kis telekről van szó, a környezetbe illeszkedés óhatatlanul megvalósul, nagyon evidensen történik a telekhatások közti átmozgás. Ezáltal az egész intézmény szervesen kapcsolódik magához a városhoz is. Más a helyzet a mozgásjavító iskola esetében, hiszen ott a gyerekek helyzete épp abban speciális, hogy nehezebben tudják a helyüket változtatni. Ott egy más formában kellett megvalósítani a kapcsolódást a társadalmi környezethez. Ezt képviselik a speciális diákotthonok, amelyeknek épp az a céljuk, hogy felkészítsék a tanulókat a kinti életre. Egy ilyen program indult volna el óvodai

³ Arany János Általános Iskola, Csorna.

⁴ Mozgásjavító Általános Iskola, Szakközépiskola, Egységes Gyógypedagógiai, Módszertani Intézet és Diákotthon, Budapest.

szinttől, ám pénz hiányában végül az általános iskolától kezdődően valósult meg, egészen addig a szintig, amikor felsőfokú továbbtanulás, vagy szakmatanulás során az itt felkészített gyerekek már kint, a társadalomban is meg tudják oldani az életüket. Erre készíti fel őket folyamatosan, módszeresen ez az iskola.

E: Hogyan tudja egy építész a saját koncepciójába beépíteni a későbbi felhasználó felől érkező elvárásokat? Mennyire pontosan megfogalmazott igények ezek?

Cs.K.: A csornai iskola esetében ez a külső elvárás kevésbé volt erős. Építésként a kapott alapinformációk alapján a mi hozzáadott értékünk az volt, hogy aránylag zárt, védett terek jöttek létre. A mozgásjavító iskola esetében azonban egy országos nyílt tervpályázatból indulva képzeltük el, hogy szerintünk mi is volna a legjobb, leginkább megfelelő megvalósítás. Az igazgatóval történt folyamatos konzultációk során azonban hamar világossá vált, hogy több ponton nagyot tévedtünk és az engedélyezési terv szintjére már az így módosított koncepcióval jutottunk el. Ebben az esetben maga a megrendelő adta át, hogy mit is jelent mozgássérülteknek tervezni, nemcsak technikailag, vagy a tér kialakítását tekintve, hanem azt is, hogy mindennek milyen pedagógiai programhoz kell illeszkednie. Ezen információk alapján egy lényegesen más struktúrát adtunk az épületegyüttesnek. Az átadott elvárás, koncepció alapvetően azt jelenti, hogy az ott tanulók többsége mozgásában súlyosan korlátozott ugyan, de szellemileg ép, a fő cél tehát felkészíteni, megtanítani őket az életre: hogyan kell viselkedni a boltban, hogyan főzzenek, hogyan alakítsák tevékenységüket a lakáson belül. A diákokthoznak mindezt meg kell adni számukra, miközben az iskola a normál iskolához hasonlóan a komplett oktatást, szigorú tanmenetet biztosítja, jóllehet időben kissé elcsúsztatva. A diákokthoz azért is fontos az integrációban, mert a családok nem feltétlenül tehetik meg, hogy egy ilyen mértékben átalakított környezetet biztosítsanak a gyerekeknek, ahol meg tudja tanulni például a speciális konyha használatát.

E: Meglévő oktatási épületekhez igazodva, sőt azokat pótolva kellett újakat létrehozni. Mik voltak a fő különbségek a régi és új iskolaépületek között? Hogyan lehet koncepciójában eltérő épületek között mégis egységet találni az új épület tervezése során?

Cs.K.: Nagyon komoly különbségek vannak. A meglévő iskolatípus számomra inkább a katonai kaszárnyákhoz állt közelebb. Ugyanakkor a legtöbb funkcióval – például bentlakás, étkezés – épületen belül rendelkezett. Közösségi tere lényegében nem volt, bár azt a legtöbb régi iskolaépületre elmondhatjuk. Az én egykori gimnáziumomban is külső színháztermet kellett bérelni egy-egy nagyobb rendezvény kapcsán, holott a közös tér élménye növeli azt az érzést, hogy jó itt tanulni, én tényleg ide tartozom és később remélhetőleg sokáig lesz kapcsolatom az intézménnyel, hiszen visszajönni is jó ide. A mozgásjavító iskola eredeti épületének is poroszos tanítási módhoz igazodó felépítése volt, aránylag keskeny folyosókból nyíló tantermekkel, ami azt feltételezi, hogy a termekben zajló oktatás a hangsúlyos és a közös térben, folyosón minél kevesebb dolog történjen, megelőzve a rendetlenséget, viselkedésbeli problémákat. Ráadásul ezeknek az épületeknek a szerkezete nem mobilis, a teherhordó szerkezet adott, mozdíthatatlan. Az új részben az összeállított és felénk közvetített igények alapján megvalósítottuk, hogy legyen egy központi tér, egy színházterem. Szüksége volt még az intézménynek egy menzára és egy fogadótérre is. Ezek voltak tehát az elvárások és ebből a három tér-részből csináltunk egy lényegében összenyitható tér-együttest. Fontosnak tartottuk, hogy egy olyan iskolában, ahol lényeg-

gesen nagyobb az egy főre jutó tanárlétszám, hiszen sokszor folyamatos fizikai segítség is szükséges a gyerekek mellé, mégis legyen olyan tér, ahol mindenki együtt lehet, például egy karácsonyi, évzáró, vagy ballagási ünnepségen. Ez tulajdonképpen egy építész által adott válasz volt az iskola által közvetített programra, hiszen lehettek volna a funkciók szeparáltak, mi mégis azt éreztük lényegesnek, hogy adott esetben összetartozzanak. Mindemellett az egész épületnek a kerttel is kapcsolata lett.

E: Más iskolaépületekben, vagy pályázatokban is látszik, ahogy a pedagógiai alapkoncepció meghatározza magát a teret is?

G.Zs.: Csinálunk néhány pályázatot külföldre is, Ausztriába, Észtországba ahol érzékelem ezt a különbséget. A pedagógiai alapkoncepció nagymértékben meghatározza az iskola jellegét. Annak tehát, hogy nálunk az iskolai térről főként a szigorú tantermes vonalban gondolkodnak az a gyökere, hogy a poroszos jellegű oktatásban a tanár áll a katedrán, ő tanít, a gyerekek tanulnak. Ebben az alaphelyzetben nincs egy oda-vissza kapcsolat, vagy együttműködésen alapuló viszony, vagy csak nagyon ritka esetben. Ebben a kontextusban valóban olyan tantermekre van szükség, ahol megfelelő az ülésrend, megfelelőek az irányok, mindennek adott a helye. Ez persze a mozgásjavító iskolában megváltozik, hiszen ott kiscsoportos foglalkozások vannak és egyes gyerekekkel sokkal intenzívebben kell foglalkozni. Ezáltal a határ tanár és a tanított között kezdett feloldódni. Azok az iskolák, amelyeket még csak terv, vagy kiírás szintjén látunk, sejtünk már teljesen más irányba mennek. Azt tapasztalom, hogy az újabb pedagógiai koncepciók mentén feloldódnak az osztályterem falai és azok egy olyan transzparens, virtuális dologgá kezdenek válni, amely lehetővé teszi hogy a diák láthasson az osztályterem falán túl is. A tanulók akár a tanórán is láthatják, mi zajlik odakint, vagy a folyosón, nem csak a szigorú figyelem-koncentráció határozza meg az oktatást, hanem valami más, nyitottabb szemlélet. Nem véletlen tehát, hogy amikor építészként a tér kapcsolódásait keressük, nyitunk kifelé, de azt csak olyan pedagógiai alapprogram mentén lehetséges, amely maga sem lezárt jellegű. A modell, amihez az épületnek igazodnia kell ugyanis erősen köt. A nyitásban mi például addig tudtunk elmenni, hogy a mozgásjavító iskolában megpróbáltuk minél több ponton az udvarra kijuttatni a gyerekeket és mivel ők mozgásukban korlátozottak, mindezt terem szinten igyekeztünk megvalósítani. Az emeleten pedig olyan teraszokat alakítottunk ki, amelyekre a szünetekben könnyen ki tudnak menni a szabad levegőre. Eddig jutottunk el, hiszen a pedagógiai koncepció kötött minket. Attól kezdve, hogy ez változik, az épületek is nagyot fognak változni, de én még nem érzem azt, hogy egy nagyon erős koncepcionális váltás lenne. A folyamatos együtt gondolkodáson alapuló partnerségi viszony pedig ma Magyarországon még nem igazán működik, ami persze nemcsak az iskolaépítészetre, hanem az élet egészére nagy kihatással van.

E: A nemzetközi pályázatok alapján milyen iskola-kép látszik kirajzolódni?

Cs.K.: Legutóbb Salzburgba, egy Tanárképző Főiskola számára készítettünk pályázatot, amelyben szintén a már meglévő intézményi részhez kapcsolódna az új épület, különböző szintű (továbbképzési és hagyományos egyetemi) oktatási funkciókkal. Ennek a programjában már nagyon komolyan hangsúlyozták a mobilis terek igényét. Másik tervünk egy Tartu-ba tervezett Waldorf-iskola volt. Tudjuk, hogy ez egy teljesen speciális irány, ahol még hangsúlyosabb a kint is bent is elv érvényesülése. Valóban alapelvárás volt, hogy

sokkal mobilisabbak legyenek a terek és ezek kiegészítői. A folyosó, vagy a tantermeket körülhatároló tér szerepe alapjaiban átvértékelődik. A tartui tervekben a Waldorf-program lehetővé tett egy sejtés szerveződést, nagyon intenzív kapcsolattal a külső terek, a kert felé. Olyan érdekes téri helyzetek valósulhattak meg így, amelyeknek az alapja az átlátás, áttekintés, átkacsintás más térrészekbe. Ez egy integratív szemléletmód, amely mind a pedagógiai programban, mind az építészeti megvalósításban érvényesül.

E: A szeparálás avagy integrálás, mint az oktatás fontos kérdése, építészeti szemléletként is megjelenik ezekben az épületekben?

Cs.K.: Igen, úgy látom, hogy ezek az iskolák jóval kooperatívabb tanítási módszert akarnak megvalósítani. Ha különböző képességű, háttérű gyerekek kerülnek egy osztályba, akkor ott kölcsönös fejlesztésre, egymástól tanulásra törekszenek. Mindehhez nyilván új típusú, csoportjellegű elfoglaltságok társulnak és ehhez szükséges biztosítani azt, hogy bizonyos tereket be tudjanak vonni az oktatásba. Anélkül, hogy teljes mértékben átlát-nám ezeket a pedagógiai koncepciókat azt gondolom, hogy egy ilyen integratívabb képzé-si mód követendő út lehet, hiszen a jelenlegi rendszerben a különbségek fokozódnak, az olló folyamatosan nyílik. A lemaradók egyre kevesebb lehetőséget kapnak, a jobb helyze-tűek oktatási körülményei egyre kiugróbbak.

Az interjúkat Veroszta Zsuzsanna készítette



A pedagógusmunka minőségét meghatározó tényezőkről¹

Az elmúlt évtizedekben az oktatáspolitikában is egyre inkább felértékelődött a tudományosan igazolt tényekre alapozott döntéshozatal, amelynek oka a komoly pénzügyi következményekkel járó, illetve az emberek sokaságának életfeltételeit súlyosan érintő oktatáspolitikai döntések megalapozása, hatékonyabb elszámoltathatósága.² Ezzel párhuzamosan az oktatási minőség és eredményesség súlyának folyamatos felértékelődése is tapasztalható, hiszen ezek a fogalmak szorosan összekapcsolódnak az oktatási rendszerek elszámoltathatóságának és értékelésének egyre fokozódó igényével. Az oktatási minőség és eredményesség pedig együtt jár a pedagógusok, a pedagógusmunka minőségével, ezért is tartjuk fontosnak a pedagógusmunka minőségét meghatározó tényezők feltárását.

A pedagógiai tevékenységek és viszonyrendszerek komplexitásából adódóan ahhoz, hogy a pedagógusmunka minőségének tényezőit fel tudjuk tárni több aspektus felől célszerű közelíteni a témához. A többféle megközelítési mód segítségével olyan komplex értelmezési keret állhat elő, amelynek egyes elemei támpontul szolgálhatnak a pedagógusmunka összetett értékeléséhez, és azoknak a területeknek a feltárásához, amelyek relevánsnak bizonyulnak a minőségi pedagógusmunkában, illetve amelyekre fokozottan érdemes figyelni egy, az adott tényezőkre irányuló empirikus vizsgálat során.

Értelmezési keret

A nemzetközi szakirodalomban a minőség, az eredményesség, a hatékonyság és a méltányosság fogalmai szorosan összefüggnek, így a minőségi oktatást is csak úgy lehet értelmezni, ha az oktatás egyszerre teljesíti az eredményesség, a hatékonyság és a méltányosság kritériumait.³ Csak akkor beszélhetünk minőségi pedagógusmunkáról, ha az eredményes, hatékony és méltányos is egyben. Ezek a fogalmak azonban többféle aspektusból is megközelíthetők, ezáltal a fogalmi keretek is rendkívül tágak és változatosak. Az *oktatási eredményesség* fogalma mögött mai napig nincs egyértelmű szakmai konszenzus, azonban általában az eredményeknek az oktatási célokhoz való viszonyát, vagyis az oktatási teljesítmény növelését okozó tényezők, valamint a teljesítménynövelést elősegítő mechanizmusok feltárását és felhasználását jelzi.⁴ Az *oktatási hatékonyság* az adott oktatási teljesítmény a

1 A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú *Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program* című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

2 Halász Gábor (2009) Tényekre alapozott oktatáspolitikai és oktatásfejlesztés. In: Pusztai Gabriella & Rébay Magdolna (eds) *Kié az oktatáskutatás? Tanulmányok Kozma Tamás 70. születésnapjára*. Debrecen, Csokonai Könyvkiadó. pp. 187–191.

3 Lannert Judit (2004) Hatékonyság, eredményesség és méltányosság. *Új Pedagógiai Szemle* 54. évf. 12. sz. 2004. december. pp. 3–15.

4 Horn Dániel & Sinka Edit (2006) A közoktatás minősége és eredményessége. In: Halász Gábor & Lannert Judit (eds) *Jelentés a közoktatásról 2006. 8. fejezet*. Budapest, Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.

lehető legkevesebb ráfordítással történő elérését, vagy adott ráfordítások melletti maximalizálását jelenti,⁵ míg a *méltányosság* az oktatáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségét teremti meg.⁶ Tehát az eredményes pedagógusmunka nem feltétlenül hatékony, ugyanakkor a méltányosság megjelenése az oktatásban bizonyíthatóan megtérül, hiszen a legjobban teljesítő oktatási rendszerekben együtt jár a magas oktatási teljesítmény és a méltányosság.⁷ Nem véletlen, hogy az oktatási eredményesség, mint a minőségértékelési rendszerek központi tényezője, sok esetben a minőség szinonimájaként jelenik meg, amelyben a méltányossági szempontok egyre inkább szerepet kapnak.

Ugyanakkor az utóbbi időben a minőség jelentéstartalmai nagymértékben kitágultak és egyre komplexebbé váltak. A minőség rendszerszemléletű megközelítésének elterjedésével a minőségi kritériumok napjainkban már magukba foglalják a tanulói teljesítmények konkrét vizsgálata mellett az iskola belső világát, küldetését, klímáját, vagyis a vezetéshez és a szervezeti kultúrához kapcsolható intézményi működés egészét, az oktatási rendszer mikro- és makroszintű szereplőinek és szintjeinek értékelését, a bemeneti és a kimeneti tényezők minőségét, illetve az ezekhez kapcsolható minőségbiztosítási eljárásokat, eszközöket, valamint a társadalmi és kapcsolati tőke tényezőit is.⁸

A minőség és az eredményesség szemléletbeli megközelítésének és jelentéstartalmának változása szorosan kötődik azokhoz a paradigmaváltásokhoz, amelyeket a pedagógiában, neveléstudományban, valamint a tanulási folyamatban tapasztalhatunk. A pedagógia jelentésének változása és a neveléstudomány helyének meghatározása kapcsán három fő, a minőség fogalmára is hatással bíró paradigma súlyponti eltolódásai érdemelnek kitüntetett figyelmet: 1) bölcsész paradigma, 2) természettudományos paradigma, és 3) társadalomtudományi paradigma.⁹ Emellett a tanulási-tanítási folyamatot azok a domináns paradigmaváltások is alakították, amelyek során a hangsúlyok a kezdeti gyakorlati célú aktivitások felől először az ismeretalapú, majd a tevékenységalapú, végül a kompetenciaalapú pedagógiai tevékenységek felé mozdultak el.¹⁰

Mindezek alapján úgy gondoljuk, hogy a pedagógusmunka minőségét három átfogó perspektívából érdemes szemlélni: 1) a pedagógusmunka rendszerszintű – horizontális és vertikális – tényezői, 2) a pedagógussá válás folyamatának szelekciós pontjai, valamint 3) a pedagógusmunkát meghatározó jellemzők felől. Az általunk felállított értelmezési keret megközelítési módjai nem elkülönülten, hanem számos elemükben egymáshoz kapcsolódva, egymást átfedve és kiegészítve értelmezhetőek, hiszen ugyanarra a jelentésvilágra fókuszálnak, nevezetesen a pedagógusmunka minőségét meghatározó folyamatokra és tényezőkre.

5 Báthory Zoltán & Falus Iván (eds) (1997) *Pedagógiai Lexikon*. Budapest, Keraban Könyvkiadó.

6 Lannert Judit (2004) Hatékonyság, eredményesség és méltányosság. *Új Pedagógiai Szemle*, 54. évf. 12. sz. 2004. december. pp. 3–15.

7 OECD (2012) *Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools*. Paris, OECD Publishing.

8 Balázs Ildikó & Horváth Zsuzsanna (2010) A közoktatás minősége és eredményessége. In: Balázs Éva & Kocsis Mihály & Vágó Irén (eds) *Jelentés a közoktatásról 2010. 9. fejezet*. Budapest, Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.

9 Erről bővebben lásd: Kozma Tamás (2013) *Pedagógiából neveléstudomány*. *Neveléstudomány*, 2013/1. pp. 91–105.

10 Nagy József (2010) *Új pedagógiai kultúra*. Szeged, Mozaik Kiadó.

A pedagógusmunka rendszerszintű (horizontális és vertikális) tényezői

Az oktatás rendszerszintű megközelítését jól szemlélteti az OECD indikátorfejlesztési tevékenysége, amely során kialakult az INES indikátorprogram komplex ökológiai modellje.¹¹ Ez a dinamikus keretrendszer az oktatási indikátorokat három dimenzió mentén sorakoztatja fel: 1) oktatási rendszer szereplői, szintjei 2) fókuszterületek, és 3) oktatáspolitikai perspektívák, kérdések.

Az indikátorrendszer az *oktatási rendszer szereplői* kapcsán négy szintet különböztet meg (egy mikro-, két mezo- és egy makroszintet):

- oktatás és tanulás egyéni szereplői (egyéni szint),
- intézményen belüli tanulási-tanítási környezet (osztályszint),
- oktatási intézmények és szolgáltatók (intézményi szint),
- oktatási rendszer egésze (rendszerszint).

A második dimenzióban három *fókuszterület* jelenik meg:

- tanulási és oktatási eredmények,
- oktatási eredményeket alakító oktatáspolitikai tényezők,
- oktatáspolitikai kontextusba helyezett előzmények, háttér- és keretfeltételek.

Az első két dimenziót ötvöző mátrixból jól kivehetők a minőségi pedagógusmunkát meghatározó tényezők, hiszen a pedagógusmunka két közvetlen szereplője (tanuló és pedagógus) direkt vagy indirekt módon valamennyi szinten megjelenik, így mindezen struktúrális tényezők nagymértékben befolyásolják a tanulási-tanítási folyamatokat (1. táblázat).

1. táblázat: Az OECD INES kétdimenziós (szintek, fókuszterületek) indikátormodellje

Szintek	Fókuszterületek		
	Tanulási és oktatási eredmények	Az oktatási eredményeket alakító oktatáspolitikai tényezők	oktatáspolitikai kontextusba helyezett előzmények, háttér- és keretfeltételek
Egyéni szint	Egyéni tanulási eredmények és megoszlásuk	Egyéni attitűdök, elkötelezettség, tanulási- és tanítási magatartás	A tanulók és tanárok háttérjellemzői (pl. szocioökonómiai háttér)
Osztályszint	Tanítási minőség (tanulócsoportok, programok eredményei szerint)	Nevelési, tanulási gyakorlatok, módszerek, osztálytermi környezet, tanulási-tanítási légkör	Tanulási- és munkafeltételek (pl. iskola vezetési politikája)
Intézményi szint	Iskolai szintű eredmények és teljesítmények	Az iskola szervezete, környezete, légköre	Az oktatási intézmények, szolgáltatók és közösségek jellemzői (pl. költségvetési források, autonómia)
Rendszerszint	Az egész oktatási rendszer átfogó eredménye (pl. társadalmi iskolai végzettség)	Rendszerszintű intézményi keretek, forráselosztások és szakpolitikák	Oktatási-, társadalmi-, gazdasági- és demográfiai kontextus (pl. GDP, állampolgári aktivitás)

Forrás: *Education at a Glance 2012. OECD indicators*. Paris, OECD Publishing, 2012. p. 17.

11 [1] OECD (2012) *Education at a Glance 2012. OECD indicators*. OECD Publishing, Paris; [2] Kádárné Fülöp Judit (2003) *Az OECD oktatási indikátor-programja*. In: Imre Anna (ed) *Jelzések az oktatásról. Oktatásunk helyzete az OECD adatainak tükrében*. Budapest, Országos Közoktatási Intézet. pp. 11–26.

Az első két dimenzió átívelő oktatáspolitikai perspektívák és kérdések szorosan kapcsolódnak a minőséghez, annak tartalmi elemeihez. Ennek értelmében ezt a dimenziót az alábbi tényezők alkotják:

- oktatási eredmények és ellátások minősége,
- oktatási eredmények egyenlősége és méltányos oktatási lehetőségek,
- erőforrás-gazdálkodás megfelelősége, eredményessége, hatásossága és hatékonysága.

Pedagógussá válás folyamatának szelekciós pontjai

Általánosságban elmondható, hogy a tanári minőség szorosan összefügg a pedagógussá válás szelekciós pontjaival. A pedagógusmunka minőségét három alapvető és egymással szorosan összefüggő szelekciós pont határozza meg: 1) toborzás, 2) felkészítés, és 3) pályán tartás. Ezen szelekciós folyamatok tényezői alapvetően befolyásolják egymást, és minden esetben mikro, mezo- és makro szinten is beágyazottak.

A első minőségi szelekcióra a *toborzás* fázisában, vagyis a pedagógusképzésre történő jelentkezéskor adódik lehetőség, amikor is a bekerülési folyamat kritériumrendszere (szakmai és pedagógiai alkalmasság, képességek stb.) alapján kerül sor a leendő pedagógusok kiválasztására.

A második szelekciós pontot a *felkészítés*, vagyis a pedagógusképzés és -továbbképzés rendszere adja, ahol alapvető kérdés, hogy a képzési struktúrák és tartalmak mennyiben képesek színvonalas, gyakorlatorientált szakmai és pedagógiai tudással felvértezni a tanárjelölteket és a már pályán lévő pedagógusokat, továbbá mennyiben tudnak hatékony segítséget nyújtani a pedagógusok folyamatos szakmai és pedagógiai fejlődéséhez. Tehát itt a szakmai-fejlesztési, értékelési és visszacsatolási kritériumok szerepe jelenik meg hangsúlyozottan.

A harmadik szelekciós fázis a *pályán tartás* feltételrendszere mentén érhető tetten, hiszen a pedagógus helyzetét és a pedagógusmunkát közvetlen és közvetve befolyásoló külső feltételrendszerek, a pedagógusmunka objektív és szubjektív életfeltételei alapvetően meghatározzák a pedagóguspálya karrier-lehetőségeit. Ilyen kulcsfontosságú tényezők a demográfiai folyamatok, a pedagógustársadalom összetételének változásai, a munkaerő-piaci helyzet (foglalkoztatási és kereseti viszonyok), a pedagógusmunka anyagi és társadalmi megbecsültsége, a munkaterhek és munkakörülmények.

Mindhárom szelekciós pont esetében felmerül a kérdés, hogy elég vonzó-e a tanári pálya a legrátermettebbek számára, vajon a pedagógusmunka minősége milyen jellemzők mentén ragadható meg, és ezek a jellemzők miként mérhetőek. A pedagógusmunka szorosan összekapcsolódik a tanárok minőségének mérhetőségi problémáival, azonban ezekre a módszertani problémákra jelen írás kereteiben csak utalás szintjén térünk ki.

A pedagógusmunkát meghatározó jellemzők

Közismert tény, hogy az oktatáspolitikai által befolyásolható tényezők közül az egyik legfontosabb a pedagógus minősége. A pedagógusok minőségével foglalkozó empirikus kutatások nagy része az eredményességet a tanulók tanulmányi teljesítményével, illetve teszteredményeivel méri, amely így a pedagógusok minőségének leggyakoribb eredményességi indikátora is egyben.¹² A kutatási eredmények egyöntetűen megerősítik, hogy a tanárok-

¹² Természetesen az eredményességnek egyéb mutatói is lehetnek, mint például továbbtanulás, iskolai továbbhaladás, lemorzsolódás, jövőbeli bérek.

nak meghatározó hatása van a tanulók fejlődésére, az egyes tanárok eredményességében jelentős különbségek vannak.¹³

A kutatók általában egyetértenek abban, hogy a pedagógusok minőségét leíró jellemzők két fő csoportba sorolhatók:¹⁴

1) Empirikusan megfigyelhető és mérhető jellemzők, amelyek közül a leginkább vizsgált tényezők:

- tanárképzés és szaktárgyi tudás,
- képesítés szintje,
- tudományosan tesztelt tanári képességek,
- tanítási tapasztalat,
- szakmai továbbképzés.

2) Empirikusan nem, vagy csak közvetve és nehezen megfigyelhető és mérhető jellemzők:

- verbális készségek,
- kommunikációs készségek,
- csapatmunkára való képesség,
- osztálytermi gyakorlatokban való jártasság,
- a tanulókkal folytatott közös munka, együttműködés motivációja,
- a tanulók sikeressége iránti elkötelezettség,
- rugalmasság,
- kreativitás,
- feladatorientáltság,
- tanítási célok távlatossága.

A tanári munka minősége a megfigyelhető és a nem megfigyelhető jellemzők kombinációjából áll össze. Az eddigi hazai és nemzetközi kutatások az empirikusan könnyebben mérhető tényezők és a tanulói teljesítményekkel mért tanári eredményesség összefüggései kapcsán sokszor ellentmondásos eredményeket hoztak.¹⁵ Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a tanári munka minőségének pusztán a mérhető jellemzők alapján történő értelmezése bizonytalan eredményekre vezethet, és nem szabad megfeledkezni arról sem, hogy a hasonló kvalitású tanárok munkájában is jelentős minőségi különbségek lehetnek.¹⁶ A kevésbé megfigyelhető és mérhető pedagógiai készségek a tanári tevékenység olyan lényeges, jól elhatárolható és elsajátítható komponenseit jelentik, amelyek a tanítási-tanulási folyamat során különféle kombinációkban alkalmazhatók.¹⁷

13 Hermann Zoltán (2010) *A tanárok hatása a tanulói kompetenciák fejlődésére. Zárótanulmány*. MTA Közgazdaságtudományi Intézet, TT 1008. számú produktum.

14 Santiago, Paulo (2002) *Teacher Demand and Supply: Improving Teaching Quality and Addressing Teacher Shortages*. OECD Education Working Papers, No. 1.

15 A pedagógusok gyakorlati idejére, tanítási tapasztalatára vonatkozó kutatási eredmények kivételével, ahol a kutatások egyértelműen azt mutatják, hogy a pályájuk első néhány évében lévő tanárok eredményessége alacsonyabb, azonban a gyakorlati idő hatása a későbbiek folyamán elhanyagolhatóvá válik. További általános hazai és nemzetközi eredmény, hogy az iskolákon belül legalább akkorák a tanárok minőségbeli különbségei, mint az iskolák között. A nemzetközi kutatási eredményekről színvonalas összefoglalást nyújt (hazai kutatási eredményt is felmutatva): Hermann Zoltán (2010) *I. m.*

16 Rivkin, Steven G. & Hanushek, Eric A. & Kain, John F. (2005) *Teachers, Schools, and Academic Achievement*. *Econometrica*, Vol. 73, No. 2. (Mar., 2005), pp. 417–458.

17 Falus Iván (1986) *A mikrotanítás elméleti és gyakorlati kérdései*. Budapest, Tankönyvkiadó Vállalat.

A pedagógusmunka minőségének másik fontos sarokköve a tanulási környezet, amely két aspektusból közelíthető meg:¹⁸

1) A tanítás technológiája

- *Tanítási-tanulási gyakorlatok*: a tanárok és diákok közötti interakciók; az osztályterekben használt anyagok és források; a diákok által végzett tanulási feladatok jellege.
- *Tudományos standardok és értékelési gyakorlatok*: kurrikulum tartalmak és továbbhaladási követelmények; a tanulói fejlődés értékelésének módszerei (pl. tesztek, házi feladatok).
- *Osztályméret és tanári munkaterhek*.

2) Iskolai környezet

- *Partnerkapcsolatok*: a szülők és a helyi közösségek közreműködése (az iskola és a helyi közösség, az iskola és az üzleti élet; az iskola és a család partnerkapcsolatai).
- *Kortárs csoportok hatásai*.
- *Iskolák belső szervezete, vezetés, tudományos normák*.
- *Biztonság*.
- *Lehetőségek minősége*.

Mindez azt is jelenti, hogy a tanítás minősége a tanári munka megfigyelhető és a nem, vagy csak közvetve megfigyelhető jellemzőinek, valamint a tanítási környezet tényezőinek (tanítási eszközrendszer és iskolai környezet) komplex kombinációjából áll össze.¹⁹ Nem csoda, hogy a hazai és nemzetközi kutatások sorra világítottak rá arra, hogy nincs olyan egységes mutató, amellyel a pedagógusok teljesítménye, eredményessége, munkájának minősége egzakt módon mérhető lenne.²⁰

Komplex értelmezési keretrendszer

A pedagógussá válás szelekciós pontjai, az oktatási rendszer szintjei és a pedagógusmunkát meghatározó jellemzők komplex keretrendszert alkotnak (1. ábra).

A komplex értelmezési keretrendszer egyes elemei között nem húzható éles választóvonal, hiszen például az osztálytermi/iskolai tanulási-tanítási folyamatok interakciói nem csupán a négy fal között zajlanak, hanem az oktatási rendszeren belül is.²¹ A minőségi pedagógiai munkához, a tanulók tudásának, képességeinek és készségeinek fejlődéséhez a személyes adottságok, a család anyagi, társadalmi és kulturális viszonyrendszere, a társadalom, az oktatáspolitikai, és nem utolsósorban az iskola és a tanárok pedagógiai munkája is nagymértékben hozzájárul. Mindez a tág és komplex értelmezési keretrendszer akár értelmezhető egy olyan pedagógiai kultúraként is, amely magában foglalja mindazon pedagógiai tényezőket, amelyek a pedagógiai munka során látnak vagy manifeszt módon megjelennek. Ebben az értelemben a pedagógiai kultúra részét képezik többek között a pedagógusképzés és az osztálytermi pedagógiai tevékenységek folyamán átadott, illetve

18 Santiago, Paulo (2002) *Teacher Demand and Supply: Improving Teaching Quality and Addressing Teacher Shortages*. OECD Education Working Papers, No. 1.

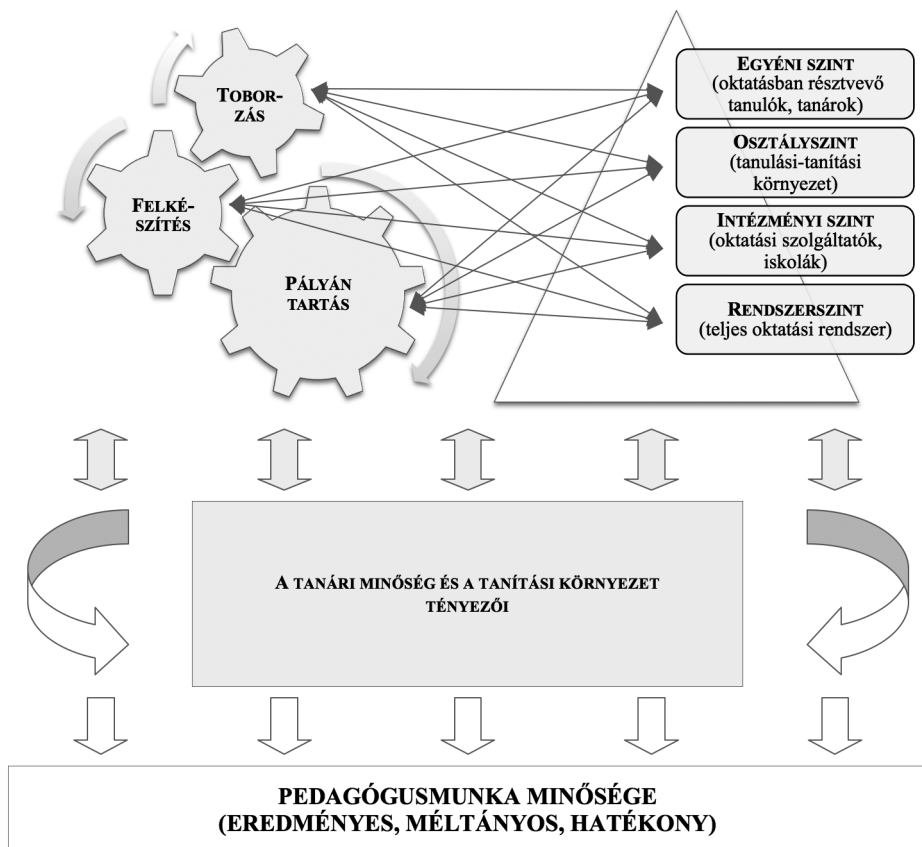
19 Uo.

20 Lásd például: [1] Darling-Hammond, Linda (1999) *Teacher Quality and Student Achievement: A Review of State Policy Evidence*. Center for the Study of Teaching and Policy. University of Washington; [2] Lannert Judit & Nagy Mária (eds) (2006) *Eredményes iskola. Adatok és esetek*. Budapest, OKI.

21 Archer, Margaret S. (1995) *Realist social theory: the morphogenetic approach*. Cambridge, Cambridge University Press.

megszerzett szakmai és pedagógiai kompetenciák, az alkalmazott oktatási-nevelési programok és módszerek, a motivációk, ambíciók és tanítási attitűdök, az oktatási szereplők közötti együttműködések, kapcsolatok.

1. ábra: A pedagógusmunka minőségének komplex értelmezési keretrendszere



Természetesen ez a komplex értelmezési keret nem azt jelenti, hogy egy empirikus kutatás során számba kellene venni minden, a pedagógusmunka minőségét befolyásoló tényezőt. Ugyanakkor ez a keret segítséget nyújthat abban, hogy a pedagógusmunka értékelése kapcsán milyen szinten, mit és hogyan vizsgáljunk. Az egyértelműnek tűnik, hogy egy olyan komplex, kvantitatív és kvalitatív kutatási elemeket ötvöző vizsgálat vezethet csak eredményre, amely a két időpont között mért egyéni szintű tanulói teljesítmények különbsége mellett figyelembe veszi az egyén és az iskola szocioökonómiai helyzetét, illetve összetételét,²² valamint az osztálytermi folyamatokat, az iskolai légkört, és a gazdasági-társadalmi kontextust is.

Széll Krisztián

22 Ez (értsd: tanulói teljesítmény változása és szocioökonómiai háttér) a hozzáadott érték modellek (VAM-modellek) alapvető kiindulópontja.

Az aktív állampolgárságra nevelés diák szemmel¹

A modern demokratikus társadalmak működésének egyik alapvető eleme a közügyekben történő aktív állampolgári szerepvállalás. Az iskolai demokrácia, valamint a diákok demokratikus állampolgárságra nevelése világszerte egyre fontosabb célként jelenik meg. A gazdasági-politikai folyamatok megértése, a megváltozott munkaerő-piaci igények követése, az élethosszig tartó tanulás szemlélete egyre inkább felértékeli a kritikai gondolkodást, a közügyekben való szerepvállalást, a hatékony kommunikációs képességet, valamint a változások iránti fogékonyságot.² A fiatalok esetében még fontosabb célként jelenik meg azoknak a mechanizmusoknak a begyakorlása és internalizálása, melyek hozzájárulnak a felelős, aktív állampolgárság fejlesztéséhez. A demokratikus és felelős állampolgársággal járó kompetenciák pedig fejleszthetők,³ mely tanulási folyamathoz a család és a kortárs-csoport mellett az iskola is jelentős mértékben hozzájárulhat.

Az állampolgárság fogalmának értelmezése nem egységes. Mivel tartalmára több tényező is hatással lehet, így jelentése országonkénti eltéréseket mutathat. Kerr szerint az állampolgárság fogalma az elmúlt időszakban jelentős változáson ment keresztül: a korábban csupán jogi státusként értelmezett fogalom elmozdult egy cselekvést hangsúlyozó irányba,⁴ melynek kapcsán olyan új tartalmak kerültek előtérbe, mint a közösségi aktivitás, valamint a civil társadalomhoz kapcsolódó különféle tevékenységek.⁵ Jelenleg az állampolgári nevelés alá tartozik minden olyan tudás és készség, melynek birtokában az egyén szerepet tud vállalni a társadalmi és politikai életben. Az ilyenfajta nevelés tehát nemcsak az egyének politikai- és egyéb jogainak és kötelességeinek ismeretét, hanem az olyan cselekvéseket, értékeket és képességeket is magába foglalja, melyek képessé teszik az egyént a közösségi tevékenységekben, a civil társadalomban, valamint a döntések befolyásolásában való aktív részvételle.

A közoktatási szakemberek egyetértenek abban, hogy az iskolának meghatározó szerepe van a demokratikus értékek és magatartásformák átadásában. Magyarországon az állampolgári ismeretek oktatása már az 1978-as tantervben is helyet kapott, 1995-től pedig a Nemzeti Alaptanterv *Ember és társadalom* műveltségi terület részeként jelenik meg. Ugyanakkor az állampolgári ismeretek tanítása mind a mai napig bizonytalan terület, nem integrálódott szervesen az iskolák működésébe.⁶ Ennek hátterében minden bizonnyal az áll, hogy 1) a társadalomismeret jellemzően a történelemoktatás keretein belül jelenik meg, így nem kap kellő hangsúlyt a tantervben; 2) a társadalomismeretet tanító pedagógusok

1 A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 azonosító számú *Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program* című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

2 Széger Katalin (2012) *Oktatáspolitikai ajánlás a demokratikus állampolgárságra nevelés fejlesztésére az alap- és középfokú oktatás terén*.

3 OFI (2009) *Ájánlások az aktív és felelős állampolgárságra nevelés stratégiájához*. Budapest, Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.

4 Kerr, D. (2008) Hatást gyakorolni a világra. Az aktív állampolgárságra nevelés új koncepciója. *Új Pedagógiai Szemle*, No. 11–12. pp. 92–106.

5 Kinyó László (2012) *Az állampolgári kompetencia egyes összetevőinek és a közösségi tevékenységformák jellemzőinek vizsgálata a 7. és 11. évfolyamos tanulók körében*.

6 Csernyus László: *A társadalomismeret modul tantárgy bevezetésének első tapasztalatai*.

többször megkapják ezt a feladatot, vagyis lényegében „rájuk kényszerítik” ennek a tantárgynak az oktatását. Gyakori probléma az is, hogy 3) a pedagógusok nehezen tudják szétválasztani a napi politikai állásfoglalást a politikai rendszer működésének ismertetésétől, így inkább arra törekszenek, hogy a témakört az iskola falain kívül tartsák. Ráadásul 4) nem feltételezhetjük, hogy a pedagógustársadalom véleménye lényegesen különbözne a hazai demokrácia állásfoglalásától, így a politikai rendszer és annak működésével kapcsolatos bizalmatlanság, kiábrándultság körökben is kitapintható – ez pedig szintén a témakör súlytalanságához járul hozzá.

A fiatalok állampolgári ismeretei

A politikai érdeklődés és a politikai-, valamint a civil szervezeti részvétel csökkenése a világ nagy részén tapasztalható jelenség,⁷ ráadásul ez a folyamat a fiatalok körében még markánsabban jelentkezik. Egy nemzetközi felmérés szerint a magyar fiatalok majdnem hattizedét kevésbé- vagy egyáltalán nem érdekli a politika.⁸ A nemzetközi felmérések nemcsak a közügyek iránti apátiára, hanem a fiatalok hagyományos politikai aktivitásformákkal szembeni érdektelenségre is felhívják a figyelmet.⁹ Az elmúlt évtizedekben több olyan hazai kutatás is napvilágot látott, mely az állampolgári szerep vizsgálatával foglalkozott. A felmérések eredményei szerint a politikából való kiábrándultság bizalomhiányban, valamint cselekvéshiányban manifesztálódik.¹⁰

Az IEA CIVED¹¹ állampolgári tudással és részvétellel foglalkozó nemzetközi kutatás, valamint a hazai „Iskola és Demokrácia”¹² elnevezésű kutatás világított rá arra, hogy a magyar diákok politikai-, valamint szabadságjogaik ismeretében jelentős hiányosságok tapasztalhatók. A vizsgálatok szerint a magyar fiatalok nem képesek a demokrácia lényegének megragadására, valamint vélekedéseikben sok esetben egymásnak ellentmondó attitűdök is tetten érhetők. Az ISSP¹³ vizsgálata kiterjedt a hipotetikus akciókra (pl. demonstráció, petíció aláírása) való részvételi szándékra is, melynek eredményeiből a magyar diákok nemzetközi viszonylatban is alacsony részvételi szándéka körvonalazódott.¹⁴ A kutatásokból azonban az is kiderült, hogy a fiatalokban felmerül a véleménynyilvánítás és a döntések befolyásolásának igénye.

7 Hoskins, B. (2006) *Draft framework for indicators on active citizenship*. European Commission Directorate-General Joint Research Centre, Centre for Research on Lifelong Learning, Ispra.

8 Kerr, D., Lines, A., Blenkinsop, S. & Schagen, I. (2002) *Englands results from the IEA International Citizenship Education Study: What citizenship and education mean to 14 year olds*. National Foundation for Educational Research, Norwich.

9 Flanagan, C. & Tucker, C. (1999) Adolescents' explanations for political issues: Concordance with their views of self and society. *Developmental Psychology*, No. 5. pp. 1198–1209.

10 Gáti Annamária (2010) *Aktív állampolgárság Magyarországon nemzetközi összehasonlításban*. Budapest, Társki-Tudok.

11 1999-es kutatás, mely 28 ország 14 éves fiataljai között vizsgálta a fiatalok állampolgári ismereteit.

12 A főváros és négy megye középiskolás demokráciaképét vizsgálta először 2005-ben, majd később is megismételték a kutatást.

13 A kutatás a felnőtt populációt vizsgálja, de leválogatható a fiatal korosztály.

14 Gáti Annamária (2010) *I. m.*

A „Flash Eurobarometer 202”¹⁵ adatai szerint a magyar fiatalok uniós összehasonlításban is kiemelkedőnek ítélik meg az iskola szerepét az állampolgári neveléshez kapcsolódó tudások átadásában.¹⁶ A kutatások felhívják a figyelmet arra, hogy az állampolgári nevelés nyitott iskolai légkört igényel, ám ezzel szemben a hazai diákok ítélték meg legrosszabbnak az osztálylégkört, illetve hazánkban volt a legalacsonyabb a tanárok értékelése a véleménynyilvánításra való ösztönzés tekintetében.¹⁷

Kutatási háttér

Az itt ismertetett előkutatás annak a nagyobb volumenű kutatásnak a megalapozásához nyújt segítséget, amelyben négy témakörre kívánunk fókuszálni:

- az iskolák belső működésének demokratikusságára,
- az iskolák oktatói-nevelői gyakorlatában megjelenő állampolgári nevelésre,
- a demokratikusabb és kevésbé demokratikusabb légkörű intézmények tanulói eredményességére, valamint
- az iskola által közvetített értékekre.

Az iskolák demokratikus működésének megítélése a következő szempontok szerint történik: az iskolai és osztálytermi légkör nyitottsága, a diákok és pedagógusok véleménynyilvánításának lehetősége, a kritikai gondolkodás és a kommunikációs készségek kialakítására, fejlesztésre irányuló oktató-nevelő munka, a működő diákönkormányzat megléte (és tartalmas működése), a felmerülő problémák közös megbeszélése és rendezése.

Az előkutatáshoz segítséget nyújtott a Demokratikus Ifjúságért Alapítvány (DIA), amely évek óta szervezi és koordinálja a *Vitázz a demokráciáért!* elnevezésű disputa programját. A program célja, hogy a részt vevő középiskolák diákjai gyakorolják a különböző érvelési technikákat, kipróbálják a véleménynyilvánítás lehetőségeit, illetve ismereteket szerezzenek az Európai Unió döntéshozatalai mechanizmusaival kapcsolatban. A programban a pedagógusok is aktív szerepet vállalnak, a disputa módszerével történő tanítás lehetőségeit, módszereit sajátíthatják el, valamint tökéletesíthetik annak alkalmazását.¹⁸ Mivel a programba a pedagógusok önként jelentkezhetnek iskoláikkal,¹⁹ feltételezhetjük, hogy a kutatásban részt vett intézmények már eleve a demokratikusabb oktatói-nevelői munkát előnyben részesítő, az új dolgokra fogékony pedagógusokat alkalmazó iskolák közül kerültek ki.

A továbbiakban a disputa program legutóbbi programértékeléséhez készült tanulói interjúkat elemezzük három fő kérdéskört járva körül: 1) a tanárok általi véleménynyilvánítás ösztönzése és érdekérvényesítés lehetőségei, 2) az állampolgári neveléssel kapcsolatos jellemzők (a társadalomismeret órák gyakorisága és tartalma, politikáról szóló beszélgetések), valamint 3) a diákönkormányzatok működése és hatékonysága. Az interjúk négy vidéki

15 Nemzetközi vizsgálat, melyben Magyarország is részt vett, kifejezetten a fiatalok állampolgári ismereteit, és attitűdjeit vizsgálja.

16 A megkérdezett fiatalok több mint háromnegyede vélte úgy, hogy fontos lenne az iskolai állampolgári nevelés.

17 Aktív Állampolgárság Alapítvány kutatási összefoglalója (2010) *Alattvalók vagy polgárok lesztetek?*

18 A DIA nevéhez fűződik a tanárok felkészítése, a disputához és versenyekhez kapcsolódó programok megszervezése, valamint a programértékelés megvalósítása.

19 Az iskolákból jellemzően egy-két pedagógus jelentkezett a programba.

gimnáziumban készültek: egy Borsod-Abaúj-Zemplén megyei községi, Waldorf pedagógiai programmal működő iskolában, valamint három „hagyományos” városi intézményben (közülük egy Hajdú-Bihar megyében, egy Békés megyében, egy pedig Fejér megyében található). A vizsgálat során összesen 27 végzős diákkal készült interjú.

Az interjúk tapasztalatai

A diákok véleménye alapján az intézmények többségében a tanórákon nem jellemző, hogy a tanárok ösztönöznék a tanulók szabad véleménynyilvánítását, sőt, inkább ennek ellenkezője figyelhető meg. A hagyományos, normál pedagógiai programmal működő iskolákban tehát kevesebb lehetőség adódik a véleménynyilvánításra.

„Én mindig elmondtam, hogy mit gondolok, kaptam is érte rendesen.” (*Békés megyei gimnázium*)

„A tanárok nem alkalmazzák a véleménynyilvánító órákat. Inkább a hagyományos fapados módszer a jellemző, amikor a tanárok leadják a lexikális anyagot és ennek bemagolását várják el.” (*Fejér megyei gimnázium*)

„Nincs eléggé beleágyazva a magyar oktatási rendszerbe a véleménynyilvánítás lehetősége [Magyarországon], pedig nagyon fontos lenne.” (*Békés megyei gimnázium*)

Ez alól egyedüli kivételként a Waldorf iskolát lehet megemlíteni.

„Ha valami nem tetszik nekünk, akkor egyből szólunk a tanároknak. Igaz van néhány hangadó, akik gyakrabban szólnak bele a dolgokba, ők az órákon is gyakrabban mondják el a véleményüket.” (*BAZ megye, Waldorf gimnázium*)

A diákok egy része azonban azt is látja, hogy vannak pedagógusok, akik ösztönöznék a fiatalokat a véleménynyilvánításra, de a frontális tanórákhoz szokott diákokat nagyon nehéz megszólaltatni, véleményüket nem, vagy nehezen vállalják föl.

„Ha történelemórán véletlenül azt kéri a tanár valamilyen hír kapcsán, hogy mond el a véleményed, akkor meg az van, hogy hát »nem tudom«. Nekem van olyan osztálytársam, aki nagyon jól tud írni, és amikor megkérdeztem tőle, hogy ezeket miért nem mondja el, akkor az volt a válasz, hogy miért ő, miért nem mások mondják el a véleményüket. Valamiért belérögzült, hogy hiába van meg a véleménye dolgokról, ő nem mondja el.” (*Hajdú-Bihar megyei gimnázium*)

Az állampolgári ismeretek elsajátítását a kutatásba bevont diákok fontosnak értékelték. Ezzel kapcsolatban az egyik legégetőbb problémának azt látták, hogy nem rendelkeznek megfelelő tudással az alapvető politikai folyamatokról, nem látják át a politikai, közjogi rendszer működését. Véleményük szerint sokan nincsenek tisztában saját érdekérvényesítő képességükkel, közügyekbe való beleszólási lehetőségükkel, illetve úgy érzik, a környezetükben élőkben nem tudatosul, hogy ők is befolyásolhatják a helyi vagy országos közügyeket. Összességében tehát a diákok jelentős demokrácia-deficitet érzékelnek a környezetükben.

Az állampolgári nevelés mind a négy vizsgált gimnáziumban a „történelem és társadalomismeret” óra keretein belül zajlik. Jellemző, hogy a történelem oktatási keretszámai nem igazodnak a megkövetelt tudásanyaghoz, így az állandóan felmerülő lemaradást az állampolgári ismeretek oktatásának rovására próbálják pótolni. A diákok elmondása sze-

rint az állampolgári ismeretek tanítása jellemzően a magyar politikai rendszer felépítéséről és társadalmi kérdéseket tárgyaló cikkek feldolgozásában merül ki.

Az iskola szerepe az állampolgári nevelés kapcsán pótlólagos, vagyis a diákok úgy tartják, hogy a demokráciára nevelés, a demokratikus értékek közvetítése elsősorban a család feladata. Ugyanakkor a már említett demokrácia-deficit miatt ez alig valósul meg, így ezeknek az ismereteknek az oktatását az iskolától várják el.

Minden intézményben felmerült a diákok körében az együttműködés, az összefogás hiánya. Ezt két dologra lehet visszavezetni: egyrészt az egyéni felelősség megosztására (mindenki azt várja, hogy a másik csináljon valamit), másrészt a diákok mozgósíthatóságának nehézségeire és érdektelenségére. A korábbi kutatásokkal összhangban a diákok saját, illetve környezetük politikával szembeni apátiáját a politikai folyamatok átláthatatlanságával és az általános ismeretek hiányával magyarázták.

„Volt olyan, hogy a tanár megkérdezte, hogy kit érdekel a politika és négyen tettük fel a kezünket.” (*Békés megyei gimnázium*)

„Magyarországon ez egy általános probléma, hogy az állampolgárok és a politika között egy hatalmas feszültség van. Az átlagpolgár pesszimista és negatív szemlélettel áll hozzá. Ha lennének ilyen alapismeretek, akkor ez a gócpontról eltűnné. Nem látnak a dolgok mögé az emberek, nem látják át. És akkor jön az, hogy »jaj, inkább el sem megyek szavazni.«” (*Békés megyei gimnázium*)

A politikáról és közügyekről történő beszélgetés alapvető részét képezi az állampolgári nevelésnek. Ezzel szemben minden iskolában elhangzott, hogy a tanárok nem beszélgetnek a politikához kapcsolódó témákról, amit elsősorban azzal magyaráznak, hogy a pedagógusok tartanak az aktuálpolitizálás vádjától. Jelentős problémának tekinthető, hogy nemcsak a diákok, hanem a tanárok körében is összemosódik a politikáról való ismeretek átadása és a politikai állásfoglalás közötti különbség.

„Nem az aktuálpolitikával kellene foglalkozni, hanem azzal, hogy mi hogyan működik. De, ha az iskolában kimondom azt a szót, hogy politika, akkor egyből az jön, hogy erről nem szabad beszélni, inkább maradj csendben. A tanároknál ez tabutéma.” (*Fejér megyei gimnázium*)

A diákok érdekérvényesítésének elsődleges színterét elviekben a diákönkormányzatok jelentenék. Ezzel szemben a leginkább demokratikus értékekkel jellemezhető Waldorf iskolában – a diákok összefogásának hiánya miatt – jelenleg nem működik ilyen fórum, bár a diákok elmondása szerint a kis létszámból fakadóan a felmerülő problémákat viszonylag gyorsan és demokratikus keretek között szokták rendezni. A diákok véleménynyilvánításának alacsony szintje szorosan összekapcsolódik a diákönkormányzatok működésével, és azok többnyire „felszínes” szerepével. Azokban az iskolákban, ahol működik diákönkormányzat, ott tényleges funkciójuk nincs, a gyűlések inkább csak a jövőbeli programok átbeszélésére korlátozódnak. Egyik iskolában sem volt jellemző, hogy bármilyen ügyet, sérelmet kivizsgáltak volna, inkább a szülő megy be az iskolába és próbálja elrendezni a problémákat. A diákönkormányzati képviselők választása is vegyes képet mutat: egy iskolában a tanárok választják meg őket, a többi iskolában az osztályok jelölik ki az arra érdemes szereplőket. Ezzel kapcsolatos probléma, hogy nem mindig akad önként

jelentkező, vagyis a diákok nem akarnak képviselők lenni. Arra is találtunk példát, hogy a tanárok választják ki a diákönkormányzati képviselőket, emellett az igazgató, igazgatóhelyettes is részt vesz a gyűléseken, amely már eleve megnehezíti a tanulók őszinte véleménynyilvánítását.

„Én a DÖK tagja vagyok, de ebben az évben még nem volt ülés. Tavaly kétszer körülbelül 5 perces ülés volt, elmondták, hogy jövő héten lesz egy ünnepség és mindenki jöjjön el.” (*Fejér megyei gimnázium*)

„Szokott minden évben diákszövetség lenni, és aki ott tag, az elmehet, de az igazgató előtt ki merne vitázni a diáktagsával vagy valamelyik tanárával?” (*Hajdú Bihar megyei gimnázium*)

Következtetések

Az előkutatás elsődleges célja a demokratikusabb légkörű, nyitottabb iskolák főbb jellemzőinek feltárása volt, mely alapján pontosabb operacionalizálásra nyílik lehetőség a demokratikus iskolák fogalmi meghatározása során. Összességében megfigyelhető, hogy a diákok ugyanolyan problémákkal szembesültek: véleménynyilvánítás és érdekérvényesítés érzetének alacsony szintje, politikai apátia, a diákönkormányzatok felszínes működése, önbizalomhiány, amely részben a hagyományos frontális oktatási módszerekből fakad stb.

Az eredmények alapján két előzetes következtetés vonható le: 1) az iskola működésének egészét befolyásolni szándékozó, a demokratikus értékekre hangsúlyt helyező pedagógiai programok jelentős hatást gyakorolnak az iskolák demokratikus működésére, mely jelen esetben az egész iskola tevékenységében megfigyelhető volt, 2) egy-két nyitottabb, demokratikusabb gondolkodású pedagógus megléte még nem vonja maga után az iskolai légkör nyitottságát és a demokratikusabb keretekben történő nevelési gyakorlatot. Mivel az előkutatásunk során csak négy gimnáziumot vizsgáltunk, ezért ahhoz, hogy következtetéseink helyességéről megbizonyosodjunk, a vizsgálati horizont kiszélesítésére, további kutatások lefolytatására, valamint mélyebb elemzési és módszertani technikák alkalmazására van szükség.

Kalocsai Janka

Első osztályos, tanulásban akadályozott gyermekek spontán mondatalkotásának vizsgálata

A tanulásban akadályozott tanulók az össztanulói népesség közel 15 százalékát teszik ki. Ezeknek a gyerekeknek 2–2,5 százaléka enyhén értelmi fogyatékos. A fennmaradó 12–13 százalékot viszont azok jelentik, akik a kedvezőtlen szociális háttérük miatt tartós és átfogó tanulási problémákkal küzdenek már iskolás éveik kezdetétől.

Az anyanyelv-elsajátítás, a nyelvi szocializáció során meghatározó a szociokulturális környezet és az ebből a környezetből érkező eltérő nyelvhasználati minták. A nyelvi szocializáció elsődleges közege a család, az itt elsajátított orális és bizonyos szintű írásbeli

kultúra. Bernstein¹ szerint a család által közvetített nyelvi kódok már a gyermekkor kezdetén meghatározzák az egyén társadalomban elfoglalt későbbi helyét. Ezek alapján a család által nyújtott anyanyelvi minta előnyt vagy hátrányt jelenthet a gyermek számára már az iskolába lépés kezdetétől.

Jelen kutatás az első osztályba lépő tanulásban akadályozott első osztályos tanulók spontán mondatalkotási jellemzőit elemzi. Arra a kérdésre keresi a választ, hogy az eltérő szociális háttér mennyiben befolyásolja az első osztályosok nyelvelsajátítását, nyelvhasználatát, ez milyen mértékben határozza meg a gyermekek iskolai sikerességét. Feltételezem, hogy a nyelvi szocializáció eltérő útjai egyénre és csoportra jellemző sajátosságokat hoznak létre a spontán mondatalkotásban lexikai, morfológiai és szintaktikai szinten is.

A tanulásban akadályozottság fogalma

Mesterházi Zsuzsa a tanulási képességek oldaláról közelítette meg a problémát. Kutatási beszámolójában a következőket írja: „Megállapítható volt, hogy létezik a nehezen tanuló gyermekeknek egy olyan csoportja is, akiknél sem organikus sem genetikai/familiáris eredetű okokkal nem magyarázható a gyenge tanulási teljesítmény.”² Ennek a kutatásnak a tapasztalatai indokolták elsősorban a tanulási akadályozottság szakkifejezés hazai bevezetését: „A tanulásban akadályozottak közé soroljuk az idegrendszer biológiai és genetikai okokra visszavezethető alacsonyabb funkcióképességével összefüggő, illetve a kedvezőtlen környezeti hatásokkal magyarázható tartós, átfogó tanulási képességzavart mutató gyermekek körét.”³

A tanulásban akadályozott gyermekek iskolai teljesítményeire jellemző lehet, hogy a tanulási folyamat minden színterén átfogóan és tartósan megjelenik a kognitív funkciók, a beszéd és a mozgás átlagtól eltérő mértékű és ütemű fejlődése.

Esetükben a következő területeken tapasztalható az átlagtól lassúbb fejlődési folyamat:

- kognitív képességek: észlelés, emlékezés, koncentráció, logikai műveletek, problémamegoldás;
- motoros és orientációs képességek: térbeli és időbeli tájékozódás, nagy mozgások, finommotorika;
- emocionális és szociális képességek: szociális kommunikáció, csoportlét, kötődés, érzelmek kifejezése, társadalmi beilleszkedéshez szükséges ismeretek, képességek;
- kommunikációs képességek: szociális és kognitív kommunikáció, beszédértés, az iskolai elvárásokhoz képest szegényes szókincs, probléma a grammatikai szerkezetek, a szövegalkotás területén, metakommunikáció, érzelmi kommunikáció hiányos ismerete és alkalmazása.

Másodlagos tünetként jelentkezhetnek a magatartási és viselkedési problémákban megmutatkozó szociális tanulás nehézségei.

1 Basil Bernstein (1975) Nyelvi szocializáció és oktathatóság. In: *Társadalom és nyelv*. Budapest, Gondolat Kiadó. pp. 393–435

2 Mesterházi Zsuzsa (1989) Szabad asszociációk a tanulási akadályozottságról. In: Szabó Ákosné (ed) *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiájáról és határtudományai köréből*. Budapest, Educatio Társadalmi Szolg. KHT. p. 218.

3 Szabó Ákosné (2008) Metamorfózisok a debilitástól a tanulási akadályozottságig. In: Szabó Ákosné (ed) *I. m.* p. 28.

Nyelvi hátrány és az iskolai teljesítmény

A nyelvi hátrány fogalma

Dolgozatomban Bartha Csilla fogalmi megközelítését fogom használni a „nyelvi hátrány” értelmezési keretként. „A nyelvi hátrány voltaképpen következménye, egyszersmind le nyomata egy-egy adott társadalomban zajló folyamatoknak, az adott hatalmi viszonyoknak, a nyílt vagy burkolt diszkriminációs gyakorlatoknak... A hátrány nyelvi oldalról nem más, mint nyelvi másság: egy beszélő vagy beszélői csoport nyelvhasználata valamilyen tekintetben, kisebb vagy nagyobb mértékben eltér a társadalom mintaadó, szimbolikus hatalommal rendelkező csoportjai által normaként tételezett, elvárt nyelvhasználattól. Mindez a nyelvhasználat nyilvános színterein problémaként, konfliktusként jelenik meg, hosszabb távon e beszélőknek nemcsak érvényesülési esélyeit, hanem társadalmi identitásaik szabad vállalásához való jogát is korlátozva.”⁴

A vizsgálat anyaga, módszere, kísérleti személyek

Kutatási helyszín

A kérdések megválaszolásához empirikus kutatást készítettem. A mintába Győr város három iskolájának első osztályos tanulói kerültek bele, összesen 31 gyermek.

Az első iskola a város egyik legjobban felszerelt, nagy támogatást élvező „elit iskolája”, (a továbbiakban P-vel fogom jelölni). A kiválasztott tíz gyermek reprezentálja az első osztály szociális és képességbeli összetételét. A szülők többségében diplomások, illetve érettségivel, szakmával rendelkezők. Minden gyermek esetében a szülők dolgoznak. A testvérek száma átlagban 2–3 fő. Ez az intézmény lesz a kutatás kontroll csoportja: ők képviselik az ép intellektusú, jó szociális háttérű, átlagos vagy annál kissé jobb képességű gyermekek csoportját.

A második intézmény szintén a városközpont közelében található (a továbbiakban K-vel fogom jelölni). A környéken ugrásszerűen megnőtt a roma lakosság száma. Az iskolában ezzel párhuzamosan nőtt a cigány tanulók száma, ezzel pedig megindult a nem roma tanulók rohamos elvándorlása. Ma már gyakorlatilag csak roma családok gyermekei járnak ebbe az oktatási intézménybe.

A gyermekek szülei legfeljebb 8 osztályt végeztek, alkalmi munkából, illetve kereskedelmi jellegű tevékenységekből élnek, a közösségben magas a munkanélküliség. A családok szociális háttere a jó és az egészen alacsony színvonal között mozog. A testvérek száma átlagosan 3–4 fő. Ennek az intézménynek a tanulói képviselik jelen kutatásban az eltérő kultúrából adódóan eltérő nyelvi szocializációban felnövő gyermekeket, akik a közösség hagyományai és nyelvhasználata miatt általában nyelvi hátránnyal lépnek a középosztály nyelvvezetést használó és közvetítő iskolai falai közé. A tanulók közül sokan sodródhatnak a családok szociokulturális és szocioökonómiai helyzete miatt a tanulásban akadályozottság felé: azaz ép intellektus mellett az iskolaidő előre haladásával egyre nagyobb lemaradásokat halmozhatnak fel az iskolában elvárt ismeretek terén.

A harmadik iskola (a továbbiakban R-rel fogom jelölni) egy egységes gyógypedagógiai és módszertani intézmény (EGYMI). A kiválasztott gyermekek mindegyike enyhe értelmi fogyatékos. A családi háttér itt is széles skálát ölel át, jó és egészen rossz körülmények

⁴ Bartha Csilla (2002) Nyelvi hátrány és iskola. *Iskolakultúra*, No. 6–7. p. 84.

között élő gyermekek is tanulnak itt. Diplomás szülők, érettségivel, szakmával rendelkező szülők mellett megtalálhatóak állandó vagy alkalmi munkából élők is.

Összességében a vizsgált minta heterogénnek tekinthető.

Megtalálható a mintában az ép intellektusú tanulók mellett a tanulásban akadályozottak mindkét csoportjához tartozó gyermekek, azaz az enyhe értelmi fogyatékosok és az ép értelmű, de szociális háttérük miatt átfogó tanulási problémákkal küzdő tanulók is.

A vizsgálat módszertana

A vizsgálatához az úgynevezett KFM módszert használtam. Az eljárást az 1970-es években az USA-ban dolgozták ki (*Lee és Carter* nevéhez fűződik 1971). Magyar nyelvre az eljárást *Gerebenné Várbíró Katalin, Gósy Mária és Laczkó Mária* (1992) adaptálták, Közlésegységek Fejlődési Mutatója (KFM) néven.

A gyerekeknek egy több képből álló képsor alapján rövid történetet kell elmesélniük. A KFM pontozási rendszerét a magyar nyelvtan és a gyermekek anyanyelv-elsajátításának szintjeit figyelembe véve alakították ki. A kritériumok közt szerepelnek a szófajok, mondatok és szó szerkezetek, ragozási rendszerek, bővítmények is. A pontozás szempontjából a fokozatosság elve érvényesül: a legegyszerűbb szint kapja a legalacsonyabb értéket, minél magasabb a szint, annál magasabb pont jár érte.

Az eljárás vizsgálja a mondatalkotást is. A nyelvtanilag helyes mondatok külön értéket kapnak. A beszédprodukciónak elemzését kiegészítettem a mondat/megnyilatkozás/kommunikációs egység hosszának (MLU szám) vizsgálatával is.

Az elemzési szempontok között szerepel továbbá a szövegek tartalmának (szereplők, helyszín, idő, esemény sorrendiség) vizsgálata.

Eredmények

Az első osztályos gyermekek spontán szóbeli mondatalkotásait diktafon segítségével rögzítettem, majd a felvett anyagokat egységes kritériumrendszer alapján lejegyeztem.

Első lépésként meghatároztam egyénenként és intézményenként is az összmondat szám, majd a grammatikailag helyes és helytelen mondatok arányát.

1. táblázat: A tanulók által alkotott összes mondat száma és a nyelvtanilag helyes mondatok száma csoportonként

	P	K	R
Összes mondat	79	152	145
Helyes mondat	76	111	70
Összes mondat szám (átlag/fő)	7,90	11,69	18,12
Helyes mondat szám (átlag/fő)	7,60	8,53	8,75

Az adatok alapján azt láthatjuk, hogy a legjobb képességű tanulók csoportja (P) csaknem fele annyi mondatot alkotott, mint a másik két csoport (K, R). Ez azonban csak mennyiségi mutató, mely mögött minőségi jellemzők nincsenek! Minőségileg árnyalhatjuk a kapott eredményeket az összes mondat és a helyes mondatok arányának felállításával: ebben az esetben a P iskola tanulóinak átlaga 93,82 százalék, az ép intellektusú, de szociális háttérük miatt átfogó tanulási problémákkal küzdő tanulók (K) átlaga 72,96 százalék és az enyhe értelmi fogyatékos gyermekek átlaga csak 40 százalék. Az adatok alapján már

megjelennek a kommunikációs képességek eltérései a különböző csoportok között. Jelen esetben jól látható, hogy P iskola tanulói fele mennyiségű mondatot produkáltak ugyan a vizsgálati helyzetben, de az ő általuk alkotott mondatok állnak formailag és tartalmilag legközelebb az iskola által közvetített nyelvi normához (93,82 százalékban használtak az elemzési szempontok alapján helyes mondatokat). Jelentős minőségbeli eltérést találunk az ugyancsak ép intellektusú, de más szociokulturális és szocioökonómiai háttérrel rendelkező tanulók esetében (72,96 százalék), ennek az eredménynek legfőbb oka, hogy az ebbe a csoportba tartozó gyermekek nyelvezete eltér az iskola által elvárt és közvetített nyelvi formáktól. A leggyengébb teljesítményt az enyhe értelmi fogyatékos tanulók teljesítménye terén tapasztalhatjuk. Itt a magas mondatzámból csak kevesebb, mint a mondatok fele felel meg a magyar grammatika elvárásainak (40 százalék). Ebben az esetben tehát a szociális háttér és az intellektusbeli eltérések is jelentősen behatárolják a gyermekek beszédprodukcóját.

Második lépésként az MLU-szám meghatározását végeztük el, vagyis hány szó található egy mondatban, megnyilvánulásban. A mondathosszúság meghatározása ebben a felmérésrészben a tartalmas szavak száma alapján történt. (A névelő, kötőszó, az indokolatlanul ismételt szavak, melyek a szóbeliségből adódóan töltelékszóként vagy „hezitációként” jelentek meg, nem kerültek bele a számolásba.) Az MLU szám meghatározásakor a tartalmas szavak számát osztjuk a helyes mondatok számával.

2. táblázat: Az MLU szám átlagértékei

	P	K	R
MLU szám	5.30	5.16	4.53

A mondat, megnyilatkozás egység hosszának vizsgálata P és K intézmények között nem hozott olyan mértékű eltérést, mint az előző mutatónál. Itt a tanulók nyelvtanilag helyes, értelmes mondatai és az abban lévő tartalmas szavak aránya a két csoport esetében csak 3 százalékos eltérést mutatnak (P 5,3 és K 5,16), míg a harmadik intézmény tanulói esetében 15 százalékos eltérést tapasztalhatunk a másik két iskola tanulóinak teljesítményéhez képest (R 4,53).

A teljes feldolgozott szövegtörzs a három csoportban összesen 1920 szó, mely 378 mondatot tett ki. A P intézmény szóátlaga 57,5 szó/fő, a K intézmény tanulói 66,6 szót produkáltak átlagban, az R iskola tanulóinak átlaga 59,62 szó/fő.

A KFM értékek meghatározása már abszolút a spontán szövegalkotás minőségi mutatójaként működik. A beszédprodukciónak komplexitása az anyanyelv-elsajátítás szintjén kívül útmutatóként szolgálhat a kognitív folyamatok fejlődésének nyomon követéséhez is, amennyiben elfogadjuk azt a tételt, hogy a beszéd és a gondolkodás egymást támogatva fejlődik.

A KFM értékben tehát megjelenik a mondatok száma, hossza, szerkezeti összetettsége. Az érték változása mutatja, hogy a gyermek milyen mértékben képes egyre bonyolultabb szerkezeteket rendszeresen használni és beépíteni szóbeli szövegalkotása során. Ez fontos feltétel a későbbi iskolai évek sikeres teljesítéséhez, ahol egyre bonyolultabb szóbeli és írásbeli szövegek megértése és alkotása lesz a gyermek feladata.

3. táblázat: KFM átlagértéke egy főre kivetítve

	P	K	R
KFM szám	13,53	10,34	4,97

A közlésegységek fejlődési mutatója szignifikáns eltéréseket mutat csoportonként. Ez a mérési érték már érzékenyebben mutatja a grammatikai és szintaktikai szerkezetek el-sajátításának szintjét. A KFM értékek még jobban alátámasztják azokat a teljesítmény-beli eltéréseket csoportok és egyének között, melyeket a fentebbi részeredmények már előre vetítettek. A spontán szövegalkotásban felhasznált szerkezetek mennyisége és mi-nősége alapján a csoportok közötti különbségek tovább nőnek. A két ép intellektusú, de eltérő nyelvi szocializációval és szociokultúrával rendelkező csoport (P és K) között 34 százalékos teljesítménybeli eltérést rögzíthető. Az enyhe értelmi fogyatékos gyermekek teljesítménye P-hez képest 64 százalékkal gyengébb, még a tanulásban akadályozottak másik csoportját is reprezentáló K intézmény tanulóinak teljesítményéhez képest is 52 százalékkal gyengébb ezeknek a gyermekeknek a teljesítménye. Ha összevetjük az eny-hén értelmi fogyatékos gyermekek teljesítménymutatóját hatéves, nagycsoportos óvo-dások hasonló eljárások során kapott értékeivel, megállapíthatjuk, hogy ezek a tanulók a hatéves óvodásokhoz képest is több éves elmaradást mutatnak a spontán mondatalko-tás folyamatában.⁵

A mondatok tartalmi vonatkozású elemzése alapján egyénileg és csoportonként is erő-sen eltérő teljesítmények születtek. R intézmény tanulói, tehát az enyhe értelmi fogyaté-kos gyermekek igényelték a legtöbb segítséget a képeken látható történet elmondásához. A K intézmény tanulóinak, akik az eltérő nyelvi szocializációs közegből érkeztek, szintén szükségük volt némi szóbeli motivációra, de jóval kevesebb ösztönzés és segítség nélkül tartalmaz sokkal jobb színvonalú szövegeket alkottak.

A P iskola tanulói gyakorlatilag nem igényelték motivációt, külön ösztönzést. A felada-tot első hallásra megértették, önállóan megoldották. Mondatszám alapján kevesebb, de mondat szerkezeti szempontból jóval összetettebb szóbeli szövegeket produkáltak ezek a gyermekek. A feladatmegoldás színvonalát tehát a képességbeli különbségek mellett a gyermekek motivációja, feladattudata is jelentősen meghatározta. Az R és K intézmények tanulóinál közel sem alakult még ki a feladattudat, még nem elég motiváló számukra az egy-egy probléma megoldásában rejlő kihívás.

R intézmény tanulóinál sokszor jelentett gondot a tartós figyelem kialakulatlansága, problémaként jelent meg a szerialitás (képek sorrendisége). Kognitív szinten megjelenő gond volt az is, hogy ezek közül a gyermekek közül egy sem látta át, értette meg az egész történetet, hiába volt lehetőségük az összes kép megtekintésére, inkább csak képenként haladva mondtak önállóan, illetve legtöbbször kérdések alapján egy-egy mondatot.

Egy szöveg megértésének – legyen az szóbeli vagy írásbeli – alapvető feltétele, hogy a hallgató vagy olvasó azonosítani tudja a szereplőket, a helyszínt, értse az események sor-

5 [1] Laczkó Mária (2011) Óvodások és kisiskolások spontán mondatalkotási folyamatai. *Magyar Nyelvőr*, No. 4. pp. 441–458. [2] Kovácsné Rubóczky Rita (2011) *Óvodáskorú gyermekek szókinccsvizsgálata*. Szakdolgozat, Kaposvár. [3] Horváth Viktória (2006) A spontán beszéd és a beszédfeldolgozás össze-függései gyerekeknél. In: Gósy Mária (ed) *Beszéd kutatás*. Budapest, MTA Nyelvtudományi Intézete. pp. 134–146.

rendjét. A képen látható szereplőket (cica, egerek) a tanulók mindegyike felismerte, megnevezte. (Lehetséges kulturális és/vagy nyelvhasználati érdekesség volt számomra, hogy a rosszabb szociális háttérből érkező gyermekek többször egér helyett a patkány megnevezést használták, főleg azoknál a képeknél, ahol több egér is látható. Ezt a téves megnevezést az ország más területein is tapasztaltam hasonló szociális háttérrel rendelkező gyerekeknél is, függetlenül az életkortól.) A történet elmondásakor az egyéni eltérések mellett ismét csoportonként jól elkülöníthető stratégiát használtak a szereplők megnevezése terén az elsős gyermekek. Pl: *A kiscica és a kiscigér, a macska és az egér, Cirmi és Cini, macska és patkány.* A személyes névmások, mutató névmások használata is rendkívül sok gyermeknél volt megtalálható: *ő,ők, ez, az, ezek, azokat* stb. A csoportok közötti éles eltérések a szövegek szituatív jellegében voltak leginkább tetten érhetőek. Az R iskola tanulói szinte 100 százalékban, K intézmény tanulójának 60 százaléka alkotott olyan szóbeli szöveget, mely csak a képek segítségével volt érthető. A legjobb szociális környezetből érkező tanulóknál (P iskola) folyamatosan visszaköszöntek azok a klisék, melyeket feltételezhetően a sok otthon hallott meséből tanultak meg a gyerekek. Ezek a gyermekek nagyon szép ívű, szerkezetileg egymásra épülő mondatokból építették fel a történeteiket.

A három csoport szóbeli szövegalkotási teljesítménye a mondatok szerkezete összetétele alapján is nagy különbségeket hozott a vizsgálat során. Az enyhe értelmi fogyatékos tanulók jellemzően egyszavas mondatokat vagy befejezetlen mondatokat alkottak. A K iskola tanulóinál is jelen vannak az egyszavas mondatok, de jóval kisebb arányban, mint R iskola tanulóinál. P iskola tanulóinál szinte egyáltalán nem fordulnak elő az egyszavas vagy befejezetlen mondatok.

Az egyszavas mondatok használata csoport szinten arányaiban is jelentős: P tanulói általában csak 0,03 százalékban alkalmazták az egyszavas megnyilvánulásokat, K iskola tanulói 17 százalékban, míg R iskola tanulói 38,62 százalékban alkottak egyszavas mondatokat. Ennek az arálynak a kialakulásában – a vizsgálati anyagok felvétele és elemzése alapján – elsősorban az eltérő kognitív képességek játszanak szerepet, másodsorban jelenhet meg a nyelvi hátrány szerepe.

K és P iskola tanulóinál az egyszerű mondatok mellett már megtalálhatóak az összetett mondatok, mellérendelések és alárendelő mellékmondatok. P intézmény tanulóinak mondatai és tagmondatai voltak a leghosszabbak, ez a bővítmények magasabb számú mondatbeli megjelenésével magyarázható. Ebben a két iskolában tanuló gyermekek mondat szerkezete már nem csak alany és állítmányból állt, megjelenik az állítmányhoz kapcsolódó tárgy szerkezet, valamint a minőségjelzős és birtokos szerkezet is.

Következtetések

A felmérés célja a tanulásban akadályozott első osztályos tanulók spontán szóbeli mondatalkotási folyamatainak vizsgálata volt. Három különböző osztály, három különböző csoport vizsgálata történt meg. R iskola tanulói enyhe értelmi fogyatékos tanulók. K iskola tanulói ép intellektusú, de a többségi társadalomtól eltérő szociokulturális és szocioökonomiai háttérből érkeztek, az eddigi vizsgálatok alapján ők azok, akik az iskolai évekkal párhuzamosan egyre nagyobb elmaradásokat produkálnak tanulmányaikban, ezáltal nagy részük tanulásban akadályozottá válik. A harmadik iskola tanulói, mint kontroll csoport voltak jelen a vizsgálatban, az ő szociokulturális hátterük az, amely legközelebb áll az is-

kolai által is közvetített kultúrához és nyelvhasználathoz, ezáltal az ő esélyeik a legjobbak az iskolai elvárások teljesítésében.

A többségi társadalométól eltérő szociokulturális háttérű gyermekeknél elsősorban nem tanulási képességeik, hanem nyelvhasználati szokásaik, ismereteik azok, melyek iskolai esélyeiket jelentősen alakítják. Tanítsuk meg őket – a saját nyelvhasználatuk mellett – az iskola által elvárt nyelvhasználati módra is, és akkor már nem lesz számukra az *iskola nyelve idegen nyelv*.

Verebélyi Gabriella

Sportoló közösségekhez tartozás mint társadalmi védőfaktor¹

Számos tanulmány bizonyította a sport jótékony hatását a fiatalok – elsősorban a serdülőkoriak – fizikai, lelki és mentális státusára.² Míg ezek a munkák nagyrészt az egészség szempontjából vizsgálták a sport szerepét a fiatalok életében, tanulmányomban arra vállalkoztam, hogy a sportolás gyakorisága helyett a sportoló közösségekhez való tartozás mint társadalmi védőfaktor hatását vizsgáljam meg a Debreceni Egyetem hallgatói körében. Korábbi kutatásainkban feltártunk a sportolás és dohányzás, alkohol-, drogfogyasztás közötti összefüggéseket,³ illetve ennek hatását a debreceni egyetemisták értékrendjére, jövőképre,⁴ de a sportoló közösségekhez, csoportokhoz tartozás vizsgálata még nem valósult meg. Ennek jelentősége abban rejlik, hogy a sportoló csoporthoz tartozás nemcsak a sporttevékenység végzése által tekinthető védőfaktornak, hanem a társas támogatás mértéke miatt is, ugyanakkor a társas hatóképesség hozzájárulhat a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás nagyobb valószínűségéhez, ezáltal rizikófaktornak is tekinthető.⁵

Kutatásom újszerűsége, hogy túlmutat a sportolás és a sportolói közösséghez tartozás egészség szempontú vizsgálatán. Vizsgáltam a sportoló közösséghez tartozás hatását az egészség mindhárom (szomatikus, pszichés és szociális) dimenziójára,⁶ de emellett meg-

1 A publikáció elkészítését a TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0024 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

2 [1] Pikó Bettina & Keresztes Noémi (2007) *Sport, lélek, egészség*. Budapest, Akadémiai Kiadó. [2] Keresztes Noémi (2007) Ifjúság és sport. In: Pikó Bettina (ed) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. Budapest, L'Harmattan. pp. 184–199. [3] Mikulán Rita, Keresztes Noémi & Pikó Bettina (2010) A sport mint védőfaktor: fizikai aktivitás, egészség, káros szenvedélyek. In: Pikó Bettina (ed) *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest, L'Harmattan – Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. pp. 115–130.

3 Kovács Klára (2012) Egyetemisták és káros szenvedélyek. Rizikó- és védőfaktorok a debreceni egyetemisták egészségmagatartásában. In: Dusa, Kovács, Nyüsti, Márkus & Sörös (eds) *Egyetemi élethelyzetek. Ifjúságszociológiai tanulmányok*. II. kötet. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó. pp. 145–164.

4 [1] Kovács Klára (2013) A sportolás hatása a debreceni egyetemisták értékrendjére és jövőképre *Felsőoktatási Műhely*. (Megjelenés alatt.) [2] Perényi Szilvia (2008) *Value Preferences of the Physically Active and Non-Active Hungarian Youth Population*.

5 [1] Pikó Bettina (2002) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest, Akadémiai Kiadó. [2] Pikó Bettina (2010) Közösségi hatóképesség és más társas befolyás szerepe a serdülők dohányzásában és alkoholfogyasztásban. In: Pikó Bettina (ed) *I. m.* pp. 87–101.

6 Brassai László és Pikó Bettina (2010) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. In: Pikó Bettina (ed) *I. m.* pp. 55–69.

néztem azt is, hogyan hat a hallgatók értékrendjére és a tanuláshoz, munkához kapcsolódó attitűdjeire, illetve jövőképére, mivel ezek komoly szerepet játszanak az egyetemisták hosszú távú eredményességére. Továbbá ebből következtetni lehet a felsőoktatási intézmények értékátadó funkciójának működésére is. Ezen összefüggések feltárása e speciális társadalmi csoport (egyetemisták) körében eddig még nem valósult meg. Az elemzést az előző vizsgálatokhoz hasonlóan a Campus-lét kutatás⁷ keretében, a Debreceni Egyetemen 2010 őszén végzett online kérdőíves felmérés adatbázisán végeztem (N = 4189). A mintába a nappali tagozatos, alap-, mester- és PhD-képzésben részt vevő hallgatók kerültek, a mintát karok szerint súlyoztuk.

Kutatásomban a pozitív pszichológia szemléletmódjának mintájára pozitív társadalomtudományi, nevelésszociológiai megközelítést alkalmaztam. Előbbinek kidolgozása Seligman⁸ és Csikszentmihalyi nevéhez köthető. Véleményük szerint a társadalomtudományokra jellemző kritikai attitűd helyett – mely leginkább a társadalom patológiás eseteit, diszfunkcióit és ezek okait vizsgálja – fontosabb és hasznosabb lenne megtalálni azokat a pozitívumokat, védőfaktorokat, amelyek az egyének és közösségek jóllétét segítik elő. A kutatások elsősorban az egészség megőrzéséhez, fejlesztéséhez, tehát az eredményes prevencióhoz alkalmas tényezők felkutatására irányulnak, de az egészség komplex volta miatt a felderített tényezők az élet teljes minőségére hatnak. Így nemcsak az egyén szintjén tapasztalhatók a pozitív változások, hanem akár közösségi, társadalmi szinten is. Ilyen védőfaktorok lehetnek a társas támogatás, a vallás vagy a társadalmi tőke.

Számos szerző bizonyította a sport és a káros szenvedélyek között fennálló kapcsolatot, de ezek eltérő formában fordulnak elő. Donovan⁹ az életmódbeli koherenciát hangsúlyozza, tehát aki számára fontos az egészségének megőrzése (pl. egészségesen táplálkozik, rendszeresen sportol), más területen is törekszik erre (pl. tartózkodik a káros szenvedélyektől). Más szerzők kutatási eredményei szerint viszont ez nem feltétlenül van így: az egészségmagatartásban egyéni mintázatok is kialakulhatnak. Éppen ezért bizonyos esetben előfordul, hogy a sportolás alkoholfogyasztással és dohányzással jár együtt, sőt akár a drogfogyasztás magasabb gyakorisága is megfigyelhető.¹⁰ Éppen ezért nem tekinthető egyértelműen védőfaktornak a sport.

A sport és értékek, attitűdök kapcsolatát kétféleképpen közelíthetjük meg: hogyan jelenik meg a sport mint érték az egyén életében (milyen pozitívumokat hoz a sportolás az egyén életébe, milyen ismereteket, képességeket, készségeket, tulajdonságokat fejleszt, miként hat a fizikumra pszichikumra, jellemre stb.), illetve hogyan járul hozzá az értékekhez, attitűdökhöz. A sporttevékenységben való részvétel egy sportoló közösség, csoport tagjaként hozzájárul a szociális, emocionális, mentális jóllétéhez. A sport segít fejleszteni a fizikai adottságokat, a szociális kompetenciákat, hozzájárul a tanulmányi eredményes-

7 „Campus-lét” a Debreceni Egyetemen. Csoportok, csoportthatárok, csoportkultúrák OTKA K 81858 számú kutatás. A három éves kutatás 2010 februárjában kezdődött. A kutatás vezetője Prof. Dr. Szabó Ildikó.

8 Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* 55 (1). pp. 5–14.

9 Donovan, John E., Jessor, Richard & Costa, Frances M. (1993) Structure of Health-enhancing Behavior in Adolescence: A Latent-Variable Approach. *Journal of Health and Social Behavior* 34/December. pp. 346–362.

10 Pikó Bettina (2002) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

séghez, segít megfogalmazni és elérni az élet-, illetve egyéb célokat, megtalálni a megfelelő pozíciókat, s vállalni a vezetői feladatokat egy csoportban.¹¹

Mely értékpreferenciákra van hatással a sport? Ezekre, s ezekhez hasonló kérdésekre keresett választ Perényi Szilvia az Ifjúság 2000–2008 kutatássorozat keretében. Perényi¹² elemzésében négy értékpreferenciát különített el a fiatalok körében: materiális (pénz, gazdagság, hatalom, szépség), nem-materiális (belső harmónia, szerelem, béke, a család biztonsága), tradicionális (társadalmi felelősségvállalás, haza, szokások, vallásosság) és nyitott (érdekes és változatos élet, kreativitás, szabadidő, barátság). Azok a fiatalok, akik nézőként vesznek részt sporteseményeken fontosabbnak tartják a materiális értékeket, a sportolók és sportot tv-ben nézők pedig inkább kevésbé tartják fontosnak. A tradicionális értékek tekintetében pozitív kapcsolat volt megfigyelhető a sportesemények látogatásával és nézésével, míg a nyitott értékek (érdekes és változatos élet, kreativitás, barátság, szabadidő) esetében a legmagasabb befolyásoló tényező a sportolás volt, ami azt mutatja, hogy ebben az esetben a sportolás felülírja a hagyományos szociokulturális tényezők hatását, mint a nemi és iskolázottsági különbségek, hátrányok. Ha egyenként vizsgáljuk meg az értékek jelentőségét és a sport kapcsolatát, akkor azt az eredményt kapjuk, hogy a sportolók szignifikánsan fontosabbnak tartják az igaz barátságot, a kreativitást, az érdekes életet és a szabadságot nem sportoló társaiknál. Összességében konklúzióként azt vonta le a szerző, hogy a magyar fiatalok posztmodern élménykereső, önmegvalósításra törekvő értékek segítségével keresik a jövőjüket, s ezek határozzák meg szabadidős tevékenységeiket is.¹³

Vizsgálati eredmények

A hallgatók mentális státusát a kilenc itemből álló Beck-féle Depressziós Skála és egy négy állításból álló reménytelen jövőkép-skála¹⁴ segítségével kérdeztük meg. Egy-egy kérdés vonatkozott a bizalom mértékére a saját, illetve a társadalom jövőjébe. Minden kérdésre adott választ 0-tól 100-ig tartó skálává kódoltam át és varianciaanalízissel néztem meg a két csoport közötti különbségeket (0 jelölte, ha egyáltalán nem jellemző/nem fogyaszt, 100 pedig, ha teljes mértékben/hetente többször fogyaszt).

A hallgatók értékvilágát egy 36 cél- és eszközértékből álló kérdéssorral vizsgáltuk meg, illetve 16–16 attitűd segítségével igyekeztünk feltérképezni a tanuláshoz és munkához kapcsolódó beállítódásokat. Az adatok redukálása érdekében ezeket is faktoranalízisnek vetettem alá, majd a faktorsúlyokat szintén 0-tól 100-ig tartó értékekké való átkódolása

11 [1] Greenleaf, Christy, Boyer, Elizabeth M. & Petrie, Trent A. (2009). High school sport participation and subsequent psychological well-being and physical activity: The mediating influences of body image, physical competence, and instrumentality. *Sex Roles* 61 (9–10). pp. 714–726. [2] Taliaferro, Lindsay A., Rienzo, Barbara A. & Donovan, Kristine A. (2010). Relationships Between Youth Sport Participation and Selected Health Risk Behaviors From 1999 to 2007. *Journal of School Health* 80 (8). pp. 399–410.

12 [1] Perényi Szilvia (2010a) On the Fields, in the Stands, in front of TV – Value Orientation of Youth Based on Participation in, and Consumption of Sports. *European Journal for Sport and Society* (7) 1. pp. 41–51. [2] Perényi Szilvia (2010b) The Relation between Sport Participation and the Value Preferences of Hungarian Youth. *Sport in Society*, No. 6. pp. 984–1000.

13 Perényi Szilvia (2010c) *Sportoló és nem sportoló fiatalok életviteléhez kapcsolódó értékei*. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar, Sporttudományi Doktori Iskola.

14 1. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni. 2. Sötétén látom a jövőmet. 3. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom. 4. Felesleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgysem érem el.

után ANOVA-val néztem meg a sportoló csoporthoz tartozó és nem tartozó válaszadók közötti különbségeket.

A hallgatók 11 százaléka válaszolta azt, hogy évente, vagy soha nem sportol, mintegy negyedük (24,7 százaléka) csupán havi rendszerességgel sportol, míg a legalább hetente egyszer 64,2 százalék. Valamely sportegyesületnek, sportklubnak a hallgatók 10,8 százaléka tagja, extrém sportot űzőnek pedig 2,2 százalék, így összesen a hallgatók 13 százaléka végez valamilyen sporttevékenységet szervezett körülmények között.

A sportoló közösséghez, csoporthoz tartozás mint védőfaktor és káros egészségmagatartás, jóllét kapcsolata

A kutatási eredmények jól mutatják, hogy a sportoló közösséghez tartozás védőfaktorként funkcionál a mentális problémákkal, pesszimizmussal szemben: azok a hallgatók, akik tagjai valamilyen sportoló csoportnak szignifikánsan kevesebb pszichoszomatikus tünetről számoltak be (alacsonyabb pontszámot értek el a Beck-féle Depressziós Skálán), kevésbé jellemző rájuk a reménytelen jövőkép és pesszimizmus, s optimistábbak a saját jövőjüket illetően. Igaz azonban az is, hogy a társadalom jövőjét illetően ők is kevésbé bizakodóak nem sportoló társaikhoz hasonlóan, a különbség a két csoport között minimális és nem szignifikáns. Hasonló eredményeket kaptunk a sportolás gyakorisága mentén kialakított csoportok esetében is: a sportolás gyakoriságával csökkent a reménytelen jövőkép skálán elért pontszámok, s növekedett a saját jövőbe vetett bizalom mértéke. A rendszeresen sportoló körében az előbbi átlagos pontszáma 11,4, utóbbié 76,5 pont.¹⁵ Mindebből pedig jól látszik, hogy a rendszeres és a közösségben végzett sport hozzájárul a hallgatók mentális állapotának javuláshoz, jobb közérzetéhez, s az optimista jövőkép kialakulásához, ezáltal a hallgatók mentális, pszichikai jóllétéhez. Ugyanakkor nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport tagjai között a barátokkal történő találkozás gyakoriságában, de az 1. táblázatból látható, hogy gyakrabban találkoznak a barátaikkal, akik tagjai sportkörnek. Ez a sportolás általunk vizsgált, közösségi formájából is adódhat, hiszen egy nagyobb sportolócsoportban is számos informális, baráti kiscsoport jöhet létre, akikkel az egyén más körülmények közt is szívesen tölti szabadidejét (pl. bulizás, tanulás stb.). De arra is találunk példát, hogy egy már létező baráti csoport közös szabadidős tevékenysége lehet éppen a sport.

Az általunk vizsgált sportoló csoportok, közösségek tagjai nagy valószínűséggel ilyen, szabadidős tevékenységként sportoló hallgatók csoportjai, akik hasznos időtöltésként, baráti, közösségi élmények megéléséért végzik az adott tevékenységet, s kevésbé jellemző rájuk a versenysport (a versenysportolók aránya a kutatásból nem derül ki). Ez magyarázhatja azt, hogy szignifikánsan magasabb arányban fogyasztanak alkoholt a sportkörtagok, s gyakrabban fordul elő velük a nagyivászat (1. táblázat). Bár hozzá kell tennünk, hogy az alkoholfogyasztás gyakorisága nem jelenti nagy mennyiségű alkohol bevitelét a szervezetbe, de a nagyivászat már igen. Ennek hátterében két tényező állhat. Az egyik a sportközösséghez tartozás társas jellege, mint azt fentebb már említettem, ami együtt jár olyan egyéb szabadidős tevékenységek végzésével is, ahol a fogyasztás, az addikciók na-

15 Kovács Klára (2012) Egyetemisták és káros szenvedélyek. Rizikó- és védőfaktorok a debreceni egyetemisták egészségmagatartásában. In: Dusa, Kovács (et al) (eds) *I. m.* pp. 145–164.

gyobb valószínűséggel fordulnak elő, s ebben nagy szerepet játszik a társas hatóképesség is (pl. bulizás). Ilyen körülmények között a sportpályán együtt mozgó társakkal, barátokkal gyakrabban előfordulhat egy pohár sör, vagy más alkohol elfogyasztása mint társas tevékenység a kocsmában, vagy valamilyen szórakozóhelyen, akár egy kemény edzés, játék után is. Ennek csapatépítő, összekovácsoló szerepe is lehet a csoport tagjai között. Ebben az esetben a sportoló csoportban, csapatban működő társas hatás rizikófaktoraként funkcionál az alkoholfogyasztás, különösen nagyivászat tekintetében, ez pedig alátámasztja a korábbi kutatási eredményeket.¹⁶ A kortárshatás szorosan összefügg azzal, hogy a társas háló már serdülőkorban átstrukturálódik: a szülőktől való nagyobb függetlenség igénye megnő, s a kortárscsoportok, pl. sporttársak, sportoló barátok, jelentősebbé válnak a fiatalok számára.¹⁷ A felsőoktatásban részt vevő hallgatók körében pedig talán még erősebb hatása van a kortársi közösségeknek. A hallgatók az elitista oktatókat nem tekintik többé mintaadónak, inkább saját, hallgatótársak által létrehozott kiscsoportokhoz (pl. sportoló csoportokhoz, diákszövetségekhez) kezdenek kötődni, átvéve azok normáit, szokásait, értékrendjét.¹⁸

1. táblázat: A sportoló közösséghez, csoporthoz tartozó és nem tartozó egyetemisták közötti különbségek a depressziós tünetek, a reménytelen jövőkép értékeiben, a bizalom mértékében, a barátokkal való találkozás gyakoriságban, a dohányzás, alkoholfogyasztás, nagyivászat tekintetében

	Beck-féle depressziós skála	Reménytelen jövőkép	Bizalom a társadalom jövőjében	Bizalom a saját jövőben	Barátokkal találkozás gyakorisága	Dohányzás	Alkoholfogyasztás	Nagyivászat
Tagja sportkörnek	12,8	10,9	47,6	80,2	77,8	24,9	48,0	35,0
Nem tagja sportkörnek	15,4	13,0	46,5	73,7	75,7	23,3	41,8	27,0
Sig.	0,000	0,019	0,44	0,000	0,075	0,318	0,000	0,000

Forrás: Campus-lét adatbázis.

Másik magyarázó tényező lehet az alkoholfogyasztás normaként működése az egyetemisták körében: a campus-léthez szervesen hozzátartozik a bulizás, s ennek szinte elengedhetetlen része az alkoholfogyasztás, olykor nagy mennyiségben. A lerészegedés társadalmunkban nem szégyenletes dolog, sőt, úgy tűnik, hogy a serdülőkorúakhoz hasonlóan a kortársak körében is a befogadás és elismerés egyik eszköze,¹⁹ s ettől pedig még az olyan önfegyelmet, kitartást és erős jellemet igénylő tevékenység, mint a sportolás sem véd az egyetemisták esetében. Ezt alátámasztja korábbi vizsgálatom, melyben azt kaptam, hogy az alkoholfogyasztás pozitívan korrelál a sportolás gyakoriságával, s nem volt szignifikáns különbség a sportolás gyakorisága mentén kialakított csoportok és a nagyivászat előfordulása között. Bár a korábbi vizsgálat szerint a sport védőfaktoraként funkcionált

16 Martens, Dams, O'Connor, Beck & Niels (2006) A systematic review of college student-athlete drinking: Prevalence rates, sport-related factors, and interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* (31) 3. pp. 305–316.

17 Pikó Bettina (2007) Ifjúság és modernitás. In: Pikó Bettina (ed) *I. m.* pp. 11–19.

18 Pusztai Gabriella (2011) *A láthatatlan kéztől a baráti kezekig*. Budapest, Új Mandátum Kiadó.

19 Pikó Bettina (2007) *I. m.*

a dohányzással szemben,²⁰ de jelen vizsgálatban, s másokban²¹ sem találtak szignifikáns különbséget a sportolók és nem sportolók között. Ugyanakkor a sportolás közösségi formája egyértelműen véd a drogfogyasztással szemben (Spearman-féle korrelációs együttható értéke $-0,06^{**}$, $^{**}p < 0,01$): a két változó között negatív korreláció figyelhető meg, ami azt jelenti, hogy a sportkörhöz való tartozás csökkenti a drogfogyasztás valószínűségét az egyetemisták körében is.

A harmadik magyarázó tényező lehet az, hogy elemzésembe bevontam a sportolók csoportjába a kisszámú, de a sport szempontjából releváns extrém sportolókat is. Maga az extrém sport olyan tevékenységeket foglal magába, amely önmagában is sok esetben baleset-, s olykor életveszélyes lehet (pl. hegymászás, bungee jumping, snowboard stb.). Ez egyfajta „adrenalinfüggőséghez” vezethet, hisz e tevékenységek végzése közben olyan hormonok, enzimek szabadulnak fel a testben, amely egy felfokozott lelkiállapot, izgalom átéléséhez vezethet. Az ilyen jellegű érzelmek arra ösztönözhetik az egyéneket, hogy újra és újra átéljék ezt az élményt, s ez akár függőséghez, pl. „adrenalinfüggőséghez” vezethet. Bár ez a „függőség” fizikailag kevésbé, de érzelmileg párhuzamba hozható akár a drogfüggőséggel is. Így maga az extrém sport örzése is egy sajátos, veszélyekkel tűzdelt, de mindenképp – és pont emiatt – izgalmas életmódhoz, életvitelhez vezethet, amelynek a káros – egészségre veszélyes – szenvedélyek is részét képezhetik (alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás). Éppen ezért az extrém sportolók bevonása a vizsgálati mintába megemelheti összességében is e káros szenvedélyek gyakoriságát a sportoló csoportok tagjai között.

Sportoló közösséghez tartozás hatása az értékekre, tanuláshoz és munkához kapcsolódó attitűdökre

Az adatok redukálása érdekében faktorelemzésnek vetettem alá az értékeket és attitűdöket, s hat értékpreferenciát, öt munkaattitűd- és négy tanuláshoz kapcsolódó attitűdtípust különböztettem meg. Az értékek mentén a következő értékrendek rajzolódtak ki: *értelmiségi, puritán-felhalmozó, posztmateriális vallásos-keresztény, önmegvalósítást előtérbe helyező, materiális és innováció-orientált értékrend*.²² A faktorsúlyokat 0-tól 100-ig tartó skálává kódoltuk át, ahol 0 jelölte, ha egyáltalán nem érvényes az adott értékrend a válaszadóra, 100 pedig, ha teljes mértékben, s a két csoport közötti különbségeket varianciaanalízissel vizsgáltam meg. Az eredmények azt mutatják, hogy egyetlen értékpreferencia mentén van különbség a sportkörhöz tartozó és nem tartozó hallgatók között, ez pedig a vallásos-keresztény értékrend. Ezen értékrend a várt eredményekkel ellentétben kevésbé fontos a sportoló közösséghez tartozók számára.

Az elemzés során a többi attitűdtípusban nem találtam szignifikáns különbséget. Ez alátámasztja Snyder és Baber²³ eredményeit, ugyanis ők sem találtak szignifikáns különbsé-

20 Kovács Klára (2012) *I. m.*

21 Mikulán Rita (2007) Versenysportolók dohányzási szokásai és alkoholfogyasztása. *Magyar Sporttudományi Szemle* 8 (2). pp. 28–31.

22 Az értékrendek jellemzőit lásd korábbi munkámban (Kovács 2013). A faktorok összetétele részben meg egyezik Marián Béla munkájával (2012) A debreceni egyetemisták értékvilága az empirikus adatok tükrében. In: Dusa, Kovács (et al) (eds) *I. m.* pp.147–116.

23 Snyder, E. E. & Baber, L. L. (1979) A profile of former collegiate athletes and nonathletes: leisure activities, attitudes toward work, and aspects of satisfaction with life. *Journal of Sport Behavior* (2) 4. pp. 211–219.

get a sportoló és nem sportoló egyetemisták között a munkaattitűdök tekintetében sem a tanulmányok folytatása során, sem pedig az egyetemről való kilépés utáni időszakban. Úgy tűnik, hogy akár tagja egy hallgató sportolókörnek, akár nem, nincs különbség közöttük abban, hogy milyen tényezők fontosak számukra a leendő munkájukkal, munkahelyükkel kapcsolatban, akárcsak az egyetemi tanulmányok végzésének motivációiban, a tanuláshoz fűződő viszonyukban.

Összegzés

A kutatás eredményei szerint a sportkörhöz tartozás védőfaktorként funkcionál a mentális problémákkal szemben: e hallgatónak kevesebb pszichoszomatikus tünetük van, kevésbé jellemző rájuk a reménytelen jövőkép, optimistábbnak látják jövőjüket, s kisebb valószínűséggel fordulnak kábítószerhez, ezáltal hozzájárul az egészség megőrzésén túl a hallgatók mentális, pszichikai jóllétéhez. Ugyanakkor a sportoló közösséghez tartozás nem tekinthető minden szempontból védőfaktornak, sőt a nagyívászat tekintetében rizikófaktorként funkcionál az egyetemisták esetében.

Nem találtam szignifikáns különbséget a munkához és tanuláshoz kapcsolódó attitűdök tekintetében, s az értékrendek közül egyedül csak a vallásos-keresztény értékpreferenciákban van különbség a két csoport között: itt a sportkörtagság csökkenti az ezen értékrendhez kapcsolódó értékek fontosságát a hallgatók számára.

Kovács Klára

A kutatónők pályaválasztási motivációi a műszaki, informatikai, és egyes természettudományi területeken¹

Annak ellenére, hogy megszűnt a nemek közötti de jure diszkrimináció az egyes tudományterületeken, a nők a műszaki, informatikai, matematikus, fizikus képzésekben hagyományosan alulreprezentáltak. További hátrányt jelent a megszerzett diplomával való elhelyezkedés is. Ez nemcsak Magyarországon van így, az Európai Unió tagállamaiban, illetve az OECD országokban végzett kutatások is arról szólnak, hogy a nemek közötti esélyegyenlőtlenség a tudományos kutatás-fejlesztés területén általában is számottevő, de a különbségek az ipari kutatások terén a legnagyobbak.²

Nemcsak a főleg tradicionális szerepmegosztást preferáló országokban, hanem még azokban is léteznek különbségek a nemek foglalkozási koncentrációjának tekintetében, ahol a kutatóként dolgozó nők és férfiak számának általános aránya viszonylag kiegyensúlyozott a különböző K+F szektorokban és tudományterületeken. Ezekben az országok-

¹ A kutatás a TÁMOP 4.2.2. C pályázat támogatásával készült.

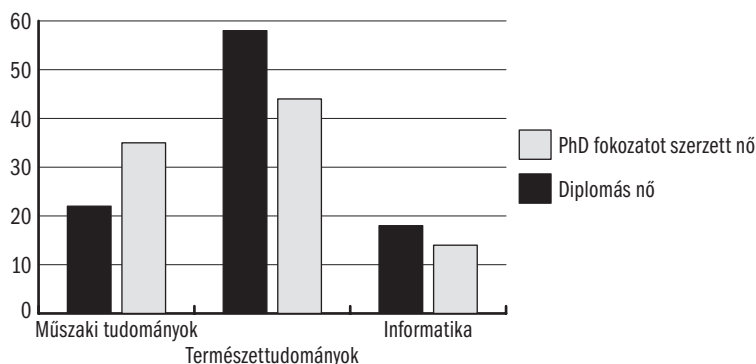
² [1] *Women in Industrial Research. Analysis of statistical data and good practices of companies*. European Commission, EUR 20814, 2003. [2] *Employment in Europe 2010. European Commission Directorate-General for Employment*. Social Affairs and Equal Opportunities Unit D.1 Manuscript completed in October 2010.

ban inkább az jellemző, hogy a nőket a kompetitív, magas pénzügyi ráfordításokkal jellemezhető K+F rendszerekből szorítják ki. Őket a kisebb finanszírozási összegeket vonzó, jobbára az életben maradásért küzdő rendszerek szívják fel, és így egyfajta „tartalék” emberi erőforrássá válnak.

Az ipari kutatói pályákon való nagyobb női részvételnek – egyben a tradicionális szerepelvárásoktól való elmozdulásnak is – egyik fontos előfeltétele a továbbtanulási döntések szerinti szegregációjának csökkenése. Szükség lenne a nem tradicionálisan női felsőoktatási szakok népszerűsítésére, hogy minél több, e területeken jó tanulmányi eredményt elérő középiskolás lány válassza a műszaki, informatikai, természettudományos képzéseket. Ezek ugyanis – az oktatás expanziója ellenére – továbbra is maszkulin területek maradtak, ahol komoly különbségek mutatkoznak a fiúk és lányok arányában.

Különösen alacsony a diplomát és PhD-fokozatot szerzett nők aránya a műszaki és informatikai képzések terén. A természettudományi szakokon viszonylag sok női hallgató végez, de ez a terület is differenciáltabb képet mutat, ha felbontjuk a különböző képzésekre, mivel a matematika és fizika területén a műszaki-informatikai képzéshez hasonlóan nagyon alacsony a lányok aránya.

1. ábra: Oklevelet szerzett nők aránya a műszaki, természettudományi és informatikai területeken összességében, 2005–2011*



* 2005–2007: diplomás = főiskolai és egyetemi szintű oktatás. 2008: diplomás = főiskolai szintű és egyetemi képzés, felsőfokú alapképzés (BA/BSc), osztatlan képzés. 2009-től: diplomás = főiskolai szintű és egyetemi képzés, felsőfokú alapképzés (BA/BSc), mesterképzés (MA/MSc), osztatlan képzés.

Forrás: KSH.

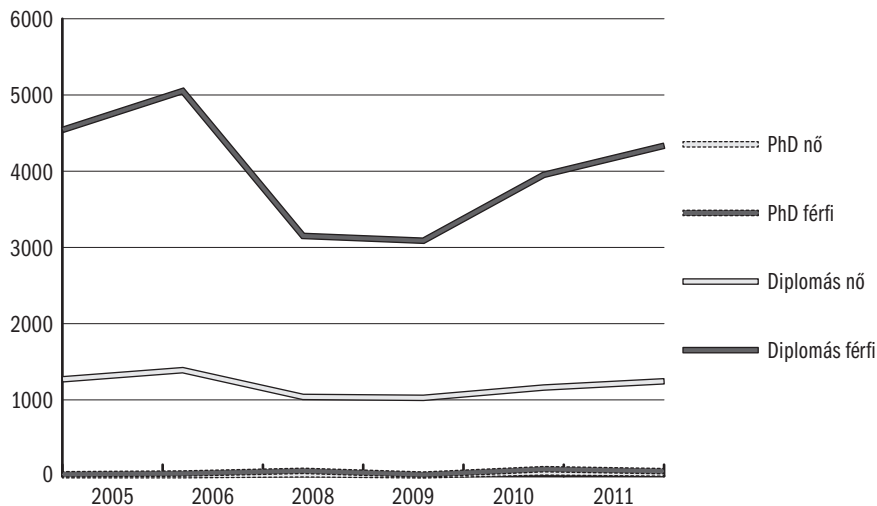
Idősoros elemzésünk (2005–2011) azt mutatja, hogy amint a régi képzésekkel párhuzamosan kijöttek az első Bologna folyamattal beindult új képzések diplomásai, egy nagyfokú emelkedés mutatkozik a diplomások számában a vizsgált területeken is.

A létszámnövekedés következtében a *természettudományi* képzésekben a diplomás nők száma meg is haladta, és azóta is meghaladja a fiúk számát. Az ollódiagramnak megfelelően azonban a doktori fokozatot szerzett nők száma jóval a férfiak száma alatt marad.

2009-től a *műszaki* területen is megfigyelhető a Bologna-képzés hatása, ám a létszámnövekedés elsősorban a diplomát szerzett férfiak számának emelkedését jelentette, vagyis műszaki területen a diplomások számának emelkedése nem járt együtt a nemek közötti különbség mérséklődésével. Az ábrán kevésbé jól látható, de az abszolút számokból egy-

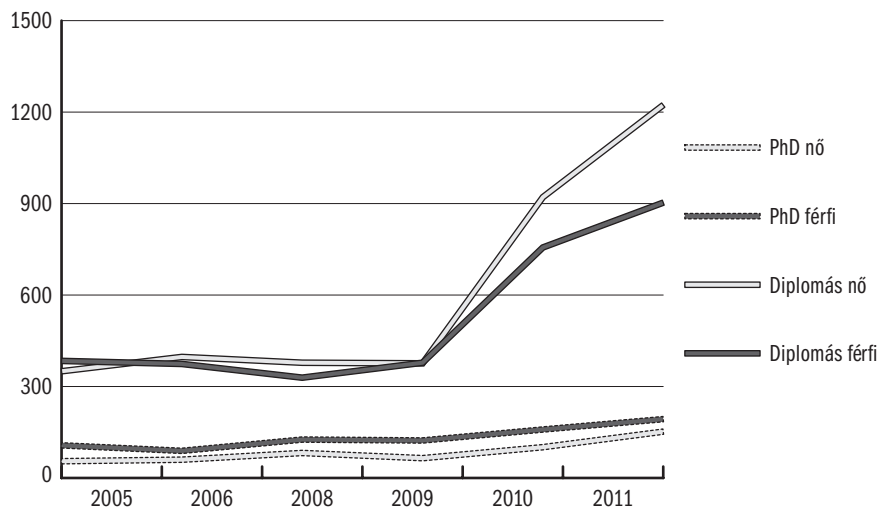
értelműen kiderül (2. ábra), hogy a műszaki tudományok terén PhD-fokozatot is kétszer annyi férfi szerzett, mint nő.

2. ábra: Oklevelet szerzett hallgatók száma a műszaki tudományok területén, nemek szerint, 2005–2011



Forrás: KSH.

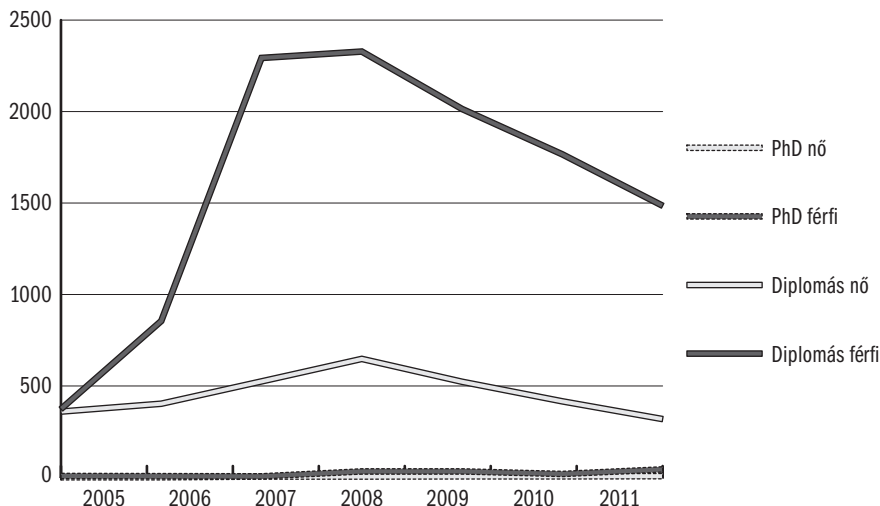
3. ábra: Oklevelet szerzett hallgatók száma a természettudományi területen, nemek szerint, 2005–2011



Forrás: KSH.

Az *informatika* területén a leginkább kiemelkedő a nemek közötti eltérés, a diplomások és a doktori fokozatot szerzők esetében is. A létszámnövekedés itt is a férfiaknak kedvezett, ugyan 2008-tól csökkent általában az informatikusok száma, a különbségek azonban a három terület közül továbbra is itt a leginkább kiélezettek.

4. ábra: Oklevelet szerzett hallgatók száma az informatika területén, nemek szerint, 2005–2011



Forrás: KSH.

A 2011 őszén megkezdett fókuszcsoporthoz és egyéni interjú vizsgálatunkban az ipari kutatás-fejlesztés területén dolgozó kutatónők pályaválasztási motivációira, karrierlehetőségeire, tapasztalataira és attitűdjeire voltunk kíváncsiak.³ Vizsgálatunkat 2012 őszén kibővítettük az ország valamennyi műszaki, informatikai, fizikai, matematikai felsőoktatási intézményében oktató/kutató nőnek elküldött kérdőívvel.

Vizsgálatunk egyik aktualitását a magyar oktatási rendszer 2012-ben megkezdett strukturális átalakítása adta, mivel a felsőoktatási keretszámok megállapításánál éppen azokon a területeken történt létszámcsoökkentés, amelyeket főleg feminizált területekként tartottak számon. A nemek közötti esélyegyenlőség folyamatos csökkentése miatt fontos kérdés, hogy mi történik egyrészt az innen kiszorult nőkkel, vajon van-e lehetőségük az államilag jobban finanszírozott nem tradicionálisan lányok által preferált helyekre bekerülni. Illetve mi történik, ha a férfiak nagyobb arányban áramlanak be az államilag jobban támogatott műszaki, természettudományi és informatikai képzésekre, vajon nem csökkenti-e az eredetileg ide jelentkező nők lehetőségeit.

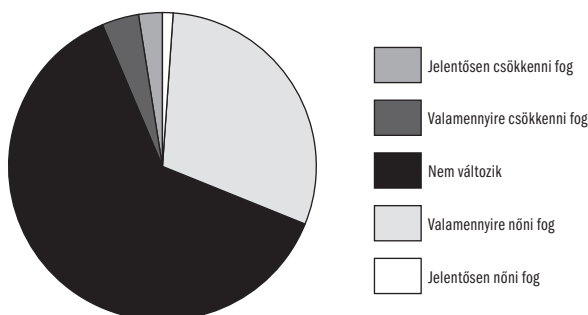
Ezekre a kérdésekre az elkövetkező évek felsőoktatási statisztikai adják majd meg a választ. A kutatónők körében végzett kérdőíves vizsgálatunk előzetes eredményei alapján ($n = 119$) egyelőre annyi látható, hogy a megkérdezettek egyharmada (30 százalék) úgy véli, hogy növekedni fog ezeken a képzési területeken a nők aránya, ám a többség szerint a keretszámok emelkedése nem változtat semmit a tudományterületek eddigi nemek szerinti megoszlásán.

Az egyes tudományterületek nemek közötti megoszlásának nemek szerinti sztereotípiái nemcsak a már végzetek körében, hanem a még ezután pályát választók körében is erősen

3 Schadt Mária & Péntek Eszter (2012) Nők az ipari kutatás-fejlesztés területén. *Acta Sociologica Pécsi Szociológiai Szemle*, V. évf. No. 1. pp. 133–141.

jelen vannak. Vicsek Lilla és Takács Erzsébet⁴ középiskolás lányok pályaválasztási elképzeléseit és az egyes területekhez kötődő attitűdjeit vizsgálta nemrég fókuszcsoportokban, budapesti középiskolások körében. Vizsgálataikban azt találták, hogy a középiskolás lányok körében is erőteljesen élnek a férfias és nőies munkára, munkaterületre vonatkozó sztereotípiák. A reál tárgyakból jól teljesítő, tehetséges diáklányok többsége nem gondolkodik mérnöki, informatikai, matematikai, fizikai kutatói pályákban, mivel azt fiúsnak tartják. További gátló tényezők az alacsony önbizalom, az információhiány, a női minták hiánya, aminek következtében nem gondolkodnak ilyen továbbtanulási lehetőségekben, és ebben a környezetük, tanáraik, szüleik sem bátorítják őket.

5. ábra: A felsőoktatás strukturális átalakítása következtében hogyan alakul a jövőben a nők aránya a műszaki, természettudományi, informatikai képzésekben (%)



Ahhoz, hogy a meglévő sztereotípiákon enyhíteni lehessen, fontos tudni, hogy milyen alapon történik a pályaválasztás. Interjú és kérdőíves kutatásunknál ezért egyik legfontosabb célunk az volt, hogy megismerjük, mi vonzza/mi vonzhatja a nőket a műszaki, természettudományos, informatikai kutatói pályára.

1. táblázat: A szakválasztásban szerepet játszó tényezők fontossági sorrendben, a „fontos” és „nagyon fontos” válaszok összesített aránya alapján (%)

Miért választotta a szakot?	„fontos” + „nagyon fontos” válaszok aránya
Érdekesnek, különlegesnek találtam	95,1
Tanítási lehetőségek miatt	45,0
Az előttem álló példakép(ek) miatt	42,6
Szüleim biztattak	41,8
Tanáraim biztattak	40,8
Kutatói ambícióim miatt	36,9
Siker, karrierlehetőségek miatt	35,0
Későbbi magas fizetés reménye miatt	23,3
Utazási lehetőségek miatt	21,5
Mások (családtagok, barátok) biztattak	19,8
Ide volt könnyű bekerülni	10,7

⁴ Vicsek Lilla & Takács Erzsébet (2012) *Lányok Napja és más figyelemfelkeltő eszközök a műszaki pályák választásának támogatására*.

Az interjú elemzésekből kiderült, hogy a kutató nők „szokatlan” szakválasztásánál és a kutatói pályára lépésénél a legfontosabb szerepet a családi indíttatás valamilyen formája jelentette. A kutatónők karrierjében nagy valószínűséggel jelen van vagy volt egy támogató szakmai közeg: tanárok, idősebb kollégák, komolyabb szaktekintélyek, akik pályájuk elején és utána is segítették őket. A kutatói pálya választása mögött emellett elsősorban az érdeklődés, az alkotás szabadsága, a művészi képességek kibontakoztatása, a szakma és az adott tudományterület szeretete jelent meg. Még a felsőfokú végzettséggel rendelkezők között is jellemző tradicionális szerepelvárások az egyes szektorok tekintetében mutatkoznak meg a legjobban. Nem véletlen, hogy a nemek közötti különbségek a kutatói pályát és a piaci szférát választók körében a legnagyobbak. Míg a felsőoktatásban a kutatói karrier jóval kiszámíthatóbb, tervezhetőbb és sokkal inkább összeegyeztethető a családdal, a magánélettel, addig a piaci szférában a térbeli és időbeli rugalmasság a legfontosabb. Mivel a munkavégzés és a családi feladatok összeegyeztetése egyrészt a nők számára fontosabb, illetve nagyobb elvárás, mint a férfiak számára, ezért a piac számukra kevésbé lehet vonzó.

A mérnöki, műszaki területen kutató nők szerint az e területeken tevékenykedő nőknek amellett, hogy sokkal aktívabbnak kell lenniük, külső-belső tulajdonságaikban is alkalmazkodniuk kell a férfiakhoz, hogy érvényesülni tudjanak. A kutatónők véleménye is visszatükrözi, hogy a társadalom szemlélete alapvetően férfiközpontú, a férfiak és sokszor maguk a nők is nehezen fogadnak el például női vezetőt. A nők magukkal és egymással szembeni elvárásai tehát az ipari kutatások terén kemények, azt is lehet mondani, maszkulinok. Megjelennek azért olyan vélemények is, miszerint a kutatómunka tud „nőies” is lenni, bár inkább csak a feladat oldalon, mint a munka jellege alapján. A munka és a magánélet egyensúlyának megtalálása hosszú távon nagyon fontos a karrier sikere és az egyén elégedettsége szempontjából. Ugyanakkor a nem mindig tervezhető munkaidő, a térbeli távolságok (utazás), és a publikációs kényszer a családi feladatoknak elsősorban nőkre való terhelése miatt különösen nehéz feladat a nők számára.

A megkérdésekből az is kiderült, hogy a nők tudatosabban tervezik meg a karrierjüket a kutatói pályán, mint a férfiak. A személyiség meghatározó tényező: a szakmai sikerek eléréséhez elengedhetetlen az önbizalom, a nők önmagukról alkotott pozitív énképe. Sikerük nagyban függ kitartásuktól, akaraterejüktől, alkalmazkodóképességüktől. A rátermettség tudata, vagyis a saját értékek percepciója a magasabb pozíciókban lévő nőknél jellemző. Az interjúk során egyértelműen látszott, hogy az értékváltozások ellenére erőteljesen élnek a sztereotípiák és előítéletek a női (ipari) kutatói pályák megítélésében a férfi hallgatótársak, a férfi tanárok, a munkatársak, de a kutatónők körében is.

Vizsgálatunk tovább folytatódik, lehetőségünk nyílik az IKT szektor gender szempontú vizsgálatára is, ahol már nemcsak a felsőoktatásban és kutatóintézetekben foglalkoztatottakat tudjuk elérni, hanem a piaci szektorban kutató nők karrierlehetőségeit, a saját és a környezetük kultúráját is lehetőségünk lesz megismerni. Feltáratlan terület, főleg Magyarországon, az a kérdés, hogy van-e és ha van, hol és miben nyilvánul meg a vállalkozások gender politikája, hol, milyen eszközökkel kell/lehet a nőket segíteni az iparban, ezen a hagyományosan férfias területen való boldogulásukban.

A nemek közötti esélyegyenlőség gátjai társadalomtörténeti, kulturális és szocializációs aspektusokra vezethetők vissza. A nők részvételének elősegítéséhez ezért nem elegendő a törvények, az iskoláztatás, a munkavégzés területén az esélyegyenlőség folyamatos javí-

tását célul kitűzni. A nemek közötti esélyegyenlőség megoldására, mint társadalmi problémára kell fókuszálni. Az EU is kifejezetten azt szorgalmazza, hogy ne a kvótarendszer, hanem az attitűdváltozás legyen elsősorban a cél, amihez a meglévő előítéletek, berögződött sztereotípiák szisztematikus feltárása, tudatossá tétele, és a változtatás szükségességének felismerése nélkülözhetetlen. Ezért is fontos, hogy ezen a területen is minél több kutatás készüljön, amelyekből levont következtetések az egyes iskolafokokozatok szintjein a tananyag szerves részét képezhetik, csökkentve a tradicionális társadalmi sztereotípiákat, amelyek a gazdasági-társadalmi innováció gátjait jelentik.

Schadt Mária & Péntek Eszter



AZ EGÉSZSÉG HATALMI KONSTRUKCIÓI

A recensens rendkívül kényelmes helyzetben van, amikor olyan kiváló összefoglaló műről írhat, mint Deborah Lupton *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies* című könyve. A kötet kitűzőtt célja világos és egyszerű: a modern nyugati orvostudománnyal kapcsolatos paradoxonok (az egyik oldalon az orvos omnipotenciája, a feltétlen bizalom, hogy az orvosi beavatkozás mindig sikeres lesz, minden gyermek gond nélkül eléri az idős kort, a másikon pedig a teljes kiszolgáltatottság érzése az orvosi beavatkozások és vizsgálatok során, amely csak fokozódik, amennyiben a beavatkozás mégsem jár sikerrel) bemutatása és a tágabb értelemben vett beteg-doktor kapcsolat középkortól kezdődő szociokulturális konstrukcióinak vizsgálata. Választott témáját Lupton könnyedén, gördülékeny stílusban fejt ki: az olvasót magával ragadja a felvonultatott hatalmas mennyiségű hivatkozott irodalom.

A kötet első fejezete az egészségügy társadalomba ágyazottságának változatos teoretikus kereteit taglalja, erre a későbbiekben visszatérek. A második fejezet a beteg test/egészséges test konstrukciójának kérdéskörét járja körül, a középpontban három fogalom (gyógyszer, betegség és halál) középkorig visszavezetett jelentésváltozásai, valamint a róluk szóló, korokon átívelő diskurzus áll. A tisztálkodás és tisztaság társadalmilag meghatározott követelményeinek bemutatása révén és a halál definíciójában kibontakozik az orvosi hatalom kritikai leírása. Amíg a középkorban a mainál jóval korlátozottabb, csak a test egyes látható részeire kiterjedő tisztaságot vártak el a társadalom tagjaitól, addig a modern orvostudomány fejlődése az emberi test egyre nagyobb és nagyobb részére kényszeríti rá a folyamatos tisztántartás kényszerét és ezzel a hatalmi és állami kontrollt. A víz a pórusokat és ezzel a testet a betegségek előtt megnyitó, ezért kerülendő folyadékból a 15. századtól kezdődően lassan a reggeli rutin részévé vá-

lik, és a hatalom által könnyedén befolyásolható melegvíz-ellátástól függ az egyén társadalmi megítélése. Ezzel egy időben tovább él a középkori hiedelem: a nedves haj vagy vizes láb kitárja a kapukat a megfázást okozó baktériumok előtt. Az orvosi hatalom nem csak a tisztaság változó határait szabja meg, de a halál csak látszólag állandó definícióját is. Így beszélhetünk az alapvető életfunkciók megszűnésével, az agytevékenység leálltával és a szervek transzplantációra alkalmatlanná válásával halott, valamint duplán és triplán halott testről.

De nem csak a test, hanem – hogy a modern diskurzusban oly kedvelt katonai metaforával éljünk – az azt megtámadó betegségek is központi helyet foglalnak el a nyugati kultúrában. A betegség az orvos és a beteg számára ugyanannak a történetnek két oldala, a megértés nehézkes: a beteg a legtöbb esetben csak prózai leírását tudja adni állapotának, ezért az orvos nem képes átérezni a betegség emberi oldalát. Lupton megoldási javaslata olyan írók, költők munkásságának olvasása, akik maguk is valamilyen betegségben szenvedtek, és ezt az élményüket műveikbe is beépítették, ezzel az orvosi szakkönyveknél jóval kifejezőbb leírását nyújtják a kezelőorvos számára. Példát találunk bőven, a különböző betegségek – különösen a nagy járványokat okozók, mint a lepra, a tuberkulózis, a daganatos megbetegedések – komoly irodalmi karriert futottak be: a 19. századtól egyre gyakrabban tűnnek fel a szépirodalomban, annak ellenére, hogy ekkor a nagy járványok már visszaszorulóban vannak Európában. E betegségekhez rendkívül változatos képzetek kapcsolódtak, melyek szélsőséges példája a 18. század végén korreláció tételezése a tuberkulózis és a zseni kreatív alkotásra való képessége között. Az elit kultúrában azonban nem csak a betegségek fajtái változatosak, hanem dramaturgiai szerepük is: sokrétű feladatuk – a hős próbatételének szimbóluma, kivételes szituáció, amiben a szereplő igaz jelleme megmutatkozhat, a társadalmi befogadás próbája – mindig a kor betegségfelfogását tükrözi.

Jóval kevésbé árnyalt a populáris média betegség- és főként orvosképe. A laboratóriumi tisztaságot sugárzó fehér köpenyt viselő orvosok a kórházi sorozatok többi szereplője fölé magasodva jóindulatúan gyakorolják omnipotens hatalmukat: csodálatos módon mentik meg a betegeket, gyakran nem is az őket kínzó betegségtől, hanem csak az orvos számára látható igazság feltárással, alapvető életmódbeli és gyakran attitűdbeli változásokat elérve, saját maguktól. A beteg elől rejtve maradó, saját testében zajló folyamatok, titkok megjelenítésének eszközei a televízióban és újságok számos módon mentik meg a minél bonyolultabban ábrázolt műszerek, amelyek csak az orvos számára érthető vonalak rajzolásával, csipogással és más jelzésekkel jelenítik meg a modern orvostudomány varázslatát.

E kép kialakulásában, valamint más szempontból is fontos fordulópontot jelent a késői 17. század és a 18. század, ért egyet Lupton a kötet során leggyakrabban hivatkozott szerzővel, Foucault-val: ekkor alakul ki a legtöbb máig érvényes metafora és diskurzus az orvostudományról, ekkor a betegség véletlenszerű történés helyett rendszeres mozgással, megfelelő táplálkozással, sosem lankadó önkontrollal elkerülhetővé válik, természetes állapot helyett különleges helyzetté változik az emberek számára. Mivel az uralkodó nézet szerint kellő odafigyeléssel a betegség elkerülhető, ezért a betegségtől egyértelműen az egyén tehető felelőssé. Ebben az időszakban az orvosokat olvasott mesterembereknek tartják, akik nem szükségesek a betegség gyógyításához, hiszen az az egyén életmódjának megváltoztatásával – friss vidéki levegő, több alvás, bőséges táplálkozás – elérhető.

A szabad szemmel nem látható, csak laboratóriumban, különleges eszközökkel megfigyelhető kórokozók felfedezésével ez a kép hamarosan megváltozik: az orvosok kompetenciájának mérője a könyvtári tudás helyett a laboratóriumi eredmények, az egyén felelőssége helyébe pedig a mikrobák megállíthatatlan támadása került. A beteg az egészségének visszaszerzéséért folytatott küzdelemben aktív cselekvőből passzív páciens lesz, akinek feladata a türelmes (angolul: patient) várakozás, a beavatkozások néma elszenvedése és az orvos utasításainak betartása. A 20. századra az orvostudomány fejlődésével a különböző betegségekről alkotott kép differenciálttá és megfigyelhetően szubjektívvá vált. A daganatos

megbetegedéseket lappangó, kiszámíthatatlan, az egész testet támadó ellenségnek mutatja be a jelenkori diskurzus, a szívbetegség tömetaforája a morálisan neutrális, lokalizáltan, meghibásodó gép, míg a szexuális úton terjedő betegségekért – a '80-as évektől kezdődően leginkább az AIDS – egyértelműen az egyén tehető felelőssé, elsősorban erkölcsi alapon. Közös azonban bennük az a felfogás, miszerint a betegség nem természetes velejárója az életnek, hanem egy külső tényező, amely eltávolítása után az élet folytatható. Ezt erősíti, hogy a beteg testrézre általában személytelen névmással utalnak, igyekezve mintegy eltávolítani a meghibásodott alkatrészt az önképből, ahogy a sebész szikéje azt később gyakran meg is teszi.

Az orvosi módszereket magától értetődően értéktelenségek tartó megközelítés helyett Lupton – Helman-nal egyetértve – kiemeli az interpretáció jelentőségét. Különösen a beteg körtörténetére és személyes beszámolójára hagyatkozva azonosítják ugyanazt a tünetet a különböző szakorvosok egymástól eltérő, szakterületükhöz közeli betegségeként. Ennek ellenére mindannyian megkérdőjelezhetetlen szaktudásukra, objektív megfigyeléseikre hivatkozva állítják fel a diagnózist. Ezt az objektivitásra törekvést, elszemélytelenítést a hosszabb távú kórházba kerülés a végletekig erősíti. A beteg saját ruháit elveszti, helyette egyenként kap, a karján szalag jelzi nevét és adatait, intézményes szabályoknak kell engedelmessé válnia: nem sokban különbözik egy rabtól. A betegség és a hatalom viszonyát – a téma, ami az egész kötetben végighúzódik, amihez Lupton mindig visszakanyarodik, de explicit kifejtése csak az utolsó előtti fejezetben kezdődik meg – ezzel a gondolatmenettel vezeti fel a szerzőnő, három teoretikus keretet összegezve.

Parsons funkcionista megközelítése szerint a beteg feladata az orvos azonnali felkérése – hiszen csak érvényes szakvélemény alapján menthető fel ideiglenesen a társadalmi elvárások alól –, majd a minél gyorsabb felépülés, ezzel visszatérve a társadalomba elfoglalt korábbi helyére. A funkcionista iskola követői figyelmen kívül hagyják az orvos-beteg kapcsolat mélyebben gyökerező hatalmi összefüggéseit. Strong plasztikus megfogalmazásában: „A páciens meg akar gyógyulni, a személyzet meg akarja gyógyítani. Minden konfliktus és elégetlenség forrása valamilyen félreértés vagy nem

megfelelő technika alkalmazása, semmi egyéb” (107. o. – ford. NA).

Freidson, Starr, Porter és Waitzkin, a politikai közgazdaságtan paradigmájának képviselői szintén vizsgálták az egészségügy és a hatalom viszonyát, ami az érdekcsoportok hatalomért folytatott küzdelme: a különleges jogosítványokkal felruházott orvosok állami támogatással gyakorolják hatalmukat, ezzel tartva fent az osztályok közti különbségeket. A doktor ebben a megközelítésben a hatalom támogatója, akinek feladata, hogy eldöntse, ki alkalmas a munkára és ki nem, ezzel az egészségügyet munkára való alkalmasságként definiálva, „az egészséges embert pedig olyanként, aki képes a termelésre” (107. o. – ford. NA).

Az orvossal való találkozás Foucault tanítványai – mint Armstrong vagy Fisher – szerint a hatalomgyakorlás ennél jóval összetettebb folyamat, a kutatásnak a szemmel nem látható tüneteket is fel kell tárnia. A beteg ebben a felfogásban a hatalomnak egyszerre szubjektuma és objektuma, célja és eredménye (target and effect of power). Foucault-i felfogásban nem is az elnyomás és a hierarchia fenntartása az orvosi hatalom lényege, hanem a személyre szabott, a beteg életének minden részletére kiterjedő megfigyelés, társadalmi kontroll, amely csak megjelenésében különbözik a börtöntől és az elmeegógyintézettől, funkciójában nem. A Foucault-i elmélet azonban nem képes feloldani azt a dilemmát, miszerint az orvos-beteg kapcsolat sikeres működésének előfeltétele az orvos domináns szerepe és ennek beteg általi elfogadása, emellett relativizálja a kapcsolatban immanensen fellelhető morális problémát.

A kötet utolsó fejezete a feminizmus kritikai álláspontját foglalja össze. Lupton szerint két nagy részre oszlanak a feminista teoretikusok a 20. század utolsó harmadáig, aszerint, hogy milyen választ adtak a nőket alacsonyabb rendűnek tekintő patriarchális orvosok és döntéshozók kritikáira. Az első csoport képviselői szerint a női testtel és női léttel járó különbségeket teljes egészükben üdvözölni kell, a cél ezen élmények minél teljesebb átélése. A másik csoport ezzel ellentétes véleményen van: a női test valójában semmiben sem más, mint a férfi, ezért a különbségek is elhanyagolhatók. Mindkét álláspont képviselői komoly problémába is ütköznek azonban; hogy Lupton nyomán én is Ehrenreich

és English találó megfigyelését idézzem: „Ha azt mondjuk, hogy a terhesség utolsó hónapja nehéz, akkor annak első jelére elbocsátanak minket. Ha azt mondjuk, hogy nincs semmi egészségtelen a terhességben, akkor elvárják tőlünk, hogy napi nyolc órát, heti öt napot dolgozzunk az utolsó hónapban is” (132 o. – ford. NA). Abban azonban egyetértünk, hogy az orvostudomány másodlagos, alávetett szerepben kezeli a nőket – kiváló példája ennek, ahogy az anatómiai atlaszok leírásai folyamatosan „kisebb” és „alulfejlett” női testrészekről beszélnek –, és a női testtel összefüggő és kontrollálandó eseményeket, mint a menstruáció, a terhesség vagy a menopauza természetellenesnek, betegségnek tekintik. A feminista írók kritikája az orvosi szaknyelv által sugallt képre is irányul, amely megfertőzi a nők autentikus nézőpontját saját testükről. Ezt az álláspontot finomították a „modern feminista” szerzők, akik szerint nem létezik egy „igaz”, „autentikus” nőről, illetve női testről alkotott kép, amelyet ki kell szabadítani az egészségügy fogságából, hanem ez a kép nagyban függ a mindenkori diskurzusoktól. Azonban a ’70-es évek előtti és utáni feminista szerzők véleménye abban továbbra is megegyezik, hogy minden nőnek joga van arra, hogy minél több döntést önmaga hozhasson saját testéről – a férfiak által dominált orvosi szakma kontrollja nélkül.

Lupton kötetének felénél feltűnhet, hogy valami hiányzik a műből, valami, amit az első fejezettől kezdve vár az olvasó, amit a bemutatott, gazdag példákkal átszőtt, a betegségekről, a tisztaságról, a halálról megjelenő szerteágazó elméletek az 1950-es évektől az 1990-es évek közepéig pedig indokoltá tennének. Ez egy olyan szintézis, amely az emberi testtel foglalkozó interdiszciplináris megközelítési módok – a szociálpszichológia etnometodológiai módszere, a makrotársadalmi folyamatok, a tömeg- és elitmédiát vizsgáló kultúrtörténeti módszer, valamint a posztstrukturalista irányzatok, a diskurzus-elemzés és a szereplők különböző valóságértelmezései – bemutatása után egységes értelmezési keretbe ágyazva lehetővé tenné a téma átfogó megértését. Az író hangja elvész az elmúlt 50 év teoretikusai közt, néhány helyen azokat egyszerűsítve adja csak át.

Ugyanakkor Deborah Lupton nem csak a téma naprakész összefoglaló művét írta meg, hanem kiváló tankönyvet is. A minden fejezet vé-

gén megtalálható rövid konklúzió – amit inkább összefoglalónak tekinthetünk – a kötet végi név- és tárgymutató mind az olvasót segítik a hatalmas szakirodalomban való tájékozódásban. A *Medicine as Culture* nem okoz csalódást a modern nyugati orvostudomány társadalmi összefüggései iránt érdeklődő szociológusok, orvosi antropológusok, orvostudomány-történészek, egészségkommunikációs szakemberek, a feminista társadalomtudományt és a fogyasztói társadalom működését jobban megérteni kívánó olvasók számára.

(Deborah Lupton: *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. (2nd ed.). Sage, 2003, Thousand Oaks, CA.)

Nógrádi András



EGÉSZSÉGÜNKRE!

E jókívánságunk kiejtése szinte lehetetlen egy külföldi számára. A kifejezés azonban nagyon összetett tartalmilag is: nemcsak a betegség hiányát jelenti, de utal a szellemi, fizikai és társadalmi jóllét nyújtotta teljességére is. Brazília, Angol és dán kutatások is igazolják, hogy a középiskolások egészségfelfogása éppoly komplex, mint a WHO definíciója: a táplálkozástól a sporton át a családtagokkal és a barátokkal ápolott jó kapcsolatokig, a kedvező higiéniai körülményektől a kellemes lakókörnyezetig mind része az egészség fogalmának. Az említett tényezők mellett még a magány, a stressz, a rasszizmus, a munkafeltételek, a háború és az oktatás is befolyásolják az egészségről alkotott képüket.

A demokratikus oktatás egészségösztönzéséről és az egészséges életmódra nevelés kulcsszerepéről szól Stephan Clift és Bjarne Bruun Jensen *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice* című 2005-ös kiadványa, mely egy válogatás az Egészségesebb Iskolák Európai Hálózatának 2002-es Egmond aan Zee-i konferenciáján elhangzott előadásából.

A jól strukturált, érthető felépítésű könyv a több mint 40 társszerző közreműködése ellenére is egységes, ugyanakkor a háttérül szolgáló elmélet a kutatások bemutatásakor sok tanul-

mányban feleslegesen megismétlődik. A három fejezet első tíz nemzetközi tanulmánya az egészségösztönzés elméletével foglalkozik, majd kilenc esettanulmány és öt összehasonlító elemzés olvasható.

Az Egészségesebb Iskolák Európai Hálózata (European Network of Health Promoting School) az 1990-es évek elején alakult, s a kötet 2005-ös kiadásakor már több mint 40 tagországot számlált. A szakkifejezések ismerete, jelentésük összehangolása alapfeltétel, és bár egyes fogalmak még nem egyértelműen definiáltak, a cél közös: egészségösztönzés gyakorlati oktatással, társadalmi összefogással, az egészségüggyel együttműködve.

A központi változtatások gazdasági érdekekbe ütközhetnek, a szűkös anyagi lehetőségek és a média pedig nem mindig a helyes út felé terelik a fogyasztót, így továbbra is nagy az egyén felelőssége egészségének megóvásában. Az új cél a lakosság meggyőzése mellett a magasabb körök figyelmének felhívása a kérdés fontosságára, az egészség fenntartásához szükséges változások előidézése.

Egy demokratikus államban az oktatási intézmények tanmenete kulturális értékeket is közvetít, ideológiája és pszichológiája befolyásolja az egészségfelfogást. A hatékony tanulás fizikai feltételeinek biztosítása, az aktív tanulói szerepvállalás elősegítése, a jártasságok fejlesztése a sikeres oktatás s a tanmenet része, az iskola feladatai és a tanárok példaadó életvitelével együtt. Az iskola ideális színtér a szemléletmód közösségi és politikai átforgatásának, kritikai öntudatra ébresztve a később fogyasztóként fellépő diákokat, akik cselekvőként megkérdőjelezik, és saját kritériumaik alapján értékelik majd az információkat.

Az iskolai egészségösztönzés (Health Promoting School, a továbbiakban: HPS) új feladatai tehát a fentiek mellett az aktív szerepvállalást sürgető, demokratikus, minőségi oktatás kialakítása egészséges résztvevőkkel. A HPS-konceptió tartalmi változásai három németországi kutatás alapján nyolc pontban foglalhatók össze: áttérés az egészségre nevelésről az egészség ösztönzésére és fejlesztésére; az egészség orvosi-biológiai értelmezésének kibővítése; a diákcentrumú egészségösztönzés kiszélesítése tanároknak; az iskolák közti tapasztalatcserén alapuló kapcsolatrendszer kiépítése; kockázatok helyett az

egészség fenntartására, illetve egyéni egészség helyett a közösség egészséges életmódjára való összpontosítás. Idetartozik még az iskolai élet és környezet megváltoztatása, fejlesztése és az együttműködés külső partnerekkel. Itt ismerkedhetünk meg a *salutogenézissel* fogalmával, mely az emberi élet tartalommal való megtöltését, a világ megértését és az önbizalom fenntartását jelenti. A koncepcióváltás óta az egészség része és hozzáadott értéke a *jó iskolának*. Ez itt kategóriát jelöl kiszámítható és következetes szabályozással, kellemes közeggel, alacsony tanárfluktuációval, aktív szülői beavatkozással, folyamatos tanári továbbképzésekkel – az egészség eszközén keresztül az oktatásra koncentrálva.

A folyamatok kialakulását és céljuk elérését az önálló komponensek közös vizsgálatával indikátorok mérik. Nemzetközi példák (Kína, Pápua Új-Guinea, Macedónia, Ausztrália, Skócia) igazolják, hogy bár az eltérő környezet speciális alkalmazást igényel, az iskola egyedi tényezői mérvadóbbak az állami vagy regionális hatáznál. A továbbképzés jelentősége, az együttműködés, a partnerség kialakítása iskola, egészségügyi szakemberek és oktatási hatóságok között, illetve a diákok aktív tanulásának lehetővé tétele mindenhol egyformán alapvető.

A '90-es években a kutatás alapú gyakorlat hangsúlyja is áthelyeződött a klinikai orvoslásról az egészségösztönzésre és a közegészségügybe való beavatkozásra. Számos program látott napvilágot (SAMSHA, USED, GPHPE), melyek egybehangzóan bizonyítják, hogy a veszélyes életmód csökkentésére a különböző fórumok együttes fellépése a leghatékonyabb. A kutatás alapú gyakorlat bevezetésében is felismerték, hogy a magatartás átformálásához intézményi, társadalmi és politikai szerepvállalásra, környezeti változásokra van szükség, a folyamatos tréningekben egyre szélesebb köröket bevonva, mert csak a kritikus tömeg érhet el eredményt idővel. A kutatás alapú gyakorlat alkalmazásában weboldalak, technológiát oktató technikai tanácsadó központok és tanfolyamok is segítik az iskolákat.

Az egészségösztönzés és a környezettudatos nevelés ugyanannak az éremnek a két oldala. Ahogy az egészségnek vannak az egyén által befolyásolhatatlan genetikai faktorai, úgy a környezetnek is embertől független tényezői. Az egészség és a környezet kölcsönhatásáról két megközelítés ismert: az első szerint az egyént

jobban foglalkoztatja saját egészsége, mint környezete. A környezetszennyezés károsan hat az egészségre, így a környezeti problémák egészségkárosító hatásának hangsúlyozása az egészségösztönzésben közvetve hozzájárulhat a környezet megóvásához. A másik felfogás a mentális egészség környezetvédő hatásáról szól. Eszerint a teljes szellemi egészségnek örvendő ember kevesebb felesleges, környezetkárosító termékre vágyik. A közös cél itt is: gondolkodásra, cselekvésre és változások előidézésére biztatni a jövő nemzedékeit.

A koncepcióváltással a kimeneti eredmények értékelése helyett a folyamat hatékonyságának mérése került előtérbe, a hagyományos, iskolákra erőltetett programokról lassan áttevődik a hangsúly az aktív részvételen alapuló akciókutatásra, amelyben diáktól védőnőn át szülőig s kutatóig mindenkinek kulcsfeladat jut a tervezéstől az alkalmazáson át az értékelésig. Az ilyen intenzív szerepvállalás a nagyfokú érintettségén keresztül hosszan tartó pozitív hatást vált ki.

Hollandiában a 2001-ben öt dél-holland szervezet egyesülésével létrejött ún. *Schoolbeat*-fejlesztés új fogalmakat vezetett be. Ezek közül a beavatkozási térkép (intervention map) rámutat a döntéshozatal, a bevezetés és az értékelés leghatékonyabb lépéseire. Ez az átfogó, gyakorlatias megközelítés a legfontosabb öt lépést a célok után a stratégia és a módszerek meghatározásában, a program kialakításában, a fenntartható fejlődést biztosító terv kidolgozásában és a megfelelő értékelésben látja. A célcsoport-specifikus továbbképzéseket kínáló, konzultáció alapú, minőségellenőrzéssel megerősített folyamat hosszú távon részét kell képezze az iskolák pedagógiai programjának. Az értékeléshez kidolgozott DISC-modell (DIagnosis of Sustainable Collaboration) a fenntartható együttműködést diagnosztizálja. Értékelve a létrejött lépéseket, a későbbiekben túlmutatva mérőeszköz funkciójában, hatékony generátora is lehet a változásoknak.

Finnország 1993 óta tagja az Egészségesebb Iskolák Európai Hálózatának (European Network of Health Promoting School, a továbbiakban: ENHPS). Az iskoláknak szánt modelljüket négy dimenzió mentén dolgozták ki: 1) infrastruktúra (a fizikai és mentális biztonságot, a

helyes táplálkozást és a megfelelő környezetet is beleértve); 2) a küldetés világos meghatározása kollektív viták során; 3) aktív szerepvállalás és 4) tanmenetfejlesztés. A kritikai gondolkodás az önirányító tanulással része az együttműködő tanulónak, ahogy a technikai (hatékony munkaforma megválasztása), gyakorlati (a probléma megoldása), személyes (egyéni nézőpont figyelembevétele) és kritikus (politikai, etnikai és társadalmi vonatkozásokkal kapcsolatos) reflexió is.

Míg a finn oktatás nemzetközi összehasonlításokban előkelő helyet szokott elfoglalni (lásd pl. PISA-eredmények), és sikeres az egészségösztönzés bevezetésében is, a finn gyerekek mégis rossznak értékelik iskolai környezetüket, egészségügyi mutatóik romlanak, nő az alkoholfogyasztók, az elhízottak és a depressziósok száma. A rohanó életmód családi életre gyakorolt aggasztó hatását tárta fel egy védőnők körében végzett 2001-es interjúsorozat is: a finn gyerekek is fáradtak, kialvatlanok, hiányzik mindennapjaikból a rendszer, szüleikkel a kommunikáció. Az ENHPS javaslataival összhangban, egy sikeres iskolai egészségnap szülők, tanárok és diákok részvételével igazolta az elméletben már megfogalmazott igényt: a családdal együtt töltött értékes idő, a közös programok, az intenzív kommunikáció szülők, tanárok és diákok között nélkülözhetetlen, hozzájárul a diákok életvitelének fizikai, szellemi és lelki egészségéhez.

Egy írországi összehasonlító tanulmány 15–18 éves tanulók szellemi egészségének ösztönzését tűzte ki céljául, kiindulva egyrészt a tézisből, miszerint a mentális egészség nem csak az egyén, de a társadalom érdeke is, másrészt szem előtt tartva a WHO és a Világbank aggasztó becslését: 2020-ra a legsúlyosabb egészségügyi probléma a szellemi egyensúly hiánya lesz. A kétéves projekt célja a védekező mechanizmus erősítése, a veszélyforrások csökkentése és a fiatalok rugalmasabbá tétele volt. A tapasztalati tanulásra építő program 13, heti egyszeri csoportos foglalkozásból állt.

A két kontrollcsoportot és változatos módszereket felsorakoztató programban a diákok egy képzeletbeli fiú beilleszkedési nehézségeire reflektáltak. Utólagos értékelések szerint a projekt felhasználóbarát, korcsoportnak megfelelő volt, s ideális arányban ötvözte az eltérő feladattípusokat. A kísérlet tanulói (főleg lányok) megoldási javaslatokkal tudtak élni fiktív barátjuk gond-

jaira, jól érezték magukat a folyamatban, javult problémátűrő és -kezelő képességük, és mégertöbbé váltak.

Az iskola szociális légkörét vizsgálta egy 2001/02-es cseh felmérés. 33 általános iskolai tanulóinak zaklatásról, agresszióról, megfélemlítésről alkotott véleményét vetették össze a kontrollcsoportéval (szintén 33 iskola), összesen több mint 4000 kérdőív feldolgozásával. A HPS-tanulók tanulmányi eredménye és kapcsolata tanáraikkal javult, biztonságosabb légkörről, ugyanakkor több egymás közti megfélemlítésről és zaklatásról számoltak be, mint a kontrollcsoport tagjai. A meglepő eredmény magyarázata az az újszerű felismerés lehet, hogy a HPS-diákok az egészségösztönzésnek köszönhetően érzékenyebbé váltak, képesek azonosítani az agressziót, és készek szembenézni vele. Reagálnak a zaklatás finomabb, verbális formáira is, míg kontrollcsoportbeli társaikban ismeretek hiányában akár a komolyabb agresszió sem tudatosul.

A HPS bevezetése igen fontos Lettorszában is, ahol a várható átlagéletkor tíz évvel alacsonyabb, mint általában Észak-Európában. 2000-ben tanárinterjúkkal és diákok körében végzett kérdőíves kutatással mérték a bevezetés hatását. Mind a 16 kísérleti és 16 kontrolliskola szegény, vidéki környezetből került ki. A tanárok válasza alapján a kutatásba bevontak szemlélete és közérzete biztatóbb lett. A HPS-diákok sokkal jobbnak értékelték iskolájukat, bár tanár-diák viszonyukban nem érzékeltek különbséget. A HPS alapvető céljával ellenkezően, kísérleti és kontrollcsoportban egyformán féltek a diákok tanáraiktól, a nem világos instrukcióktól, kiabálástól vagy az igazságtalan eljárásától. Mindenhol kevés volt a tanár–szülő együttműködés, a szülő–gyermek kommunikáció, azonos a megfélemlítések aránya. Sőt, a HPS-iskolák jóval több fizikai erőszakról számoltak be.

Németországban a kiskorúak abortuszának száma ijesztően magas (7443 abortusz 2002-ben). A nyugtalanító adatok emelkedő tendenciája állami beavatkozáshoz vezetett: 2001-től a nemi élet oktatása része az iskolák tananyagának (Keleten 87, Nyugaton 83 százalék). A statisztikákon ez sem segített, ezért az AGGE (egy csak női orvosokból álló szervezet) fiatal lányok s nők nemre és életkorra szabott szexuális felvilágosító oktatásába fogott 90 perces, orvosi megközelítésű beszélgetésekkel. Három szövetségi tar-

rományból vettek részt fiatalok ilyen beszélgetéseken, akik azt megelőzően, illetve két héttel utána anonim kérdőívet is kitöltöttek. Ebben a kísérletben is alkalmaztak kontrollcsoportot az eredményesség megállapításához. Vallási hovatartozástól és anyanyelvétől függetlenül főleg a fiatalabb lányok tudása nőtt ugrásszerűen az oktatás következtében. A fogadtatás nagyon pozitív volt, a résztvevők örültek a szakemberrel folytatott beszélgetés lehetőségének.

A közösség szemléletének átformálásában méltatlanul kevés szó esik a tanár egészségéről, pedig nélkülözhetetlen nevelői szerepe és példamutató életvezetésének ereje vitathatatlan. A kiégés veszélye fokozott, a stresszorok száma végtelen, s nagy körökben az elégedetlenség. Egy Queenslandben (Ausztrália) végzett vizsgálat szerint a HPS-iskolákban a tanárok elkötelezettsége hivatásuk és iskolájuk felé nagyobb, saját szellemi egészségük megítélése pozitívabb, mint a kontrollul szolgáló iskolákban. Kedvezőbb eredmények nem fordíthatók le egészségesebb életvitelre, hiszen nem mennek többször kontrollvizsgálatra, és csak kevesen sportolnak, mégis frissebbnek és nyugodtabbnak érzik magukat, mint társaik. A munkahelyi stressz fő okozói a magas elvárás, alacsony kontroll csekély társadalmi támogatottsággal.

A téma örökzöld, a kötetben bemutatott kutatások érdekesek és érthetőek, színvonalban és terjedelemben többnyire egységesek, a kötet felépítése áttekinthető.

Sajnálatos tény, hogy a 24 tanulmány között egyetlen hazai kutatás sincs, így egyelőre be kell érniünk azzal, hogy a könyvet haszonnal forgatjuk, a benne lévő elméleti és gyakorlati tapasztalatokat hatékonyan alkalmazzuk. Egészségünkre!

(Stephen Clift & Jensen Bruun (eds): *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Danish University of Education Press, 2005, Copenhagen. 509p.)

Zolnay Fruzsina Lili



EGYENLŐTLENSÉGEK EGÉSZSÉGBEN ÉS JÓLLÉTBN

Az Egészségügyi Világszervezet együttműködésével megvalósuló, négyévenként ismétlődő nemzetközi kutatás ötödik és egyben legújabb kiadványát tarthatja kezében az olvasó. *A fiatalok egészségének és jóllétének társadalmi tényezői* címet viselő legújabb, 2009/2010. évi HBSC-felmérés (Health Behaviour in School-aged Children – Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása) mostanra már 43 ország és régió részvételével zajlott. A vizsgálat célja volt, hogy átfogó képet kapjunk a fiatalok egészségi állapotáról és életmódjáról, az ezek hátterében álló társadalmi és gazdasági tényezőkről és összefüggésekről, az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségekről s azok okairól.

A tanulmány három részből, ezeken belül kilenc fejezetből áll. Az első rész röviden ismerteti a vizsgálatot, az eddigi és a jelenlegi vizsgálatban részt vevő országokat és régiókat, a korábbi HBSC-kutatások eredményeit, valamint a legutóbbi kutatás hangsúlyos kérdéseit. A szerzők itt ejtenek szót a korábbi kutatások tapasztalatairól és a jelen kutatás céljairól.

A tanulmány második és egyben leghosszabb részének első fejezetében tárgyalják a reprezentatív vizsgálat módszereit. A szerzők az egyes témaköröket összefoglalással és szakpolitikai ajánlással zárják. A fejezetek és témakörök következetes felépítése, ezeken belül az oszlop- és sávdiagramok, valamint kartogramok használata megkönnyíti az eredmények átláthatóságát, és a kiszámíthatóság érzetét kelti az olvasóban.

A második rész második fejezetének témái a társadalmi kontextuális tényezők: a család, a kortársak és az iskola. A családi és kortárs kapcsolatok, valamint az iskolával kapcsolatos tapasztalatok, különböző mértékben ugyan, de befolyásolják az önbecsülés fejlődését, az egészségmagatartást, hatással vannak a jövőbeli testi és lelki egészségi állapotra és az étellel való elégedettségre. A családi kommunikációra vonatkozó kérdések eredményeiből megtudhatjuk, hogy a serdülők többsége, ország- és régióhatártól függetlenül, könnyebben beszél problémáiról az édesanyjával, mint az édesapjával. Míg az anyával való kommunikáció terén nem mutatkozott nemi különbség, addig apjukkal inkább a fiúk értenek szót.

Földrajzi különbségeket is találtak a kutatók: a lányok Kelet- és Dél-Európában inkább képesek problémáikról beszélni a szülőkkel, mint Észak- és Nyugat-Európában vagy Észak-Amerikában. A magas szocioökonómiai státusú családok fiataljai a legtöbb országban könnyebben meg tudják beszélni problémáikat családtagjaikkal, különösen az anyával. Leginkább veszélyeztetettnek azok az alacsony szocioökonómiai státusú családokból származó lányok tűnnek, akik még édesanyjukkal is csak nehezen tudják megbeszélni a problémáikat, hiszen az ilyesfajta kommunikáció (nagyobb érzelmi támogatás; interaktív, nem ítéltkező szülői hozzáállás) egészségvédő faktorként is funkcionálhat. Azon fiatalok, életkortól függetlenül, akik saját bevallásuk szerint könnyen meg tudják beszélni problémáikat szüleikkel, nagyobb valószínűséggel rendelkeznek pozitív testképpel, jobb szubjektív egészségi állapotról és kevesebb fizikai-lelki panaszról számolnak be, és az étellel egészsében is inkább elégedettek.

Az adatokból jól látható, hogy a magasabb szocioökonómiai státussal rendelkező családok fiataljai – országoktól és régióktól függetlenül – több közeli barátal rendelkeznek. Feltételezhető, hogy a családok kedvezőbb pénzügyi lehetőségei sokszínű tevékenységet tesznek lehetővé a fiatalok számára. A pozitív kortárskapcsolatok és az ifjúsági klubokban való részvétel az egyénre és a társadalomra egyaránt hatással vannak: elősegítik a serdülők jólléti érzésének magasabb fokát, a stabil önbecsülést, valamint az iskolához fűződő pozitívabb viszonyt is. A baráti kapcsolatok alacsony száma kevesebb lehetőséget teremt a szociális készségek tanulásához, valamint alacsony szintű önértékeléshez, étellel való elégedetlenséghez és depressziós hangulathoz vezet.

Az iskolával kapcsolatos kérdések elemzéséből kiderül, hogy a tanulók iskoláról alkotott általános képe a magasabb osztályokba lépve kedvezőtlenebbé válik. Az életkor előrehaladtával kis mértékben csökken az osztálytársi támogatás, az észlelt iskolai nyomás növekszik, valamint az iskolai szervezet elszemélytelenedése is megfigyelhető (tantárgyanként különböző tanárok, egyes országokban tantárgyanként változó tanulói csoportok). Abban az életkorban történik mindez, amikor a fiataloknak a korábbi évekhez képest még inkább szükségük lenne a magasabb szintű intézményi kötődésre és a támogató iskolai légkörre. Az iskola iránti attitűd, az iskolai teljesítmény és terhelésérzet, valamint

az osztályközösségi támogatás nem mutat egyértelmű földrajzi mintázatot: a viszonylag közeli országok nem hasonlítanak jobban egymáshoz, mint a távoliak.

A második egység soron következő fejezetében az egészségi állapotra, azon belül a szubjektív jólétre, az étellel való elégedettségre, egészségügyi problémákra, balesetekre, a testtömegre és kontrollálására vonatkozó adatok ismertetését olvashatjuk. Az elemzésből kitűnik, hogy a fiúkhoz képest a lányok minden korosztályban rosszabb egészségi állapotról számolnak be, alacsonyabb arányban elégedettek testsúlyukkal, kövérebbnek látják magukat és körükben nagyobb az előfordulása a súlycsökkentő törekvéseknek. Önértékelésük és étellel való elégedettségük is alacsonyabb a fiúkénál. Annak ellenére jellemző ez, hogy az eredmények alapján éppen a fiúk körében magasabb a túlsúlyosak száma. A túlsúlyos serdülők előfordulása Észak-Amerikában, valamint a déli- és néhány kelet-európai országban a legmagasabb. A testképet és a testtömeg kontrollálására irányuló magatartást a földrajzi mintázat hiánya jellemzi. A lányokat jellemző kedvezőtlenebb mutatók összefüggésbe hozhatók a nemi érés okozta testi és lelki változásokkal, az ideális női testnek a média közvetítette képével, valamint a nemi sztereotípiák szerinti viselkedéssel, mely a lányoknál nagyobb mértékű „problémakibeszélést” fogad el; a szülők pedig kevésbé ösztönzik a fiúkat testsúlyuk kontrollálására. A nemzetközi adatok arra is utalnak, hogy az étellel való elégedettség összefügg a pénzügyi elégedettséggel. A család magas szocioökonómiai státusa együtt jár a jobb egészségérzettel, az étellel való elégedettség magasabb fokával és kevesebb egészségügyi panasszal.

Valamennyi országban és életkorban a fiúk nagyobb valószínűséggel számolnak be valamilyen sérülésről. Ez a tény magyarázható a kockázati magatartásformák, a fizikai aktivitás és az élménykereső magatartás magasabb fokával a fiúk körében. A kedvezőbb anyagi háttér könnyebb hozzáférést enged a szabadidő tevékenységekhez, sportokhoz és az egészségügyi ellátáshoz egyaránt; az alacsony szocioökonómiai háttér pedig nagyobb valószínűséggel jár együtt a forrás- és információhiány okozta balesetmegelőző- és védőeszközök hiányával (kerékpár bukósisak, otthoni lézen-monoxid-riasztó készülék) és alacsonyabb baleset-megelőzési hajlandósággal (biztonsági öv használata).

A második szakasz negyedik fejezetében az egészségmagatartás kategóriáinak eredményei jelennek meg. Nemre való tekintet nélkül elmondható, hogy a fiatalok körében gyakori a reggeli étkezés kimaradása, és a fizikai aktivitás az életkor előrehaladásával csökken. A lányok gyakrabban fogyasztanak egészséges ételeket, az üdítőital-fogyasztás a fiúk körében magasabb. Mindez összhangban van a korábbi megállapításokkal: az életkorra jellemző nagyobb autonómiával, a család befolyásának csökkenésével és a lányoknál gyakoribb fogyókúrával. Az alacsonyabb szocioökonómiai státus összefüggésbe hozható a magasabb üdítőital-fogyasztással, de megállapítható, hogy a mintázat fordított a kelet-európai országokban és a balti államokban, ahol inkább a jólét mutatójának tekinthető.

A következő fejezetben arról olvashatunk, hogy Európa-szerte csökkenek a különbségek a fiúk és a lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai között. Igaz, hogy összességében a dohányzás és az alkoholfogyasztás egyaránt gyakoribb a fiúk körében, de ennek ellenkezőjét tapasztalhatjuk például Grönlandon, Spanyolországban, Walesben és Angliában. A megelőzésben fontos szerepe van a dohányzó növelésének, a nyilvános helyeken bevezetett dohányzási tilalomnak, dohánytermékek reklámozásának, promóciójának és a szponzorálás tiltásának, valamint a korlátozott értékesítésnek. A cannabis-fogyasztás is gyakoribb a fiúknál. Kipróbálásának előfordulását vizsgálva jelentős eltérések tapasztalhatók az egyes európai országok között (Macedóniában 3, Csehországban 30 százalék) – ennek megértéséhez a nemzeti szakpolitikai intézkedések elemzése és a szerhasználathoz kötődő mechanizmusok további vizsgálatára lenne szükség.

A rizikómagatartások között tárgyalt iskolai kortársbántalmazás („bullying”) eredményei azt mutatják, hogy a legtöbb országban ugyan csökkent az aránya, egyes országokban még mindig magas az előfordulása. Az elkövetőknek alacsonyabb az egészségérzete és az étellel való elégedettsége, körükben gyakoribbak a különböző kockázati magatartások (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás), ritkábban beszélnek meg problémáikat a szülőkkel, és az iskolához is negatívabb a viszonyuk. A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az iskolai szintű beavatkozások csökkentik a bullying gyakoriságát, különösen az egész iskolára kiterjedő, az iskola mindennap-

jaiba beépülő és a tanárok felelősségét hangsúlyozó programok sikeresek.

Összegezve megállapítható, hogy a jelentés – az egészségre vonatkozó európai egészségpolitikai program (Egészség 2020) stratégiai célkitűzéseinek is megfelelően – kísérletet tesz az egészség terén mutatókozó egyenlőtlenségek és azok okainak feltárására. A jelentés készítői szerint vizsgálni kell a fiatalok szűkebb és tágabb környezetének sajátosságait (család, iskola, egészségügyi ellátás, szabadidős lehetőségek, egyéni és kulturális jellemzők, társadalmi státus, nem, életkor, etnikai hovatartozás), valamint az életkor, a nem és a szocioökonómiai státus okozta nemzetek közötti és országon belüli különbségek mintázatait. A kutatók véleménye szerint a fiatalok egészségi döntései (étkezési szokások, fizikai aktivitás, szerhasználat) módosíthatják, de súlyosbíthatják is az egészségi állapotban megmutatókozó serdülőkorú egyenlőtlenségeket.

Az eddigi tapasztalatok arra is utalnak, hogy a népesség különböző rétegei másképpen reagálnak azonos közegészségügyi beavatkozásokra, valamint hogy az egészségügyi ellátásra fordított javak eloszlásának egyenlőtlensége, a család jövedelmétől függetlenül, azonos országon belül is jelentős mértékben befolyásolja a fiatalok egészségét. Mindezen megállapítások a szakpolitika számára nélkülözhetetlen alapot szolgáltatnak az egészségfejlesztési beavatkozások módja és időzítése tekintetében, hogy az egészség terén mutatókozó egyenlőtlenségek újratermelődése megállíthatóvá váljon. A jelentés legfőbb eredménye, hogy nemzetközileg standardizált módszerek révén megbízható információkat szolgáltat a hazai programok monitorozásához és a résztvevő országok közötti összehasonlításához egyaránt, valamint az egészségfejlesztési stratégiával kapcsolatban ajánlásokat fogalmaznak meg a szakmapolitikai döntéshozás és az egészségügyi, oktatási és szociális ellátási rendszer számára. (Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith & Vivian Barnekow (eds): *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe, 2012, Copenhagen. 252 p.*)

Domonkos Katalin

AZ AMERIKAI ISKOLAI MENTÁLIS EGÉSZSÉGGŐZPONTOK

Nemrégiben a hazai mozikban is sikeresen futott a *Lincoln* című amerikai film Steven Spielberg rendezésében, színészi alakításáért a főszerepet játszó Daniel-Day Lewis Oscar-díjat is kapott. Az Amerikai Egyesült Államok történetének egyik legfontosabb elnökéről szóló film a hazai nézőknek is jól érthetően mutatja be a 19. század végi Amerika hétköznapijait, amikor a feketék rabszolgák, a nőknek szavazati joguk sincs, a fehér férfiak pedig az élet minden területét uralják, és mindezt még tetézte az Észak és Dél között dúló polgárháború. Egy mai korban élő ember számára talán már nehezen érthető, miért volt akkora szükség Lincoln elnök eltökéltségére, rendíthetlenségére és nem kevés politikai érzékére az amerikai alkotmány 13. kiegészítésének elfogadásához. Pedig ez a rabszolgák felszabadítását kimondó alkotmány-kiegészítés indította el azt a demokratikus folyamatot, amelynek (is) köszönhető, hogy az afroamerikai származású Barack Obama ma már második elnöki ciklusát töltheti.

Persze nem csak az említett alkotmány-kiegészítésnek volt szerepe Obama elnökké választásában, legalább ilyen fontosak a demográfiai változások is. Csak egy sokat eláruló adat: míg 1960-ban a szavazók körében a nem hispán fehérek aránya még 85 százalék felett volt, addig az *U.S. Census Bureau* előrejelzése szerint ez az arány 2050-re már csak 46 százalék lesz. Miért olyan fontos ez a demográfiai változás? Azért, mert ez az évtizedek óta tartó folyamat már nemcsak a szavazók körében, a fogyasztási cikkek célközönségében, a munkahelyeken dolgozók összetételében, hanem az iskoláskorú gyermekek demográfiai eloszlásában is egyre erőteljesebben jelenik meg – annak minden következményével egyetemben. Míg korábban az iskolákban a keresztény elveket valló, fehér középosztálybeli családok gyermekei voltak túlsúlyban, mára az osztályokban tanuló gyermekek összetétele nagyon heterogénnek vált: mind származás, mind nyelvi, anyagi helyzet, kulturális háttér, érzelmi állapot, egészségügyi háttér és szociális érzékenység szempontjából. Az osztályokban tanító tanároknak ezt a hihetetlenül diverzifikált tanulóserget kell tudniuk jól kezelni, ami óriási kihívás elé állítja őket. Elég, ha csak a hazai sajátos nevelési igényű gyermekek integrá-

ciójára gondolunk, és egyből érezhetjük, milyen komoly nehézségek előtt állnak a mai amerikai általános iskolai tanárok...

A fentebb részletezett problémák megoldásában az amerikai tanárok számára az egyik alapvető segítséget az iskolai mentális egészségközpontok (school mental health centers) támogató munkája biztosítja. Leegyszerűsítve talán úgy fogalmazhatnánk, hogy ezen iskolai mentális egészségközpontok hasonló célokat valósítanak meg, mint itthon a védőnői és nevelési tanácsadói hálózat, hisz az Amerikai Egyesült Államok általános és középiskoláiban ezek az elsőleges helyszínei a nevelési tanácsadásnak, a gondozásnak és a szakrendelésnek. A fő hangsúly a megelőzésen (prevenció) és a korai beavatkozáson (intervenció) van.

Miért fontos a mentális egészség egy ennyire heterogén tanulói bázisú oktatás számára? A II. világháborút követően a mentálhigiéné fogalmát mindinkább felváltó mentális egészség a WHO megfogalmazása szerint egy olyan jóléti állapotot jelent, amelyben az egyén ismeri a saját képességeit, meg tud birkózni a hétköznapi életben felmerülő stresszhelyzetekkel, eredményesen tud dolgozni, és képes a saját közössége javára válni. Ezt tehát azt jelenti, hogy a mentális egészség közvetlenül kapcsolódik a gyermekek tanulásához és fejlődéséhez azáltal, hogy összefogja és együttesen kezeli a szocioemocionális készségeket, a viselkedést, a tanulást, bizonyos fogatékosságokat, a mentális betegségeket (pl. depresszió), a krízisek prevencióját, az azokra adott reakciókat stb. Ráadásul ezen témák nemcsak az egyén sikerére és jóllétére hatnak, hanem alapvetően meghatározzák az iskolai klímát és az egész iskola eredményességét.

Bár az első egészségügyi szolgáltatások New Yorkban már 1894-ben megjelentek, majd fokozatosan terjedtek az USA más városaiba és államaiba is, csak a hatvanas évek közepén Lyndon Johnson elnök hozta be a közbeszédbe és költöztetett komolyabb összegeket a szövetségi büdzsé terhére a szegényebb sorból származó iskolás gyermekek egészségügyi gondozására, kezelésére. Az első iskolai egészségközpontok a hatvanas évek végén Texasban, Dallasban, Massachusettsben és Minnesotában nyíltak, és hamar megmutatták a hasznosságukat. Míg 1985-ben még csak 35 ilyen központ létezett az egész országban, addig a kilencvenes években robbanásszerű fejlőd-

désnek indult ez a terület: manapság már közel 2000 iskolai egészségközpont található az USA 45 államában. Az iskolai mentális egészségközpontokban jellemzően pszichológusok, szociális munkások és iskolai tanácsadók dolgoznak, akik alapvetően olyan témák kezelésére koncentrálnak, mint a dühkezelés, az osztálytermi viselkedés fejlesztése, az erőszakoskodás megszüntetése, a pszichológiai rendellenességek gondozása, a családokkal való kollaboráció, a mentális egészség fejlesztése, a mentorálás, az iskolai légkör kialakítása és fejlesztése, az SNI tanulók támogatása, a dohányzás, a droghasználat és a nemi erőszak megelőzése, kezelése stb.

A fenti témákkal foglalkozik a Springer Kiadó jóvoltából 2013-ban megjelent recenzált kötetünk (*Handbook of Culturally Responsive School Mental Health*), amely részletes áttekintést nyújt a terület eddigi kutatási eredményeiről, az amerikai iskolákban működő iskolai mentális egészségközpontok jelenlegi módszereiről és innovatív eredményeiről, valamint esettanulmányokon keresztül specifikus témákban az elmélet és a gyakorlat összeházasításáról.

A szerzők három alapvető célt tűztek ki maguk elé e kisebb lexikonnak is tekinthető könyv elkészítésekor. Egyrészt szeretnék volna bemutatni, hogy a kulturális hatások hogyan hatnak a gyermek fejlődésére, és ezt hogyan kell figyelembe venni a tanítás, a gyakorlat, a kutatás, a politika szempontjából. Másodszor, a szerzők igyekeztek bemutatni azokat a legjobban bevált módszereket, gyakorlatokat és eljárásokat, amelyeket érdemes átvenni másutt is, illetve amelyek később alapítandó egészségközpontok szakmai munkájának alapját is képezhetik. Harmadrészt, a kézikönyv egy szakmai iránytű, referenciagyűjtemény szeretne lenni az iskolai mentális egészség témakörével foglalkozó kötetek polcán.

A kézikönyv három fő részre osztható: elméleti háttér összefoglalója (1–4. fejezetek), gyakorlati tapasztalatok gyűjteménye (5–13. fejezetek), specifikus problémákra adott specifikus megoldások (14–19. fejezetek). Elméleti háttérben azt kell érteni, hogy a szerzők nem egy matematikailag, pszichológiailag, neveléstudományilag teljes körű, absztrakt, elméleti modellt alkottak, hanem a szakirodalomban felmerült főbb problématerületek bemutatására koncentráltak.

Az 1. fejezetben egy rövid történeti összefoglalót találunk az iskolai mentális egészséggon-

dozás témaköréből, felvillantva a demográfiai változások következtében felmerülő aktuális problémákat is. A 2. fejezetben a tengerentúli katonai bázisokon működő iskolák kapcsán ismerkedhetünk meg a katonai szolgálatot teljesítő szülők gyermekeinek, hozzátartozóinak viselkedési problémáival foglalkozó iskolai viselkedési egészségközpontok elméletével, módszertanával és gyakorlati tapasztalataival. A 3. fejezetben az amerikai vidéki élet előnyeit és hátrányait vizsgálják a szerzők az iskolai mentális egészségközpontok lehetőségeinek függvényében. Megállapítják, hogy vidéki környezetben három alapvető kihívással kell megküzdniük a mentális egészség témájában dolgozó kollégáknak. Egyrészt, bizonyos magatartási formák (pl. öngyilkosság férfiak körében, vény nélküli gyógyszerek nagy mennyiségű fogyasztása tinédzsereknél) előfordulása nagyobb vidéken, mint városi környezetben. Másrészt, a mentális egészségszolgáltatások igénybevétele szignifikánsan alacsonyabb falvakban, mint városokban. Igaz, ez részben azzal is magyarázható, hogy a 2000 főnél kisebb településeken nagyon ritka (alig 5 százalék) a gyermekpszichológus. Harmadrészt, vidéken az ilyen jellegű szolgáltatások keresése, igénybevétele jóval stigmatizálabb hatású, mint városias környezetben. Az írásban részletes útmutatót kapunk arról, hogy ezen kihívásokat hogyan érdemes kezelni, milyen megoldásokat javasolnak. A 4. fejezet az iskolai tanácsadás 21. századi kihívásairól, megváltozott szerepköréről és egy olyan tanácsadói modellről szól, amely választ tud adni ezen változásokra.

A könyv talán legérdekesebb és leghasznosabb, egyben leghosszabb része (5–13. fejezet) gyakorlati példákon keresztül mutatja be az iskolai mentális egészségügyben az utóbbi évtizedekben végbement innovációkat, amelyek egyik közös jellemzője, hogy az iskolafalakon túlnyúlva érik el és vonják be a családokat és közösségi partnereket az iskolai mentális egészségügyi programok megvalósításába. Nagyon fontosak Nancy Bearss gondolatai és tapasztalatai (7. fejezet), aki a homoszexuális-biszexuális-transznemű fiatalok kapcsán az egyik legfontosabb feladatnak a pozitív iskolai légkör kialakítását nevezi meg, amely révén ezen fiatalok elidegenedése és depressziója (beleértve az öngyilkossági kísérletet) jobban kezelhetővé válhat. Egy ilyen pozitív, befogadó légkör kialakításában kulcsszerepet kaphatnak

az iskolai mentális egészségközpontok, amelyek csökkentik az ilyen fiataloknál a szexuális irányultságukból fakadó zaklatások, támadások számát. A könyv szerint ugyanis ezen tanulók 84,6 százalékát verbálisan, 40,1 százalékát fizikailag is zaklatták, 18,8 százalékot pedig meg is támadtak, jóllehet az ily módon „megsebzett” tanulók 62,4 százaléka egyáltalán nem jelzett az iskolavezetés felé.

Szintén nagyon értékes gondolatokat találunk a 13. fejezetben, amelyben a szerzők az amerikai fiatalok iskolai bandákba, bűnszövetkezetbe kerüléséről, illetve ezek megelőzéséről és kezeléséről írnak. Egy 2010-es tanulmányra hivatkozva megdöbbentően magas számokat tárnak az olvasó elé az iskolai bandák létszámáról és aktivitásáról: eszerint a 2007/2008-as tanévben az állami iskolákban a tanulók 23 százaléka bandázott, míg az USA-ban élő összes fiatal közel 15 százaléka kapcsolódott be valamelyik banda tevékenységébe. A szerzők részletesen bemutatják, hogy az iskolai egészségügyi központok hogyan próbálják rávenni a tanulókat arra, hogy nem érdemes ezekhez a bandákhoz, bűnszövetkezetekhez csatlakozni (prevenció), illetve ha már tagok, hogyan tudnak kikerülni bűvköréből (intervenció).

A könyv utolsó része (14–19. fejezet) az iskolai mentális egészségközpontok kulturálisan érzékeny prevenció és intervenció eljárásaira fókuszál, amelyeket a szerzők esettanulmányokon keresztül mutatnak be. A 15. fejezetben olyan prevenció programokat ismerhetünk meg, amelyek a középiskolás fiataloknak megfelelő felvilágosítást nyújtanak a drogfogyasztás elkerüléséhez és a kiegyensúlyozott, biztonságos szexuális élet

előremozdításához. A könyv utolsó pár fejezete további szakmailag érdekes és egyben fajsúlyos témákat feszeget (a munka és család közötti egyensúly megtalálása, traumával küzdő fiatalok megsegítése, a mentális egészségügy jövője), amelyek mélységükben, kimunkáltságukban – a korábbi fejezetekhez hasonlóan – kiemelkedő színvonalúak.

Az amerikai demográfiai változások egyre inkább érződnek általános és középiskolai környezetben is, komoly kihívást jelentve a tanárok számára. Ebben az új helyzetben tudnak segítséget nyújtani az utóbbi két évtizedben számukban és jelentőségükben robbanásszerű fejlődésnek indult iskolai mentális egészségközpontok. A könyv szerzői egy olyan – referenciagyűjteményként is értelmezhető – kézikönyvet adtak a szakemberek kezébe, amelyet újra és újra érdemes elővenni, forgatni, kiindulási pontként használni. Kíváncsian nézhetünk elébe, vajon az Európai Unióban, és azon belül hazánkban, várhatóan néhány évtizeden belül végbemenő hasonló demográfiai változásokra is alkalmazhatók lesznek-e ezen könyv megállapításai, megoldásai, módszerei, de persze ettől függetlenül is érdemes megismerkednünk e sajátosan amerikai környezetre vonatkozó kötetben tárgyalt kihívásokkal, a rájuk adott válaszokkal.

(Caroline S. Clauss-Ehlers, Zewelangi N. Serpell & Mark D. Weist (eds): *Handbook of Culturally Responsive School Mental Health: Advancing Research, Training, Practice, and Policy*. Springer, 2013, Dordrecht. 290 p.)

Pongrácz Kornélia

ÖSSZEFOGLALÓ / ABSTRACT

EGÉSZSÉG ÉS OKTATÁS

AZ EGÉSZSÉG, OKTATÁS ÉS EMBERI TŐKE

POLÓNYI ISTVÁN – EGYETEMI TANÁR, DE KTK

A bevezető tanulmány az emberi tőke elmélet bemutatásával kezdődik, amely az ember egészségi helyzetét az oktatással együtt a gazdasági jólét és fejlődés alapvető tényezőjének tartja. De az oktatás és az egészség között más, ún. externális kapcsolatot is ismer a közgazdasági gondolkodás. Ennek lényege, hogy az iskolázott emberek egészségesebbek, s így kevesebb egészségügyi közösségi kiadást igényelnek, amely más, az oktatásból származó externális hatással együtt csökkenti a közösségi kiadásokat.

Az Európai Unió országai között a magyarok születéskor várható átlagos élettartama az egyik legrosszabb – a többi posztszocialista országokhoz hasonlóan. A hazai születéskor várható élettartam kedvezőtlen helyzetét magyarázó elméletek a következő tényezőket szokták kiemelni: az életmód, a környezetszennyezés, a lelki tényezők és az egészségügy. A tanulmány ezt követően rámutat, hogy az iskolázottság és a születéskor várható átlagos élettartam között kitapintható kapcsolat van, ha nem is erős. Lényegesen erősebb kapcsolatot találunk a születéskor várható átlagos élettartam és a tanulási teljesítmény nemzetközi összehasonlító mérésének eredményei között. Ezek az eredmények arra mutatnak, hogy a születéskor várható átlagos élettartam együttmozog az iskolázottsággal, még ha nem is a formális iskolaévek számával, hanem az iskolázottság mérhető teljesítménymutatóival. Ami arra az egyébként közismert tényre is rávilágít, hogy a posztszocialista országok formális iskolázottsága – valószínűleg minőségi okok miatt – magasabb szintet mutat, mint az oktatási teljesítményt mérő mutatók.

KULCSSZAVAK: EGÉSZSÉG, OKTATÁS, EMBERI TŐKE, SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÉLETTARTAM, ISKOLÁZOTTSÁG

A GYÓGYÍTÓ ÉS BETEGÍTŐ ISKOLA

SÁSKA GÉZA – TUDOMÁNYOS FŐMUNKATÁRS, ELTE TÁTK OITK

Az, hogy mit tekintünk betegségnek, társadalmi termék, miképpen az is, hogy mit kell tenni megóvása érdekében. Az egészséges iskoláról alkotott képzet létrejötté alapvetően a felvilágosodás terméke, a 18. században egyidőben, de egymástól függetlenül jött létre a közegészség és a közoktatás intézményi rendszere. Kezdetben az orvosi szempontok a járványok elkerülése érdekében a higiéné szempontjait követték, az oktatásügy emberei pedig az egészségnevelésben és a beteg diákkal való bánásmódban gondolkodtak. Konfliktus akkor keletkezett, amikor az iskolaorvosok egészségnevelési feladatokat kaptak a 19–20. században.

A versenyelvű állami iskolarendszer új problémákat teremt, többek között a túlterhelést is. Számos orvos összefüggést látott az iskolai terhelés mértéke és a tanulók betegsége között.

Ugyanezt a gondolatot terjesztik ki a lélek károsodására a pszichológusok. A pedagógusok a nevelő iskolában látják a terápia lehetőségét. Ez az iskolakritikus eszmerendszer a 20. század elején eljut a társadalomkritikáig: a beteg társadalomnak beteg az iskolája is.

KULCSSZAVAK: FELVILÁGOSODÁS KÖZEGÉSZSÉGÜGY, KÖZOKTATÁS, ISKOLAKRITIKA, TÁRSADALOMKRITIKA.

EGÉSZSÉG: BEFEKTETÉS A HUMÁN TŐKÉBE. LESZAKADÁS A FEJLETT ORSZÁGOKTÓL
OROSZ ÉVA – EGYETEMI TANÁR ELTE TÁTK; MERÉSZ GERGŐ – SYREON KUTATÓ INTÉZET;
NAGY BALÁZS – TUDOMÁNYOS MUNKATÁRS ELTE TÁTK

Az oktatás és az egészségügy a humán tőkébe történő befektetések alapvető és a gazdaságok hosszú távú fejlődését meghatározó elemei. Az írás részletesen tárgyalja, hogy a humán tőkébe való beruházások magyarországi trendje fokozódóan elkanyarodik a fejlett országokétól, és mindkét ágazatban nyílik az olló – többek között – a GDP arányos és az egy főre jutó kiadások, valamint a dolgozók relatív jövedelmi pozíciója tekintetében. Ennek a rendszerváltás előtti időszaktól – kisebb megszakításokkal – napjainkig tartó leszakadási folyamatnak az egyik meghatározó tényezője a közpolitika elmúlt évtizedekre jellemző oportunizmusa. Szemben a nemzetközi trendekkel, Magyarországon a 2000-es évek elején sem következett be szemléletváltás, és az oktatásba, egészségügybe történő befektetések csökkenésével Magyarország fejlett országoktól való leszakadásának fenyegetettsége folyamatosan növekszik. Az oktatás és egészségügy egymásra is hatnak, elhanyagolásuk negatív hatásai felerősítik egymást. Egyszerre lenne szükség átgondolt strukturális reformokra és az ösztönzés, megbecsülés növelésére, mivel ez utóbbi nélkül sem az ágazatokban dolgozók körében, sem a társadalomban nem alakulhat ki elégséges támogatás a strukturális változtatásokhoz.

KULCSSZAVAK: HUMÁN TŐKE, EGÉSZSÉGÜGY, GAZDASÁGI FEJLŐDÉS, GDP ARÁNYOS EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK, STRUKTURÁLIS REFORMOK

CIGÁNY EGÉSZSÉG, CIGÁNY BETEGSÉG – MITŐL BETEGEBBEK?

FORRAY R. KATALIN – PROF. EMER., PTE

Az írás célja az, hogy összefoglalja a legfontosabb tényeket a roma/cigány lakosság egészségi állapotáról. Rámutat, hogy a fizikai és mentális egészségügyi feltételek nem teljesen öröklöttek, hanem sok függ az adott populáció társadalmi-gazdasági körülményeitől. A roma lakosság életfeltételei hátrányosabbak, mint a többségi lakosságé. A hagyományos roma kultúra is befolyásolja a népesség egészségi állapotát. A legújabb kutatások szerint a roma háttérrel rendelkező értelmiségiek különösen veszélyeztetettek.

KULCSSZAVAK: KELET-KÖZÉP-EURÓPA, A ROMA/CIGÁNY LAKOSSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA, A HAGYOMÁNYOS KULTÚRA

ISKOLÁSOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGE

KÖLTŐ ANDRÁS – KUTATÓ, ORSZÁGOS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET; ZSIROS EMESE – KUTATÓ, ORSZÁGOS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET

E tanulmány rámutat, hogy a serdülőkor a biológiai, pszichológiai és társadalmi szempontból is jelentős változásokkal jár, sérülékeny életszakasz. Az átmenet a gyermekkorból a felnőttkorba befolyásolja a fiatalok érzelmeit, viselkedését és a fizikai és mentális egészsé-

gét. A bevezetőben a tanulmány a háttér mechanizmusokat és neurobiológiai magyarázatokat foglalja össze. Azután bemutatja a serdülők mentális egészségére vonatkozó legújabb hazai és nemzetközi adatokat. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló kutatás a 11–18 éves korosztály fizikai és mentális egészségével kapcsolatos mutatókat és azzal összefüggő pszichoszociális tényezőket négyévente, országosan reprezentatív mintákon vizsgálja. Ezen adatok elméleti alapjainak ismertetése után bemutatja az írás, hogy a HBSC-ben vizsgált mutatók mentén milyen értékek jellemezték a magyar serdülőket a legutolsó, 2010-es adatfelvétel során. Az adatokat nemzetközi viszonylatban is elhelyezzük, és beszámolunk arról, hogy 2002–2010 között a serdülők egészségében milyen változásokat tapasztaltunk. A mentális egészség háttértényezőinek és serdülőkre jellemző értékeinek megismerése segítheti a pedagógusokat abban, hogy a rájuk bízott kamaszok jóllétét minél hatékonyabban védhessék, fejleszthessék

KULCSSZAVAK: SERDÜLŐKOR, MENTÁLIS EGÉSZSÉGI HELYZET, ISKOLÁSKORÚ GYERMEKEK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA

TANÁRJELÖLTEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS EGÉSZSÉGSZEMLÉLETE

VERES-BALAJTI ILONA – EGYETEMI DOCENS, DE OEC; BÍRÓ ÉVA – EGYETEMI TANÁRSEGÉD, DE OEC; ÁDÁNY RÓZA – EGYETEMI TANÁR, DE OEC; KÓSA KAROLINA – EGYETEMI DOCENS, DE OEC

Az egészségfejlesztés kiemelt színterei az iskolák, amelyek komplex módon, többek közt az összes – nemcsak az egészséggel kapcsolatos tárgyat oktató – tanár szemléletével, attitűdjével, egészséggel kapcsolatos mindennapos viselkedésével is jelentősen befolyásolják az ott tanulók egészségmagatartását. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kara kérdőíves felmérés keretében vizsgálta meg hat magyarországi, tanárképzést folytató felsőoktatási intézményben a potenciálisan tanári pályára készülő hallgatók egészségét és egészségmagatartását 2007-ben. Az intézményenként elvégzett adatelemzés nem utalt lényeges különbségekre az egyes intézmények hallgatói közt az egészségi állapot és az egészségmagatartás tekintetében, de figyelmet érdemlő eredmény, hogy a leendő tanárok háromszor nagyobb arányban küzdenek kóros mértékű pszichés stresszel, mint a hasonló korú átlagnépesség.

KULCSSZAVAK: JÖVŐBELI TANÁROK, AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT, EGÉSZSÉGMAGATARTÁS, EGÉSZSÉG ÖNÉRTÉKELÉSE, MENTÁLIS EGÉSZSÉG

PEDAGÓGIAI PROBLÉMA – SZERVEZETI VÁLASZ. AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS PÉLDÁJA

MELEG CSILLA – PROF. EMER., PTE ÁJK

Az iskolában folyó egészséges életmódra nevelés hozzájárul a jövő életminőségéhez. Ezért a szerző elemzi ennek a szervezeti kereteit. Az iskola mint központi szocializációs intézmény fontos szerepet játszik az egészségnevelés folyamatában. Azonban az egészséges életmód tréningek a mai napig nem vezettek az egészségmagatartás tartós javításához. Ez a cikk bemutatja a legfontosabb elemeit és jellemzőit egy új megközelítésnek. A tartós széles körű egészségügyi oktatás hosszú távú célja, és folyamata be van ágyazva a szervezetbe és az iskolai fejlesztés keretébe. A mentális egészség, mint az iskolafejlesztés ré-

sze aktív együttműködést jelent az egész tanári kar, a diákok, és a szülők között. Ebben az összefüggésben az iskola meg tudja változtatni a napi rutint, és az iskola lehetővé teszi számukra, hogy elégedettebb és boldogabb legyen az életük. A szerző meg van győződve arról, hogy a boldog életévek alapja a boldog iskolai évek.

KULCSSZAVAK: EGÉSZSÉGNEVELÉS, SZERVEZETI FEJLESZTÉS, A HALLGATÓLAGOS TUDÁS, ÉRTELMES VISELKEDÉS, EGÉSZSÉGTUDATOS VISELKEDÉSE, ÉLETMINŐSÉG, BOLDOG ISKOLAI ÉVEK

AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS INTÉZMÉNYESÍTÉSÉNEK TÖRTÉNETE

TIGYINÉ PUSZTAFALVI HENRIETTE – EGYETEMI ADJUNKTUS, PTE EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

E tanulmány azokat a jelentős állomásokat, történéseket mutatja be, a teljesség igénye nélkül, melyek meghatározták, vagy akár fordulópontot hoztak a magyar egészségnevelés-oktatás történetében. Középpontban a neveléstudományi kérdések állnak, és ezek értelmezésére felhasználja a népegészségügy által publikált demográfiai és egészségi állapotot meghatározó tényezőket és népmozgalmi adatokat. Bemutatja továbbá az orvoslás történetének meghatározó eseményeit, személyeit és szemléletváltozásait. Felvillantja azokat a nemzetközi szempontból is meghatározó eseményeket, a meghonosított szervezeteket, intézményeket, amelyek hazánk gazdasági elmaradottsága ellenére létrejöttek, meghonosodtak és meghatározó módon csatlakoztatták be hazánkat a nemzetközi trendekbe és a modern közegészségügy rendszerébe. A korlátozott lehetőségek miatt csak néhány meghatározó eseményt kiemelve mutatja be és jellemzi az egészségnevelés intézményszerűsülésének hazai történetét és a magyar oktatási rendszerben történő kiépítésének tereit.

KULCSSZAVAK: KÖZEGÉSZSÉGÜGY, AZ ORVOSTUDOMÁNY, AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS, EGÉSZSÉGÜGYI OKTATÁS, KÉPZÉS

HEALTH AND EDUCATION

ISTVÁN POLÓNYI: HEALTH, EDUCATION AND HUMAN CAPITAL

The study starts by introducing human capital theory. This theory deals with the idea that human health and education are essential factors for economic prosperity and development. However, Economic Thought recognizes another relationship between education and health, namely, externalities. The point is that people with an educated background will tend to be healthier and thus require less of what is on offer from the community/public sector as regards medical attention.

Among the countries of the European Union, Hungarian average life expectancy at birth is one of the worst – as is the case in other post-socialist countries. There are various theories explaining the negative situation of domestic life expectancy, among which are the following: lifestyle, environmental and psychological factors, and healthcare. The study further notes that there is clear connection between education and life expectancy at birth, although this is weak. We find a much stronger relationship between life expectancy at birth and results from international comparative measurements regarding Learning Performance (PISA). These results show that average life expectancy at birth alters with the level of education – even if it is not the number of years of actual, formal schooling, but measurable performance indicators at the level of education. This reveals the well-known fact that formal education within post-communist countries show – most likely due to quality issues pertaining to post-socialist education – higher levels of education as key performance indicators.

KEYWORDS: HEALTH, EDUCATION, HUMAN CAPITAL, AVERAGE LIFE EXPECTANCY AT BIRTH, EDUCATIONAL ATTAINMENT

GÉZA SÁSKA: SCHOOLS THAT ARE HEALING AND SICKENING

The definition of what is considered a disease is a social product, just as much as what needs to be done to prevent one from getting it. Essentially, the phenomenon of a healthy school emerged during the period of Enlightenment in the 18th Century, at the same time as when the institutional system of public health and public education was simultaneously being established. At the beginning, the focus of medicine was upon hygiene issues i.e. so that one could avoid epidemics; and educational experts were thinking in terms of health education and the treatment of sick students. The conflict arose when school doctors received health education-related tasks in the 19th and 20th Centuries.

The competition-based new public educational system created new problems, including an ‘overload’ of pupils. Many doctors saw a correlation between the degree of workload at schools and students’ illnesses. Psychologists tended to view damage suffered by the spirit in a similar vein; while teachers then saw the possibility of creating therapy-based schools. At the beginning of the 20th century, the ideology which was critical of schools became in turn a criticism of society, with the argument that a sick society makes sick schools.

KEYWORDS: ENLIGHTENMENT, PUBLIC HEALTH, PUBLIC EDUCATION, SCHOOL OF CRITICISM, SOCIAL CRITICISM

ÉVA OROSZ, GERGŐ MERÉSZ & BALÁZS NAGY: HEALTH CARE – IS INVESTMENT IN HUMAN CAPITAL. FALLING BEHIND THAT OF DEVELOPED COUNTRIES?

Education and health care are both essential ingredients of human capital investment and strongly influence long-term economic prosperity. This paper discusses in detail the departure of Hungarian human capital investment trends from what is occurring in developed countries, for example, in terms of G.D.P. expenditure per capita and also relative wage levels. The opportunistic behaviour of public policy of recent times is one underlying cause for the fall-back, which was indeed something observable before the political transition period. In contrast to international trends, a shift in attitude has not been achieved, even from the beginning of the new millennium; and with a lowering of investment in education and health care, a threat of falling behind economically is growing. Education and health care affect each other – and any neglect of them will have a mutually aggravating effect. There is a need for sound structural reforms, better incentives for participants and more appreciation – for without these things especially, finding enough support among sector employees and from society itself to initiate structural changes will be unlikely.

KEYWORDS: HUMAN CAPITAL, HEALTH, ECONOMIC DEVELOPMENT, HEALTH EXPENDITURE TO GDP, STRUCTURAL REFORMS

KATALIN R. FORRAY: THE HEALTH CONDITION OF THE ROMANI POPULATION IN HUNGARY

The aim of this study is to summarise the main facts and figures pertaining to the health conditions of the Romani/Gypsy population in Hungary. Their physical and mental health conditions are not entirely inherited - rather, they depend on the socio-economic circumstances of the given population. The life conditions of the Romani population are disadvantageous compared with the majority population of Hungary. The traditional Romani culture also influences the health conditions of this population. According to recent research, intellectuals possessing a Romani background are particularly endangered.

KEYWORDS: EAST-CENTRAL EUROPE, ROMANI/GYPSY POPULATION, HEALTH CONDITION, TRADITIONAL CULTURE

ANDRÁS KÖLTŐ & EMESE ZSIROS: THE MENTAL HEALTH OF SCHOOL-AGED CHILDREN

Adolescence is a biologically, psychologically and socially-charged and vulnerable period of life. The transition from childhood to adulthood influences young people's emotions, behaviour and physical and mental health. In the introduction of the present paper, the possible background mechanisms and neurobiological explanations for this vulnerability are addressed. Then, recent national and cross-country data on the mental health of adolescents is presented. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), a World Health Organization collaborative international study, looks at indicators associated with mental and physical health as well as related psycho-social issues relating to young people aged 11–18, in four-year time periods, using a nationally representative sample. Keeping in line with theoretical foundations, data outlining Hungarian young people's mental health in 2010 is presented. Results are compared to cross-national findings and changes revealed in health indicators pertaining to Hungarian adolescents are reported, too. Knowledge

of mental health-related background factors and data characterizing adolescents will be able to help educators protect and promote adolescents' well-being.

KEYWORDS: ADOLESCENCE, MENTAL HEALTH STATUS, HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

ILONA VERES-BALAJTI, ÉVA BÍRÓ, RÓZA ÁDÁNY & KAROLINA KÓSA: THE HEALTH STATUS AND HEALTH ATTITUDES OF TEACHERS

One of the most important settings for health promotion are schools, which, in a complex manner, influences student behaviour in a major way. The behaviour and attitudes of all teachers – and not only those who teach health-related subjects – are a part of lessons taught (though this is not openly intended). The Faculty of Public Health of the University of Debrecen did a questionnaire survey on the health and behaviour of students preparing to be teachers in six Hungarian teacher-training institutes in 2007. Data analysed separately for each institute do not point to any significant differences among students of the participating institutes in respect of health status and behaviour – though it must be noted that three times more students struggle with an abnormally high level of psychological stress compared to the same age-group within the general population.

KEYWORDS: FUTURE TEACHERS, HEALTH STATUS, HEALTH BEHAVIOUR, SELF-PERCEIVED HEALTH, MENTAL HEALTH

CSILLAG MELEG: PEDAGOGICAL ISSUES IN AN ORGANISATIONAL FRAMEWORK – THE CASE OF HEALTH EDUCATION

Health education at school contributes to the future quality of life – and the author here analyses it within an organisational framework. School, as a fundamental institution in the socialisation process, plays a key role in the health education process. However, prevailing approaches for training into a healthy lifestyle have not, to date, led to sustained improvements in health behaviour. This article presents the key elements and characteristics of the new approach. Sustained and wide-ranging health education is designed for the long-term, as a continuing process – and it is embedded in an organisational and school development framework. Mental health, as a component of school development, needs as a requirement the active co-operation of the entire teaching staff, students and also parents. Given this, school can change the daily routine of students and it can also enable them to be more satisfied and happier in their lives. The author wants to emphasize that a person's happy years in life are based on one's happy school years.

KEYWORDS: HEALTH EDUCATION; ORGANISATIONAL DEVELOPMENT; TACIT KNOWLEDGE; MEANINGFUL BEHAVIOUR; HEALTH-CONSCIOUS BEHAVIOUR; QUALITY OF LIFE; HAPPY-SCHOOL-YEARS

HENRIETTE TIGYINÉ PUSZTAFALVI: INSTITUTIONALIZATION – A HISTORY OF HEALTH EDUCATION

This study shows the key elements of efforts to investigate ways of disease prevention. The 18th century began with a health knowledge transfer, reaching out to the wider population. The entire system had been finished by the 20th century, becoming set within the

development of a modernizing society. The research's focus lies in the school curriculum's health and medical work content, i.e. as a school subject studied in the context of the national health education system, within a process of institutionalization. Changes in the law regarding the system as it is organized in the framework of national public health are investigated. Our main result is that one can see that the domestic health education system has at the same time showed a peculiar and unique image when set against international trends. The original goal of medical work at school and of the health education curriculum was able to be reached only in part, yet as a determining factor it did have some influence on the Hungarian population's health status and on concepts of health.

KEYWORDS: PUBLIC HEALTH, HISTORY OF MEDICINE, HEALTH PROMOTION, SCHOOL OFFICER, HEALTH



1992/1 ♡ ISKOLA ÉS EGYHÁZ
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS

1992/2 ♡ PÉNZ – PIAC – ISKOLA
SZERKESZTŐ: LUKÁCS PÉTER

1993/1 ♡ MUNKANÉLKÜLISÉG
ÉS OKTATÁS
SZERKESZTŐ: LISKÓ ILONA

1993/2 ♡ KISEBBSÉGEK
SZERKESZTŐ: FORRAY R. KATALIN

1993/3 ♡ FELŐOKTATÁS
SZERKESZTŐ: SETÉNYI JÁNOS

1993/4 ♡ PEDAGÓGUSOK
SZERKESZTŐ: SZABÓ LÁSZLÓ TAMÁS

1994/1 ♡ MÉRLEG, 1990–1994
SZERKESZTŐ: LUKÁCS PÉTER

1994/2 ♡ VEZETŐK
SZERKESZTŐ: DRAHOS PÉTER
& GÁL FERENC

1994/3 ♡ TANTERV
SZERKESZTŐ: SZEKENYI PÉTER

1994/4 ♡ TANKÖNYV
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

1995/1 ♡ ÖNKORMÁNYZATOK
SZERKESZTŐ: HALÁSZ GÁBOR
& NAGY MÁRIA

1995/2 ♡ IFJÚSÁG
SZERKESZTŐ: GÁBOR KÁLMÁN

1995/3 ♡ VIZSGÁK
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

1995/4 ♡ ELIT
SZERKESZTŐ: CSÁKÓ MIHÁLY

1996/1 ♡ SZAKKÉPZÉS
SZERKESZTŐ: LISKÓ ILONA

1996/2 ♡ ISKOLASZERKEZET
SZERKESZTŐ: LUKÁCS PÉTER

1996/3 ♡ NŐK
SZERKESZTŐ: FORRAY R. KATALIN

1996/4 ♡ EURÓPA
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS
& SZIGETI MIKLÓS GÁBOR

1997/1 ♡ HÁTRÁNYOS HELYZET
SZERKESZTŐ: LISKÓ ILONA

1997/2 ♡ ISKOLÁN KÍVÜLI KÉPZÉS
SZERKESZTŐ: TÓT ÉVA

1997/3 ♡ RÉGIÓK
SZERKESZTŐ: IMRE ANNA

1997/4 ♡ INTERNET
SZERKESZTŐ: CZEIZER ZOLTÁN

1998/1 ♡ MÉRLEGEN
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS

1998/2 ♡ MENTÁLHIGIÉNÉ
SZERKESZTŐ: PAKSI BORBÁLA

1998/3 ♡ PÁLYAVÁLASZTÁS
SZERKESZTŐ: LISKÓ ILONA

1998/4 ♡ NAT
SZERKESZTŐ: SETÉNYI JÁNOS

1999/1 ♡ FELNŐTTOKTATÁS
SZERKESZTŐ: HINZEN, HERIBERT

1999/2 ♡ CIGÁNYOK
SZERKESZTŐ: FORRAY R. KATALIN

1999/3 ♡ MINŐSÉG
SZERKESZTŐ: HORVÁTH ZSUZSANNA

1999/4 ♡ AGRESSZIÓ
SZERKESZTŐ: GÁBOR KÁLMÁN
& LISKÓ ILONA

2000/1 ♡ FELŐOKTATÁS,
TÖMEGOKTATÁS
SZERKESZTŐ: HRUBOS ILDIKÓ
& POLÓNYI ISTVÁN

2000/2 ♡ KISEBBSÉGEK
KÖZÉP-EURÓPÁBAN
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS
& RADÁCSI IMRE

2000/3 ♡ TANKÖNYV
SZERKESZTŐ: GÁL FERENC

2000/4 ♡ NYELVTUDÁS,
NYELVOKTATÁS
SZERKESZTŐ: IMRE ANNA

2001/1 ♡ OKTATÁS – POLITIKA
– KUTATÁS
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS

2001/2 ♡ FOGYATÉKOS FIATALOK
SZERKESZTŐ: ILLYÉS SÁNDOR

2001/3 ♡ ÉRTÉKEK
SZERKESZTŐ: LISKÓ ILONA

2001/4 ♡ EZREDFORDULÓ
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS

2002/1 ♡ MÉRLEGEN, 1990–2002
SZERKESZTŐ: LUKÁCS PÉTER

2002/2 ♡ DIPLOMÁSOK
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

2002/3 ♡ CSALÁD
SZERKESZTŐ: SOMLAI PÉTER

2002/4 ♡ TANESZKÖZPOLITIKA
SZERKESZTŐ: GÁL FERENC

2003/1 ♡ FELŐOKTATÁSI REFORMOK
SZERKESZTŐ: HRUBOS ILDIKÓ
& POLÓNYI ISTVÁN

2003/2 ♡ FELVÉTELI
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

2003/3 ♫ E-LEARNING
SZERKESZTŐ: TÖRÖK BALÁZS

2003/4 ♫ EURÓPAI UNIÓ
SZERKESZTŐ: BAJOMI IVÁN

2004/1 ♫ ALTERNATÍV OKTATÁS
SZERKESZTŐ: LISKÓ ILONA
& TOMASZ GÁBOR

2004/2 ♫ MŰVELTSÉG
SZERKESZTŐ: SÁSKA GÉZA

2004/3 ♫ PEDAGÓGUSKÉPZÉS
SZERKESZTŐ: NAGY MÁRIA

2004/4 ♫ POLITIKAI SZOCIALIZÁCIÓ
SZERKESZTŐ: CSÁKÓ MIHÁLY

2005/1 ♫ BUDAPEST
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

2005/2 ♫ HALLGATÓI MOBILITÁS
SZERKESZTŐ: HRUBOS ILDIKÓ

2005/3 ♫ EGYHÁZAK ÉS OKTATÁS
SZERKESZTŐ: PUSZTAI GABRIELLA
& RÉBAY MAGDOLNA

2005/4 ♫ ÓVODÁK
SZERKESZTŐ: BAJOMI IVÁN
& TÖRÖK BALÁZS

2006/1 ♫ MÉRLEG, 2002–2006
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS
& LISKÓ ILONA

2006/2 ♫ KÉPZÉS ÉS MUNKAERŐPIAC
SZERKESZTŐ: POLÓNYI ISTVÁN
& GYÖRGYI ZOLTÁN

2006/3 ♫ ÖTVENHAT
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR
& SÁSKA GÉZA

2006/4 ♫ VÁLTOZÓ EGYETEM
SZERKESZTŐ: HRUBOS ILDIKÓ

2007/1 ♫ ELŐÍTÉLETEK
SZERKESZTŐ: ERŐS FERENC

2007/2 ♫ EKVIVALENCIÁTÓL
A KOMPETENCIÁIG
SZERKESZTŐ: POLÓNYI ISTVÁN

2007/3 ♫ FELSOÓKTATÓK
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

2007/4 ♫ TÁRSADALMI NEMEK
SZERKESZTŐ: FORRAY R. KATALIN
& KÉRI KATALIN

2008/1 ♫ MINŐSÉGÜGY
A FELSOÓKTATÁSBAN
SZERKESZTŐ: POLÓNYI ISTVÁN

2008/2 ♫ INFORMÁLIS TANULÁS
SZERKESZTŐ: TÓT ÉVA

2008/3 ♫ VESZÉLYES ISKOLA
SZERKESZTŐ: SÁSKA GÉZA

2008/4 ♫ TÁMOGATÓ PROGRAMOK
SZERKESZTŐ: BAJOMI IVÁN

2009/1 ♫ FELSOÓKTATÁS
ÉS TUDOMÁNPOLITIKA
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR
& POLÓNYI ISTVÁN

2009/2 ♫ TEHETSÉG
SZERKESZTŐ: BALOGH LÁSZLÓ

2009/3 ♫ A „BOLOGNAI TANÁRKÉPZÉS”
SZERKESZTŐ: PUKÁNSZKY BÉLA

2009/4 ♫ RENDSZERVÁLTÁS
ÉS OKTATÁSPOLITIKA, 1989–2009
SZERKESZTŐ: SÁSKA GÉZA

2010/1 ♫ MÉRLEG 2006–2010
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS

2010/2 ♫ FIATALOK
SZERKESZTŐ: FEHÉRVÁRI ANIKÓ
& SZEMERSZKI MARIANNA

2010/3 ♫ FELSOÓKTATÁS
ÉS FOGLALKOZTATHATÓSÁG
SZERKESZTŐ: HRUBOS ILDIKÓ

2010/4 ♫ OKTATÁS ÉS POLITIKA
SZERKESZTŐ: BAJOMI IVÁN

2011/1 ♫ IDEOLÓGIÁK
SZERKESZTŐ: SÁSKA GÉZA

2011/2 ♫ KÜLFÖLDIEK
SZERKESZTŐ: POLÓNYI ISTVÁN

2011/3 ♫ ÁTALAKULÓ SZAKMÁK
SZERKESZTŐ: FEHÉRVÁRI ANIKÓ

2011/4 ♫ MENEDZSERIZMUS
SZERKESZTŐ: KOZMA TAMÁS
& VEROSZTA ZSUZSANNA

2012/1 ♫ MAGYAR KISEBBSÉGEK
AZ OKTATÁSBAN
SZERKESZTŐ: PAPP Z. ATTILA

2012/2 ♫ LÁTSZAT ÉS VALÓ
SZERKESZTŐ: LUKÁCS PÉTER

2012/3 ♫ ÉRTÉKELÉS ÉS POLITIKA
SZERKESZTŐ: HORVÁTH ZSUZSA
& FEHÉRVÁRI ANIKÓ

2012/4 ♫ TANTÁRGYAK
ÉS TÁRSADALOM
SZERKESZTŐ: NAGY PÉTER TIBOR

2013/1 ♫ CENTRALIZÁCIÓ,
DECENTRALIZÁCIÓ, DEMOKRÁCIA
SZERKESZTŐ: SÁSKA GÉZA