

MAGYARORSZÁGI TENDENCIÁK AZ ISKOLAI PREVENCIÓ TERÜLETÉN

PAKSI BORBÁLA

ELTE PPK Neveléstudományi Intézet

A tanulmány célja az iskolai prevenciós beavatkozások hozzáférhetősége és az iskolák prevenciós aktivitása vonatkozásában a rendszerváltást követő 30 évben azonosítható hazai tendenciák felvázolása és értelmezése.

A rendelkezésre álló kvantitatív és kvalitatív kutatási eredmények alapján a kilencvenes években lassan beinduló, majd az ezredfordulót követően kezdetben elsősorban a hozzáférés (volumen), később a minőségi dimenziók tekintetében is megmutatkozó kedvező tendenciák mára megtorpantak, sok tekintetben visszalépés tapasztalható. Az utóbbi években mind a prevenció hozzáférhetősége, mind a minőségi fejlesztések tekintetében kedvezőtlen folyamatok, a célpopulációban azonosítható prevenciós szükségletekhez és a nemzetközi tendenciákhoz képest fokozódó hiányjelenségek azonosíthatók.

Kulcsszavak: iskolai prevenció hozzáférhetősége, prevenciós területek, prevenciós célok, prevenció módszerei, magyarországi tendenciák

The aim of the study is to outline and interpret domestic trends in the accessibility of school prevention interventions and prevention activities of schools during the 30 years following the change of regime.

According to the available quantitative and qualitative research results, the favourable tendencies, which started slowly in the nineties and later on at the beginning of the millennium, mainly in the aspects of access (volume) and later in quality, have stopped, in many respects there is a decline. In recent years, unfavourable trends in both access to prevention and quality development, increasing deficits relative to prevention needs identified in the target population and international trends have been identified.

Keywords: school-based prevention, prevention domains, objectives of preventive interventions, prevention methods, Hungarian tendencies

Bevezetés

Az iskola több szempontból is a prevenció/egészségfejlesztési tevékenység egyik kitüntetett színtere. Az iskolás korosztály számos, egészséget veszélyeztető problémás magatartásmód kialakulása szempontjából döntő fontosságú fejlődési periódusban lévő populáció, azaz *Bradshaw* (1972) értelemben¹ az iskolás populációban komparatív szükségletként fokozott prevenció igény azonosítható. Ehhez a kérdéshez kapcsolódó legfrissebb kutatási adatokat jelen lapszám két írása is részletesen tárgyalja (*Elekes* 2019; *Német–Horváth–Várnai* 2019).

A közoktatási intézmények kitüntetett prevenció szerepét támasztja alá az is, hogy az iskola a személyiségfejlődés, az intézményes szocializáció, az értékek, gondolkodásmódok elsajátítása, alakítása szempontjából érzékeny fejlődési periódusban lévő populáció nagyarányú elérését biztosító színtér (*Balázs–Sajgál* 1998; *Siegel–Bieger* 2000; *Felvinczi* 1998, 2009).

Végül, az iskola társadalmi beágyazottsága, azaz más társadalmi intézményekhez való kapcsolódása, illetve véleményformáló társadalmi potenciálja révén a közvetlenül elért populáción túlmutató prevenció/egészségfejlesztő hatást is képes gyakorolni (*Perjés–Kovács* 2002).

Fogalmi keretek

A prevenció fogalomhasználatban korábban meghatározó jelentőségű, a medikális paradigma által definiált, *Caplantól* (1964) származó klasszikus felosztás (primer, szekunder és terciér prevenció) helyett egyre inkább egy célcsoport fókuszú kategorizáció irányába tolódik el (*Mrazek–Haggerty* 1994; *Robinson et al.* 2004). Az osztályozásban bekövetkező szemléletváltás mögött a megelőzés tárgyát jelentő viselkedéssel kapcsolatos paradigma-váltás húzódik meg: „... a korábbi csoportosítás alkalmas valamilyen patológiás viselkedés kialakulásának leírására, addig kevésbé megfelelő egy komplex emberi viselkedés leírására, különösen akkor, ha az nem is tekinthető diszfunkcionálisnak, vagy patológiásnak” (*Brotherhood–Sumnall* 2011: 13). A célcsoport alapú osztályozás (Institute of Medicine [IOM] klasszifikáció) a prevenció területén három nagy kategóriát különböztet meg: az általános prevenciót (Universal prevention), a célzott prevenciót (Selective prevention), valamint a javallott prevenciót (Indicated prevention). A prevenció beavatkozásoknak célcsoport fókuszú osztályozása szerint megkülönböztetett három nagy prevenció kategórián belül a beavatkozás színtere szerint további alcsoportokat képezhetünk, ezek egyike az iskola (*Robertson–David–Rao* 2003; *Gee–Espiritu–Huang* 2006).

¹ *Bradshaw* (1972) a szükségletek három típusát különítette el. Az első típus az érzett vagy kifejezett szükségletek, amelyeket a kliens tapasztal, illetve kifejez. A normatív szükségletek alatt a kezelőszemélyzet vagy szakember által azonosított szükségleteket értjük, míg a komparatív szükséglet a másokkal, a referenciacsoportokkal való összehasonlításból ered. Többnyire ez utóbbi szükséglet áll az általános, illetve célzott prevenció háttérében, s felfogásunk szerint a prevenció célját jelentő magatartások elterjedtségére vonatkozó populációs vizsgálatok ilyen értelemben a prevenció szükségletmeghatározását is jelentik.

Az iskolák prevenciós aktivitása az elmúlt évtizedekben²

Az iskolai prevenció területén rutinadatgyűjtésből származó információk egyelőre nem léteznek.³ Így az iskolai szinten zajló prevenciós tevékenységre vonatkozóan csak eseti jelleggel végzett kvantitatív és kvalitatív kutatási információk állnak rendelkezésünkre. Az ezredfordulót követő évtizedben jobb az informáltságunk, ebben az időszakban két, egymással összehasonlítható országos vizsgálat is készült (lásd a későbbiekben), melyek számszerűen láttatják nemcsak az évtized iskolai prevenciós aktivitását, illetve annak változásait, de retrospektív információk révén a korábbi évekre, az iskolai prevenció kezdeteire is valamelyest rálátást adnak. Az ezredforduló második évtizedében nem tudunk ilyen, célzottan az iskolák prevenciós munkájának megismerésére irányuló, országos lefedettségű kvantitatív kutatásokról, azonban részben más témájú kutatások „melléktermékként”, részben kvalitatív kutatások alapján van némi rálátásunk az utóbbi évtized történéseire is.

Az iskolák bekapcsolódása a prevenciós tevékenységbe⁴

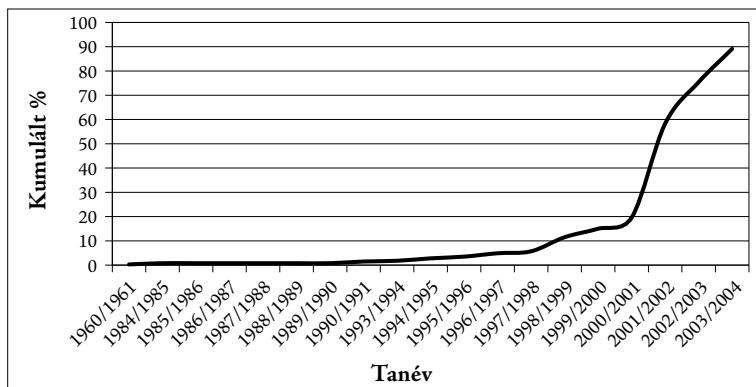
A rendelkezésre álló kutatási adatok alapján az iskolai prevenciós tevékenység beindulása jellemzően a kilencvenes évek végére tehető. Ezt megelőzően mindössze az iskolák 6,5%-a, többnyire a speciális oktatási intézmények rendelkeztek valamilyen prevenciós tapasztalattal. Az 1998/99-es tanévben azonban annyi intézmény kezdett el valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységet, mint az azt megelőző mintegy 15 évben összesen. Az 1998 és 2000 közötti években a prevencióra bekapcsolódó iskolák köre 4–6%-kal bővült évente, de a 2000/2001-es tanévig bezárólag mindössze az intézmények egyötöde szerzett ilyen irányú tapasztalatot. Az iskolai prevenció/egészségfejlesztés a 2001/2002-es tanévben – „Az iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című pályázati program⁵ elindításakor – vett igazán lendületet, ekkor az iskolák további kétötöde kezdett valamilyen prevenciós tevékenységet, aminek eredm-

² A „prevenciós aktivitás” fogalomhasználat háttérében az iskolák prevencióval/egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalomhasználatának nagyfokú heterogenitása áll, mely felöleli a szaktanárok óráit, a meghívott előadók által tartott előadásokat, az egészségnapokon történeteket, a vetélkedőket, a sportversenyeket, a faliújságot, a védőnők és az iskolaorvosok tevékenységének számtalan formáját (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011).

³ A KSH Nemzeti Statisztikai Koordinációs Testület Kábítószer-statisztika fejlesztésére irányuló munkabizottsága keretében 2018-ban történt ez irányú kezdeményezés. A munkabizottság úgy látta, hogy egy, az Oktatási Hivatal által működtetett Köznevelés Információs Rendszer (KIR) intézményi és tanulói szintű kérdőíveiben elhelyezett egészségfejlesztési/prevenciós tevékenységgel kapcsolatos kérdésblokk hiánypótló információkkal szolgálhatna az iskolai prevenció elterjedtségére s alapvető jellemzőire vonatkozóan, és javaslatot tett a KIR ez irányú bővítésére. Azonban a javaslat egyelőre nem nyert befogadást.

⁴ Itt, valamint a következő, az iskolai prevenció expanzív időszakával foglalkozó részben egy 2004 tavaszán, a magyarországi közoktatási intézmények (általános iskolák, gimnáziumok, szakközépiskolák, illetve szakiskolák) 263 intézményre kiterjedő országos reprezentatív mintáján készült kutatás (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011) eredményeit foglaljuk össze. A kutatás célja az iskolák prevenciós tevékenységének megismerése volt.

⁵ Az ifjúsági ügyekért felelős minisztérium és az oktatási tárca 2001-től évente pályázatot írt ki az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési és drogprevenciós feladatok támogatására. A pályázat lehetővé tette, hogy az alap- és középfokú nevelési-oktatási intézmények 5–12. évfolyamán tanulók – évente átlagosan 100–130 ezer fő – részt vegyenek egészségfejlesztési és drogprevenciós foglalkozásokon (Simonyi 2012).



1. ábra: A közoktatási intézmények bekapcsolódása az iskolai prevenció/egészségfejlesztő tevékenységbe (magyarországi közoktatási intézmények országos reprezentatív mintáján [N = 263 iskola])⁶ (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011)

nyeként összességében az iskolák közel 60%-a már túl volt az első prevenció tapasztalaton. Ezt követően 2002/2003-ban az iskolák további hatoda, majd a 2003/2004-es tanévben a még „érintetlen” intézmények háromötöde kapcsolódott be a prevenció/egészségfejlesztési munkába (1. ábra).

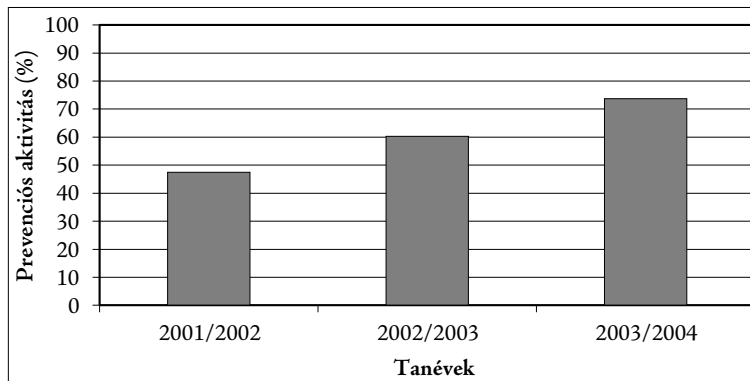
Talán az iskolai prevenció érdemi beindulásának „Az iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című pályázati program indulásával való egybeesése alapján nem meglepő, hogy a vizsgált prevenció területek (mentálhigiéne, biztonság, környezet, növekedés/változás/szexuális, családi élet, legális/illegális szerhasználat, testi higiéné, fizikai aktivitás, táplálkozás, integrált holisztikus megközelítés) közül az első prevenció intervenciók során a legális/illegális szerhasználat volt a leggyakrabban (63,3%) megcélzott terület. Az iskolai prevenció beavatkozások közel kétharmada dolgozott droprevenció céltetelezéssel (is). Ehhez képest a további legnépszerűbb tematikák (táplálkozás, mentális, illetve testi higiéné) is fele ekkora gyakorisággal fordultak elő.

Az iskolai prevenció expanzív időszaka

Az iskolák prevenció tevékenységbe való bekapcsolódásának dinamikája (lásd 1. ábra), az egyes tanévekben prevenció aktivitást mutató iskolák aránya és a beavatkozások tartalmi jellemzői alapján a 2001 és 2004 közötti periódust az iskolai prevenció expanzív időszakának tekinthetjük.

Míg az ezredfordulón csak az iskolák egyötöde rendelkezett valamilyen prevenció tapasztalattal, az időszak végére már tíz iskolából kilenc. Ebben az időszakban nemcsak a már prevenció tapasztalattal rendelkező iskolák aránya növekedett, de az egyes tanévekben prevenció aktivitást mutató iskolák aránya is folyamatosan és egyenletesen emelkedett (2. ábra).

⁶ A „Mikor végzett az iskola először prevenció tevékenységet?” kérdésre adott válaszok, az iskolák kumulált százalékában kifejezve.



2. ábra: Az egyes tanévekben preventációs aktivitást mutató iskolák aránya az ezredfordulót követő években (%) (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011)

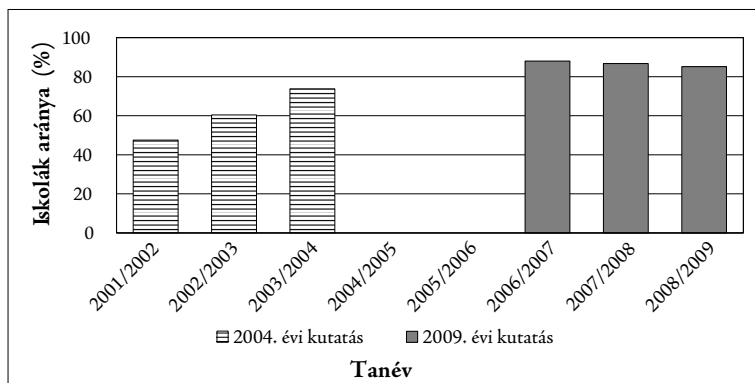
Tartalmi/minőségi változások ugyanakkor kevésbé voltak tapasztalhatók ebben az időszakban: a megcélzott területek, a preventációs megközelítések, az alkalmazott módszerek, vagy az iskolák/pedagógusok bevonódása tekintetében egyaránt meglehetősen stabilitás jellemezte az évezred első éveit. A különböző programjellemzők közül egyedül a programok időtartama tekintetében mutatkozott az időszak végére valamelyest a nemzetközi ajánlásoknak irányába való elmozdulás.

A preventációs beavatkozások tartalmi jellemzőinek változatlansága egyrészt azt jelentette, hogy nem voltak megfigyelhetők az olyan, a szakma elvárásait inkább leképező irányba való elmozdulások, mint az interaktív oktatási módszerek alkalmazása (Tobler 1997; Tobler–Stratton 1997), vagy a normatív hiedelmek megváltoztatására irányuló (Flay 2000; Taylor 2000; Reis et al. 2000), illetve a szociális befolyásolást, a társas kompetenciákat növelő tartalmak (Hansen 1992; Dusenbury–Falco 1995; Paglia–Room 1999; Tobler et al. 2000; Tobler 2001; Soole–Mazerolle–Rombouts 2005) térhódítása. Hasonlóképpen nem tapasztaltunk a komplex, integrált szemléletű programok irányába való elmozdulást sem. Ugyanakkor nem csökkent az ismeretátadásra fókuszáló programok aránya, holott a szakirodalom ezeket a beavatkozásokat már ebben az időszakban sem tekintette hatékony megközelítéseknek (Werch–Owen 2002; Soole–Mazerolle–Rombouts 2005). Az ezredfordulót követő években hasonló tendenciák az Unió számos tagállamában voltak tapasztalhatók: sok helyen a döntéshozók és a szakemberek gyakran továbbra is azon megközelítéseket részesítették előnyben, melyeket a korszerű szakirodalom nem tartott hatékonyknak (EMCDDA 2005).

Az iskolai prevenció minőségi fejlődésének beindulása⁷

Az iskolai prevenció expanzív időszakát követően a közoktatási intézmények preventációs aktivitása stabilizálódni látszott: Az ezredforduló első évtizedének második felében az

⁷ A fejezet hátterét egy 2009 tavaszán, a magyarországi közoktatási intézmények országos reprezentatív mintáján, az előző, 2004-es kutatással megegyező módszertannal készült kutatás eredményei képezik (Paksi 2010; Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011). A kutatás célja az iskolák preventációs tevékenységében történt változások nyomon követése volt. A nettó minta összesen 133 intézményt és 207 feladatellátási helyet tartalmazott.



3. ábra: Az egyes tanévekben prevencióst mutató iskolák aránya az ezredforduló utáni első évtizedben (%) (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011)

egyes tanévekben az iskolák 85–88%-ában történt valamilyen prevencióst beavatkozás. A közoktatási intézményekben tanuló diákok országos létszáma⁸ és a prevencióst beavatkozásokon való – az iskolaigazgatók által becsült – tanuló részvételi arány átlaga alapján azt mondhatjuk, hogy ezekben az években évente átlagosan mintegy 800 ezer diák vett részt az iskolai szinten valamilyen⁹ prevencióst beavatkozásban.

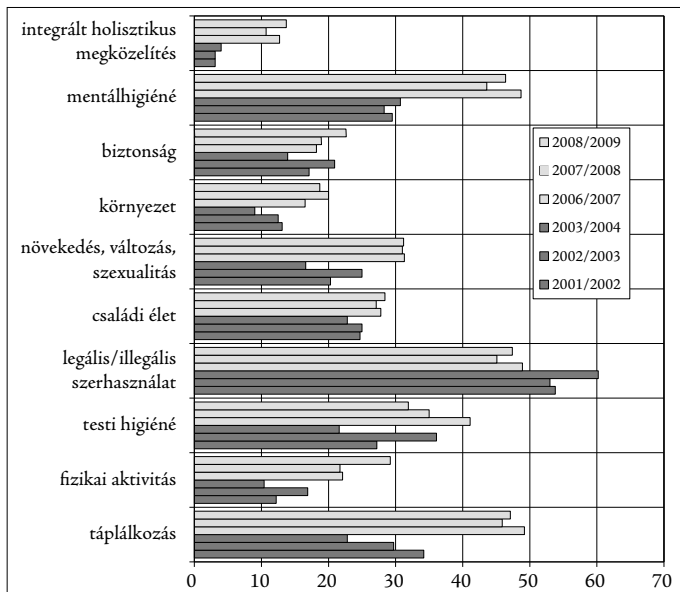
Ebben az időszakban a prevencióst tevékenység rendszeressége is jelentősen növekedett: míg az ezredforduló első éveiben az iskolák körülbelül egyharmadában volt minden évben prevenció, az évtized második felében tízből nyolc iskolában rendszeressé váltak a beavatkozások. A prevenció rendszeressé válása minőségi változásra utaló tendenciaként értelmezhető, tekintettel arra, hogy a szakirodalom szerint (Sooles–Mazerolle–Rombouts 2005) a beavatkozások hatásosságát növeli, ha egy éven belül ismétlésre vagy a beavatkozás bizonyos elemeinek felfrissítésére sor kerül.

Az iskolai prevencióst beavatkozások időtartamában szintén kedvező változásokra utaló tendenciák jelentkeztek: az évtized második felében a korábban jellemző 3–5 órás intervenciók helyett a 10–20 órás beavatkozások fordultak elő legnagyobb arányban.

Ebben az időszakban az iskolákban végzett prevencióst munka által felölelt területek is némileg átstrukturálódtak. Míg 2001 és 2004 között a legális/illegális szerhasználat volt a dominánsan megcélzott területe az iskolai prevencióstnak – a programok fele-háromötöde dolgozott ezekben az években drogprevencióst céltételezéssel (is) –, az évtized második felében a drogprevencióst programokkal azonos arányban szerepeltek az iskolai szinten a mentálhigiénével, valamint a táplálkozással foglalkozó prevencióst intervenciók. A vezető témák átstrukturálódása úgy következett be, hogy a drogtematika szerepe az évtized első felének előfordulási átlagához képest csak kismértékben csökkent, míg a mentálhigiénével, illetve a táplálkozással foglalkozó programok előfordulása jelentősen növekedett. Ezek mellett még kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy növekedett néhány olyan, korábban alacsonyán prioritizált terület szerepe, mint a környe-

⁸ http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsi001b.html [Letöltve: 2019. 09. 01.]

⁹ Ezekben az években kiegyenlítettebbé vált a prevencióst során megcélzott területek eloszlása: míg az első prevencióst beavatkozások alkalmával, illetve az expanzív fejlődés időszakában – mint jeleztük – a megcélzott területek közül kiemelkedett a legális/illegális szerhasználat, ebben az időszakban felzárkóztak mellé a mentálhigiénével, valamint a táplálkozással foglalkozó prevencióst intervenciók.

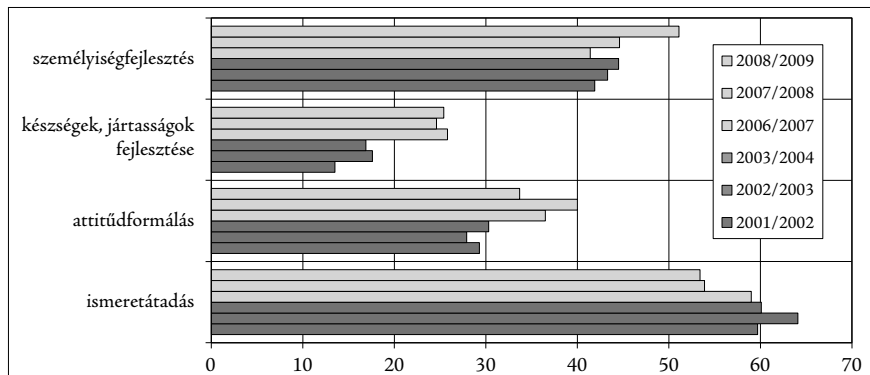


4. ábra: A különböző prevenációs területek megjelenése az iskolai prevenációs beavatkozásokban 2001 és 2003, valamint 2006 és 2009 között (az adott évben prevenációt végző iskolák százalékában, iskolánként több választ megengedve) (%)¹⁰ (Paksi 2010)

zet, biztonság, növekedés/változás/szexualitás, illetve szignifikánsan nagyobb arányban fordul elő a felélt területek között a „fizikai aktivitás”, illetve az integrált holisztikus megközelítés. Az integrált holisztikus megközelítés szerepének növekedése, illetve az egy-egy beavatkozás során megcélzott területek számának emelkedése azt is jelzi, hogy az iskolai beavatkozások ebben az időszakban kezdtek elmozdulni a komplexebb beavatkozások irányába (4. ábra).

Ezekben az években kedvező irányú elmozdulások jelei mutatkoztak a beavatkozások tartalmi elemei tekintetében is. Csökkent az ismeretátadásra koncentrált megközelítés, s növekedett a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciák növelésére, illetve a normatív hiedelmek megváltoztatására irányuló tartalmak előfordulási aránya. A hazai prevenációs megközelítésekben megjelenő tendencia megegyezett az Európában általában tapasztalt hangsúlyeltolódás irányával: „2007-ben a prevenációs tevékenységek leggyakoribb célkitűzése a jelentések szerint az életvezetési készségek kialakítása volt (28 országból 12-nél), míg 2004-ben az országok fele (26-ból 13) a tudatosság fokozását és a tájékoztatást nevezte meg fő célként” (EMCDDA 2008: 28). Ugyanakkor a magyarországi iskolákban zajló prevenációs beavatkozások több mint felében az időszak végén is jelen voltak ismeretátadásra vonatkozó célkitűzések, s a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat növelő tartalmak előfordulási aránya továbbra is csak felére volt tehető az ismeretátadási tartalmak előfordulásának (5. ábra).

¹⁰ Tekintettel arra, hogy az ábra az expanzív és a minőségi változásokkal jellemezhető időszak eltéréseit kívánja bemutatni, így itt – és a következő diagramon is – a prevenáció szempontjából eltérő két periódust jelöltük elkülönülő színekkel, az egyes évek a sávok sorrendje alapján azonosíthatók.



5. ábra: A különböző preventációs megközelítések/irányzatok előfordulási gyakorisága az iskolai preventációs beavatkozásokban 2001 és 2003, valamint 2006 és 2009 között (az adott évben preventiót végző iskolák százalékában, iskolánként több választ megengedve) (Paksi 2010)

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a magyarországi közoktatási intézményekben zajló preventációs tevékenységek tartalmi jellemzői tekintetében az ezredforduló első évtizedének második felében kedvező, a korszerű preventációs tartalmak irányába mutató elmozdulások indultak meg, mindazonáltal a hazai beavatkozások összetétele sok tekintetben 2009-ben is elmaradt a szakirodalom szerint kívánatos, illetve a nemzetközi gyakorlat alapján (EMCDDA 2008) korszerűnek minősíthető programstruktúráról.

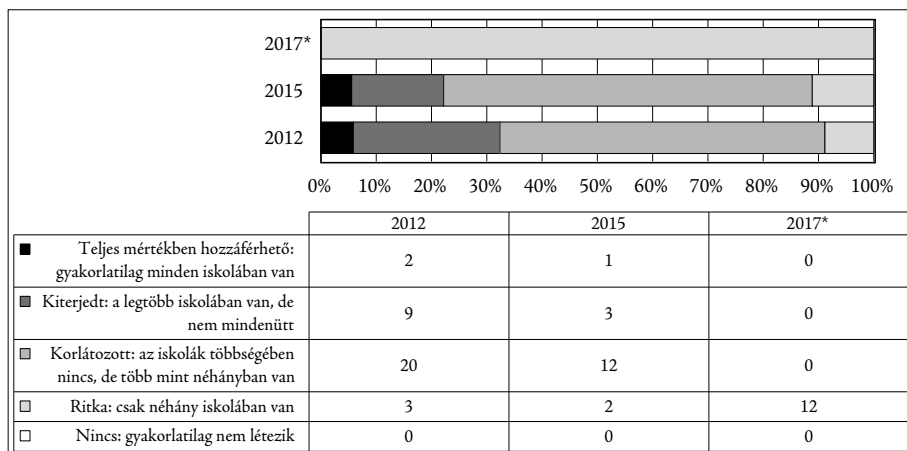
Az iskolai preventációs tevékenység visszaszorulása

Az iskolai szinten zajló preventációs tevékenységre vonatkozóan – mint azt a fejezet bevezetőjében említettük – 2009-ben készült az utolsó országos kvantitatív adatokkal szolgáló, célzottan erre a témára fókuszáló kutatás (Paksi 2010). Az elmúlt 10 évre jellemző információhiány már önmagában is jelentős kockázati tényezőt jelent a kedvezőtlen irányú változások tekintetében. Hiszen a preventió helyzetét szisztematikusan leíró, strukturált információk – rendszer szinten és az egyes iskolák szintjén is – elengedhetetlenek a fejlesztendő területek azonosításához, a fő irányok meghatározásához, a beavatkozások valóságra reflektáló tervezéséhez.

Ezen információhiánnyal jellemezhető időszakra vonatkozóan az iskolai preventációs tevékenység egyik fő területének, a drogprenvenációs beavatkozásoknak a helyzetébe ad betekintést egy 2012-ben (Paksi–Magi 2013), illetve egy 2015-ben készült (KCKT 2015) kvalitatív kutatás,¹¹ továbbá általában a preventációs beavatkozások (bármilyen szinten folyó általános, célzott vagy javallott intervenciók) hozzáférhetősége vonatkozásában információval szolgál még a Nemzeti Drogellenes Stratégia (NDS 2013) 2017-ben

¹¹ Mindkét kutatás fókuszcsoporthoz adatgyűjtési módszer alkalmazásával készült. A vezérfonal összeállításának alapjául az EMCDDA általános és célzott preventióval kapcsolatos strukturált kérdőívei szolgáltak. A fókuszcsoporthoz résztvevői a drogmegelőzés területén (is) tevékenykedő szakemberek voltak. A 2012-es kutatásban öt fókuszcsoporthoz összesen 35 szakértő vett részt, a 2015-ös kutatásban pedig 1 fókuszcsoporthoz készült 22 szakértő részvételével.

készült kvalitatív értékelése (KCKT 2018)¹² is. A 2012-es és a 2015-ös kutatásokban a részt vevő szakemberek percepciói alapján azt mondhatjuk, hogy a drogprenvencióhoz való hozzáférés az iskolai szinten korlátozott: azaz több mint néhány iskolában hozzáférhető, de az iskolák többségében nincs. 2017-ben általában a prevenció hozzáféréssel kapcsolatban az NDS értékelésében részt vevő szakemberek ennél is rosszabbnak ítélték a helyzetet: egyöntetűen azt az álláspontot képviselték, hogy a különböző prevenciók beavatkozások az országban általában mindössze néhány helyen működnek, a legtöbb helyen nem hozzáférhetőek (6. ábra).



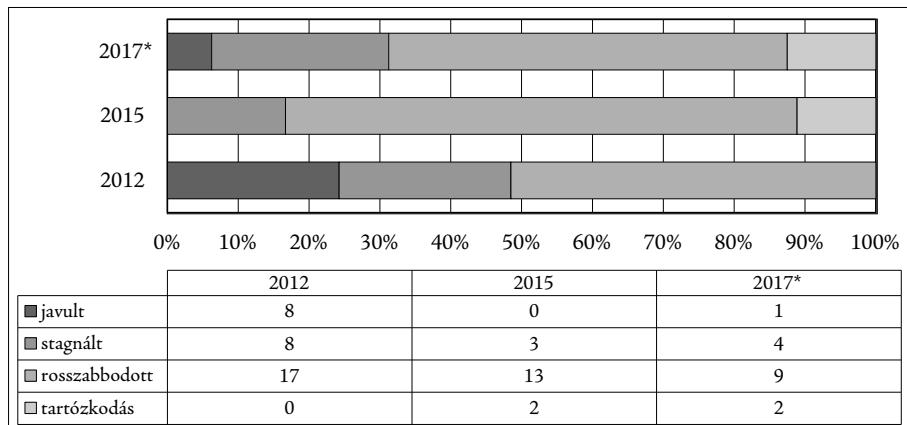
6. ábra: A kvalitatív kutatásokban részt vevő szakértők véleménye 2012-ben, 2015-ben az iskolai drogprenvenció, valamint 2017-ben általában a prevenció hozzáférhetőségéről (fő) (Paksi–Magi 2013; KCKT 2015, 2018).¹³

*A 2017-es válaszok általában a prevenciók beavatkozásokról vonatkoznak

A 6. ábrán látható, korlátozott elérhetőségre vonatkozó vélemények esetenként 2012-ben és 2015-ben sem csak a hozzáférhetőség mennyiségi értékelését jelentették, hanem a prevenciók tevékenység minőségével kapcsolatos kritikát is megfogalmaztak a hozzáféréssel kapcsolatos véleményükben a szakértők: „...én azért mondom, hogy korlátozott, mert lehet, hogy hiába van száz iskolából mind a százban program, de hogy az nem elvárható színvonalú...” (Kulturális területen dolgozó, drogprenvencióval 4 éve foglalkozó szervezet képviselőjének véleménye egy 2012-ben készült fókuszcsoporthoz.) (Paksi–Magi 2013:16), illetve „...korlátozottan jelen van, hiszen jelen van, de egyre kevesebb, egyre rosszabb minőségű programok, egyre kevesebb időben érjük el a gyerekeket, akkor most miről beszéljünk.” (Részlet egy 2015-ös fókuszcsoporthoz.) (KCKT 2015: 39.)

¹² A Nemzeti Drogellenes Stratégia értékelését a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület (KCKT) végezte, szintén fókuszcsoporthoz hasonló módszer alkalmazásával. A prevenciók beavatkozásainak értékelésében részt vevő szakemberek száma 16 fő volt.

¹³ Az ábrán kvalitatív kutatási adatok szerepelnek, ahol a válaszok összetételét nem %-os megoszlásban, hanem csak a résztvevő személyek válaszaiban megjelenő tendenciát érzékeltetve szokás (és indokolt) megjeleníteni. Jelen esetben – és a következő ábrán is – a különböző időpontokban készült kutatások eredményeinek „együtt láttatása” miatt választottuk a %-os és természetes mértékegységben (főben) való párhuzamos megjelenítést.

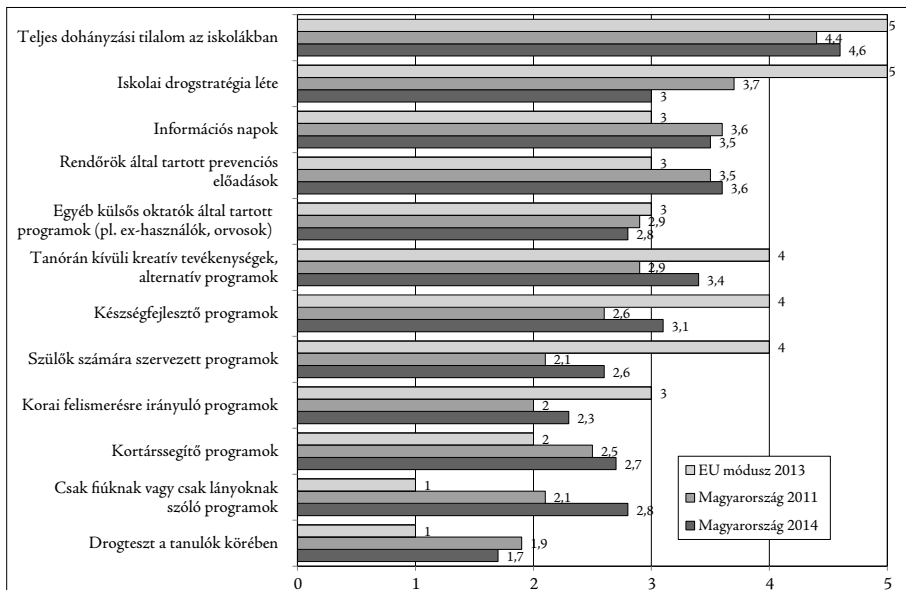


7. ábra: A kvalitatív kutatásokban részt vevő szakértők véleménye az iskolai drogprevenció hozzáférhetőségének alakulásáról (fő) (Paksi–Magi 2013; KCKT 2015, 2018).

*A 2017-es válaszok általában a prevenció beavatkozásokra vonatkoznak

Bár a hozzáférhetőségre vonatkozó kvalitatív adatok csak nagyon korlátozottan hasonlíthatók össze a korábbi kvantitatív adatokkal, de talán nem túlzás azt feltételeznünk, hogy a 2012 és 2017 közötti vélemények jelentős visszalépést jeleznek a 2006 és 2009 közötti helyzethez képest, amikor az iskolák 80%-ában rendszeresen, minden évben történt valamilyen beavatkozás. Negatív tendencia bontakozik ki – a kvalitatív adatok nem általánosítható volta miatt egymással szintén csak korlátozottan összevethető – egyre kisebb hozzáférésről beszámoló szakértői percepcióik alapján is. De nemcsak ezen korlátozott érvényességű összehasonlítások alapján mutatkozik az iskolai prevenció visszaszorulása. Ezzel összhangban, az egyes kutatások során a prevenció hozzáférhetőségének tendenciájára vonatkozó szakértői vélemények is egyértelműen kedvezőtlen változásokat jeleztek (7. ábra).

Az iskolai prevenció struktúrája, az alkalmazott modalitások előfordulása tekintében szintén rendre kedvezőtlen látéleket adtak a kutatásban részt vevő szakértők. Bár a hazai prevenció összetétele mindig elmaradt a szakirodalom alapján kívánatos struktúrától, de – mint fentebb bemutattuk – az ezredforduló első évtizedének második felében a kutatások kedvező elmozdulásokat jeleztek: megszűnni látszott az ismeretátadásra koncentrált megközelítés dominanciája, s növekedett a korszerű szakirodalom által alátámasztott, a társas kompetenciákat növelő, vagy normatív hiedelmek megváltoztatására törekvő tartalmak előfordulási aránya. Az utóbbi egy évtized kvalitatív vizsgálatok által lefedett időszakában az iskolai prevenció különböző modalitásai között a területen dolgozó, a kutatásokban részt vevő szakemberek leginkább a kötelező adminisztratív előírásokban szereplő, illetve az iskola számára kisebb költséget jelentő megoldások (dohányzási tilalom, információs napok, rendőrök által tartott előadások) dominanciáját érzékelik. Ugyanakkor csak korlátozottan vagy ritkán találkoznak a szakirodalom alapján kívánatosnak tekinthető, bizonyítékkal támogatott beavatkozásokkal. Mint azt a 8. ábrán láthatjuk, Európa legtöbb országában hasonló a különböző modalitások preferenciasorrendje, azonban míg néhány bizonyítékon alapuló beavatkozás (pl. készségfejlesztő programok, szülők számára szervezett programok) az iskolák többségében hozzáférhető a legtöbb európai országban (EMCDDA 2015), nálunk ezek



8. ábra: A különböző iskolai drogprevenciós megoldások hozzáférhetősége Magyarországon és Európában (hazai vélemények átlagai és az uniós országok átlagainak módusza) (KCKT 2015; EMCDDA 2015)¹⁴

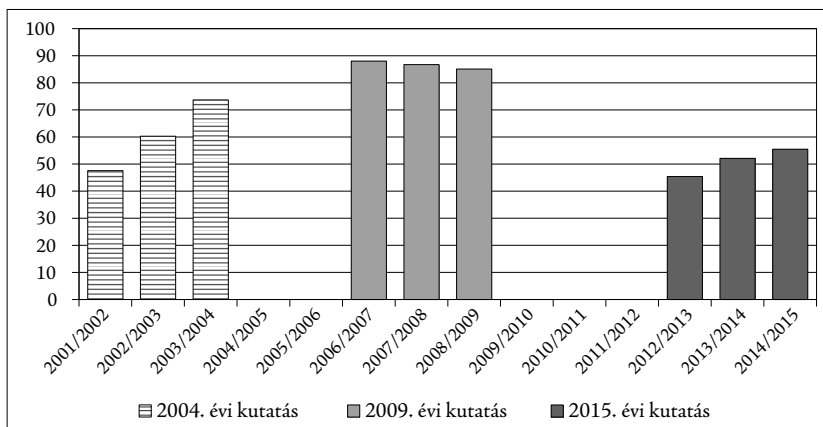
a beavatkozások az utóbbi években az iskolák többségében csak „korlátozottan” vagy „ritkán” elérhetők. Ugyanakkor bizonyos, kevésbé korszerű, és területen dolgozó szakemberek által is kritikával illetett megoldások (pl. az információs napok, rendőrök által tartott preventációs előadások) ma már az európai országok többségében a magyarországi jelenlétükhöz képest kevésbé általánosnak mondhatók (8. ábra).

A fenti, az iskolák preventációs aktivitásának visszaesésére vonatkozó kvalitatív kutatási tapasztalatokat megerősíti egy 2015-ben, más témában készült, de „melléktermékként” az iskolák aktuális preventációs aktivitásáról számszerű adatokkal szolgáló kvantitatív kutatás¹⁵ (Paksi–Magi–Demetrovics 2017). A kutatás adatai szerint a 2012 és 2015 közötti tanévekben átlagosan a 7–14 évfolyamos osztályok mintegy felében folyt valamilyen preventációs munka, ami a preventációs aktivitás volumenének az ezredforduló utáni években jellemző szintre való visszaesését jelentette.

Tehát a kvalitatív kutatásokhoz hasonlóan, a kvantitatív adatok is egyértelműen az iskolák preventációs tevékenységének visszaesését mutatják. Ugyanakkor azt is látjuk, hogy a kvantitatív adatokban jelzett elterjedtséghez (minden második iskola végez valamilyen preventációs tevékenységet) képest az ugyanezen időben készült kvalitatív vizsgálatokban

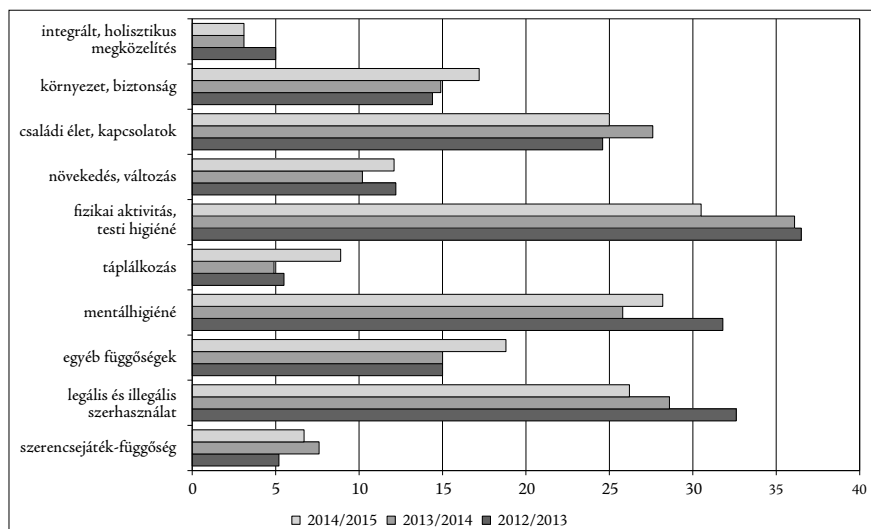
¹⁴ Az ábrán a következő válaszok átlagai láthatók: 5 – Teljes mértékben: gyakorlatilag minden iskolában van; 4 – Kiterjedt: a legtöbb iskolában van, de nem mindenütt; 3 – Korlátozott: az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van; 2 – Ritka: csak néhány iskolában van; 1 – Nincs: gyakorlatilag nem létezik.

¹⁵ A kutatás célja a Szerencsejáték Zrt. társadalmi felelősségvállalási programjához kapcsolódóan, a fiatal 14–24 év közötti populáció körében tervezett, a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló preventációs tevékenység szakmai megalapozása volt. Az adatfelvétel a 7–14 éves diákok országos reprezentatív mintáján készült, 200 osztály részvételével. A drogprevencióval kapcsolatos kérdéseket a kiválasztott osztályok osztályfőnökeivel vettük fel.



9. ábra: A prevenció aktivitást mutató iskolák aránya a különböző időszakokban (Paksi–Magi–Demetrovics 2017)

dominánsan megfogalmazott korlátozott hozzáférhetőség (az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van) az iskolai szintér alacsonyabb részvételét jelzi. Ne felejtsük el azonban, hogy a kvalitatív adatok csak az iskolák drogvenció aktivitására vonatkoztak, mely ugyan a prevenció programok „beindulása” óta meghatározó területe volt a magyarországi iskolai prevenciónak (lásd 4. ábra), de 2006–2009 között már csak az iskolák prevenció aktivitásának 45–50%-át tették ki, s a 2015-ös adatok szerint pedig 25–30%-ra szorult vissza ez a tematika (10. ábra). Ha ezt is figyelembe vesszük, akkor az egyes években drogvencióval (is) foglalkozó iskolák/osztályok aránya a

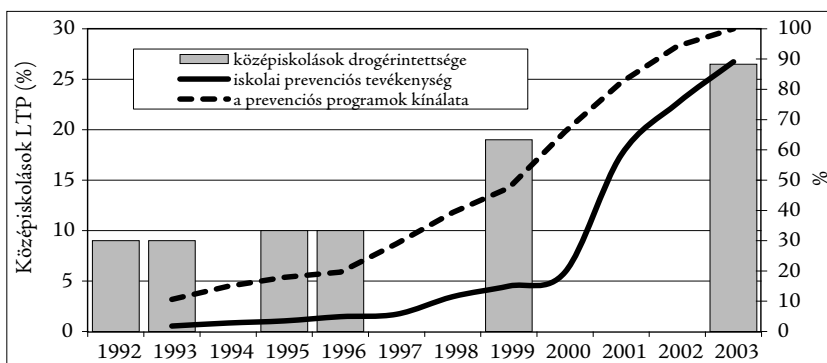


10. ábra: A különböző prevenció területek megjelenése az iskolai prevenció beavatkozásokban 2012 és 2015 között (az adott évben prevenciót végző iskolák százalékában, iskolánként több választ megengedve) (%) (Paksi–Magi–Demetrovics 2017)

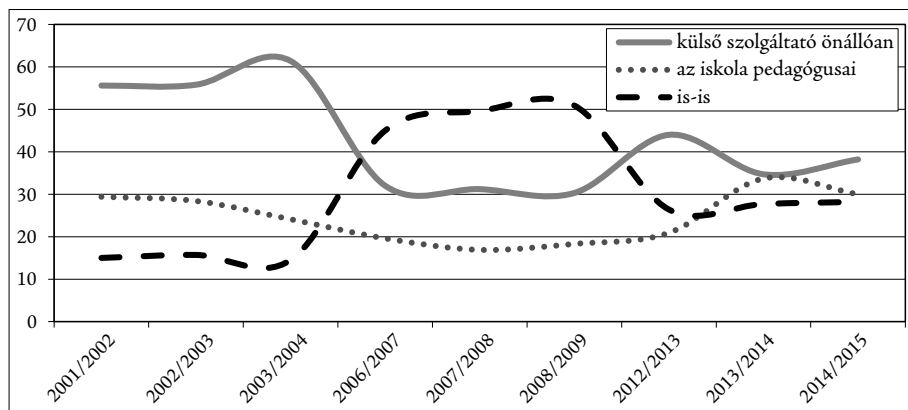
magyarországi iskolákban valóban mindössze 15% körül mozog, ami harmonizál a kvalitatív kutatások során a drogvenció hozzáférhetőségével kapcsolatban kapott szakértői visszajelzésekkel, azzal, hogy az iskolák többségében nincs, de több mint néhányban van drogvenció beavatkozás. A különböző forrásból származó, eltérő információk tehát azonos irányba, az iskolák prevenció szerepvállalásának csökkenése irányába mutatnak.

Záró gondolatok: Az iskolák prevenció aktivitásában tapasztalható változások háttérben álló tényezők

Mint azt az iskolák prevenció tevékenységbe való bekapcsolódásával foglalkozó részben láthattuk, a közoktatási intézmények első prevenció beavatkozásainak közel kétharmada a legális/illegális szerhasználat (is) foglalkozott (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011). A prevenció/egészségfejlesztő munkába való bekapcsolódásának trendjét összevetve az intervenciók dominánsan megcélzott területére, a drogvenció alakulására vonatkozó epidémiail adatokkal (lásd az 11. ábrán az oszlopdiaagram és a folyamatos vonaldiagram viszonyát), azt láthatjuk, hogy az iskolák prevenció tevékenysége megkétszerezte a beavatkozások meghatározó részének tematikáját képező legális/illegális szerhasználat epidémiájára, a középiskolások drogvenció szintjének alakulására. A középiskolások populációban végzett drogvenció vizsgálatok (Elekes–Paksi 1996, 2000) már a kilencvenes évek második felében – regionális és helyi jellegű vizsgálatok alapján vélhetően 1997–1998-tól – a fiatalok drogvenció szintjének ugrásszerű növekedését jelezték. Erre az epidémiail kihívásra a közoktatási intézmények csak 3-4 éves késéssel, a célzott pályázati támogatások beindulásával kezdtek reagálni. Az iskolák prevenció tevékenysége tehát elsősorban nem a szükségletekhez alkalmazkodó módon, sokkal inkább a források, elsődlegesen a támogatási rendszer alakulásának függvényében történt. Ez nemcsak a prevenció tevékenység dinamikájában, de a tematikájában, az átlagosnál nagyobb mértékben támogatott drogvenció dominanciájában is megjelent.



11. ábra: Az iskolák prevenció aktivitásának (az iskolák százalékában, a jobb oldali tengelyen ábrázolva), a prevenció szolgáltatások megjelenésének (a 2003-ban jelen lévő programok százalékában, szintén a jobb oldali tengelyen ábrázolva), valamint a középiskolások drogvenció szintjének (a 10. évfolyamos diákok körében a biztosan drogvenció célú szerhasználat életprevalencia értéke, a bal oldali tengelyen ábrázolva) alakulása (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011)



12. ábra: Kik végezték a prevenciós tevékenységet az iskolában? (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve) (Paksi–Magi–Demetrovics 2017)

A közoktatási intézmények prevenciós aktivitásának trendjét az iskolai drogprevenciós szintéren jelen lévő szolgáltatások kínálatának trendjével (Paksi–Demetrovics 2005) összevetve pedig azt láthattuk, hogy az iskolák a prevenciós alakításának kevésbé aktív, azt alakító szereplői voltak, prevenciós aktivitásuk inkább kínálatkövetően, mintsem azt meghatározó módon alakult (lásd a 11. ábrán a szaggatott és a folyamatos vonaldiagramok viszonyát).

Az iskoláknak – a prevenciós tevékenység tekintetében – kevésbé aktív, a külső prevenciós szolgáltatásokat inkább lekövető magatartását erősíti az a kutatási tapasztalat is, hogy az iskolák – változó mértékben ugyan – az iskolai prevenciós beindulásától kezdve a legutóbbi időig elsősorban külső szolgáltatók bevonásával (csak külső szolgáltatás megrendelésével vagy külső szolgáltatókkal közösen) végeznek prevenciós tevékenységet (lásd 12. ábra).

Az iskolák prevenciós tevékenységnek a prevenciós szükségletekre, illetve prevenciós szakmai standardokra egyaránt kevésbé reagáló voltának, azaz viszonylagos passzivitásának háttérében számos tényező állhat. Ezek egyike lehet az, hogy a prevenciós tevékenységekkel kapcsolatos iskolai döntések általában nem tartoztak a magasan prioritizált iskolai döntések közé (Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011). Kutatási adatok azt is jelezték, hogy a nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, inkább nevelési jellegű feladatok – mint amilyen a prevenciós tevékenység is – jelen vannak ugyan a pedagógusi szerepvárások között a szakma gondolkodásában, a tudásátadáshoz közvetlenül kapcsolódó feladatokhoz képest azonban ezek kevésbé hangsúlyosak, egyértelműek. E feladatoknak szerepvárásokban megmutatkozó, viszonylagos háttérbe szorulása megjelent a szerepek gyakorlása során, azaz a tényleges pedagógusi munkában is (Paksi 2010; Paksi–Felvinczi–Schmidt 2011).

Amennyiben az iskola prevenciós tevékenységét inkább egyfajta a prevenciós szolgáltatásokat lekövető s a pénzügyi és szakmai támogatásokra érzékeny tevékenységnek tekintjük, akkor az iskolák prevenciós aktivitásának időbeni változása kapcsán érdemes az ezekkel a jelenségekkel kapcsolatos tapasztalatokat is röviden áttekinteni. Erre vonatkozó információink a drogprevenciós területéről származnak. A 2015-ben, illetve a 2017-ben készült kvalitatív kutatások (KCKT 2015, 2018) alapján az alábbi főbb tényezők azonosíthatók a prevenciós alacsony és egyre csökkenő hozzáférhetőségének háttérében:

I. Információhiány, ami miatt a meglévő lehetőségek, szolgáltatások sem jutnak el a célcsoporthoz:¹⁶

„...egyáltalán az iskola hogy találja meg ezeket a programokat?” (részlet egy 2015-ös fókuszcsoporthoz)

„Szájhagyomány útján terjed, hát hogy ennek segítettem, annak segítettem, hogy akkor jöjjön be ide...” (részlet egy 2017-es fókuszcsoporthoz)

II. Forráshiány:

„...az iskolák szívesen ... fogadnának be programokat, de rettentően szűkösek az ő kerekeik...” (részlet egy 2015-ös fókuszcsoporthoz)

III. Nem az iskola kezében van a döntés:

„Ugye korábban ... az iskolák is tudtak pályázatot benyújtani. Nálunk most például konkrétan a térségben problémaként jelenik meg, hogy iskola önállóan nem tud benyújtani pályázatot, még akkor sem, hogyha szakmai szervezettel együttműködésben tenné ezt, és esetleg még OEFI ajánlás is van. Mert, hogy létrehozták a Klebelsberg Intézetet, és innen-től kezdve megjelennek ezek a problémák, hogy akkor most ki lesz a kompetens, az iskola igazgatója vagy a tankerület vezetője, vagy ki merre lépjen, ki fizeti a révést.” (részlet egy 2015-ös fókuszcsoporthoz)

IV. A prevenciós programok ajánlási rendszere:¹⁷

...végül is elősegíteni szeretné a minőségét, jelen esetben hátráltatja, mert egy csomó pályázatot azért nem kapott pénzt, mert nincs meg az a bizonyos... Amelyiknek megvan, az meg annyira kevés ..., hogy ők, ha akarnák, se tudnák csak az országnak egy minimális, nem látható, szabad szemmel nem látható részét lefedni.” (részlet egy 2015-ös fókuszcsoporthoz)

„... kevés az a meritési közeg, amiből tudunk választani szakmai programot ..., azok a szakmai civil szervezetek, akik nagyon széles palettával rendelkeznek, és tudnák kínálni a prevenciós programokat az ifjúság számára, azok valamiért nem tudnak oda bejutni...” (részlet egy 2017-es fókuszcsoporthoz)

¹⁶ Az iskolák prevenciós aktivitásának második, minőségi fejlődést is hozó periódusában készült ez idáig az egyetlen, a programok nemzetközi standardoknak megfelelő, szisztematikus leírását adó, számos keresési algoritmussal ellátott prevenciós adattár (Paksi–Demetrovics 2005), mely 234 iskolai prevenciós programról szolgáltat részletes információkkal. Ugyanebben az időszakban került kialakításra a Szakmai Információs Portál (SZIP) is. Az utóbbi közel egy évtizedben ezek a kataszterek nem kerültek frissítésre, az elmúlt évben (a KCKT kutatásait követően) történt próbálkozás az információs deficit kezelésére, a Nemzeti Drog Fókuszpont gondozásában létrejött a <https://ellataskereso.hu/>, melyen jelenleg 137 drogprevenciós szolgáltatás található. [Letöltve: 2019. 09. 01.]

¹⁷ „A nevelési-oktatási intézmény saját pedagógus-munkakörben foglalkoztatott alkalmazottján és az intézményben iskola-egészségügyi szolgálatot ellátó szakemberen kívül csak olyan, a nevelési-oktatási intézménnyel jogviszonyban nem álló szakembert vagy szervezet programját megvalósító személyt vonhat be tanórai vagy gyermek, tanuló részére szervezett egyéb foglalkozás vagy egyéb egészségfejlesztési és prevenciós tevékenység megszervezésébe, aki vagy amely rendelkezik az egészségügyért felelős miniszter által kijelölt intézmény szakmai ajánlásával.” 20/2012. (VII. 31.) EMMI rendelet. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200020.EMM>

Az ajánlások kiadását az OEFI 2013. február 1-től indította el, amit később a NEFI, majd 2017 áprilisától az ajánlási rendszer működtetését az EMMI (az intézet jogutódja) vette át.

Az aktuális ajánlást kiadni jogosult szervezet által egy-egy évben kiadott ajánlások száma mindvégig nagyon alacsony volt. Pl. 2013-ban 17, 2014-ben 11, 2015-ben 9. <http://drogfokuszpont.hu/eves-jelentesek/>. Összehasonlításként, 2004-ben 280 prevenciós program szerepelt az iskolai prevenciós programkínálatban.

V. Szakemberhiány:

„... minket többször megkerestek BRFK-s prevenciót tartó kollegák, akik arra kértek minket, hogy menjünk el és tartsuk meg, mert nekik el kell menniük oda, de nem tudják, hogy amúgy mit tarthatnának meg” (részlet egy 2017-es fókuszcsoporthól)

VI. Módszertani és/vagy szakmapolitikai támogatás hiánya:

„semmi támogatás ... se módszertani, se szakmapolitikai támogatottság” (részlet egy 2017-es fókuszcsoporthól)

A fentiek mellett – vagy inkább helyett – egy ideális prevenció rendszerben a beavatkozások hozzáférhetőségét döntően a célpopulációban azonosítható szükségletek, tartalmát pedig szakmai/tudományos ajánlások, bizonyítékon alapuló beavatkozások határozzák meg. A bemutatott változások ilyen kontextusban történő vizsgálata túlmegy a tanulmány keretein, azonban a lapszám több írása támpontot adhat ezeknek a szempontoknak a továbbgondolásához.

IRODALOM

- BALÁZS J. & SAJGÁL R. (1998) Középisikolások értékorientációi. *Educatio*, Vol. 7. No. 3. (Mentálhigiéné) pp. 316–326.
- BRADSHAW, J. R. (1972) The Taxonomy of Social Need. In: G. MCLACHLAN (ed.) *Problems and Progress in Medical Care*. Oxford, Oxford University Press. pp. 71–82.
- BROTHERHOOD, A. & SUMNALL, H. R. (2011) *European Drug Prevention Quality Standards*. EMCDDA, Lisbon. Fordítás: *Nemzeti Drog Fókuszpont*, 2012. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevencios_minosegi_standardok_HU.pdf [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- CAPLAN, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books.
- DUSENBURY, L. & FALCO, M. (1995) Eleven Components of Effective Drug Abuse Prevention Curricula. *Journal of School Health*, Vol. 65. No. 10. pp. 420–425.
- ELEKES Zs. (2019) Szerfogyasztás rizikótényezői középisikolások körében. *Educatio*, Vol. 28. No. 3. Lásd jelen füzetünkben: pp. 495–511.
- ELEKES Zs. & PAKSI B. (1996) *A magyarországi középisikolások alkohol és drogfogyasztása*. ESPAD, The European School Survey Project on Alcohol and Drugs, 1995. Budapest, Népjóléti Minisztérium.
- ELEKES Zs. & PAKSI B. (2000) *Drogok és fiatalok. Középisikolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. (ISMertető 8.) Budapest, ISM.
- EMCDDA (2005) *Annual Report 2005: The State of the Drugs Problem in Europe*. Belgium, Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2008) *Annual Report 2008: The State of the Drugs Problem in Europe*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA (2015) *Prevention Profiles 2015*. Online Publication. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Hozzáférhető: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevention-profiles/about> [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- FELVINCZI K. (1998) A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban. *Iskolakultúra*, 1998. május, pp. 17–31.

- FELVINCZI K. (2009) A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység. In: FELVINZI K. & NYÍRÁDY A. (eds) *Drogpolitika számokban*. Budapest, L'Harmattan.
- FLAY, B. R. (2000) Approaches to Substance Use Prevention Utilising School Curriculum Plus Social Environment Change. *Addictive Behaviours*, Vol. 25. No. 6. pp. 861–885.
- GEE, R. L., ESPIRITU, R. C. & HUANG, L. N. (2006) Adolescents with Cooccurring Mental Health and Substance Use Disorders in Primary Care. *Adolescent Medicine Clinics*, Vol. 17. No. 2. pp. 427–452.
- HANSEN, W. (1992) School-based Substance Abuse Prevention: A Review of the State of the Art in Curriculum, 1980–1990. *Health Education Research*, Vol. 7. No. 3. pp. 403–430.
- KCKT (2015) *Élő Jelentés – a magyarországi droghelyzetről*. Budapest, Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület. https://web.archive.org/web/20170419192442/http://madaszsz.hu/norveg_doksi/kckt/elo_jelentes_1015.pdf [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- KCKT (2018) *A Nemzeti Drogellenes Stratégia végrehajtásának féléves értékelése – A kábító-szerügyi területén dolgozó szervezetek és szakemberek percepciói alapján*. Budapest, Kábító-szerügyi Civil Koordinációs Testület. https://docs.wixstatic.com/ugd/178071_4c5fac2f3bf140e6918fff8fd77b179f.pdf [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- MRAZEK, P. J. & HAGGERTY, R. J. (1994, eds) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.
- NDS (2013) *Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020 – Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen*. Melléklet a 80/2013. (X. 16.) OGY határozathoz. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A13H0080.OGY> [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- NÉMETH Á., HORVÁTH ZS. & VÁRNAI D. (2019) Egészségmagatartás serdülőkörben – Mi történt az ezredforduló óta? *Educatio*, Vol. 28. No. 3. *Lásd jelen füzetünkben*: pp. 473–494.
- PAGLIA, A. & ROOM, R. (1999) Preventing Substance Use Problems among Youth: A Literature Review and Recommendations. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 20. No. 1. pp. 3–50.
- PAKSI B. (2010) A közoktatási intézmények prevenciók kompetenciáinak és tevékenységének változásai az utóbbi 5 évben. *Addiktológia*, Vol. 8. No. 3. pp. 185–215.
- PAKSI B. & DEMETROVICS ZS. (2005) *Országos Drogprevenciók Adattár*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.
- PAKSI B., FELVINCZI K. & SCHMIDT A. (2011) Az iskolák prevenciók aktivitása. In: PAKSI B. & DEMETROVICS ZS. (eds) *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. Budapest, NDI. L'Harmattan. pp. 95–170.
- PAKSI B. & MAGI A. (2013) Drogprevenciók helyzet(jelentés) – kvalitatív kutatás a területen dolgozó szakmai szolgáltatók körében. *socio.hu*. Az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet online folyóirata. 2013/2. https://socio.hu/uploads/files/2013_2/1paksi_magi.pdf [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- PAKSI B., MAGI A. & DEMETROVICS ZS. (2017) A függőségek, mint a kirekesztés szempontjából leginkább veszélyeztető magatartások interveniálása az iskolában – a szenvedélymagatartásokra irányuló iskolai prevenciók beavatkozások országos katasztere. In: KERÜLŐ J., JENEI T., & GYARMATI I. (eds) *XVII. Országos Neveléstudományi Konferencia. Program és absztrakt kötet*. MTA. Nyíregyházi Egyetem, p. 482.
- PERJÉS I. & KOVÁCS Z. (2002) Az iskola külső és belső világának interdiszciplináris vizsgálata. In: PERJÉS I. & KOVÁCS Z. (eds) *Életvilágok találkozása*. Aula Kiadó, Budapest. pp. 35–57.

- REIS, J., RILEY, W., LOKMAN, L. & BAER, J. (2000) Interactive Multimedia Preventive Alcohol Education: A Technology Application in Higher Education. *Journal of Drug Education*, Vol. 30. No. 4. pp. 399–421.
- ROBERTSON, E. B., DAVID, S. L. & RAO, S. A. (2003) *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. National Institute on Drug Abuse. Second Edition, NIH Publication No. 04–4212(A).
- ROBINSON, J., HAAZ, E., PETRICA, S., HILLSBERG, B. & KENNEDY, N. (2004) Managed Care and Prevention of Mental Health and Substance Abuse Problems: Opportunities for Growth through Collaboration in the New Millennium. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 24. No. 3. pp. 353–373.
- SIEGEL, M. & BIEGER, M. (2000) The Impact of an Antismoking Media Campaign on Progression to Established Smoking: Results of a Longitudinal Youth Study. *American Journal of Public Health*, Vol. 90. No. 3. pp. 380–386.
- SIMONYI I. (2012) Az egészségfejlesztés helyzete a hazai nevelési-oktatási intézményekben. In: DARVAY S. (ed.) *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből*. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem. pp. 9–21.
- SOOLE, D. W., MAZEROLLE, L. & ROMBOUTS, S. (2005) *School Based Drug Prevention: A Systematic Review of the Effectiveness on Illicit Drug Use*. The Drug Policy Modelling Project Monograph Series. Fitzroy, Turning Point Alcohol and Drug Centre.
- TAYLOR, B. J. (2000) Modeling Prevention Program Effects on Growth in Substance Use: Analysis of Five Years of Data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial. *Prevention Science*, Vol. 1. No. 4. pp. 183–97.
- TOBLER, N. S. (1997) Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Results of the 1933 Meta-analysis. In: W. J. BUKOVSKI (ed.) *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Research Monograph, Number 170. Washington, US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. pp. 5–68.
- TOBLER, N. (2001) Prevention Is a Two-way Process. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5. pp. 25–27.
- TOBLER, N. S., ROONA, M. R. & OCHSHORN, P. (2000) School-based Adolescent Prevention Programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 20. No. 4. pp. 275–336.
- TOBLER, N. S. & STRATTON, H. H. (1997) Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs: A Meta-analysis of the Research. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 18. No. 1. pp. 1–128.
- WERCH, C. E. & OWEN, D. M. (2002) Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 63. No. 5. pp. 581–90.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

MINŐSÉGFEJLESZTÉSI TÖREKVÉSEK A PREVENCIÓ TERÜLETÉN A VILÁGBAN

FELVINCZI KATALIN

ELTE Pszichológiai Intézet

Világ- és Európa-szerte számos formában és szinten jelenik meg a prevenció tevékenység, de annak egységes fogalomrendszere, tudományos bázisa nem kellőképpen kidolgozott, nincsenek egyértelmű elvárások azzal kapcsolatban sem, hogy a prevenció szakembereknek milyen képzettséggel, milyen tudományos megalapozottsággal kell rendelkezniük. Az elmúlt 15 évben számos kezdeményezés fogalmazódott meg annak érdekében, hogy a prevenció tevékenység szakmai megalapozottsága erősödjön, hogy a minőségi kritériumok váljanak ezen tevékenység szerves részévé, s hogy a szakterület nyerje el méltó helyét az alkalmazott tudományok körében. A tanulmány néhány olyan – elsősorban a drogprevenció területén jelentkező – kezdeményezés rövid bemutatását célozza, melyek az elmúlt években egyre erőteljesebben jelentkeznek és azzal az ígérettel kecsegtetnek, hogy ezen a területen is megjelenik egy feszes, tudományos igényű gondolkodás, melynek eredményei a gyakorlati tevékenységben is tetten érhetővé válnak.

Kulcsszavak: drogprevenció, minőség, eredményesség, prevenciótudomány

There are many forms and levels of drug prevention activity around the world and in Europe, but its uniform conceptual framework and scientific basis are not well developed and there is no clear expectation as to what education professionals should have and what scientific background they need. Over the past 15 years, many initiatives have been taken to strengthen the professionalism of prevention activities, to make quality criteria an integral part of these activities, and to give the profession a prominent place in applied science. The study aims to briefly outline some of the initiatives that have emerged in recent years and with the promise that a strong, scientifically-minded thinking would appear in this field, the results of which will be translated into practical action.

Keywords: drug prevention, quality, effectiveness, prevention science

Levelező szerző: Felvinczi Katalin, ELTE Pszichológiai Intézet, 1075 Budapest, Kazinczy utca 23–27.
E-mail: felvinczi.katalin@ppk.elte.hu

Bevezetés

Manapság a közgondolkodás szerves részének tekinthető, hogy semmilyen gyógyszernek minősülő anyagot nem fogyasztunk, ha az nem gyógyszerári forgalomban jelenik meg, s az is köztudott, hogy a gyógyszerkísérletek rengeteg időt, emberi és anyagi erőforrást igényelnek. Egy gyógyszer előállítása, piacra kerülése a gondolat (ígéretes vegyület) megszületéséhez képest mintegy 10–12 évet vesz igénybe, s a ráfordítások mintegy 2–2,5 Mrd dollárt tesznek ki (Mullin 2014). A humán intervenciók (pszichoterápia, népegészségügyi, preventív intervenciók) esetében nem ismeretes a beavatkozások előkészítésére irányuló előkészítő tevékenységek időtartama, költségtényezői. Az irodalmi hivatkozások tanúsága szerint az elemzések elsősorban a megvalósulás és az eredményesség egyes költségtényezőit veszik számba (pl. Honeycutt 2006; Institute of Medicine and National Research Council 2014), bár az utóbbi években egyre nagyobb hangsúly helyeződik az úgynevezett *evidence-based* megközelítésekre, valamint a standardizált eljárások mentén történő intervenciók fejlesztésére. Ezek a kezdeményezések ugyan nagyban hozzájárulnak a „softabb” humán intervenciók, így a preventív beavatkozások professzionalizálásához, de a területen mind a mai napig hiányzik a szakmai/tudományos konszenzus abban a tekintetben, hogy egyes problémák kezelése során milyen megközelítéseket, intervenciókat szükséges használni a siker érdekében, valamint hogy ezek kimunkálása milyen időtartamot és költségeket igényel, vagyis hogy a szakmapolitikai tervezés során milyen volumenű forrásokat szükséges biztosítani. Jelen tanulmány általában a preventív tevékenység szakmaiságának erősödése területén tapasztalható fejlődéssel és/vagy fejlődési egyenetlenségekkel foglalkozik, de a bemutatott példák többsége a drogprobléma kezelésével, annak preventív célú megközelítésével hozható összefüggésbe. A drogprobléma vonatkozásában tapasztalható fejlemények nem vákuumban alakulnak, összefüggést mutatnak a népegészségügyi problémák egyéb területein tapasztalható fejlesztésekkel, különösen is az iskolai preventív területén, ahol jellemzően az úgynevezett univerzális preventívvel, vagy az egészségfejlesztési megközelítésbe ágyazottan megjelenő preventív intervenciókkal találkozunk.

A probléma magva – miért kell foglalkozni a minőségfejlesztéssel a preventív területén?

Közkeletű tévhit, hogy a preventívhoz mindenki ért, annak célkitűzései és módszerei józan ésszel kikövetkeztethetők, nem szükséges semmilyen speciális szakmai tudáson intervenciók kidolgozásához és megvalósításához. Ezekből a tévhitkekből következhet, hogy sokan – még felelős döntéshozói helyzetben is – azt gondolják, hogy a büntetés és/vagy az elrettentés megfelelő módszer lehet pl. a kockázati viselkedések visszaszorításában (pl. elrettentő kampányok vagy szigorú büntetéseket kilátásba helyező büntetőpolitika a pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatban), illetve hogy a helyes ismeretek szükségképpen helyes viselkedéshez fognak vezetni, ezért lenne érdemes felvilágosító előadásokat tartani gyerekeknek és felnőtteknek egyaránt a táplálkozási piramisról vagy a biztonsági öv használatáról (lásd pl.: Steiner 2014; Faggiano–Giannotta–Allara 2014). Noha számos kutatási tapasztalat megkérdőjelezi ezeket a vélekedéseket, és bizonyít-

ja, hogy milyen jellemzői vannak a valóban eredményes prevenciók beavatkozásoknak (pl. *Tobler 1997; Soole–Mazerolle–Rombouts 2005*), a gondolat újra és újra megjelenik. Ugyanakkor ismert az a körülmény is, hogy a prevenciók beavatkozások hosszú távú hatásosságát (outcome, impact) nehéz meggyőzően bizonyítani. A prevenciók beavatkozások vonatkozásában az értékelés iránti igény főleg az elmúlt 30–35 évben jelentkezett pregnánsan; általában a szociális és egészségügyi programok értékelése a 20. század 30-as éveitől kezdve jelent meg tömeges mértékben. Ahogy ezt *Hogan (2007: 3)* Scrivenre hivatkozva írja: „Az értékelés egy fiatal diszciplína, de egy nagyon öreg gyakorlat.” Az utóbbi évtizedekben az értékelő kutatások széles körben váltak elterjedté a világ csaknem valamennyi országában (a történeti aspektusokkal kapcsolatban lásd: *Hogan 2007; Calidoni-Lundberg 2006*), bár mind a mai napig jelentős földrajzi és/vagy tematikai különbségek azonosíthatók. Például Magyarországon a megfelelő módszertani igényességgel kivételezett programértékelések kisszámúak (*Felvinczi 2009*), nem tisztázott és egyértelmű a fogalomhasználat, különösen is a gyakorlati (terepen dolgozó) szakemberek körében, de még tudományos körökben is tapasztalható olykor fogalomzavar pl. a folyamatértékelés és monitorozás kifejezések tekintetében. A fogalmak tisztázása különösen fontos annak érdekében is, hogy érthető legyen, miként kapcsolódik össze a minőség fejlesztése iránti igény és az értékelő munka.

Miért nehéz értékelni a prevenciók beavatkozásokat?

A prevenciók beavatkozások értékelése több szempontból is problematikus lehet. Először is, a jelenleg megvalósítás alatt álló prevenciók intervenciók hatása általában, főleg, ha felnőttkori rizikómagatartások mérséklését célozzák, csak 10–15 év múlva éreztetik hatásukat (outcome, impact). A jelenben megvalósításra kerülő intervenciók kapcsán elsősorban az úgynevezett közvetítő változókban beálló változások mérésére van lehetőség; hogy ennek mennyire van értelme, az azon múlik, hogy rendelkezünk-e egy megbízható teoretikus modellel, amelyik valóban rá tud mutatni azokra a közbülső tényezőkre, amelyek megbízható előrejelzői a későbbi rizikómagatartásnak, következőképpen kedvező irányban történő befolyásolásuk valóban bejósoló erővel bír a későbbi rizikómagatartások szempontjából. Ahhoz, hogy ebben az összefüggésrendszerben helyes következtetésre jussunk, kiterjedt longitudinális vizsgálatokra lenne szükség, melyek során végigkövethetőek lennének az interveniált populációban és a kontrollcsoportban zajló történések randomizált kontrollcsoportos (RCT)¹ vizsgálati elrendezések alkalmazásával. Másodszorban a prevenciók intervenciók egy jelentős hányada a populáció egészét célozza meg (univerzális prevenció, *IOM 1994*), ennél fogva rendkívül heterogén szociodemográfiai összetételű, életvezetésű populációról és annak alegységeiről beszélhetünk, továbbá a prevenciók intervenciók egy komplex élő (változó, fejlődő) rendszert céloznak meg, ahol az egyes alkotóelemek dinamikus kölcsönhatásban vannak egymással. Ezért, ha egy összetevő tekintetében változást érünk el, akkor a rendszer egészének működése változhat, s eme komplexitás érdemi megragadására korlátozott eszköztár áll rendelkezésünkre. A drogprevenciók intervenciók értékelésével kapcsolatban számos útmutatás, kézikönyv látott napvilágot a 90-es évek második felében, ezek közül az egyik úttörő munka az

¹ Jelen tudásunk alapján oksági következtetések levonására semmilyen más vizsgálati elrendezés nem jogosít fel bennünket, csak az RCT-k.

1998-ban publikált *Guidelines for the evaluation of drug prevention* címmel az European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) gondozásában megjelent kézikönyv volt (EMCDDA 1998), amelyik a projektek tervezésének és megvalósításának különböző állomásait végigkövetve fogalmazott meg ajánlásokat az intervenciók tervezői és az értékelő kutatásokban részt vevők számára. A kézikönyv 2012-es második, javított és bővített kiadása (EMCDDA 2012) az eredeti struktúrát megtartva, de azt újabb kutatási eredményekkel és tapasztalatokkal kiegészítve foglalkozik a témával.

Miként haladhatjuk meg ezeket a nehézségeket – „történeti” előzmények

A fentiekben felvillantott nehézségek meghaladását célozza számos olyan próbálkozás, mely nem megoldja, hanem megkerüli a problémát. Ilyen pl. az, amikor felismerve a prevenciók tevékenység összetett mivoltát, valamint a longitudinális kutatások költséges és az adatvédelmi szabályozások miatt egyre nehezkesebb jellegét, nem a hosszú távú eredmények mérésére, hanem a tervezés és a megvalósítás standardizálására és a közvetlen eredmények (vagy közvetítő változóknak beálló változások) mérésére helyezik a hangsúlyt.

Az egyik ilyen első kezdeményezés a drogprevenciók beavatkozásokkal kapcsolatban a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) által kiadott tanulmánykötet, mely a prevenciók tevékenység elméleti alapjait, bizonyos definíciók problémáit igyekezett tisztázni, valamint a prevenciók tevékenységgel kapcsolatos szakmai elvárásokat járta körül (Bübringer–Künzel 1998). Ez a tanulmánykötet egyben előremutató is volt, ugyanis előrevetítette az EDDRA adatbázis sajátosságait. Az adatbázisba elvileg csak értékelt programok kerülhettek be, de az értékeléssel kapcsolatos információ rendkívül szűkszavú volt, és az értékeléssel kapcsolatban egyértelmű módszertani elvárások sem fogalmazódtak meg.

Adatbázisok, nyilvántartások

Az EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) adatbázis kialakítása az EMCDDA egyik nagyszabású fejlesztési projektje volt. Az adatbázis eredeti célja az volt, hogy az Európai Unió tagállamaiban elérhető keresletcsökkentési beavatkozásokat tegye széles körben ismertté és hozzáférhetővé. Elsősorban értékelt programokat kívánt bemutatni, de nem fogalmazott meg egyértelmű elvárásokat a programok tényleges értékelésével összefüggésben. Az EDDRA adatbázisba való bekerülés feltétele a működés első 4-5 évében valójában csak a programok egységes szempontrendszer mentén történő leírása volt. A szempontrendszer viszonylag egyszerűnek tekinthető, nagy vonalakban megegyezett azzal, amelyet a 2001–2005 között zajló, a prevenciók programok feltárását és teoretikus értékelését lehetővé tevő magyarországi kutatások is alkalmaztak (Paksi–Demetrovics–Czakó 2002; Paksi–Demetrovics 2002, 2011). A fő cél az volt, hogy egységes struktúrában kerüljenek leírásra a keresletcsökkentési beavatkozások (prevenció, kezelés-ellátás, ártalomcsökkentés). Vagyis érdeklődtek az intervenció típusa, a megvalósítás színtere (iskola, munkahely, helyi közösség stb.), a célcsoport sajátosságai (életkor), az intervenció során megcélzott szerek (ha ez egyáltalán értelmezhető volt), a programok

általános és specifikus célja(i), az ezeket megalapozó elméleti megfontolások, az egyes célkitűzésekhez tartozó indikátorok, valamint az elvégzett értékelés sajátosságai, az ennek során használt eszközök iránt.

Egy 2003-ban kiadásra került tanulmány (*Burkhardt–Matt 2003*) kvalitatív elemzést hajtott végre 80 közösségi alapon szerveződő és az EDDRA adatbázisban található keresletcsökkentési intervención. Ennek tanúsága szerint a közösségi alapon szerveződő prevenciók intervenciók elsősorban az iskolai szintéren jelentek meg, főként információátadásra és az életvezetési készségek fejlesztésére koncentráltak, noha már ebben a periódusban is ismert volt a kutatási adatok alapján, hogy ezeknek a beavatkozásoknak meglehetősen korlátozott mértékű hatásuk van a viselkedés változtatására. A programok/intervenciók egy másik azonosított jellegzetessége volt, hogy egyidejűleg számos célkitűzéssel és megközelítéssel dolgoztak, ez a körülmény nehezítette az eredmény- és folyamatindikátorok azonosítását, valamint az intervenciók struktúrába rendezett leírása is nehézzé bizonyult a legtöbb programgazda esetében. Az intervenciók hátterében meghúzódó elméleti modellek bemutatása is hiányzott az esetek többségében. A programgazdák sok esetben nem a tudományos elvárásoknak megfelelően definiálták a lebonyolított értékelési tevékenységet; saját minősítésük az értékelésre vonatkozóan különbözött a ténylegesen megvalósítottól. Ezen tapasztalatok alapján a kötet szerzői arra a következtetésre jutnak, hogy fokozott erőfeszítéseket kell tenni a képzés és továbbképzés terén annak érdekében, hogy valóban jó minőségű és eredményes intervenciók váljanak hozzáférhetővé. Az adatbázis bár a mai napig is hozzáférhető, annak használhatóságával kapcsolatban számos kritikai észrevétel fogalmazódott meg (a korábbiakban említettek túlmenően is), nem adott ugyanis egyértelmű eligazítást a területen dolgozó szakemberek számára abban a tekintetben, hogy melyik program/intervenció lenne a legalkalmasabb számukra, ha egy már meglévő program alkalmazását tartják indokoltnak az adott nemzeti vagy regionális-helyi környezetben. Ezen problémák kiküszöbölése érdekében jött létre a jogyakorlatok (best practice) portálja, amelyik egy másik aspektusból közelít a problémához.

EMCDDA Best practice (jogyakorlatok) portal²

Ez a kezdeményezés az értékelést helyezi a középpontba, vagyis az EDDRA adatbázisban található intervenciókat az eredményesség szempontjából csoportosítja. A portál többszemponyos keresést tesz lehetővé, amelyben az érdeklődő kiválaszthatja, hogy milyen típusú intervenció (prevenció, kezelés, szociális reintegráció, ártalomcsökkentés), hogy milyen viselkedéses változásokat megcélzó intervenciók és milyen típusú bizonyítékok iránt érdeklődik. Jelen tanulmány szempontjából talán a legérdekesebb, hogy a bizonyítékoknak milyen szintjeit különböztetik meg. E tekintetben öt kategóriába sorolhatóak a beavatkozások: kedvező hatású (beneficial), feltételezhetően kedvező hatású (likely to be beneficial), kiegyensúlyozott, tehát kedvező és kedvezőtlen hatásai egyaránt vannak (trade off between benefits and harms), bizonyítottan nem eredményes (evidence of ineffectiveness), valamint ismeretlen eredményességű (unknown effectiveness). A portál nemcsak azt teszi lehetővé, hogy az érdeklődő válogasson az itt található különböző

² <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index96523EN.html> [Letöltve: 2019. 09. 30.]

eredményességű programok között, hanem azt is, hogy tájékozódjon arról, hogy a különböző szintű bizonyítékokra milyen kutatási elrendezések révén lehet szert tenni.

A Jógyakorlatok portáljában rejlő potenciál még hangsúlyosabb kihasználását teszi lehetővé egy, a közelmúltba indult fejlesztés, mely hosszabb távon minden bizonynyal kiváltja – a sokat és sokak által kritizált – EDDRA adatbázist. Ez az úgynevezett Xchange adatbázis.³ Ez a programok nyilvántartására létrehozott új fejlesztés harmonizál az EU drogstratégiájának megvalósítását támogató Tanácsi Következtetéssel (*Council conclusions 2015*), melynek célja támogatni a tagállamokat abban a törekvésükben, hogy minél inkább magas minőségű drogprenvenációs beavatkozások valósuljanak meg. Ebbe a nyilvántartásba csak olyan programok kerülhetnek be, amelyek manualizáltak,⁴ és amelyek az értékelési kutatások ismeretében valóban bizonyítékon alapulónak tekinthetőek. A bizonyítékalapúság immár konszenzuális feltétele, hogy vagy randomizált kontrollcsoportos vizsgálatot, vagy kvázi kísérleti elrendezést, illetőleg megszakított idősoros elrendezést alkalmazó értékelő kutatások bizonyítsák az adott beavatkozás eredményességét. Továbbá elvárás még a programokkal kapcsolatban, hogy a fentiekben felsorolt vizsgálati elrendezések valamelyikét alkalmazó értékelő vizsgálat az adott beavatkozás eredményességét bizonyítsa.

A fentiekben röviden bemutatott fejlesztések fokozódó mértékben törekednek arra, hogy a programok/beavatkozások minél inkább egységes szempontrendszerben kerüljenek bemutatásra, továbbá hogy az eredményességre vonatkozóan egyértelmű állásfoglalás legyen megfogalmazható az átlátható és tudományosan megalapozott kutatási elrendezések mentén végzett értékelő munka eredményeképpen. Azonban a beavatkozások még oly transzparens és szakmailag megalapozott értékelése sem biztosítja, hogy az egyedi értékelési aktus érvényes megállapításokat tegyen egy hosszú távon futó programmal kapcsolatban, valamint az erőforrások szűkössége és a drogprenvenációs rendszerek nemzeti és/vagy helyi szinten eltérő működése miatt előfordulhat, hogy az adott prevenációs szolgáltató nem egy már kifejlesztett és tesztelt programot fog adaptálni, hanem inkább saját fejlesztésbe fog. További nehezítő tényező, hogy számos, már futó program esetében nincs lehetőség a magas minőségű értékelő kutatások kivitelezésére. Ezek a kihívások hozzáadódnak a korábban már felsorolt tételekhez, melyek révén az értékelő munka komplex és problematikus jellegét próbáltuk szemléltetni.

Tervezési útmutatók, szabályozó anyagok

A szabályozó anyagok (módszertani levél, szakmai irányelv, protokoll, standardok) hivattottak a programfejlesztőket és programmegvalósítókat abban támogatni, hogy minél magasabb színvonalú és szakmai minőségű intervenciók kerüljenek megvalósításra. Az értékelő kutatások és a program/beavatkozás nyilvántartások használatával kapcsolatos tapasztalatok, valamint a fejlesztési projektek elszámoltathatóságával összefüggő fel-

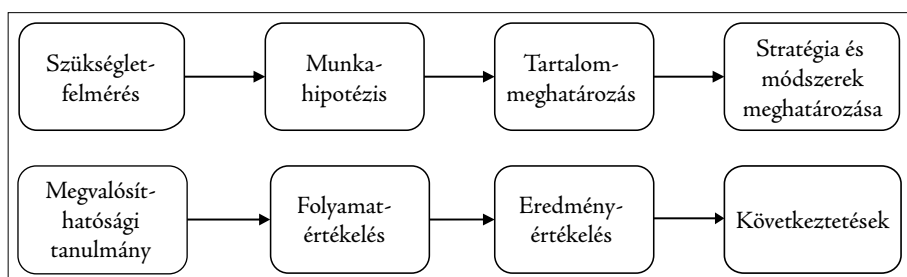
³ <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange> [Letöltve: 2019. 09. 30.]

⁴ A drogprenvenációs programokat abban az esetben hívjuk manualizált programnak, amennyiben moduláris struktúrával rendelkeznek, és azok megvalósítására standardizált formában kerül sor. Meghatározott a tanórák vagy foglalkozások száma, sorrendje, tartalma, a foglalkozások és tevékenységek jellege, továbbá olyan kontextuális tényezők, mint a célcsoport összetétele, a programot megvalósító(k) személye, valamint a használandó segédanyagok. Ez a fajta kötöttség nagyban hozzájárul ahhoz, hogy értékelhető legyen a program.

ismerések vezettek el ahhoz, hogy a kábítószer-probléma kezelését célzó beavatkozások (köztük hangsúlyosan a legszélesebb célcsoportot érintő preventív beavatkozások) terén is megjelenjenek a tervezési útmutatók és szabályozó anyagok. Ezek közül az első az úgynevezett PERK (Prevention Evaluation Resource Kit) volt (EMCDDA 2010).

Ez a tervezési eszköz végigvezeti a programfejlesztőket az intervenciós cikluson, oly módon, hogy az egyes állomások leírását követően bizonyos kérdésekre kell válaszolniuk, melyek eredményeképpen az új fejlesztés számos szempont egyidejű szem előtt tartása mellett korrekten leírhatóvá válik.

Fontos eleme ennek a tervezési segédeszköznek, hogy a különböző értékelési elemeket az intervenciófejlesztés immanens elemeként jeleníti meg. A tervezési eszköz fő „üzenete”, hogy a gondosan megtervezett intervenció szükségképpen nagyobb eredményességgel is rendelkezik, valamint aláhúzza, hogy egy preventív intervenciónak szerves részét képezi az értékelés is, ezzel kívánja támogatni az értékelési kultúra minél szélesebb körben történő elterjesztését.



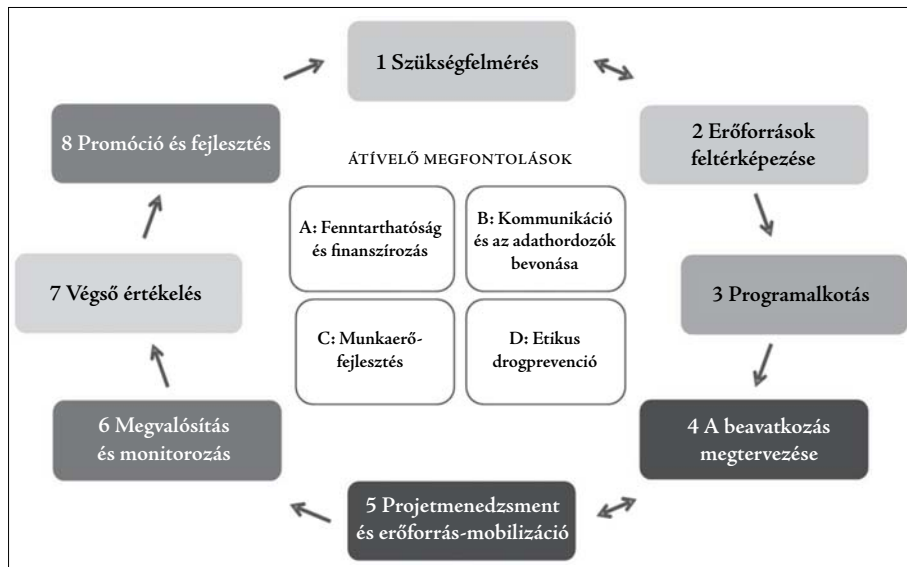
1. ábra: A PERK folyamatábrája

A tervezési eszközök és a minőségi elvárások még szorosabb összekapcsolását jeleníti meg az *Európai Drogprevenációs Minőségi Standardok* kimunkálását és gyakorlati alkalmazhatóságát elősegítő fejlesztés (EDPQS – <http://prevention-standards.eu/standards/>).

Ennek a fejlesztési törekvésnek az eredményeképpen többes funkciót szolgáló outputok keletkeztek.

- Kézikönyv (EMCDDA 2011), amelyik a programfejlesztőket segíti abban, hogy az intervenciós ciklus egyes elemeinek tartalmát szem előtt tartva minél jobb szakmai minőséggel rendelkező intervenciókat tudjanak kimunkálni.
- A Kézikönyv ugyanakkor arra is alkalmas, hogy az intervenciós ciklus egyes állomásaihoz tartozó elvárások teljesülését a programgazdák akár önképzési céllal, a döntéshozók pedig finanszírozási, fejlesztési döntéseiket megalapozandó tudják használni.
- Gyors útmutató (Quick Guide, EMCDDA 2013), ami összefoglalja a minőségi standardokkal kapcsolatos legfontosabb szempontokat, és gyors eligazodást biztosít mind a programok tervezőinek, mind pedig a szakpolitikai döntéshozóknak. Mindkét esetben a későbbi fejlesztések irányának meghatározása, illetve valamely konkrét intervenció szakmai megfelelőségének megítélése tekintetében tud ez az eszköz támpontokat adni.

Az Európai Drogprevenációs minőségi standardok is az intervenció életciklusához illeszkedve mutatják be az adott stádium szempontjából releváns tevékenységeket, eljárás-



2. ábra: Az európai drogpreevenációs minőségi standardok alapstruktúrája – a beavatkozás életciklusa

sokat, de az egyes állomások tartalmukban, irányultságukban különböznek a PERK-ben láthatóktól, mint ahogy ezt a későbbiekben még röviden érinteni fogjuk.

A PERK-hez képest új elemként jelennek meg az úgynevezett átívelő megfontolások, melyek általános sajátossága, hogy az itt megfogalmazódó szempontokat az intervenciós ciklus minden egyes állomásán szükséges figyelembe venni. Kiemelésre érdemes ezen átívelő megfontolások közül az etikai szempontok és a fenntarthatóság kérdése.

A fejlesztési kezdeményezés outputjai túlterjednek a fentiekben bemutatott néhány tételre (Kézikönyv, Gyors útmutató), de mindegyikre egyaránt érvényes, hogy egyfelől a fejlesztési folyamatot támogatják, másfelől pedig lehetővé teszik, hogy a már létező beavatkozások szakmai megfelelőségét ellenőrizzék. Ily módon alkalmas eszköznek tekinthetők a tanúsítási folyamatban, vagyis ennek alapján egy megfelelő jogosítványokkal rendelkező szakmai szervezet (akkreditációs szervezet) el tudja bírálni a prevenciós beavatkozás szakmai minőségét.

EQUUS – Keresletcsökkentési minimum minőségi standardok

Összhangban az Európai Unió 2009–2012-es periódusra vonatkozó kábítószerügyi akciótervével az Európai Bizottság megbízta a népegészségügyi és addikciós problémákkal foglalkozó svájci kutatóintézetet (ISFG), hogy dolgozzon ki egy olyan szakmai anyagot, ami a későbbiekben alkalmas lehet egy valamennyi tagállam egyetértését élvező útmutató kimunkálásához a keresletcsökkentési intervenciók területén. A szakmai anyag az intervenciók három csoportjával foglalkozik: prevenció, kezelés-ellátás-rehabilitáció, ártalomcsökkentés. A feladat ezen tevékenység során nem az volt, hogy új bizonyítékokat vagy új jogyorkorlatokat dolgozzon ki azon területek vonatkozásában, ahol ezek még nem léteznek, hanem hogy feltárja, hogy jelenleg az Unió tagállamokban az említett területeken milyen minőségi standardok léteznek, és azok milyen mértékben szolgál-

ják a gyakorlatot. Ezen tapasztalatok alapján készült el a standardok vonatkozó listája, minden egyes beavatkozási terület vonatkozásában három szinten: i) az intervenciók, ii) a szervezetek és iii) a rendszer szintjén. A prevenció terület vonatkozásában az EQUUS projekt érdemi együttműködést épített ki az EDPQS (Európai drogprevenció minőségi standardok) kezdeményezéssel és a végső standardlistába a szakmai konszenzussal elfogadott standardok kerültek be. Az EQUUS projekt nagy mértékben járult hozzá a végül 2015-ben elfogadott és kihirdetett Tanácsi Következtetésben foglaltakhoz (Council of the European Union 2015).

*International Standards on Drug Use Prevention (2013, 2018)*⁵

A kábítószer-probléma globális kihívásainak kezelésében meghatározó szerepet tölt be az ENSZ Kábítószerügyi és Bűnügyi Hivatala, a UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). A szervezet reflektálva a minőségi beavatkozások iránt megnyilvánuló, egyre markánsabb igényre kezdeményezte a nemzetközi drogprevenció standardok kidolgozását (UNODC 2013, 2018). A kiadvány összefoglaló jelleggel tárgyalja, hogy bizonyos beavatkozások, melyek az életkor tengelye mentén kerülnek bemutatásra (csecsemőkor – kisgyermekkor – serdülőkor – fiatal felnőttkor stb.), milyen eredményességi mutatókkal rendelkeznek, illetve hogy milyen szakpolitikai környezet szükséges ahhoz, hogy magas minőségű prevenció tevékenység valósulhasson meg. Ez a munka is számos ponton reflektál az európai drogprevenció minőségi standardokra, ugyanakkor arra kevésbé alkalmas, hogy az intervenciótervezési folyamatot támogassa.

A szabályozó anyagok általában három kategóriába sorolhatók:

- *Folyamatorientált szabályozók*: ezek az eljárásrendekkel foglalkoznak, azokra vonatkozóan állapítanak meg kritériumokat. Például egy beavatkozás céltételezését, annak lehetséges tartalmi irányultságát nem szabják meg, de egyértelmű útmutatást tartalmaznak arra vonatkozólag, hogy minek az alapján lehet célokat kitűzni. Az EDPQS standardok ebbe a kategóriába tartoznak.
- *Tartalomorientált szabályozók*: ezek a beavatkozás tartalmára vonatkozóan fogalmaznak meg elvárásokat. Például meghatározzák, hogy egy prevenció beavatkozásnak milyen célokat kell mindenképpen megvalósítania. Ebbe a kategóriába sorolható az UNODC által készített „Nemzetközi drogprevenció standardok” című összegző kiadvány.
- *Vegyes profilú szabályozók*, amelyek mind a tartalmi, mind pedig az eljárásrendi kérdésekben szakmai elvárásokat fogalmaznak meg, erre a szabályozó anyagra példa az Európai keresetszűkítési minőségi standardok (EQUUS) projekt keretében kimunkálásra került szempontrendszer (Uchtenhagen–Schaub 2012).

Az előzőekben röviden ismertetett tervezési útmutatók és szabályozó anyagok nagyban hozzájárultak a minőségi igény felkeltéséhez a drogprevenció területén, ugyanakkor egy alapvető kérdést nyitva hagytak. Igaz ugyan, hogy minden lehetséges ponton hangsúlyozzák az értékelés fontosságát, a programok tartalmának a megfogalmazásánál az evidencia alapú megközelítések alkalmazását, de az az elem még hiányzik a logikai teljesség eléréséhez, hogy ellenőrizhetővé váljon: vajon azok az intervenciók, amelyek akár az

⁵ https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf [Letöltve: 2019. 12. 13.]

EQUS, akár az EDPQS szempontrendszerben megfelelőnek bizonyultak, tényleg jobb hatásfokkal működő programok-e? Az értékelő kutatásoknak a jövőben erre az alapvető kérdésre kellene választ adniuk annak érdekében, hogy azt az fontos feltételezést bizonyítani lehessen, ami például a PERK alapvető üzenete is volt, hogy a gondosan tervezett prevenciós intervenciók jobb eredményre vezetnek a közvetlen és hosszú távú eredményesség tükrében.

A szakemberek szakmai fejlődését támogató kezdeményezések

Az EDDRA-ban elérhető közösségi alapú intervenciókat értékelő elemzés kapcsán a kutatók (*Burkhardt–Matt 2003*) többek között arra a következtetésre jutottak, hogy az eredményesebb és egyben minőségi programok kimunkálása és megvalósítása érdekében a prevenciós szakemberek képzésére szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni. Ezt a célt számos kutatásfejlesztési projekt szolgálta már az elmúlt években is.

Ezek közül az egyik a SPAN (Science for Prevention Academic Network – 2012–2014) projekt volt, mely az európai prevenciós egyetemi képzéseket és a prevenció területén dolgozó szakembereket kívánta feltérképezni, azzal a hosszú távú célkitűzéssel, hogy olyan egyetemi képzések jöjjenek létre, amelyek illeszkednek az európai felsőoktatási képzések rendszerébe, s melyek révén a prevenciós tevékenység szakmai színvonala érdemben növekszik. A projekt fókuszában általában a prevenciós tevékenység állt, nem szűkítette érdeklődését a drogprevenciós aktivitásokra. Noha számos hasznos közvetlen eredmény (pl. felsőoktatási kurzusok nyilvántartása, prevenciós tevékenység területén tevékenykedő felsőoktatási szakemberek jegyzéke – <http://www.span-europe.eu/span>) született a projekt eredményeképpen, de ezek nem terjedtek széles körben, és kevés történt az eredmények fenntarthatósága és továbbvitele érdekében. A projekt keretében létrejött adatbázisok további rendszerezése, a benne lévő információk validálása ugyanakkor mind a mai napig nagy lehetőségeket hordoz. A projekt egyik leglátványosabb és önmagán messze túlmutató eredménye az EUSPR (European Society for Prevention Research – Prevenciós kutatások európai társasága – <http://euspr.org/about-the-euspr/>) megalakítása volt, mely szakmai társaság fő célkitűzése, hogy a prevenció különböző formáinak tudományos alapon történő szerveződését (tervezését és megvalósítását) támogassa, s hogy ily módon járuljon hozzá az egészségi állapot és jól-lét javulásához, valamint a területen jelentkező társadalmi egyenlőtlenségek leküzdéséhez.

Szintén a prevenciós tevékenység szakmai színvonalának javítását célozta az Általános prevenciós tananyag (*Universal Prevention Curriculum, Sloboda et al. 2015*) kidolgozása, aminek kimunkálásában az Applied Prevention Science International, Inc. játszotta a vezető szerepet. Ez olyan tananyag, melynek célja, hogy a területen dolgozó gyakorlati szakembereket és szakpolitikusokat tudományosan megalapozott ismeretekkel ruházza fel annak érdekében, hogy a prevenciós beavatkozások bizonyítékokon alapulók legyenek, és következményesen azok eredményessége fokozódjon. A tananyag a prevenció tudományának (prevention science) aktuális felismeréseit és az utóbbi idők minőségi standardokkal kapcsolatos fejlesztéseit (EDPQS, Nemzetközi drogprevenciós standardok) inkorporálja. A tananyag hangsúlyozott figyelmet fordít arra, hogy a prevenció területén zajló tudományos fejlesztések eljussanak a gyakorlatban tevékenykedő szakemberekhez, ugyanis a tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a tudományos kutatások eredményei nem épülnek be a mindennapi prevenciós gyakorlatba. Ezért is tapasztal-

talják gyakran a kutatók, hogy még mind a mai napig olyan programok/beavatkozások kerülnek megvalósításra, amelyek tudottan nem eredményesek (pl. pusztán információközlésre szorítkoznak, vagy az elrettentés eszközeivel élnek). A tananyag kilenc részből áll, melyek egyfelől a prevenció tevékenység multidiszciplináris alapjaiba (epidemiológia, pszichológia, a szerhasználat élettani és gyógyszertani vonatkozásai) vezetik be az olvasót, másfelől pedig a különböző színtereken (iskola, család, munkahely, helyi közösség stb.) folytatható prevenció aktivitások tekintetében nyújtanak eligazítást. A tananyag felhasználása többes célt szolgál. A képzők képzését segítő kézikönyv a jövőbeli prevenció képzőket segíti, akik ennek alapján nemzeti vagy lokális kontextusban tudják az elsajátított ismereteket és módszereket továbbadni. Noha számos hasonló képzési anyag készült már az elmúlt évtizedekben, ennek az anyagnak a kiemelkedő fontossága abban ragadható meg, hogy mind Dél-Amerikában, mind Ázsiában széles körben próbálták elterjeszteni, s utóbb egy európai adaptációjára is sor került (UPC_Adapt – <http://upc-adapt.eu/project/>). Jelen pillanatban nem állnak rendelkezésünkre értékelési adatok azzal kapcsolatban, hogy milyen változásokat ért el a tananyag a képzők és legfőképpen a végső célcsoport szintjén.

Prevention science – a prevenció tudománya

Ahogy ez a korábbiakban már említésre került, a prevenció tevékenység tudományos megalapozottsága nem ismert széles körben. Ezért is lehetséges, hogy a laikusok és gyakran még a szakpolitikai döntéshozók is abban a hitben vannak, hogy ehhez a területhez mindenki ért, s nincsenek speciális, tudományosan megalapozott tudáselemek, amelyek útmutatást jelentenének a tevékenység megalapozottabb végzéséhez. A tudományterület első említése a 90-es évek második felére tehető, azóta intenzív fejlődés figyelhető meg párhuzamosan annak az igénynek az egyre hangsúlyosabbá válásával, hogy a tudományos kutatások eredményeit a gyakorlati prevenció tevékenységbe lehesen átültetni. A prevenciótudomány nem jelent egy valódi új tudományterületet (sajátos teoretikus paradigmát, vizsgálati módszereket stb.), azonban a már létező tudományos megközelítéseket egységes rendszerbe foglalja, s egyértelműen a krónikus, nem fertőző megbetegedésekre (non-communicable disease) koncentrálna. Egy multidiszciplináris megközelítésről beszélhetünk, mely a népegészségügyi problémák egy speciális csoportja esetében az etiológiát, a problémák elterjedtségének epidemiológiáját és azok mintázódását, a tudományosan megalapozott beavatkozástervezést vizsgálja (Sloboda–Petras 2014). A gondolkodás középpontjában az a felismerés áll, hogy a krónikus, nem fertőző megbetegedések háttérben oki jelentőséggel a viselkedés, az életmód sajátosságai állnak, s ezért a viselkedésváltozás tekintetében kell szakértelemmel rendelkezni annak érdekében, hogy eredményes beavatkozásokat tudjunk végrehajtani. A változás iránti igény az egyén, a helyi közösség és a magasabb szervezetszintű társas-társadalmi tényezők szintjén egyaránt megjelenik. Tehát egy alkalmazott tudományról van szó, amelyik a már meglévő, ám gyakran elszigetelten létező tudományterületek integrálását kívánja megvalósítani oly módon, hogy figyelmét a népegészségügyi problémák egy speciális csoportjára irányítja és ennek a sajátos fókuszának megfelelően tárgyalja újra a már meglévő tudást.

Következtetések, kitekintés

A fentiekben arra tettünk kísérletet, hogy áttekintsük, milyen elemekből is tevődik össze a prevenciók tevékenység szakmai fejlődését, tudományos megalapozottságát előmozdíthatni kívánó, manapság egyre inkább láthatóvá váló törekvés. Ahogy végigtekintünk az egyes elemeken, az a benyomásunk alakulhat ki, hogy itt valamilyen szerves fejlődésnek lehetünk tanúi; az egyes, jelen tanulmányban is bemutatott individuális elemek reflektálnak egymásra, a fejlődésnek mindig egy következő szintjére vezetnek. Az út az individuális beavatkozások értékelésétől egy komplett tudományág megjelenéséhez vezetett, s a prevenciótudomány immár a hosszú távú programalkotás szükségletét is megfogalmazza annak érdekében, hogy a megvalósításra kerülő prevenciók intervenciók valóban hasznosak legyenek, s hogy biztonsággal állíthassuk, hogy semmilyen iatrogén hatással nem bírnak (Faggiano–Giannotta–Allara 2014).

E nemzetközi áttekintést olvasva az olvasóban joggal merülhet fel a kérdés, hogy Magyarország hogyan helyezkedik el ebben a környezetben, vannak-e értékelő kutatások a prevenciók beavatkozásokkal kapcsolatban? Vajon nálunk csak a bizonyítottan eredményes programok kerülnek megvalósításra? Van a prevenciók beavatkozások minősítésének egy kialakult rendszere? Sajnos ezen kérdések tekintetében csak visszafogott és/vagy szomorú válaszokat adhatunk, ugyanis az elmúlt mintegy 9-10 évben semmilyen érdemi előrehaladás nem tapasztalható a prevenciók beavatkozások területén, sem azok szármosságában és elérhetőségében, sem pedig szakmai színvonalukat illetően, ahogy ez pl. a Nemzeti Drogellenes Stratégia megvalósulásának felidős értékelése alkalmából készített kvalitatív vizsgálatból is kiviláglik (KCKT 2018). A prevenciók szintér helyzetével kapcsolatban 2009-ben az alábbi megfogalmazást tettük: „...a prevenciók programok finanszírozása továbbra is sok esetlegességet hordoz, minthogy ezen a területen mindeddig nem épült ki a normatív finanszírozás rendszere; az értékelési kultúra még mindig nem tekinthető kellő mértékben elterjedtnek, az értékelés iránti igény nem jelenik meg markánsan a szervezetek, programgazdák oldalán, ami érthető, hiszen a finanszírozási rendszer nem teszi sem kötelezővé, sem pedig lehetővé az értékelési elem kötelező jellegű beépítését; a programok akkreditációja, egyértelmű minőségi sztenderdek szerinti működtetése – noha ennek jogszabályi feltételei már megteremtődtek – még várat magára” (Felvinczi 2009). Sajnos még mindig.

IRODALOM

- BURKHART, G. & MATT, B. (2003) *Community-based Drug Prevention Programmes from EDDRA, EMCDDA*. http://mediatheque.lecrrips.net/docs/PDF_GED/T02670.pdf, [Letöltve: 2019. 12. 13.]
- BÜHRINGER, G. & KÜNZEL, J. (1998) *Evaluating Preventive Intervention in Europe: Evaluating Drug Prevention in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograph Series No. 2, 1997. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1998 ISBN 92-9168-050-8
- CALIDONI-LUNDBERG, F. (2006) *Evaluation: Definitions, Methods and Models*. Working Paper R2006:002. Swedish Institute for Growth Policy Studies.

- Council of the European Union (2015) Council Conclusions on the Implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 Regarding Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction in the European Union.
- EMCDDA (2010) Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK) – *A manual for Prevention Professionals*. Luxembourg, Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9168-415-1, DOI: 10.2810/27577.
- EMCDDA (2011) *European Drug Prevention Quality Standards – A Manual for Prevention Professionals*. Luxembourg, The Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-487-8, DOI: 10.2810/48879.
- EMCDDA (2012) *Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention. A Manual for Programme Planners and Evaluators*. Second edition Luxembourg, Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9168-499-1, DOI: 10.2810/51268.
- EMCDDA (2013) *European Drug Prevention Quality Standards: A Quick Guide*. Luxembourg, Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-665-0, DOI: 10.2810/15341.
- FAGGIANO, F., GIANNOTTA, F. & ALLARA, E. (2014) Strengthening Prevention Science to Ensure Effectiveness of Intervention in Practice: Setting up an International Agenda. In: Z. SLOBODA & H. PETRAS (eds) *Defining Prevention Science, Advances in Prevention Science*. New York, Springer Science+Business Media. pp. 597–613. DOI: 10.1007/978-1-4899-7424-2_26.
- FELVINCZI K. (2009) A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység alakulása Magyarországon. In: FELVINCZI K. & NYÍRÁDY A. (eds) (2009) *Drogpolitika számokban*. Budapest, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet; L'Harmattan. pp. 143–188. ISBN: 978-963-8833-60-0
- HOGAN, R. L. (2007) The Historical Development of Program Evaluation: Exploring the Past and Present. *Online Journal of Workforce Education and Development*, Vol. II. No. 4. (Fall)
- HONEYCUTT, A. A., CLAYTON, L., KHAVJOU, O., FINKELSTEIN, E. A., PRABHU, M., BLITSTEIN, J. L., DOUGLAS, W. E. & RENAUD J. M. (2006) *Guide to Analyzing the Cost-effectiveness of Community Public Health Prevention Approaches*. March 2006. RTI Project Number 0208827.001
- Institute of Medicine (1994) Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. In: P. J. MRAZEK & R. J. HAGGERTY (eds) *Committee on Prevention of Mental Disorders*. Washington DC National Academies Press (US); 1994. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/> DOI: 10.17226/2139.
- Institute of Medicine and National Research Council (2014) *Considerations in Applying Benefit-Cost Analysis to Preventive Interventions for Children, Youth, and Families: Workshop Summary*. Washington DC, The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/18708>. [Letöltve: 2019. 12. 13.]
- Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület (KCKT) (2018) *A nemzeti drogellenes stratégia végrehajtásának felidős értékelése – A kábítószerügyi területén dolgozó szervezetek és szakemberek percepciói alapján*. https://docs.wixstatic.com/ugd/178071_4c5fac2f3bf140e6918fff8fd77b179f.pdf [Letöltve: 2019. 12. 13.]
- MULLIN, R. (2014) Cost to Develop New Pharmaceutical Drug Now Exceeds \$2.5B. *Chemical & Engineering News*, November 20, 2014.
- PAKSI B. & DEMETROVICS Zs. (2002) *A drogprevenciók gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciók programok felmérése és értékelése*. (Szakmai forrás sorozat 2.) Budapest, L'Harmattan.

- PAKSI B. & DEMETROVICS Zs. (2011, eds) *Drogprevenció és egészségfejlesztés az iskolában*. Budapest, NDI. L'Harmattan.
- PAKSI B., DEMETROVICS Zs. & CZAKÓ Á. (2002) Az iskolai drogprevenációs programok értékelése I–II. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*, 1. pp. 15–49.
- SLOBODA, Z., HERSCH, R., DAVID, S. B., SPOTH, R., RINGWALT, CH., CRANO, W. & COATSWORTH, J. D. (2015) *Introduction to Prevention Science, Trainer Manual*. Colombo Plan International Centre for Credentialing and Education of Addiction Professionals (ICCE) Training Series. Universal Prevention Curriculum for Substance Use (UPC) Series 1.
- SLOBODA Z. & PETRAS H. (2014, eds) *Defining Prevention Science. Advances in Prevention Science*. New York, Springer Science+Business Media. DOI: 10.1007/978-1-4899-7424-2_26. <https://www.issup.net/system/files/curriculum-downloads/Example%20UPC%20Trainer%20Manual.pdf> [Letöltve: 2019. 12. 13.]
- SOOLE, D. W., MAZEROLLE, L. & ROMBOUITS, S. (2005) School Based Drug Prevention: A Systematic Review of The Effectiveness on Illicit Drug Use. *The Drug Policy Modelling Project Monograph Series*. DPMP Monograph Series. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre. ISBN: 1 74001 168 6
- STEINER, W. (2014) 5 Myths About Changing Behavior. *Executive Coaching Concepts*, November, 2014.
- TOBLER, N. S. (1997) Meta-analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Results of the 1993 Meta-analysis. In: WILLIAM J. BUKOSKI (1997) *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. NIDA Monograph 170. pp. 5–68. National Institute on Drug Abuse MIH Publication No. 97-4146
- UCHTENHAGEN, A. & SCHAUB, M. (2012) *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS*. Final report. JLS/2010/DPIP/PR/1023 – 30-CE-0336534/00-50
- UNODC (2013, 2018) *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna, UNODC.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS SERDÜLŐKORBAN – MI TÖRTÉNT AZ EZREDFORDULÓ UTÁN?

NÉMETH ÁGNES* – HORVÁTH ZSOLT – VÁRNAI DÓRA

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet

Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) kutatás 1985 óta folyik hazánkban, nemzetközi keretben. Célja a 11–17 éves korosztály egészséget befolyásoló szokásainak és szubjektív egészségi állapotának feltérképezése, ezek időbeli és nemzetközi trendjeinek követése és a magatartásokat, egészségi mutatókat befolyásoló tényezők felderítése, működési mechanizmusaik vizsgálata.

Tanulmányunkban bemutatjuk néhány, egészséget támogató (táplálkozás, fizikai aktivitás), illetve kockázati magatartásforma (dohányzás, alkoholfogyasztás, szexuális élet) jellegzetes változásait a 2000-es évektől kezdődően. Eredményeinket nemzetközi szinten is értelmezzük.

Kulcsszavak: serdülőkor, egészségmagatartás, trendek, nemzetközi

The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) is a cross-national study carried out in Hungary since 1985. It is aimed at monitoring of 11–17-year-old students' health-related habits and subjective health status, following time and international trends, as well as exploring background factors of behaviours and health indices and their operation mechanisms.

In this paper trends since 2000 on some important features of young people's health promoting (e.g. eating, physical activity) and health compromising behaviours (e.g. smoking, alcohol consumption, sexual activity) have been presented. Results are explained at international level as well.

Keywords: adolescence, health behaviour, trends, international

* Levelező szerző: Németh Ágnes, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, 1064 Budapest, Izabella u. 46. 415. sz. E-mail: nemeth.agnes@ppk.elte.hu

Bevezetés

A serdülőkori egészségmagatartás alább bemutatott változásaihoz az alapot az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, a továbbiakban HBSC) nevű országosan reprezentatív, ugyanakkor nemzetközi háttérű kutatás szolgáltatja (Inchley et al. 2016; Németh–Költő 2016). A kutatás az 1980-as években indult néhány ország részvételével, majd egyre bővült a taglétszám. Ma 48 ország tanulói vesznek részt a négyévenkénti adatfelvételben. Tekintettel arra, hogy e vizsgálat évtizedek óta nagymintás felmérések sorozata, a nemzetközi összehasonlítás mellett lehetőségünk van az egészségmagatartás bizonyos mutatóinak adatfelvételek közti nyomon követésére is.

A kutatás célja a 11–17 éves iskolás fiatalok egészséget befolyásoló magatartásának és önminősített egészségi állapotának, közérzetének monitorozása, az ezekkel összefüggést mutató tényezők mind szélesebb körben történő feltárása, valamint mindezek gyakorlati hasznosítása az egészségfejlesztés, egészségnevelés terén. Hazánkban az iskolások körében ez a legrégebbi vizsgálat és egyedüli abban a vonatkozásban, hogy nemcsak az egyes magatartás-elemek, hanem az életmód egészére irányul, a testi-lelki egészség háttértényezőikkel (pl. családstruktúra, a családok társadalmi-gazdasági helyzete, szülői és tanári bánásmód, személyiségjegyek) való összefüggéseit is vizsgálja.

E tanulmányban néhány olyan egészségmagatartást írunk le egy-két mutatóval, amelyek az iskolai egészségfejlesztés fókuszában állnak vagy állhatnak, illetve egy általános mutató segítségével a diákok által észlelt iskolai légkört is jellemezzük. A HBSC kutatás magyar adatain keresztül bemutatjuk az ezredforduló óta bekövetkezett változásokat. A hazai előfordulási arányokat (prevalenciákat) a HBSC-országok átlagához viszonyítva nemzetközi környezetben is elhelyezzük.

Étkezési szokások és szájhygiéné

A gyermek- és serdülőkori egészséges táplálkozásnak fontos szerepe van az egészséges fejlődés és növekedés szempontjából. Az egészséges étkezés véd a mikrotápanyagok hiányától, a túlsúlytól, az étkezési zavaroktól és fogászati problémáktól, valamint megelőzi a nem fertőző, krónikus betegségek nagy részét (pl. daganatok, szív- és érrendszeri betegségek) (Story–Neumark-Sztainer–French 2002). Az egyéni tényezők (ízlés, egészségtudatosság) mellett olyan szociokulturális faktorok, mint családi vagy kortárs hatások, is befolyásolják a gyermek- és serdülőkorban alakuló étkezési szokásokat. Ezeken kívül olyan tágabb társadalmi és környezeti tényezőknek is szerepük van, mint a táplálkozásmarketing vagy az iskolai étkezési lehetőségek. Tekintettel az elhízás járványszerű terjedésére, számos ország rendelkezik az egészséges táplálkozásra vonatkozó nemzeti stratégiákkal (WHO 2015, 2017). Mindemellett a szakirodalom is felhívja a figyelmet a leggyakoribb problémákra: pl. az elégtelen zöldség- és gyümölcsfogyasztásra (Vereecken et al. 2015), a táplálkozásban tapasztalható társadalmi egyenlőtlenségekre (Fismen et al. 2016) és az elhízásra (Abluwalia et al. 2015).

A HBSC 2013/14-es adatai az étkezési szokások nagy, országok közötti variabilitását tükrözik (Inchley et al. 2016). A napi gyümölcsfogyasztás gyakorisága az életkorral álta-

lában csökkenő tendenciát mutat, és a nemi különbségeket tekintve elmondható, hogy a lányok több gyümölcsöt fogyasztanak. A tehetősebb családokra is ez jellemző. A cukortartalmú üdítőitalok fogyasztásában szintén markáns nemi és életkori különbségek vannak: a fiúk és idősebbek több üdítőt isznak (*Inchley et al. 2016*).

Fogmosás

A szájüregi betegségek világszerte gyakoriak. Az alacsony szintű szájhygiéné a szív-érrendszeri betegségek, gyulladások (*Oliveira–Watt–Hamer 2010*), cukorbetegség, magas vérnyomás (*Fujita–Ueno–Hata 2009*) magasabb kockázatával jár együtt. A szájhygiéné elhanyagolása serdülőkorban is számos kedvezőtlen tényezővel függ össze: a rendszeretlen fogmosás kapcsolatban áll a dohányzással és az alkoholfogyasztással (*Koivusilta et al. 2003*). Ugyanakkor a gyakori fogmosás az édességek alacsonyabb arányú fogyasztásával függ össze (*Currie–Schou–McQueen 1989*). Mindemellett a fog- és szájbetegségek nagy része rendszeres fluoridos fogkrémes fogmosással (napi 2 alkalom) és az étkezések közötti cukorfogyasztás mérséklésével megelőzhető (*Zimmermann et al. 2015; Peres et al. 2016*). Gyermek- és serdülőkorban a szülők kiemelten fontos szerepet játszanak a fogmosási szokások formálásában (*Honkala–Paronen–Rimpela 1983*). A fogait gyakrabban mosó serdülők egészsége kedvezőbb (*Honkala et al. 1986*).

A 2013/14-es HBSC-adatok szerint az országok túlnyomó többségében a lányok körében minden életkorban magasabb a naponta legalább kétszer fogat mosók aránya (*Inchley et al. 2016*).

Fizikai aktivitás

A fizikai aktivitás gyermekkorban is fontos eszköze az energiaegyensúly fenntartásának, továbbá támogatja a csontfejlődést és csökkenti számos krónikus betegség kialakulásának későbbi kockázatát (*Miles 2007*). A gyerekek és serdülők körében a rendszeres fizikai aktivitás és edzettség védőfaktor a magas vérnyomás és vérkoleszterin-szint, a metabolikus szindróma, az alacsony csontsűrűség és a depresszió kialakulása ellen (*Janssen–Leblanc 2010*). Mindemellett a rendszeres fizikai aktivitás megelőzi a kövérséget és csökkenti a testsúlyt (*Anderson–Butcher 2006; Janssen–Leblanc 2010*). A mozgás hozzájárul a jó hangulathoz, az étellel való elégedettséghez és általánosan a jobb lelki állapothoz (*Strong et al. 2005; Hallal et al. 2006*).

Az utóbbi évtizedekben technológiai okok miatt egyre elterjedtebbé vált az ülő életmód, ennek következtében a legtöbb serdülő esetében nem teljesülnek a mérsékelt-intenzív fizikai aktivitás mennyiségére (minden nap legalább 60 perc) vonatkozó ajánlások (*Sigmundová et al. 2011*). A HBSC egyik legfontosabb idevonatkozó kérdése a mérsékelt-intenzív fizikai aktivitás mennyisége. A nemzetközi adatok szerint a mozgásmennyiség az életkorral csökken, valamint a fiúk mozognak többet (*Inchley et al. 2016*).

Kockázati magatartások

Dohányzás

A dohányzás leggyakrabban serdülőkorban kezdődik. A legtöbb felnőtt dohányos 18 éves kora előtt gyújtott rá először (*Jarvis 2004*). Mivel a dohányzás okozta egészségproblémák

függenek a dohányos időszak hosszától és a dohányzás intenzitásától (pl. az elszívott cigaretták számától), a serdülőkori prevenció kiemelten fontos (Elders et al. 1994). Ekkor ui. a nikotinaddikcióhoz kevesebb elszívott cigaretta és rövidebb dohányzással töltött idő is elegendő (Prokhorov et al. 2006). A nikotinfüggőség mellett az aktív és passzív dohányzás is számos kedvezőtlen hatással van a fiatalok testi egészségére (Thacher et al. 2018).

Minden negatív következmény ellenére a serdülők pozitívnak tekintik a dohányzást, mely változatos szerepeket tölthet be a fiatalok életében (pl. hangulatjavítás, csoportba tartozás megerősítése vagy kapcsolódás a csoporthoz) (Audrain-McGovern et al. 2012), testsúlykontrollálás (főleg lányok esetében) és az önállóság kifejezése (Lambert-Verduyck-Van den Broucke 2002). A serdülőkori dohányzásra vonatkozó rizikó- és védőfaktorok számos aspektusból és a serdülők életének különböző szintjein értelmezhetők (vö. az ökológiai modell): A szülők dohányzása prediktora a dohányzással való kísérletezésnek (Rasmussen et al. 2005), míg a kortársak dohányzása inkább a rendszeres dohányzás bejósolója (Prokhorov et al. 2006). Az iskola számos jellemzője (méret, típus, nemek aránya, tananyag, iskola hitvallása, dohányzásra vonatkozó stratégiája) is befolyásolhatja a dohányzást (Mrug et al. 2010). A prevenció támogatása vagy az iskola dohányzás iránti intoleranciája csökkenti a dohányzást, különösen fiatalabb serdülők esetében (Overland-Aarø-Lindbak 2010). Társadalmi szinten a dohányzást kontrolláló politikának erőteljes hatása van az egyének dohányzására.

A HBSC nemzetközi adatai szerint a legalább heti rendszerességű dohányzás prevalenciája szinte minden országban növekszik az életkorral. A fiúk nagyobb valószínűséggel dohányoznak, bár ez egyre kevesebb országban jellemző (Inchley et al. 2016).

Alkoholfogyasztás

A koraitól a késői serdülőkorig az alkoholfogyasztás és a lerészegedés előfordulása drámaian megemelkedik (Kuntsche et al. 2006; Currie et al. 2008). A gyakori és nagymértékű ivás sok kedvezőtlen hatással jár: pl. későbbi alkoholfogyasztás és droghasználat (Guo et al. 2000), iskolai problémák, kockázatos szexuális viselkedés, közúti balesetek, testi betegségek és érzelmi problémák (Brown et al. 2008). Az alkohol a leggyakoribb középiskolások körében használt szer (Bräker-Soellner 2016). Számos bizonyíték utal arra, hogy az alkoholfogyasztásban tapasztalt fiúk és lányok közti különbségek csökkennek (Kuntsche 2004; Soellner et al. 2014). Mára a nagyívás (az intoxikációig történő vagy nagyon nagymértékű alkoholfogyasztás, ún. binge drinking) komoly egészségügyi problémává vált számos országban.

Az alkoholfogyasztás egyik fontos mérőszáma a lerészegedések gyakorisága. A részvevő országok kevesebb mint felében a fiúk között minden életkorban magasabb a részegség életprevalenciája, mint a lányoknál. Az országok mintegy felében nincs nemi különbség (Inchley et al. 2016).

Szexuális egészség

A szexuális egészség része a serdülők általános, társas és személyes jóllétének, ugyanakkor a teljes népesség egészsége szempontjából is jelentőségteljes. A – pszichológiai és szomatikus értelemben is – érett szexualitás elérése a gyermekkorból a felnőttkorba történő átmeneti időszak egyik legnagyobb feladata. A fejlett országokban a kötelező oktatást

befejezők legnagyobb részének már volt szexuális kapcsolata és kockázatos (pl. védekezés nélküli) szexuális eseményben is érintett volt (Avery–Lazdane 2008). Tehát a fiatalok esetében a biztonságos szexuális élethez való elköteleződés növelése népegészségügyi prioritás (Avery–Lazdane 2008). Ismert, hogy a korai szexualitásnak szerepe van az ön-percepcióban, összefügg a jólléttel, a társas pozícióval és a későbbi szexuális egészséggel (Magnusson–Trost 2006). A szexuális élet túl korai kezdete további rizikómagatartásokkal is kapcsolatot mutat: pl. szerhasználat, védekezés nélküli szex (Poulin–Graham 2001). A védekezés nélküli vagy hiányos védekezés melletti együttlét megemeli a nemkívánatos terhesség esélyét, mely megterhelő életeseeményekhez vezethet (Ellison 2003). Hasonlóképpen megnőhet a szexuális úton terjedő betegségek kockázata, amelynek számos rövid és hosszú távú egészségügyi és társas következménye lehet (WHO 2007).

A HBSC 2013/14-es felmérése szerint a szexuálisan aktív 15 évesek aránya viszonylag tág határok között mozog az egyes országokat tekintve. Ez még inkább elmondható a legutóbbi szexuális együttlét alkalmával történt óvszerhasználatról. A fiúk általában gyakoribb szexuális együttlétről számolnak be, mint a lányok (Inchley et al. 2016).

Az iskolai légkör

A fiatalok napjaik nagy részét az iskolában töltik. A támogató iskolai környezet hozzájárul a tanulók jobb egészségéhez és étellel való elégedettségéhez, míg a nem megfelelő iskolai légkör kockázati tényező a diákok jólléte szempontjából. A HBSC vizsgálja az iskolai környezet néhány fontos aspektusát is: pl. az iskolával való elégedettséget, az iskolai feladatok okozta stresszt, az osztálytársak és tanárok észlelt támogatását. Az iskolával való elégedettség fordított kapcsolatban van az olyan egészségkárosító viselkedésekkel, mint a szerfogyasztás, szerencsejáték-függőség (Rossen et al. 2016; Vogel et al. 2015). Hasonlóképpen, az iskolával való elégedetlenség összefügg az alacsony önminősített egészséggel és több pszichoszomatikus tünettől (Joyce–Early 2014; Langille et al. 2015).

A HBSC 2013/14-es adatai szerint az idősebb tanulók és a fiúk számára megterhelőbb az iskola, kevésbé szeretnek oda járni (Inchley et al. 2016).

Anyag és módszer

A minta

Az adatgyűjtés a nemzetközi kutatási protokolloknak (Inchley et al. 2018) megfelelően zajlik minden tagállamban. Hazánkban valamennyi felmérés országosan reprezentatív. A minták kiválasztására az adott vizsgálati év (iskolai tanév) közoktatási statisztikái alapján kerül sor. Az adatfelvételbe bevont korcsoportok 2001-től kezdődően az 5., 7., 9. évfolyamok a nemzetközi követelményeknek megfelelően, továbbá hazai elemzésre a 11. évfolyamok is. Így összességében hazánkban a 11–17 éves, míg nemzetközi szinten a 11–15 éves korosztály képezi a vizsgálati célcsoportot. Az adott év vizsgálati csoportját többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással választjuk ki az országos reprezentativitás (minden iskola- és településtípus, valamint minden megye megfelelő arányú képvisellete) érdekében. Az elsődleges mintavételi egységek nem az egyes tanulók, hanem szisztematikusan véletlen módszerrel kiválasztott osztályok.

1. táblázat: A HBSC kutatás mintáinak méretei (N = fő) vizsgálati év szerint

Vizsgálati év	Hazai elemzés			Nemzetközi összehasonlítás	
	Össz. (N)	Fiúk (N)	Lányok (N)	Össz. magyar (N)	Össz. HBSC (N)
2001/2002	5958	2730	3228	4164	162 305
2005/2006	5450	2815	2635	3532	205 938
2009/2010	8096	4174	3922	4864	213 595
2013/2014	6153	2958	3194	3935	219 460
2017/2018	6003	2949	3049	–	–

Jelen elemzésbe öt magyar és négy nemzetközi mintát vontunk be (1. táblázat) (ezekről részletesebben: *Aszmann 2003; Németh 2007; Németh–Költő 2011, 2016; Currie et al. 2004, 2008, 2012; Inchley et al. 2016*). A hazai elemzés mintái különböznek a nemzetközi adatbázisban szereplő magyar mintáktól, egyrészt mert a nemzetközi elemzésekben a 11. évfolyamosok nem szerepelnek, másrészt a nyers adatok tisztítása sem teljesen azonos szempontok szerint történik hazai és nemzetközi szinten.

Adatfelvételi módszerek

A felmérések 2005/06-tól kezdődően minden vizsgálati évben az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásértékelési Bizottságának jóváhagyásával zajlanak.

A kiválasztott iskolák igazgatóit levélben kérjük fel a kutatásban való részvételre. Amennyiben az iskolák vállalják ezt, az érintett tanulók szüleit írásban tájékoztatjuk a kutatásról, és beleegyezésüket kérjük gyermekük részvételéhez.

Az adatfelvételeket felkészített kérdezőbiztosok végzik, akik előzetesen személyes találkozáson beszélnek meg az intézmény igazgatójával az anonim, önkéntes, kérdőív le- bonyolítás körülményeit. A kérdőívek felvétele osztályonként iskolai termekben történik és kb. egy iskolai tanórát vesz igénybe. A kitöltés előtt a kérdezőbiztosok a tanulókat tájékoztatják a vizsgálat jelentőségéről. A kérdőív kitöltése a tanulók számára is önkéntes, 2013/14-től aktív (írásos) beleegyezéssel. A teljes névtelenség érdekében csak a gyermekek által nem ismert kérdezőbiztos van jelen a kérdőív felvételekor, és a tanulók a név nélküli kérdőíveket lezárható borítékba teszik. A kérdezőbiztos az összegyűjtött borítékokat a kitöltés befejezése után elviszi az iskolából.

Az adatok digitalizálását gyakorlott adatrögzítők végzik. Az adatbevitel után 10%-os szisztematikus ellenőrzés, majd adattisztítás történik a megfelelő minőségű adatbázis létrehozása érdekében.

Adatfeldolgozási módszerek

Elemzésünkhöz olyan kérdéseket (változókat) választottunk ki, amelyek jól jellemzik a hazai kamaszkorú iskolás populáció egészségmagatartásának alakulását. A kiválasztás szempontjai a következők voltak:

- 2001/2002 óta mindegyik – azaz öt – adatfelvételen szerepelnek változatlan formában,

- nemzetközileg kötelező kérdések, így hazánk diákjainak adatait össze tudjuk vetni valamennyi részt vevő ország diákjainak adataival,
- a bevont változók az egészségmagatartás olyan területeit jellemzik, amelyek esetében elérhető hazai és külföldi szakirodalom, valamint szakpolitikai dokumentum is rendelkezésre áll; vagyis olyan népegészségügyi szempontból jelentős ügyek, amelyek esetében elérhetőek bizonyítottan hatékony prevenció és intervenció gyakorlatok.

A fentiek alapján nyolc egészségmagatartási jellemző, valamint egy iskolai légkörre vonatkozó mutató változásait ismertetjük:

- táplálkozás, szájhigiéne:
 - minden nap gyümölcsöt fogyasztó tanulók aránya
 - minden nap cukortartalmú üdítőitalt fogyasztó tanulók aránya
 - minden nap legalább kétszer fogat mosó tanulók aránya
- fizikai aktivitás:
 - minden nap legalább 60 percet, legalább közepes intenzitással mozgó tanulók aránya
- kockázati magatartás (pszichoaktív szerfogyasztás):
 - minden nap dohányzó tanulók aránya
 - életükben már legalább kétszer lerészegedett tanulók aránya
- szexuális egészség:
 - szexuálisan aktív tanulók (akiknek már volt behatolással járó szexuális kapcsolatuk) aránya
 - a szexuálisan aktív tanulók körében a legutóbbi szexuális együttlét alkalmával kondomot használók aránya
- iskolai légkör:
 - iskolájukat szerető tanulók aránya.

A szexuális élet kérdéseit csak a 9. és 11. évfolyamos tanulóknak tettük fel.

A hazai trendelemzésekhez minden változó esetében kiszámítottuk a százalékos arányszámokhoz tartozó 95%-os megbízhatósági intervallumokat (CI) a teljes mintákra, illetve mintákon belül mindkét nemre a következő képletek alapján:

$$CI\ 95\% = p \pm z * SE,$$

$$SE = \sqrt{p(1-p)/n},$$

ahol p = előfordulási arány (prevalencia), azaz X/n ; n = elemszám; $z = 1,96$.

Az eredmények közlésénél szignifikánsan különbözőnek tekintettük azokat az arányszámokat, amelyek megbízhatósági intervalluma nem volt átfedő. A százalékos arányokat a vizsgálati év függvényében diagramokon ábráztuk: egy ábrán egy adott változó időbeli trendjeit láthatjuk az összmintára, valamint külön a fiúkra és lányokra vonatkozóan. Az arányszámok melletti csillag (*) azt jelzi, hogy az adott érték szignifikánsan különbözik az előző évitől. A vizsgált időintervallum (2001 és 2018) két végpontjában levő értékek statisztikai különbözőségét külön táblázatban tüntetjük fel.

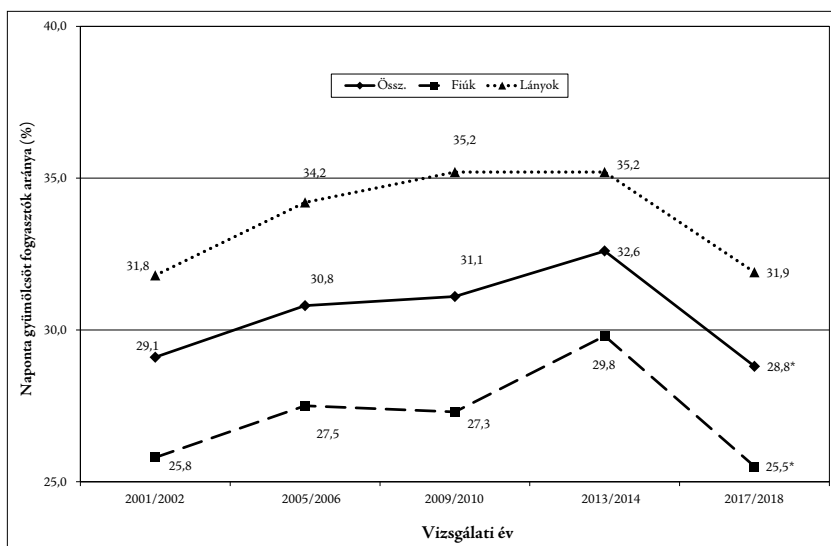
A nemzetközi összehasonlításokhoz csak 2014-ig bezárólag állnak rendelkezésre adatok, a 2017/18-as nemzetközi eredmények még nem érhetők el. Ez esetben szintén az egyes felmérési évek mintáinak arányszámait hasonlítottuk össze a 95%-os megbízhatósági intervallumok segítségével: a nemzetközi adatbázisokban szereplő magyar mintát vetettük össze a teljes nemzetközi mintával. Itt kifejezetten a két minta különbözőségére

koncentráltunk adott éven belül, az időbeli trendeket részletesen nem vizsgáltuk. A vizsgált időtartam két végpontja közötti eltéréseket azonban itt is táblázatban közöljük.

Eredmények

Étkezési szokások és szájhigiéne

A naponta gyümölcsöt fogyasztó magyar fiatalok aránya a 2000-es évek elejétől emelkedő tendenciát mutatott 2013/14-ig, majd jelentős csökkenés következett be (1. ábra), így



1. ábra: A minden nap gyümölcsöt fogyasztó 11–17 éves magyar fiatalok arányának változása

2. táblázat: A magyar 11–17 éves tanulók mutatóinak változásai a vizsgált időszakban

Vizsgált mutató	Szignifikáns különbség 2001/02 és 2017/18 között		
	Össz.	Fiúk	Lányok
Napi gyümölcsfogyasztás	0	0	0
Napi cukortartalmú üdítőital-fogyasztás	–	–	–
Napi többszöri fogmosás	0	0	0
Minden nap legalább 60 perc mozgás	+	0	+
Napi dohányzás	–	–	–
Legalább két lerészegedés életében	0	–	0
Szexuálisan aktív	+	0	+
Kondomhasználat a legutóbbi együttlétkor	0	–	0
Iskoláját szereti	0	+	0

0: nincs változás, +: a 2001/18-as érték magasabb, –: a 2017/18-as érték alacsonyabb

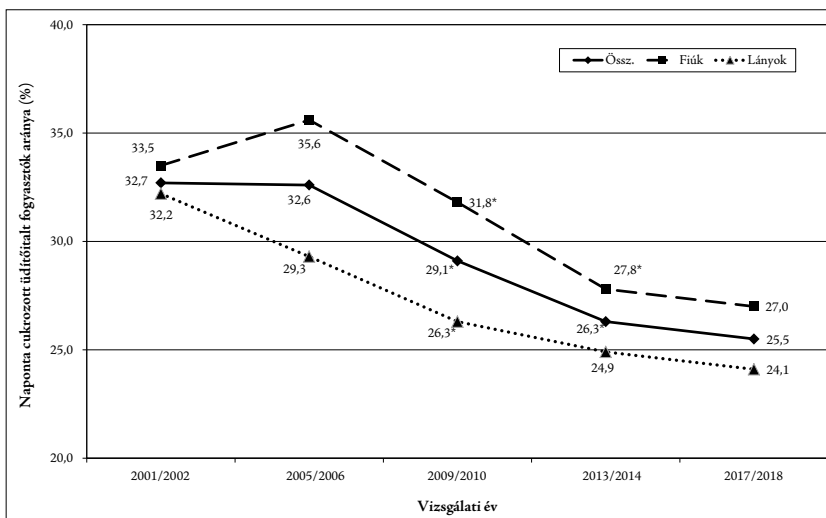
3. táblázat: A vizsgált mutatók változásai a magyar és a teljes HBSC mintákban (11–15 évesek) a vizsgált időszakban

Vizsgált mutató	Szignifikáns különbség 2001/02 és 2013/14 között	
	Össz. magyar	Össz. HBSC
Napi gyümölcsfogyasztás	+	+
Napi cukortartalmú üdítőital-fogyasztás	+	-
Napi többszöri fogmosás	-	+
Minden nap legalább 60 perc mozgás	+	+
Napi dohányzás	-	-
Legalább két lerészegedés életében	0	-
Szexuálisan aktív	+	-
Kondomhasználat a legutóbbi együttlétkor	0	-
Iskoláját szereti	0	+

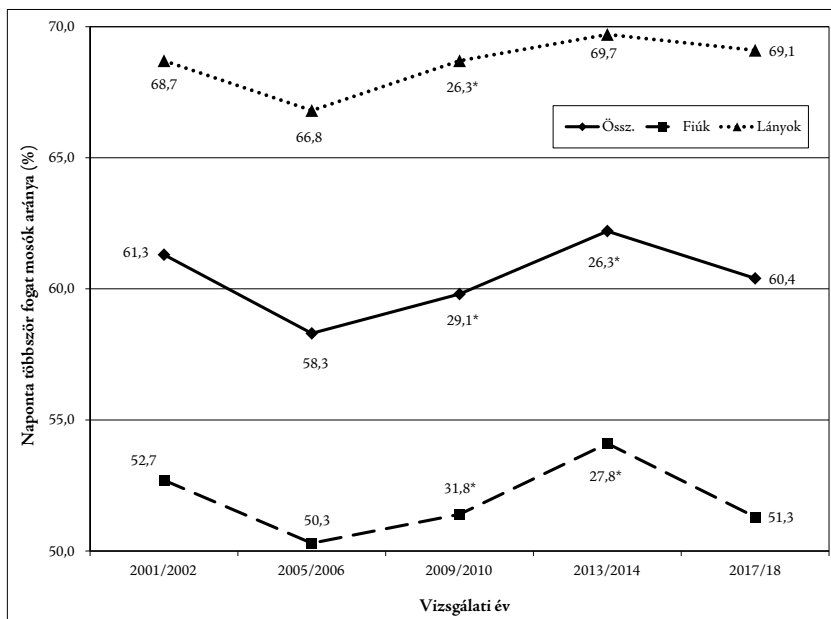
0: nincs változás, +: a 20013/14-es érték magasabb, -: a 20013/14-es érték alacsonyabb

2017/18-ban az átlagértékek visszaestek a 2001/02-es szintre (2. táblázat). Az emelkedő fázisban csak a 2001/02-es és a 2013/14-es adatok között szignifikáns az eltérés. A lányoknál meredekebb emelkedést láthatunk, itt már a 2009/10-es eredmények is szignifikánsan magasabbak a 2001/02-esnél, és adataik minden felmérési évben szignifikánsan magasabbak a fiúkénál.

A magyar 11–15 évesek átlagai a kezdő és záró vizsgálati évben szignifikánsan alacsonyabbak a nemzetközínél, míg a két közbülső évben nem térnek el attól. Összességében emelkedő tendencia jellemző mind hazai, mind nemzetközi tekintetben (3. táblázat).



2. ábra: A minden nap cukortartalmú üdítőitalt fogyasztó 11–17 éves magyar fiatalok arányának változása



3. ábra: A minden nap legalább kétszer fogat mosó 11–17 éves magyar fiatalok arányának változása

A cukros üdítőitalok napi fogyasztásában 2005/06 és 2013/14 között markáns csökkenés figyelhető meg; a fiúknál még erőteljesebben (2. ábra). A 2017/18-as átlagos arányok szignifikánsan alacsonyabbak a 2001/02-eseknél mindkét nemnél (2. táblázat), és a fiúk értékei 2005/06-ban és 2009/10-ben szignifikánsan magasabbak a lányokéinál.

A magyar 11–15 éves kamaszok átlagértékei minden vizsgált évben szignifikánsan magasabbak a nemzetközi átlagnál, és a különbség jelentősen megnőtt 2001/02 és 2013/14 között (3. táblázat).

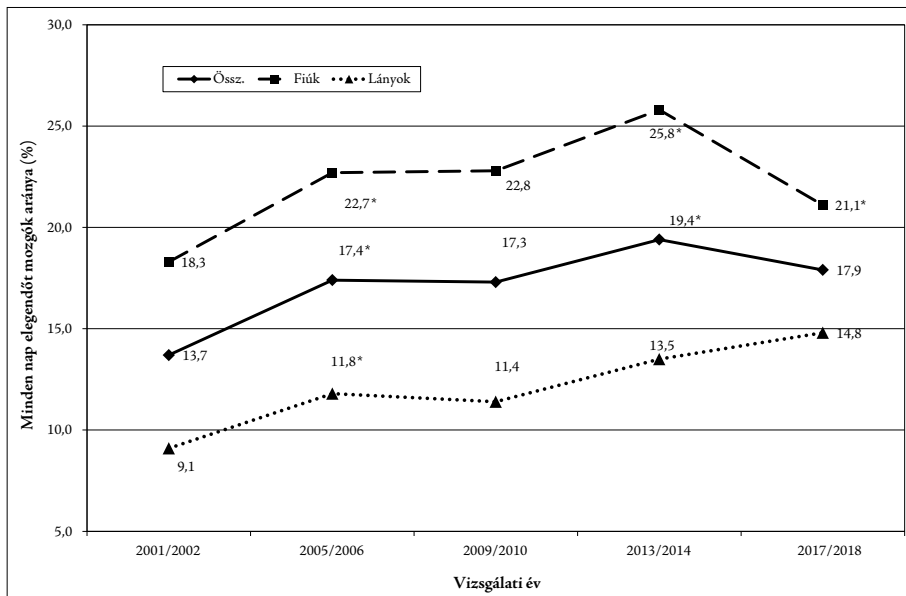
Fogmosás

A naponta többször fogat mosó diákok aránya 60% körül mozgott a vizsgált időszakban (3. ábra). Történt szignifikáns változás, de 2001/02 és 2017/18 átlagértékei nem térnek el egymástól (2. táblázat). Mindkét nemnél a teljes átlagra jellemző tendenciát látjuk, de itt már nincs szignifikáns eltérés két egymást követő év között. A lányok értékei minden évben szignifikánsan, jóval magasabbak.

A magyar 11–15 éves diákok aránya 2001/02-ben nem tért el a nemzetközitől, a következő években azonban már szignifikánsan alacsonyabb, továbbá a 2013/14-es magyar középérték szignifikánsan alacsonyabb a 2001/02-esnél (3. táblázat).

Fizikai aktivitás

A minden nap legalább egy órát, legalább közepes intenzitással mozgó fiatalok aránya a 2001/02-től napjainkig megtorpanásokkal, de szignifikánsan növekedett (4. ábra). Bár a fiúk görbéje jobban hasonlít az összmintáéra, mégis a lányokról mondható el, hogy a vizs-



4. ábra: A minden nap legalább 60 percet, legalább közepes intenzitással mozgó 11–17 éves magyar fiatalok arányának változása

gált időszakban körükben szignifikánsan növekedett a minden nap eleget mozgók aránya. A fiúknál az utóbbi négy évben szignifikánsan csökkent ez az arány, így a 2001/02-es és 2017/18-as adatok nem különböznek egymástól (2. táblázat). A fiúk aránya minden felméréskor szignifikánsan magasabb volt, de a nemi különbség határozottan csökkent 2001/02-től 2017/18-ig.

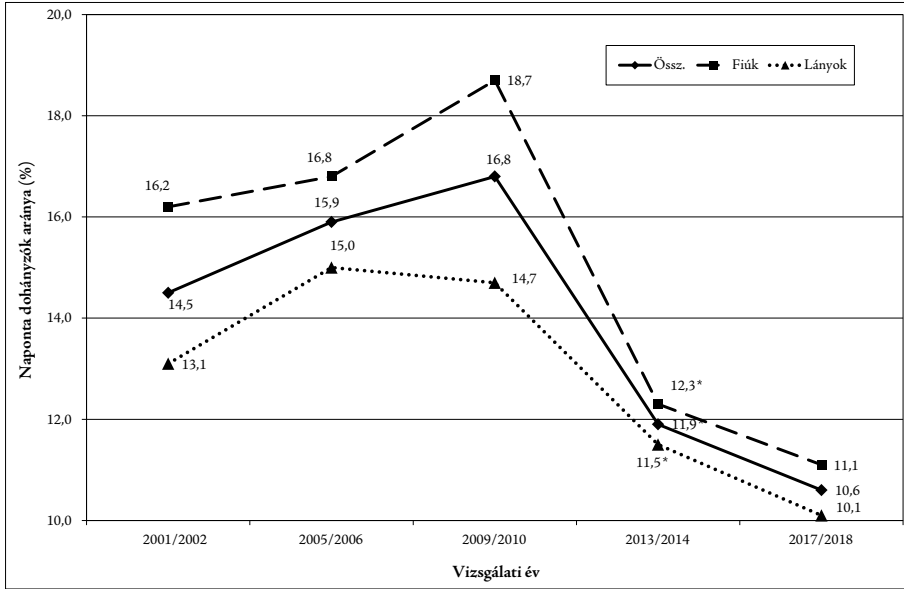
A 11–15 éves magyar diákok arányai az első három vizsgálati évben nem különböztek szignifikánsan a nemzetközitől, azonban 2013/14-ben már szignifikánsan magasabbak voltak. A vizsgált időszakban mind hazai, mind nemzetközi szinten kedvező tendencia jellemző (3. táblázat).

Kockázati magatartások

Dohányzás

A naponta dohányzó tanulók aránya 2009/10-ig lassan nőtt (csak a 2001/02-es és 2009/10-es prevalenciák különböznek szignifikánsan), majd szignifikánsan csökkent 2014-re, azután nem változott (5. ábra). A fiúknál a változások nagyobb mértékűek, de a növekvő tendenciájú szakaszban egyik nemnél sem érték el a szignifikáns szintet. A 2017/18-as prevalenciák szignifikánsan alacsonyabbak a 2001/02-esnél (2. táblázat). A fiúk aránya csak 2001/02-ben és 2009/10-ben magasabb a lányokénál. A két nem közötti különbség gyakorlatilag megszűnt 2013/14-re.

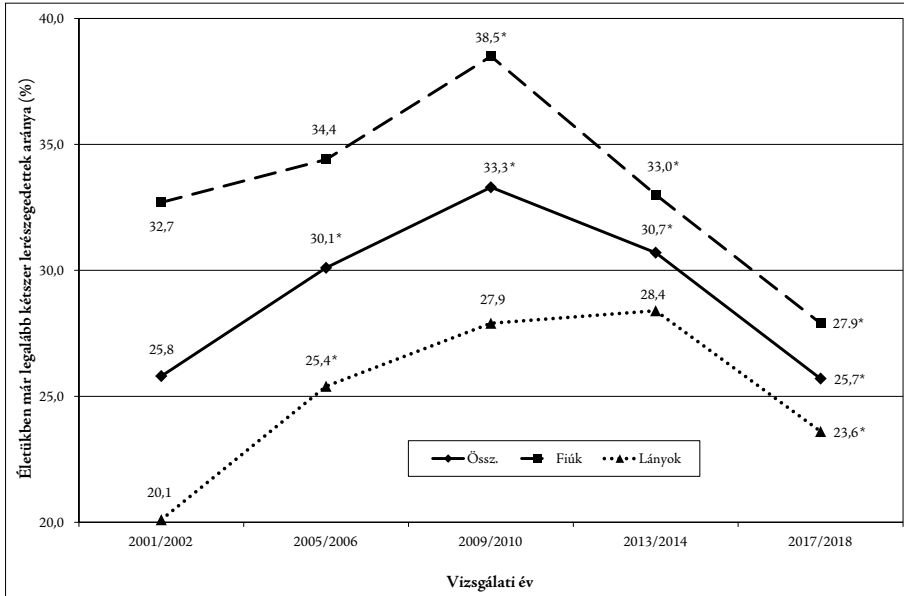
Míg 2001/02-ben a magyar adatok megegyeztek a nemzetközi átlaggal, addig a további években már szignifikánsan magasabbak annál. Mindkét esetben szignifikánsan alacsonyabbak a 2013/14-es értékek, mint a 2001/02-esek (3. táblázat).



5. ábra: A minden nap dohányzó 11–17 éves magyar fiatalok arányának változása

Alkoholfogyasztás

Azoknak a kamaszoknak az aránya, akik életükben már legalább kétszer lerészegedtek, minden vizsgálati évben szignifikáns változást mutatott az előzőhöz képest (6. ábra).



6. ábra: Az életükben már legalább kétszer lerészegedett 11–17 éves magyar fiatalok arányának változása

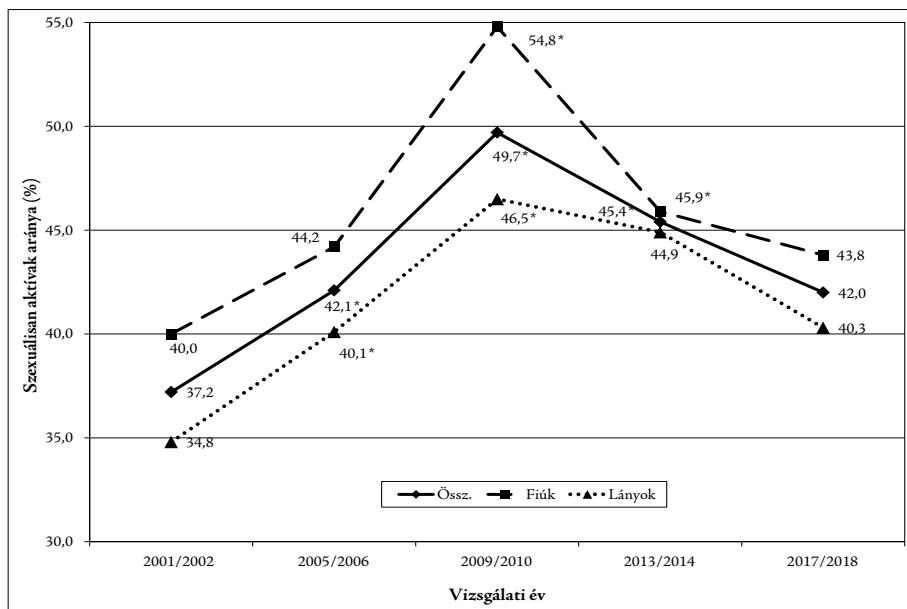
A trend 2009/10-ig emelkedő, majd csökkenő, ennek eredményeként a 2001/02-es és 2017/18-as prevalenciák nem különböznek egymástól (2. táblázat). A fiúk tendenciája majdnem teljesen megegyezik az összmintáéval, a lányoknál azonban hosszabb ideig tartott a felfelé ívelő időszak. Ennek következtében 2013/14-re markánsan csökkent a különbség a fiúk és lányok között, bár minden vizsgálati évben a fiúk értékei magasabbak. A fiúknál a csökkenés erőteljesebb volt: a 2017/18-as érték szignifikánsan alacsonyabb a 2001/02-esnél, míg a lányoknál nem (2. táblázat).

Az első két vizsgálati évben a magyar 11–15 évesek értékei nem tértek el szignifikánsan a nemzetközi összértékektől, de 2009/10-től már szignifikánsan magasabbak. A magyar prevalenciák statisztikailag megegyeznek 2001/02-ben és 2013/14-ben, a nemzetközi összprevalencia azonban alacsonyabb 2013/14-ben, mint 2001/02-ben (3. táblázat).

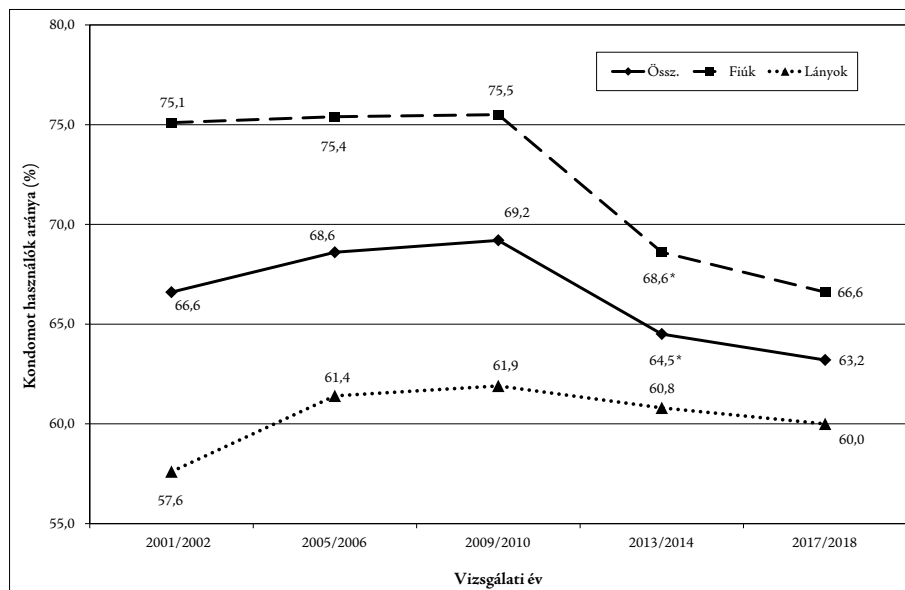
Szexuális egészség

A szexuálisan aktív fiatalok aránya jelentősen növekedett 2009/10-ig, majd 2013/14-re szignifikáns csökkenés következett be (7. ábra). Ez a tendencia 2017/18-ra is megmaradt, de a meredeksége jelentősen csökkent. Mindkét nemnél ez a mintázat, de a fiúknál nagyobb változások következtek be. Ugyanakkor a fiúk 2001/02-es és 2017/18-as értékei nem térnek el egymástól szignifikánsan, a lányoknál azonban a későbbi értékek magasabbak. Ez utóbbi igaz a teljes mintára is (2. táblázat).

A hazai adatok a vizsgálati időszak első felében nem tértek el szignifikánsan a nemzetközi átlagtól, míg a 2010-es években már magasabbak. A magyar 15 évesek prevalenciája 2017/18-ban magasabb, míg ugyanez a nemzetközi érték alacsonyabb, mint a 2001/02-es (3. táblázat).



7. ábra: A szexuálisan aktív 15–17 éves magyar fiatalok arányának változása



8. ábra: A legutóbbi szexuális együttlét alkalmával kondomot használó 15–17 évesek arányának változása a szexuálisan aktív magyar fiatalok körében

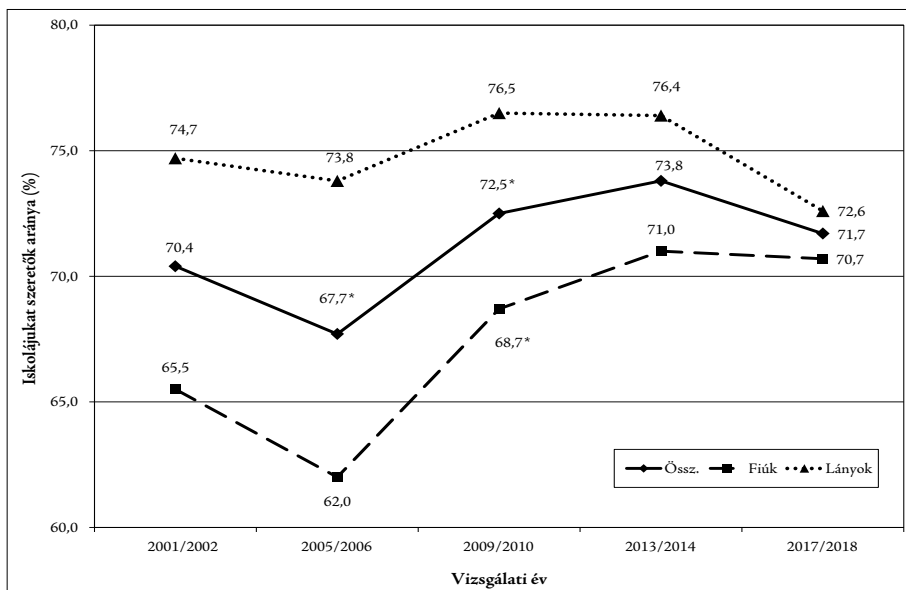
A szexuálisan aktív fiatalok körében a legutóbbi együttlét alkalmával kondomot használók aránya 2009/10-ig nem változott szignifikánsan, majd jelentős csökkenést mutatott (8. ábra). Ez a tendencia gyakorlatilag a fiúknál történt változásoknak tudható be, mivel a lányok értékei között nincs eltérés az egész vizsgált időszak alatt. Abban viszont a lányok adatainak hatása érzékelhető, hogy a teljes mintában nincs szignifikáns eltérés a 2001/02-es és 2001/18-as értékek között. A fiúknál a legújabb adatok jelentősen alacsonyabbak a 2000-es évek elején mérteknél (2. táblázat).

A magyar 15 évesek prevalenciája csak 2013/14-ben magasabb szignifikánsan a nemzetközínél. A magyar értékek nem változtak a vizsgált időszakban, míg a nemzetközi átlag jelentősen csökkent (3. táblázat).

Iskolai légkör

Az iskolájukat valamilyen mértékben szerető diákok aránya 2001/02 és 2005/06 között szignifikánsan csökkent, majd 2010-re nőtt és azóta nem változott (9. ábra). Hasonlóan jellemezhetjük a fiúk görbét is, míg a lányoknál nem történt szignifikáns változás 2001/02 óta. A teljes mintára is jellemző, hogy a 2001/02-es és 2017/18-as adatok között nincs eltérés, ugyanakkor a fiúknál a legutóbbi prevalencia magasabb, mint a legkorábbi (2. táblázat). A fiúk arányai 2013/14-ig szignifikánsan alacsonyabbak voltak a lányokéinál, de ez a különbség 2017/18-ra eltűnt.

A magyar és nemzetközi adatok csak 2013/14-ben nem mutatnak szignifikáns eltérést, 2001/02-ben és 2009/10-ben a magyar, 2005/06-ban a nemzetközi értékek magasabbak. A magyar 2001/02-es és 2013/14-es prevalenciák nem térnek el egymástól, de a nemzetközi átlagértékek magasabbak lettek (3. táblázat).



9. ábra: Az iskolájukat szerető 11–17 évesek arányának változása

Megbeszélés

Cikkünkben a 2000-es évek elejéig visszamenően vizsgáltuk néhány egészség- és rizikómagatartás alakulását serdülőkorúak körében hazai és nemzetközi adatokat elemezve. Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a tanulók életmódjában és egészséghez fűződő viszonyában kedvező és kedvezőtlen tendenciák egyaránt megragadhatók. A hazai adatokat nézve kedvezőnek tekintjük a cukros üdítőitalok fogyasztási gyakoriságának csökkenését, a fizikailag aktív arányának növekedését, a naponta dohányzók arányának csökkenését. Kevésbé öröndetes ugyanakkor a gyümölcsfogyasztás csökkenése, a nemzetközi szinten alacsony és időben nem sokat változó fogápolási gyakoriság, a lerészegedés nem egyértelműen csökkenő, magas aránya, a szexuálisan aktív 15 évesek arányának növekedése és az óvszerhasználat csökkenése.

Az iskoláskorú gyermekek egészségének javítása érdekében az utóbbi időben napvilágot látott néhány rendelet és törvény (Somhegyi 2016). A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 20/2012-es EMMI rendelet X. fejezete foglalkozik a tanulók egészségével, biztonságával kapcsolatos feladatokkal: előírja, hogy a nevelési-oktatási intézmény teljes körű egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatait koordinált, nyomon követhető és mérhető, értékelhető módon kell megtervezni a helyi pedagógiai program részét képező egészségfejlesztési program keretében. Ezt a programot a nevelőtestületnek kell elkészítenie, az iskola-egészségügyi szolgálat közreműködésével. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés rendszerszerű megvalósítását jelenleg tehát jogszabályok írják elő, de az egészség- és oktatásügynek még sokat kell tennie annak érdekében, hogy a törvényekben és rendeletekben megfogalmazott elvárások meg is valósuljanak (tudva azt is, hogy a gyermekek és serdülők egészségmagatartásában a családi hatásoknak kiemelkedő szerepük van).

Az étkezési szokások esetében az találtuk, hogy a naponta gyümölcsöt fogyasztó magyar diákok arányában az utóbbi években jelentős csökkenés következett be, így 2018-ban az átlagértékek visszaestek a 2002-es szintre. Ezt a csökkenést a családok jövedelmi helyzetének változása nem indokolja, mert abban inkább javulást tükröznek a legutóbbi adataink. Különösen meglepők ezek az eredmények annak fényében, hogy a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet 2015. szeptember 1-jétől hatályba lépett, valamint 2017-től már az iskolai gyümölcs- és zöldségprogram végrehajtására is született rendelet. Mindemellett a nemi különbségek stabilak maradtak a különböző adatfelvételek között: a lányok a fiúknál több gyümölcsöt fogyasztanak. Fiataljaink a nemzetközi átlag körül vagy némileg alatta „teljesítenek”, de fontosabb, hogy mintegy kétharmaduk nem fogyaszt elegendő zöldséget-gyümölcsöt naponta. Tehát további intézkedésekre van szükség a gyümölcsök és zöldségek fogyasztásának propagálása érdekében.

Öröndetes tény ugyanakkor a cukortartalmú üdítőitalok napi fogyasztásában bekövetkezett nagyarányú csökkenés. Ebben szerepe lehet az ivóvízfogyasztást népszerűsítő iskolai programoknak (pl. Happy Hét), és/vagy a cukormentes üdítőitalok – nem túl kedvező – térnyerésének. Bár arra vonatkozóan nem végeztünk méréseket, hogy a diákok milyen gyakran fogyasztanak ún. light, zero vagy cukormentes üdítőitalokat, tény, hogy kereskedelmi adatok szerint Magyarországon az üdítőitalok és gyümölcslevek átlagos cukor- és kalóriatartalma 2010 óta 43%-kal csökkent, ezzel párhuzamosan a csökkentett kalóriatartalmú és kalóriamentes termékek aránya az alkoholmentes italokon belül 23%-ról 56%-ra emelkedett 2010–18 között (*Index 2019*). A csökkenés nemzetközi szinten is megfigyelhető volt, így a magyar fiatalok nem kerültek jobb pozícióba: az átlagnál kedvezőtlenebbek az arányszámaik. Fontos lenne továbbá a fiatalok számára nemcsak a cukortartalmú üdítőitalok csökkentését, hanem annak alternatívájaként kizárólag a vízfogyasztást népszerűsíteni. Ez viszont az iskolai mosdók és vízvételi helyek karbantartásával és vonzóvá tételével is összefügghet.

A teljes körű iskolai egészségfejlesztési program kitér az egészségi ismeretek oktatására, szakmai ajánlást fogalmazott meg a test- és szájhygiéné ápolására vonatkozóan (*EPSZA füzetek 2016*), és az iskola-egészségügyi ellátás keretében a tanulók rendszeres fogászati szűréseken vesznek részt. Ennek ellenére a naponta többször fogat mosó magyar fiatalok aránya mintegy másfél évtized alatt nem változott és napjainkra jelentősen elmarad a nemzetközi átlagtól. A magyar gyermekek fogainak állapota a legrosszabbak közé tartozik az iparosodott országok között (*OECD 2009*), sajnos több évtizedes problémát kellene megoldanunk ezen a téren.

A fiatalok fizikai aktivitásában pozitív változásokról tudunk hírt adni: a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően eleget mozgó serdülők aránya 2001/02-től napjainkig növekedett, főleg a lányok esetében. Az utóbbi években pedig nemzetközi viszonylatban már az átlagos szint felettiek a magyar fiatalok arányszámai. Bár nem lehetünk biztosak abban, hogy a kedvező változások egyértelműen a törvényi szabályozásoknak tudhatók be, de vitathatatlan, hogy a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény, a mindennapos testnevelést is előíró törvény hozzájárul a javuló tendenciákhoz. Ugyanakkor nem hagyhatjuk szó nélkül, hogy a kedvező tendencia ellenére még mindig igen alacsony számokról beszélünk.

Hasonlóan öröndetes, hogy a naponta dohányzó tanulók arányában 2010 és 2014 között egy nagyon erőteljes csökkenés következett be és ez megegyezik a nemzet-

közi trenddel. Sajnálatos azonban, hogy a nagymértékű csökkenés ellenére hazánkban nemzetközi szinten még mindig nagyon magas a legalább heti rendszerességgel dohányzók aránya (Inchley et al. 2016). A cigarettázásban megfigyelt nagymértékű csökkenést biztosan támogatta a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásáról szóló, 1999. évi XLII. törvény 2011-ben történt szigorítása. Ugyanakkor fontos lenne a törvényi szabályozás mellett további edukációs, szemléletformálási programokkal, stresszkezelési és társas készségfejlesztő programokkal megtrámogatni fiataljainkat.

Egy másik rizikómagatartás, a lerészegedés esetében eleinte növekedést, majd csökkenést tapasztaltunk, tehát összességében nem változott a helyzet 2001 és 2018 között. Ugyanakkor a fiúk és lányok közötti különbség látványosan csökkent 2014-re. A legtöbb HBSC-nemzet esetében azonban még erőteljesebb ez a trend, így hazánk még mindig sajnálatosan előkelő helyen áll az országok rangsorában (Inchley et al. 2016). Nemzetközileg a serdülőkori alkoholhasználat csökkenését magyarázhatják bizonyos szakmapolitikai változások (pl. az alkohol árának növelése), a serdülők alkohollal kapcsolatos attitűdjeinek és normáinak változása (pl. egyes országokban megnőtt a rohamszerű italozást – binge drinking – helytelenítők aránya, ill. csökkent a fiatalkori alkoholfogyasztást elfogadók aránya), valamint a szülői attitűdökben bekövetkezett változások (pl. restriktívebb hozzáállás az alkoholfogyasztással szemben, szülői bevonódás és monitorozás növekedése) (De Looze et al. 2015; Pape–Rossow–Brunborg 2018). Hazánkban tehát hasonló attitűdformálásra és szakmapolitikai döntésekre lenne szükség. A szerfogyasztás egészségét tekintve az elmúlt évtizedek jelentős nemzetközi tendenciája a lányok „felzárkózása” a fiúk mellé, amely véleményünk szerint célzott, specifikus prevenciósi tevékenységet igényelne.

A magyar serdülők egyik nemzetközi szinten legkedvezőtlenebb mutatója a szexuálisan aktív fiatalok aránya. Összességében 2001 és 2018 között emelkedő tendencia figyelhető meg. Sajnos a korai szexuális aktivitás növekedésével párhuzamosan a legutóbbi együttlét alkalmazásával kondomot használók aránya jelentős csökkenést mutatott 2010 és 2014 között. Vagyis több korai szexuális együttlét alacsonyabb védekezés mellett valósul meg. Ennek fényében a szexuális nevelésnek és felvilágosításnak talán a legfontosabb szerepet kellene kapnia a felső tagozatosokra irányuló egészségnevelési tevékenységek között. Az eredményekből világosan látszik, hogy a szexualitás témáját nem megfelelő hangsúllyal kezelik az iskolákban – vélhetően kompetencia- és az általános pedagógushiány okán sem.

Az iskolai légkör általános mutatója, vagyis az iskolájukat valamilyen mértékben szerető diákok aránya 2001/02-es és 2017/18-as adatok között nem változott jelentősen és a nemzetközi átlag körül mozgott. Az iskolai egészségfejlesztő programok általában viselkedésspecifikus intervenciók, és olyan személyes tényezőket céloznak meg, mint az ismeretek, attitűdök, éhatékonyság. Más intervenciók olyan strukturális tényezőkön próbálnak változtatni, mint pl. az egészségügyi szolgáltatások, de a tanulók iskolával való elégedettségét, az iskolai támogatást ritkán állítják középpontba a programok (Chapman et al. 2013), holott az iskola kedvelése a legtöbb egészség- és rizikómagatartással szorosan összefügg.

IRODALOM

- AHLUWALIA, N., DALMASSO, P., RASMUSSEN, M., LIPSKY, L., CURRIE, C., HAUG, E., ... & CAVALLO, F. (2015) Trends in Overweight Prevalence among 11-, 13- and 15-Year-olds in 25 Countries in Europe, Canada and USA from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, Vol. 25. Suppl. 2. pp. 28–32.
- ANDERSON, P. M. & BUTCHER, K. E. (2006) Childhood Obesity: Trends and Potential Causes. *The Future of Children*, Vol. 16. No. 1. pp. 19–45.
- ASZMANN, A. (2003, ed.) *Iskoláskorúak egészségmagatartása: Az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar „Nemzeti Jelentés”, 2002*. Budapest, Országos Gyermekégeszségügyi Intézet.
- AUDRAIN-MCGOVERN, J., RODRIGUEZ, D., RODGERS, K., CUEVAS, J., SASS, J. & RILEY, T. (2012) Reward Expectations Lead to Smoking Uptake among Depressed Adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 120. Nos 1–3. pp. 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.07.020>
- AVERY, L. & LAZDANE, G. (2008) What Do We Know about Sexual and Reproductive Health of Adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, Vol. 13. No. 1. pp. 58–70. <https://doi.org/10.1080/13625180701617621>.
- BRÄKER, A. B. & SOELLNER, R. (2016) Alcohol Drinking Cultures of European Adolescents. *European Journal of Public Health*, Vol. 26. No. 4. pp. 581–586. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw033>.
- BROWN, S. A., MCGUE, M., MAGGS, J., SCHULENBERG, J., HINGSON, R., SWARTZWELDER, S., ... & MURPHY, S. (2008) A Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics*, Vol. 121. Suppl. 4. pp. S290–S310. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243D>.
- CHAPMAN, R. L., BUCKLEY, L., SHEEHAN, M., SHOCHET, I. (2013) School-based Programs for Increasing Connectedness and Reducing Risk Behavior: A Systematic Review. *Educational Psychology Review*, Vol. 25. No. 1. pp. 95–114. <https://doi.org/10.1007/s10648-013-9216-4>.
- CURRIE, C., NIC GABHAINN, S., GODEAU, E., ROBERTS, C., SMITH, R., CURRIE, D., ... & BARNEKOW, V. (2008, eds) Inequalities in Young People's Health: HBSC International Report from the 2005/06 Survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 5. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- CURRIE, C., ROBERTS, C., MORGAN, A., SMITH, R., SETTERTOBULTE, W., SAMDAL, O. & RASMUSSEN W. B. (2004 eds) Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/02 Survey. (*Health Policy for Children and Adolescents*, No.4) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- CURRIE, C., SCHOU, L. & McQUEEN, D. V. (1989) Dental Health-Related Behaviour in Scottish Schoolchildren Aged 11, 13 and 15 from Edinburgh City. *Health Bulletin*, Vol. 47. No. 4. pp. 182–191.
- CURRIE, C., ZANOTTI, C., MORGAN, A., CURRIE, D., DE LOOZE, M., ROBERTS, C., ... & BARNEKOW, V. (2012, 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*, pp. 185–190). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- DE LOOZE, M., RAAIJMAKERS, Q., TER BOGT, T., BENDTSEN, P., FARHAT, T., FERREIRA, M. ... & PICKETT, W. (2015) Decreases in Adolescent Weekly Alcohol Use in Europe and North America: Evidence from 28 Countries from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, Vol. 25. Suppl. 2. pp. 69–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv031>.

- ELDERS, M. J., PERRY, C. L., ERIKSEN, M. P. & GIOVINO, G. A. (1994) The Report of the Surgeon General: Preventing Tobacco Use among Young People. *American Journal of Public Health*, Vol. 84. No. 4. pp. 543–547. <https://doi.org/10.2105/ajph.84.4.543>.
- ELLISON, M. A. (2003) Authoritative Knowledge and Single Women's Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 17. No. 3. pp. 322–347.
- EPSZA FÜZETEK (2016) Egészségfejlesztési Programelemekhez Szakmai Ajánlások, Test- és szájhygiéné. docplayer.hu/17226781-Egeszsegfejlesztesi-programelemekhez-szakmai-ajanlasok-test-es-szajhygiene.html. [Letöltve: 2019. 08. 29.]
- FISMEN, A. S., SMITH, O. R. F., TORSHEIM, T., RASMUSSEN, M., PEDERSEN PAGH, T., AUGUSTINE, L., ... & SAMDAL, O. (2016) Trends in Food Habits and Their Relation to Socioeconomic Status among Nordic Adolescents 2001/2002–2009/2010. *PLoS One*, Vol. 11. No. 2. e0148541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148541>. [Letöltve: 2019. 08. 29.]
- FUJITA, M., UENO, K. & HATA, A. (2009) Lower Frequency of Daily Teeth Brushing Is Related to High Prevalence of Cardiovascular Risk Factors. *Experimental Biology and Medicine*. (Maywood, N. J.) Vol. 234. No. 4. pp. 387–394. <https://doi.org/10.3181/0809-RM-265>
- GUO, J., COLLINS, L. M., HILL, K. G. & HAWKINS, J. D. (2000) Developmental Pathways to Alcohol Abuse and Dependence in Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 61. No. 6. pp. 799–808.
- HALLAL, P. C., VICTORA, C. G., AZEVEDO, M. R. & WELLS, J. C. K. (2006) Adolescent Physical Activity and Health: A Systematic Review. *Sports Medicine (Auckland, N. Z.)* Vol. 36. No. 12. pp. 1019–1030. <https://doi.org/10.2165/00007256-200636120-00003>.
- HONKALA, E., NYSSÖNEN, V., KNUUTTILA, M. & MARKKANEN, H. (1986) Effectiveness of Children's Habitual Toothbrushing. *Journal of Clinical Periodontology*, Vol. 13. No. 1. pp. 81–85.
- HONKALA, E., PARONEN, O. & RIMPELA, M. (1983) Familial Aggregation of Dental Health Habits in Finland. *The Journal of Pedodontics*, Vol. 7. No. 4. pp. 276–290.
- INCHLEY, J., CURRIE, D., COSMA, A. & SAMDAL, O. (2018, eds) *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2017/18 Survey*. St Andrews, Child and Adolescent Health Research Unit.
- INCHLEY, J., CURRIE, D., YOUNG, T., SAMDAHL, O., TORSHEIM, T., AUGUSTSON, L., ... & BARNEKOW, V. (2016, eds) *Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being*. *Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Index (2019) Index (MTI alapján): Feleannyi a cukor a hazánkban forgalmazott üdítőkben, mint 2010-ben. https://index.hu/gazdasag/2019/05/30/fele_annyi_a_cukor_az_uditokben_mint_2010-ben/. [Letöltve: 2019. 08. 28.]
- JANSSEN, I. & LEBLANC, A. G. (2010) Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School-aged Children and Youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, Vol. 7. No. 1., 40. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40>
- JARVIS, M. J. (2004) Why People Smoke. *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, Vol. 328. No. 7434. pp. 277–279. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7434.277>.
- JOYCE, H. D. & EARLY, T. J. (2014) The Impact of School Connectedness and Teacher Support on Depressive Symptoms in Adolescents: A Multilevel Analysis. *Children and Youth Services Review*, Vol. 39. pp. 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.005>.

- KOIVUSILTA, L., HONKALA, S., HONKALA, E. & RIMPELÄ, A. (2003) Toothbrushing as Part of the Adolescent Lifestyle Predicts Education Level. *Journal of Dental Research*, Vol. 82. No. 5. pp. 361–366. <https://doi.org/10.1177/154405910308200507>.
- KUNTSCHKE, E. N. (2004) Hostility among Adolescents in Switzerland? Multivariate Relations between Excessive Media Use and Forms of Violence. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 34. No. 3. pp. 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.05.001>.
- KUNTSCHKE, E. N., KNIBBE, R., GMEL, G. & ENGELS, R. (2006). "I drink spirits to get drunk and block out my problems..." Beverage Preference, Drinking Motives and Alcohol Use in Adolescence. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, Vol. 41. No. 5. pp. 566–573. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl046>
- LAMBERT, M., VERDUYCKT, P. & VAN DEN BROUCKE, S. (2002) Summary on the Literature on Young People, Gender and Smoking. In: M. LAMBERT, A. HUBLET, P. VERDUYCK, L. MAES & S. VAN DEN BROUCKE (2002) *Gender Differences in Smoking in Young People*. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion.
- LANGILLE, D. B., ASBRIDGE, M., CRAGG, A. & RASIC, D. (2015) Associations of School Connectedness with Adolescent Suicidality: Gender Differences and the Role of Risk of Depression. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, Vol. 60. No. 6. pp. 258–267. <https://doi.org/10.1177/070674371506000604>.
- MAGNUSSON, C. & TROST, K. (2006) Girls Experiencing Sexual Intercourse Early: Could It Play a Part in Reproductive Health in Middle Adulthood? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 27. No. 4. pp. 237–244.
- MILES, L. (2007) Physical Activity and Health. *Nutrition Bulletin*, Vol. 32. No. 4. pp. 314–363.
- MRUG, S., GAINES, J., SU, W. & WINDLE, M. (2010) School-level Substance Use: Effects on Early Adolescents' Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 71. No. 4. pp. 488–495. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.488>.
- NÉMETH Á. (2007, ed.) *Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felmérésének Nemzeti jelentése*. Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- NÉMETH Á. & KÖLTŐ A. (2011, eds) *Serdülőkori fiatalok egészséges életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- NÉMETH Á. & KÖLTŐ A. (2016, eds) *Egészség és Egészségmagatartás Iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- OLIVEIRA, C. DE, WATT, R. & HAMER, M. (2010) Toothbrushing, Inflammation, and Risk of Cardiovascular Disease: Results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal*, Vol. 340. c2451. <https://doi.org/10.1136/bmj.c2451>
- OECD (2009) Organization For Economic Co-operation and Development Dental Health among Children. In: *Health at a Glance 2009. OECD Indicators*. Paris, OECD. pp. 34–35.
- ØVERLAND, S., AARØ, L. E. & LINDBAK, R. L. (2010) Associations between Schools' Tobacco Restrictions and Adolescents' Use of Tobacco. *Health Education Research*, Vol. 25. No. 5. pp. 748–756. <https://doi.org/10.1093/her/cyq023>.

- PAPE, H., ROSSOW, I. & BRUNBORG, G. S. (2018) Adolescents Drink Less: How, Who and Why? A Review of the Recent Research Literature. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 37. Suppl. 1. pp. S98–S114. <https://doi.org/10.1111/dar.12695>
- PERES, M. A., SHEIHAM, A., LIU, P., DEMARCO, F. F., SILVA, A. E. R., ASSUNÇÃO, M. C., ... & PERES, K. G. (2016) Sugar Consumption and Changes in Dental Caries from Childhood to Adolescence. *Journal of Dental Research*, Vol. 95. No. 4. pp. 388–394. <https://doi.org/10.1177/0022034515625907>
- POULIN, C. & GRAHAM, L. (2001) The Association between Substance Use, Unplanned Sexual Intercourse and Other Sexual Behaviours among Adolescent Students. *Addiction (Abingdon, England)*, Vol. 96. No. 4. pp. 607–621. <https://doi.org/10.1080/09652140020031656>.
- PROKHOROV, A. V., WINICKOFF, J. P., AHLUWALIA, J. S., OSSIP-KLEIN, D., TANSKI, S., LANDO, H. A., ... & TOBACCO CONSORTIUM, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS CENTER FOR CHILD HEALTH RESEARCH (2006) Youth Tobacco Use: A Global Perspective for Child Health Care Clinicians. *Pediatrics*, Vol. 118. No. 3. pp. e890–903. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0810>.
- RASMUSSEN, M., DAMSGAARD, M. T., HOLSTEIN, B. E., POULSEN, L. H. & DUE, P. (2005) School Connectedness and Daily Smoking among Boys and Girls: The Influence of Parental Smoking Norms. *European Journal of Public Health*, Vol. 15. No. 6. pp. 607–612. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki039>
- ROSSEN, F. V., LUCASSEN, M. F. G., FLEMING, T. M., SHERIDAN, J. & DENNY, S. J. (2016) Adolescent Gambling Behaviour, a Single Latent Construct and Indicators of Risk: Findings from a National Survey of New Zealand High School Students. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, Vol. 6. No. 1. p. 7. <https://doi.org/10.1186/s40405-016-0017-9>.
- SIGMUNDOVÁ, D., EL ANSARI, W., SIGMUND, E. & FRÖMEL, K. (2011) Secular Trends: A Ten-Year Comparison of the Amount and Type of Physical Activity and Inactivity of Random Samples of Adolescents in the Czech Republic. *BMC Public Health*, 11: 731. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-731>
- SOELLNER, R., GÖBEL, K., SCHEITHAUER, H. & BRÄCKER, A. B. (2014) Alcohol Use of Adolescents from 25 European Countries. *Journal of Public Health*, Vol. 22. 1. pp. 57–65. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0593-4>.
- SOMHEGYI A. (2016) Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, Vol. II. No. 4. pp. 61–80. Doi 10.18458/KB.2016.4.61
- STORY, M., NEUMARK-SZTAINER, D., & FRENCH, S. (2002) Individual and Environmental Influences on Adolescent Eating Behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 102. Suppl. 3. pp. S40–51.
- STRONG, W. B., MALINA, R. M., BLIMKIE, C. J. R., DANIELS, S. R., DISHMAN, R. K., GUTIN, B., ... & TRUDEAU, F. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, Vol. 146. No. 6. pp. 732–737. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.01.055>.
- THACHER, J. D., SCHULTZ, E. S., HALLBERG, J., HELLBERG, U., KULL, I., THUNQVIST, P., ... & BERGSTRÖM, A. (2018) Tobacco Smoke Exposure in Early Life and Adolescence in Relation to Lung Function. *The European Respiratory Journal*, Vol. 51. No. 6. pii: 1702111. <https://doi.org/10.1183/13993003.02111-2017>.
- VERECKEN, C., PEDERSEN, T. P., OJALA, K., KRÖLNER, R., DZIELSKA, A., AHLUWALIA, N., ... & KELLY, C. (2015) Fruit and Vegetable Consumption Trends among Adolescents from 2002 to 2010 in 33 Countries. *European Journal of Public Health*, Vol. 25. Suppl. 2, pp. 16–19. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv012>

- VOGEL, M., REES, C. E., MCCUDDY, T. & CARSON, D. C. (2015) The Highs That Bind: School Context, Social Status and Marijuana Use. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 44. No. 5. pp. 1153–1164. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0254-8>.
- WHO (2007) World Health Organization: Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2006–2015: Breaking the Chain of Transmission. Geneva, WHO.
- WHO (2015) World Health Organization Regional Office of Europe: European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2017) World Health Organization Regional Office of Europe: Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva, WHO.
- ZIMMERMANN, H., ZIMMERMANN, N., HAGENFELD, D., VEILE, A., KIM, T. S. & BECHER, H. (2015) Is Frequency of Tooth Brushing a Risk Factor for Periodontitis? A Systematic Review and Meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Vol. 43. No. 2. pp. 116–127. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12126>.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

A SZERFOGYASZTÁS RIZIKÓTÉNYEZŐI KÖZÉPISKOLÁSOK KÖRÉBEN

ELEKES ZSUZSANNA

Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet

A tanulmány első része a középiskolában tanuló fiatalok dohányzási, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásaiban bekövetkezett hosszú távú változásokat elemzi az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) 1995–2015 közötti időszakra vonatkozó adatai alapján, nemzetközi összehasonlításban. Ezt követően azt vizsgáljuk, hogy a főbb társadalmi-demográfiai tényezők (nem, iskola típusa, székhelye, szülők iskolai végzettsége, család típusa) mennyire befolyásolja a fiatalok fogyasztási szokásait és a veszélyesebb fogyasztási formák kialakulását. Végül néhány egyéb veszélyeztető/védő-óvó tényező (szabadidő, baráti és családi integráltság) és a szerfogyasztás kapcsolatát vizsgáljuk.

Kulcsszavak: középiskolások, szerfogyasztás, trendek, rizikótényezők, társadalmi különbségek

The paper presents the long-run changes in tobacco, alcohol and other drug use of secondary school children based on the ESPAD surveys (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) between 1995–2015 in international comparison. The second part of the paper discusses the effects of different socio-demographic factors (gender, school type, settlement of school, parent's education level and family structure). Finally, we examine the effects of other risk and protective factors (leisure time activities, family and peer-group integration) on substance use of the young.

Keywords: secondary school, substance use, trends, risk factors, social differences

Bevezetés

Az ESPAD program (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) 1995-ben indult azzal a céllal, hogy 4 évente rendszeresen ismétlődően időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön középiskolában

Levelező szerző: Elekes Zsuzsanna, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet, 1093 Budapest, Közraktár u. 4–6. E-mail: zsuzsanna.elekes@uni-corvinus.hu

tanuló 16 éves fiatalok szerfogyasztási szokásairól, az azokban bekövetkezett változásokról. Eddig hat adatfelvételre került sor, és 2019-ben zajlik a hetedik adatfelvétel. A program változó számban 30-35 európai ország közreműködésével zajlik, és 25 olyan európai ország van (köztük Magyarország is), amely eddig valamennyi adatfelvételben részt vett és így immár egy 20 évet átölelő időszakra vonatkozóan rendelkezik információkkal a főbb szerfogyasztási formák alakulásáról (*Hibell et al. 2012; The ESPAD Group 2016*).

Az adatfelvételek az adott évben 16 évesek országos reprezentatív mintáján készülnek önkitöltős módszerrel, osztályos lekérdezéssel, országonként átlagosan 2400 fős nettó mintán. Az osztályos lekérdezés következtében Magyarországon azok a középiskolai évfolyamok kerülnek be a mintába, ahol a 16 évesek az adatfelvétel idején a legnagyobb arányban tanulnak. Így 2015-ben a 9-10. évfolyamosok országos reprezentatív mintáját vizsgáltuk (teljes nettó minta: 6660 fő).

A következőkben először a hazai, középiskolában tanuló fiatalok dohányzási, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásaiban bekövetkezett hosszú távú változásokat mutatjuk be az 1995–2015 közötti időszakra vonatkozóan, nemzetközi összehasonlításban. Ezt követően a 2015. évi adatok alapján azt vizsgáljuk, hogy a főbb társadalmi-demográfiai tényezők (iskola típusa, székhelye, szülők iskolai végzettsége, család típusa) mennyire befolyásolják a fiatalok fogyasztási szokásait és a veszélyesebb fogyasztási formák kialakulását. Bemutatjuk, hogy a különböző veszélyeztető és védő-óvó tényezők (szabadidő, baráti és családi integráltság) milyen kapcsolatban állnak a szerfogyasztással.

A trendeket a nemzetközi elemzésekben is részt vevő 16 éves középiskolások mintáján vizsgáljuk. A társadalmi tényezők hatását a 2015. évi adatfelvételben részt vett valamennyi 9–10. évfolyamos diák adatai alapján mutatjuk be.

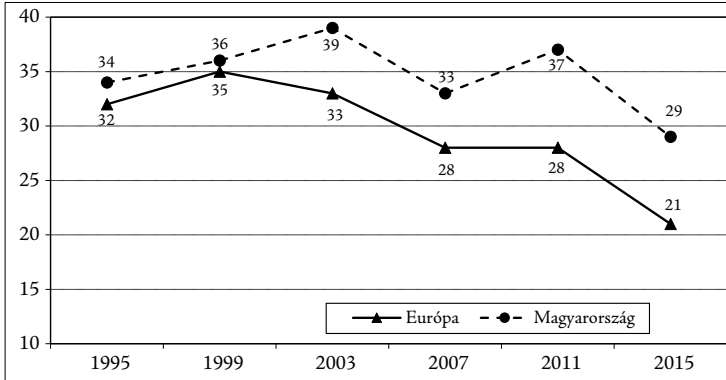
Trendek

Dohányzás

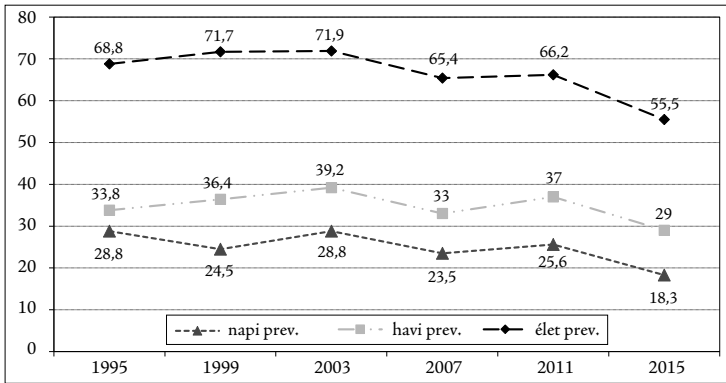
Az ESPAD-kutatások valamennyi adatfelvételében részt vevő országok adatai alapján a dohányzást valaha kipróbálók aránya 1995 és 1999 között stabil volt, majd először lassabb, az utóbbi években pedig egyre határozottabb ütemben csökkent. Az előző hónapban és a napi rendszerességgel dohányzók aránya a 90-es években szintén nőtt, 1999-et követően azonban ezek a mutatók is határozottan javulni kezdtek, azaz a dohányzás minden mutatója mérséklődött 1999 és 2015 között az európai 16 éves, iskolában tanuló fiatalok körében. 2015-ben az európai fiataloknak már 54%-a soha nem próbálta ki a dohányzást. Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy míg a 90-es évek közepén a fiúk körében egyértelműen elterjedtebb volt a dohányzás, mint a lányok között, mára Európa-szerte eltűntek a dohányzás nemi különbségei (*The ESPAD Group 2016*).

Magyarországon a kedvező fordulat valamivel később, 2003 után következett be, és nem is volt folyamatos a javuló tendencia. A 2015. évi adatfelvétel eredményei azt mutatták, hogy az egész 20 éves időszakot tekintve ekkor volt a legalacsonyabb a valaha, az előző hónapban és a napi rendszerességgel dohányzók aránya is.

A javuló tendencia egyaránt megfigyelhető a lányoknál és a fiúknál is. A 2015. évi adatok alapján azonban a 16 éves magyar fiataloknak még mindig 18,3%-a napi rendszerességgel dohányzik (lányok: 17,4%, fiúk: 19,1%), az előző hónapban dohányzók aránya



1. ábra: Az előző 30 naponban legalább egyszer dohányzók aránya a 16 évesek között Magyarországon és az európai átlag (valamennyi adatfelvételben részt vevő országok adatai) (Saját szerkesztés *The ESPAD Group 2016* alapján)



2. ábra: A dohányzás főbb prevalenciaértékeinek változása a 16 éveseknél Magyarországon 1995–2015 között (%) (*Elekes 2016: 24*)

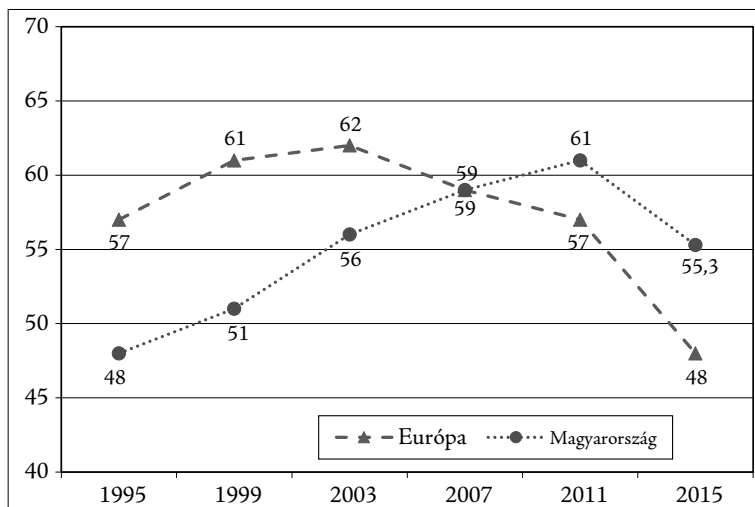
pedig 29% (lányok: 29,9%, fiúk: 28,2%). Ez azt jelenti, hogy valamennyi vizsgált mutató alapján a magyar fiatalok körében a dohányzás még mindig jóval meghaladja az európai átlagot (*Elekes 2016*).

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztást az ESPAD-kutatás a fogyasztás különböző időszakokra vonatkozó gyakoriságával, az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol mennyiségével, valamint a problémásabb fogyasztást jelző nagyivás¹ és a lerészegedés gyakoriságával méri.

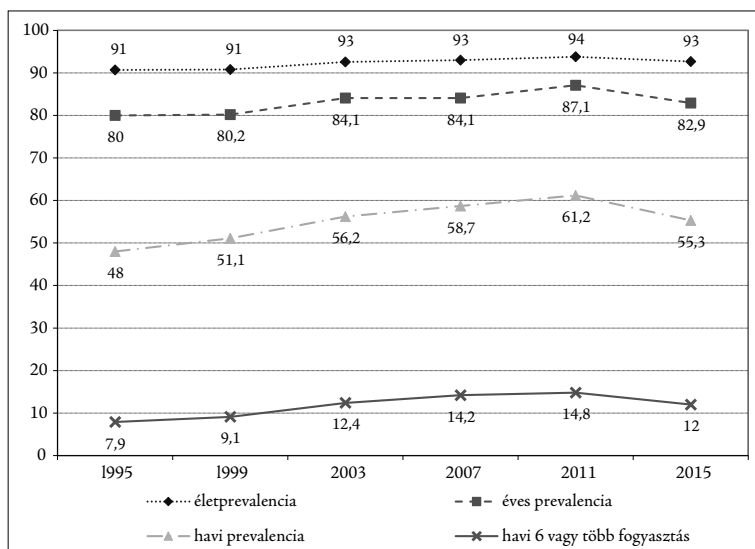
Az ESPAD-kutatások valamennyi adatfelvételében részt vevő országok adatai alapján az eddigi életben, illetve a kérdezést megelőző hónapban alkoholt fogyasztók aránya

¹ Nagyivásnak a kutatás a legalább öt ital egymás után történő elfogyasztását tekintette, amikor egy ital 5 dl sört vagy 1,5 dl bort vagy fél dl töményt jelentett, azaz a tiszta szesz tartalom alapján közelített a 20 milliliter (16 gramm) standard italhoz.



3. ábra: Az előző hónapban alkoholt fogyasztók arányának változása Magyarországon és az európai átlag 1995–2015 (valamennyi adatfelvételben részt vevő országok adatai) (Saját szerkesztés *The ESPAD Group 2016* alapján)

1995–2003 között határozottan nőtt, 2003-at követően pedig – különösen az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya – jelentősen mérséklődött. A valaha alkoholt fogyasztók aránya a fiúk és a lányok között nem különbözött a 20 év alatt, az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya alapján pedig a korábban sem jelentős *fiú-lány különbség eltűnni látszik* (*The ESPAD Group 2016*).



4. ábra: Az alkoholfogyasztás főbb prevalenciaértékeinek változása 16 éveseknél Magyarországon 1995–2015 között (%) (*Elekes 2016: 44*)

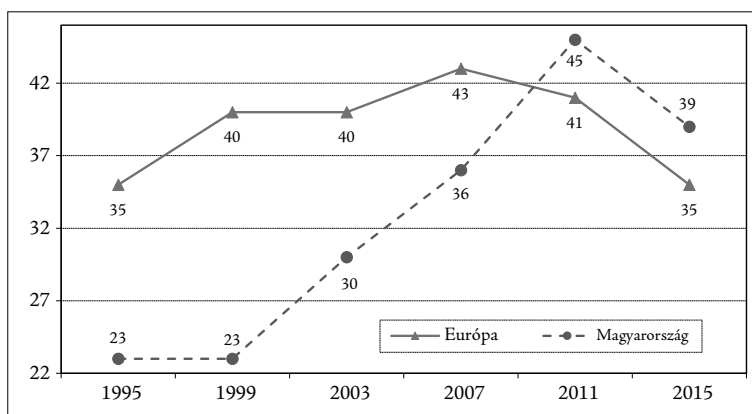
Magyarországon az alkoholfogyasztás főbb mutatói, eltérően az Európa egészét jellemző trendektől, egészen 2011-ig folyamatosan növekedtek, és csak a 2015. évi adatfelvétel jelezte először a trendek megváltozását. Ez azt is eredményezte, hogy míg a kilencvenes években a magyar 16 évesek alkoholfogyasztása – a gyakorisági adatok alapján – még jelentősen elmaradt számos európai társukéhoz képest, addig 2011-ben és 2015-ben az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya már meghaladta az európai átlagot.

2015-ben a magyar 16 évesek 55,3%-a fogyasztott valamilyen alkoholtartalmú italt a kérdezést megelőző hónapban, és 12% legalább hat alkalommal ivott az előző hónapban (Elekes 2016).

Az előző hónapban fogyasztók aránya alapján 1995 és 2007 között a fiúk és a lányok közötti különbségek eltűnni látszottak, de az elmúlt évek javuló tendenciája a lányokat jobban érintette. Így ma a gyakorisági mutatók alapján a lányokra mérsékeltbb alkoholfogyasztás jellemző, mint a fiúkra.

Az utolsó fogyasztási alkalomra vonatkozó mennyiségi adatok alapján kevésbé kedvező tendencia rajzolódik ki: a fiatalok által egy alkalommal elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége tiszta szesze átszámolva 2007-től folyamatosan és határozottan nő Magyarországon. A 2007. évi 50,65 ml/főről 2015-ben az egy fogyasztó által egy alkalommal elfogyasztott alkohol tiszta szesze számított mennyisége átlagosan 74,4 ml/főre emelkedett. A növekedés valamennyi italfajtánál megfigyelhető, de a legnagyobb mértékű az alcopopnál² és a tömény italnál volt. Mindez pedig arra utal, hogy a diákok 2015-ben ritkábban fogyasztottak alkoholt, mint a korábbi adatfelvételek során, de amikor ittak, akkor egyszerre sokkal nagyobb mennyiséget, mint amit a korábbi években fogyasztottak.

A fiatalokra különösen jellemző „nagyívás” növekedése Európa-szerte 2007-ig tartott, azaz tovább, mint az alkoholfogyasztás általános terjedése. Az európai átlagot tekintve az előző hónapban nagyívók aránya 2007-ben volt a legmagasabb, azóta azonban jelentős mérséklődés következett be. A 2015. évi prevalenciaérték megegyezik az időszak kezdetét jelentő 1995. évi értékkel.



5. ábra: Az előző havi nagyívás arányának változása Magyarországon és az európai átlag 1995–2015 (valamennyi adatfelvételben részt vevő országok adatai) (Saját szerkesztés ESPAD 2015 alapján)

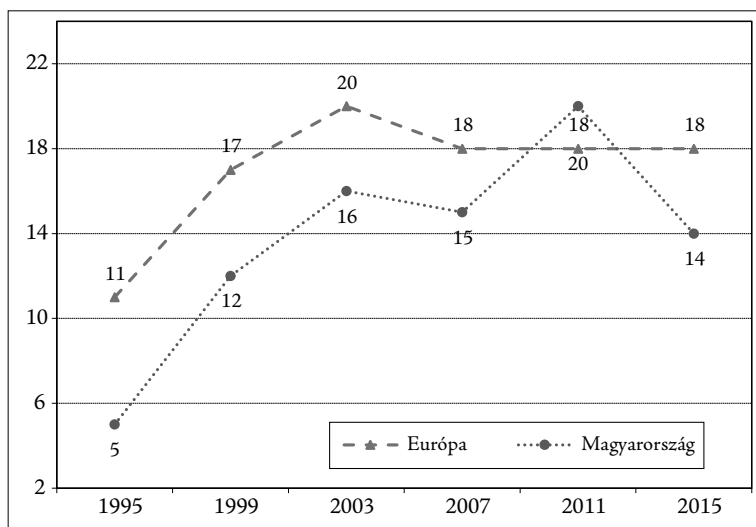
² Előre összekeverten árusított alkoholtartalmú üdítőital

A kilencvenes években a nagyívás alig volt jellemző a magyar fiatalokra. 1999–2011 között azonban közel kétszeresére nőtt a megelőző hónapban legalább egyszer nagyívók aránya. Más mutatókhoz hasonlóan, a trendváltás itt is később következett be nálunk, mint sok más európai országban.

A nagyívás trendje a fiúknál és a lányoknál is megváltozott. És míg az alkoholfogyasztás több más mutatója arra utal, hogy a nemek közötti különbségek nem jelentősek, addig a nagyívás már egyértelműen a fiúkat jellemzi inkább.

Egyéb drogok

A tiltott szereket³ valaha kipróbálók aránya Európa egészében közel megduplázódott 1995 és 2003 között. A 2003. évi csúcspont után enyhe csökkenés, majd stabilizálódás következett be. Az utolsó adatfelvétel eredményei szerint Európa 16 éveseinek 18%-a próbált már ki valamilyen tiltott szert az élete során, amely arány még mindig jelentősen meghaladja az 1995. évi adatokat. A tiltott szerfogyasztásban és így a trendek alakulásában is meghatározó a kannabisz fogyasztása valamennyi európai országban. A rendszerváltó országok többségében a tiltott szerek fogyasztása kisebb elterjedtségű volt az időszak kezdetén, majd a növekedés nagyobb mértékű volt és tovább is tartott, mint Nyugat-Európa számos országában. A tiltott szerek és a kannabisz használata is a fiúk körében elterjedtebb volt, mint a lányok között a vizsgált időszak egészében, viszont az elmúlt évek javuló tendenciája elsősorban a fiúk fogyasztásában bekövetkezett visszaesésnek köszönhető (The ESPAD Group 2016).

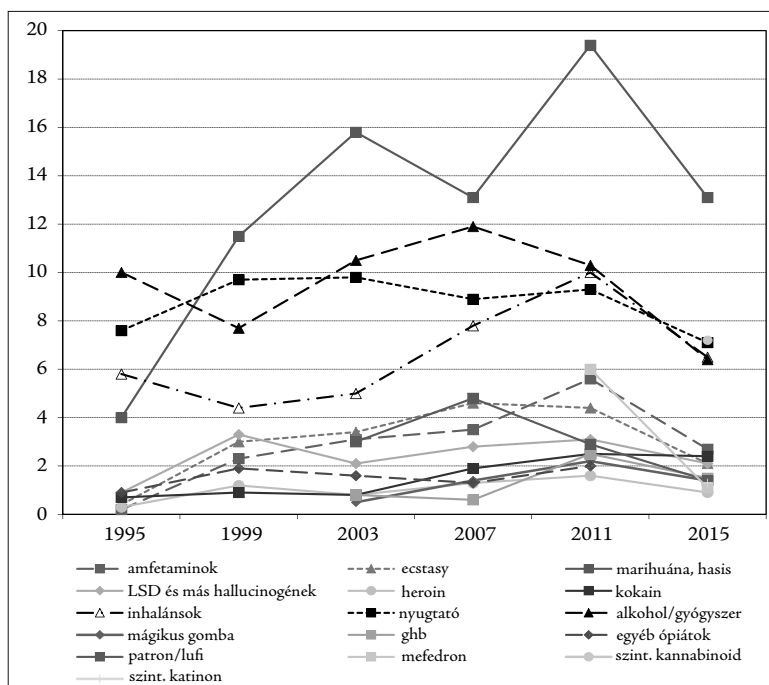


6. ábra: A tiltott szereket valaha kipróbálók arányának változása Magyarországon és az európai átlag 1995–2015 (valamennyi adatfelvételen résztvevő országok adatai) (Saját szerkesztés ESPAD 2015 alapján)

³ Tiltott szerek közé az ESPAD-ban kezdetektől megkérdezett, és valamennyi ESPAD-beszámolóban tiltott szerek között szereplő drogot soroltuk: marihuána/hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, heroin.

Az ESPAD kezdetén, 1995-ben Magyarországon a tiltott szereket valaha kipróbálók aránya alig fele volt az európai átlagnak. *A fogyasztás terjedése nagyobb ütemű volt és tovább tartott, mint Európa egészében. 1995–2011 között Magyarországon megnégyszereződött a tiltott szereket valaha kipróbálók aránya a 16 évesek körében. Bár e tekintetben soha nem tartoztunk Európa vezető országai közé, a 2011. évi magyar kipróbálási arány 4 százalékponttal meghaladta az európai átlagot. A 2015. évi adatok nálunk is a trend kedvező változását jelzik.*

A marihuána életprevalencia-értéke 1995 és 2011 között (némi visszaeséssel 2007-ben) folyamatosan emelkedett, a kezdeti 4%-ról 19,4%-ra nőtt 2011-ben, majd 2015-ben 6,3 százalékponttal csökkent az érték. A marihuána esetében az előző hónapban fogyasztók aránya is csökkent 2011 és 2015 között. *A nyugtatók/altatók orvosi javaslat nélkül és az alkohol gyógyszerrel való fogyasztása, valamint a szipuzás, a marihuánát követő legerjedtebben használt szerek voltak 1995 és 2015 között.* Az összes többi szer életprevalencia-értéke viszonylag alacsony szinten volt a vizsgált időszakban. *2011 és 2015 között minden szer esetében csökkenés volt megfigyelhető. A dizájner drogok⁴ elterjedtségét 2015-ben vizsgáltuk először, így ezek változásáról egyelőre nincs információnk. Mindenképpen figyelemre méltónak tartjuk, hogy 2015-ben a magyar 16 éves fiatalok körében az életprevalencia-értékek alapján a második legerjedtebb szerfogyasztási formává a szintetikus kannabinoidok fogyasztása vált. Ugyanakkor a 16 évesekre vonatkozó európai*



7. ábra: Tiltott és legális szerek életprevalencia-értéke 1995 és 2015 között Magyarországon a 16 éves diákok körében (%)

⁴ A dizájner drogok elnevezés a szintetikus kannabinoidok és a szintetikus katinonok használatát foglalja magában.

adatok alapján a magyar fiúk körében a dizájner drogok használata nem kiemelkedően magas és nem kiemelkedően alacsony, az európai átlagnak megfelelően alakul.

A tiltott szerek, droghasználati célú szerek⁵ és dizájner drogok használata elterjedtebb a fiúk között, a különböző gyógyszerek orvosi recept nélküli használata pedig inkább a lányokra jellemző. *A javuló tendencia mindkét nemnél hasonló mértékben következett be (Nyírády 2016).*

A főbb társadalmi-demográfiai tényezők kapcsolata a szerfogyasztással

A társadalmi-demográfiai tényezők hatását a 2015. évi adatfelvétel 9-10. évfolyamosokra vonatkozó adatai alapján mutatjuk be.

Társadalmi-demográfiai változók közül az iskola típusát, az iskola székhelyét, a család lakóhelyét, a család szerkezetét, a szülők iskolai végzettségét, valamint a család szubjektív anyagi helyzetét vizsgáltuk.

A dohányzást a valaha dohányzók, az előző hónapban dohányzók és a napi rendszerességgel dohányzók aránya alapján elemeztük. Az alkoholfogyasztás mutatói közül az előző hónapban fogyasztók, az előző hónapban nagyivók arányát, valamint az utolsó alkalommal elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyiségét vizsgáltuk. Az egyéb drogok fogyasztásának főbb mutatóiként a tiltott szerek, valamint az összes egyéb drog⁶ fogyasztásának az életprevalencia-értékét vontuk be az elemzésbe.

Az iskola

Az iskola típusa a dohányzás és az egyéb drogfogyasztás valamennyi mutatójával szignifikáns kapcsolatot mutat. Az alkoholfogyasztás mutatói közül a nagyivás és a fogyasztott mennyiség különbözik jelentősen iskolatípusok szerint. *A gimnáziumban tanuló diákok között kevesebb a dohányzást kipróbáló, az alkalmi dohányzó és a napi rendszerességgel cigarettát szívó. A rendszeres dohányzás is valamivel később kezdődik náluk, mint más iskolákban tanuló társaiknál. A gimnáziumban tanulók körében kisebb arányú a lerészegedés és a nagyivás, és kisebb az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége is. Ebben az iskolatípusban tanulók körében a legkevésbé elterjedt az egyéb drogok különböző típusainak a fogyasztása is. A dohányzás, az alkoholfogyasztás problémásabb formái és az egyéb drogfogyasztás is a legelterjedtebb a szakiskolákban, ahol a fiatalok háromnegyede kipróbálta már a cigarettát és közel minden második fiatal napi rendszerességgel dohányzik. Az itt tanuló diákok 59%-a számolt be előző havi nagyivásról és kiemelkedően magas az általuk elfogyasztott alkohol egy főre jutó mennyisége is. Ebben az iskolatípusban az összes egyéb drog valamelyik fajtáját a megkérdezettek közel egyharmada, ezen belül tiltott szereket 26,2% próbált ki az élete során.*

Az iskola székhelye a dohányzással nem, a lerészegedéssel, az elfogyasztott alkohol mennyiségével és az egyéb drogfogyasztással viszont szignifikáns összefüggést mutat. A nagyivás elterjedtebb a vidéki középiskolákban, viszont az utolsó alkalommal el-

⁵ Droghasználati célú szerfogyasztásnak tekintjük az „ESPAD-tiltott szereken” kívül a mágikus gomba, GHB, egyéb opiátok (pl. máktea), szerves oldószerek, patron/lufi és a mepredron használatát.

⁶ Az összes egyéb drog kategóriája tartalmazza a droghasználati célú szereket, a dizájner drogokat és az orvosi recept nélküli nyugtató/altató drogfogyasztását.

fogyasztott alkohol mennyisége a Budapesten tanuló diákok között magasabb, mint vidéken. Budapesten az egyéb drogok fogyasztása jóval nagyobb mértékű, mint a vidéki középiskolákban. A család lakóhelye a rendszeresebb dohányzásra és az egyéb drogfogyasztásra vonatkozó mutatókkal van szignifikáns kapcsolatban, ennek alapján azonban azt találjuk, hogy a *dohányzás a községekben élők között, az egyéb drogok fogyasztása pedig a fővárosban élők között a legelterjedtebb*. Az alkoholfogyasztást nem befolyásolja a család lakóhelye.

A család

Az eddig készült valamennyi ESPAD-vizsgálatban azt tapasztaltuk, hogy *a szerfogyasztás minden formája stabilan szoros kapcsolatban van a családszerkezettel*. Azok a fiatalok, akiket mindkét édes szülő együtt nevel, sokkal kisebb arányban próbálják ki a cigarettát, kisebb közöttük a havi vagy napi rendszerességgel dohányzók aránya. Közöttük ritkább a nagyivás, a lerészegedés, alacsonyabb a fogyasztott alkohol mennyisége és még az előző hónapban ivók aránya is kisebb. Azok a fiatalok, akik mindkét édes szülővel együtt élnek, lényegesen kevésbé fogyasztanak bármilyen drogot, mint a mozaikcsaládban vagy csonka családban élő társaik. Azok a diákok, akiknek a nevelésében nem vesz részt édes szülő (a diákok 7,2%-a tartozik ebbe a csoportba) a legveszélyeztetettebbek közé tartoznak. Ebben a csoportban a megkérdezettek fele dohányzott az előző hónapban és 40,6% napi rendszerességgel dohányzik. A nagyivás és az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége is az édes szülő nélkül nevelkedő fiatalok között a legnagyobb arányú. Ugyanakkor az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya náluk a legkisebb. Ennek alapján azt valószínűsítjük, hogy ezek a diákok egyrészt ritkábban isznak a társaiknál, de amikor alkoholt fogyasztanak, az mértéktelenebb formát ölt, mint a többieknél. Az édesszülő nélkül nevelkedők körében kétszer akkora (30,4%) a tiltott szereket kipróbálók aránya, mint a teljes családban nevelkedők között. A mozaikcsaládban vagy egyszülős családban élők szintén nagyobb valószínűséggel próbálnak ki egyéb drogot, mint a teljes családban élők.

Az apa és az anya iskolai végzettsége szintén szignifikáns kapcsolatban van a dohányzással, ugyanakkor nem mutatott egyértelmű összefüggést a fiatalok alkoholfogyasztási szokásaival. Hasonlóan, nem egyértelmű a különbség az egyéb drogok fogyasztása tekintetében. A magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekei között kevesebb az alkalmi és a rendszeres dohányzó, és ha dohányoznak, akkor is későbbi életkorban kezdik el a rendszeres dohányzást, mint a többiek. *Minél alacsonyabb a szülő iskolai végzettsége, annál elterjedtebb a dohányzás a gyerekek között.* Az alkoholfogyasztással kapcsolatos eredmények azt mutatják, hogy az anya iskolai végzettsége valamennyi vizsgált mutatóval, az apa iskolai végzettsége pedig az előző hónapban alkoholt fogyasztók arányával, a nagyivással és a fogyasztott mennyiséggel is szignifikáns kapcsolatban van. Bár az előző hónapban alkoholt fogyasztók aránya a legalacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyerekeinél, valamint a szülei iskolai végzettségét nem ismerők között a legalacsonyabb, a problémásabb alkoholfogyasztásra utaló mutatók a magasabb iskolai végzettségű szülők gyerekeinél kedvezőbbek, azaz a felsőfokú végzettségű szülők gyerekeinél ritkábban fordul elő nagyivás, és kisebb az elfogyasztott mennyiség is, mint a középfokú vagy ennél alacsonyabb végzettségű szülők gyerekeinél. A korábbi adatfelvételek során azt tapasztaltuk, hogy azok a diákok, akik nem ismerik szülei iskolai végzettségét (feltehetően nincs, vagy csak gyenge kapcsolat fűzi őket a szülőkhöz) a többiekhez képest problémásabb alkoholfogyasztók voltak. A 2015. évi adatok alapján

azt látjuk, hogy a szüleiket nem ismerők alkoholmutatói kedvezőbbek, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekeié.

Az egyéb drogok fogyasztása és a tiltott szer fogyasztás is hasonló mértékben elterjedt bármilyen végzettségű apa esetén. Az anya iskolai végzettsége szintén nem mutat egyértelmű kapcsolatot a fiatalok egyéb drogfogyasztásával. Csupán az összes egyéb drog fogyasztásánál találtunk enyhe kapcsolatot, amely arra utal, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű anyák gyerekeinél valamelyest elterjedtebb az egyéb drogok fogyasztása, mint a felsőfokú végzettségűeknél.

Hasonló irányú kapcsolatot mutat a szubjektív anyagi helyzet is: bár a család anyagi helyzetét átlagosnak vagy átlag felettinek tartók dohányzási szokása nem különbözik jelentősen, azok a diákok, akik a családjuk anyagi helyzetét átlag alattinak ítélték, nagyobb arányban dohányoznak alkalmilag és rendszeresen, valamint korábban is kezdik el a rendszeres dohányzást, mint a többiek. Hasonló tendenciák figyelhetők meg az alkoholfogyasztás és a szubjektív anyagi helyzet között: az átlagos vagy az átlagnál valamivel jobb anyagi helyzetben lévő fiatalok között a legtrikább a nagyivás, és ők fogyasztják el a legkisebb mennyiséget is. Az átlag alatti anyagi helyzetben élők körében a legnagyobb az egy alkalommal elfogyasztott mennyiség, viszont a legjobb anyagi helyzetben élők között a legelterjedtebb a nagyivás. A család szubjektív, a megkérdezett diák által érzékelt, anyagi helyzete az egyéb drogfogyasztással is hasonló kapcsolatot mutat: a család anyagi helyzetét átlag alattinak érzékelő diákok körében az összes egyéb drogfogyasztás és a tiltott drogok fogyasztása is elterjedtebb, mint az átlagos vagy annál jobb anyagi helyzetűek között.

A trendekben bekövetkezett kedvező változások a dohányzás esetében minden társadalmi csoportban megfigyelhetők és hasonló mértékűek voltak. A javuló tendenciák az alkoholfogyasztás főbb mutatói esetében is megtalálhatóak minden vizsgált társadalmi csoportban. Ugyanakkor a dohányzástól eltérően a javulás különböző mértékű volt: nagyobb arányú a javulás a gimnáziumban tanuló, fővárosban élő, felsőfokú végzettségű apával rendelkező diákoknál. A tiltott szerek és droghasználati célú szerek fogyasztásában bekövetkezett csökkenés szintén minden társadalmi csoportban megfigyelhető, különösen jelentős mértékű volt azonban a vidéki iskolákban, ahol harmadával estek vissza az életprevalencia-értékek a korábbi adatokhoz képest. A budapesti iskolákban a csökkenés kisebb mértékű, körülbelül 20%-os.

Egyéb rizikótényezők

A továbbiakban néhány egyéb, a fiatalok fogyasztási szokásait befolyásoló tényező hatását vizsgáljuk az előző havi dohányzás, alkoholfogyasztás, nagyivás, valamint az eddigi életben történt tiltott és összes egyéb drogfogyasztás gyakoriságának alakulására.

A vizsgált változók:

Iskolai lógás napjainak száma az előző hónapban. Ezt a mutatót az ESPAD-kutatások kezdetétől az iskolához való kötődés hiánya, illetve a problémás viselkedés indikátoraként használtuk. A mutató 1 és 6 közötti értéket vehet fel, ahol 1 = nem hiányzott, 6 = 7 vagy több napot hiányzott.

A szülőkhöz és a barátokhoz fűződő viszonytal való elégedetlenség mértéke. A családi élet és a baráti kapcsolatok minőségét vizsgáltuk ezzel a mutatóval. Egy ötfokú skálán mértük az apához, az anyához és a barátokhoz fűződő viszonytal való elégedettséget (1 = nagyon elégedett, 5 = egyáltalán nem elégedett).

1. táblázat: A dohányzás főbb mutatói társadalmi változók szerint a 9–10. évfolyamon

	Dohányzott az életben (%)	Dohányzott az előző hónapban (%)	Napi dohányzó (%)
Az iskola típusa**			
Gimnázium	52,3	23,6	11
Szakközépiskola	66,1	37	25,5
Szakiskola	75	53	45,5
Az iskola székhelye			
Budapest	60,8	33,8	22
Vidék	62,8	35,9	25,1
Lakóhely			
Budapest	60,5	34,9*	24,5**
Város	61,5	32,9*	20,9**
Község	63,1	37,1*	26,8**
Családszerkezet**			
Teljes család	58,3	30,7	19,4
Mozzaikcsalád	68,2	42,5	30
Csonka család	68,3	40,9	30,6
Nincs édes szülő	72,7	49,4	40,6
Apa iskolai végzettsége**			
Kevesebb mint érettségi	65,8	39,1	28,9
Érettségi	62,5	34,4	21,8
Felsőfok	54,7	26,7	14
Nem tudja, nincs apja	62	37,3	28,8
Anya iskolai végzettsége**			
Kevesebb mint érettségi	66,4	40	30,5
Érettségi	63,7	35,3	23,2
Felsőfok	54,5	27,6	14,9
Nincs anya, nem tudja	62	35,7	26,1
Szubjektív anyagi helyzet*			
Legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	62,1	36	23,8
Átlagos vagy valamivel jobb az átlagnál	61,5	34	23,3
Átlag alatti	68,6	40,8	29,3
Összesen	62,5	35,5	24,4
N	4152	2361	1621

* $p < 0,05$, ** $p = 0,000$

2. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói társadalmi változók szerint a 9–10. évfolyamon

	Ivott az előző hónapban (%)	Volt nagyívás az előző hónapban (%)	Utolsó fogyasztás átlagos mennyisége (ml/fő)
Az iskola típusa**			
Gimnázium	59,4	37,7**	69,3**
Szakközépiskola	62,5	45,8**	81,5**
Szakiskola	61,2	59,0**	95,8**
Az iskola székhelye			
Budapest	60,1	41,4**	79,7**
Vidék	61,0	46,7**	79,2**
Lakóhely			
Budapest	60,6	44,2	78,9
Város	62,3	44,3	78,7
Község	60,1	47,1	79,8
Családszerkezet**			
Teljes család	59,8*	42,9**	76,3**
Mozaikcsalád	63,8*	49,6**	82,6**
Csonka család	63,0*	48,4**	84,0**
Nincs édes szülő	59,4*	54,4**	92,9**
Apa iskolai végzettsége**			
Kevesebb mint érettségi	59,1*	47,3**	81,3**
Érettségi	63,6*	48,2**	81,3**
Felsőfok	62,9*	38,9**	73,0**
Nem tudja, nincs apja	55,9*	42,9**	75,6**
Anyai iskolai végzettsége**			
Kevesebb mint érettségi	57,9**	48,6**	80,4**
Érettségi	63,4**	46,9**	82,8**
Felsőfok	62,6**	39,5**	73,7**
Nincs anya, nem tudja	53,9**	39,9**	77,0**
Szubjektív anyagi helyzet*			
Legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	63,3	50,8**	86,1**
Átlagos vagy valamivel jobb az átlagnál	60,1	43,6**	76,3**
Átlag alatti	60,9	45,4**	91,2**
Összesen	60,8	45,6	79,7
N	4013	3038	

* $p < 0,05$, ** $p = 0,000$

3. táblázat: Az egyéb drogfogyasztás főbb mutatói társadalmi változók szerint a 9–10. évfolyamon

	Ivott az előző hónapban (%)	Volt nagyívás az előző hónapban (%)
Az iskola típusa**		
Gimnázium	15,0	23,2
Szakközépiskola	20,3	28,9
Szakiskola	26,2	32,3
Az iskola székhelye		
Budapest	28,3	34,4
Vidék	17,3	25,5
Lakóhely		
Budapest	25,0	32,1
Város	18,6	25,9
Község	17,3	26,1
Családszerkezet**		
Teljes család	15,6	23,7
Mozaikcsalád	23,1	32,3
Csonka család	26,1	32,3
Nincs édes szülő	30,4	36,4
Apa iskolai végzettsége**		
Kevesebb mint érettségi	19,4	27,4
Érettségi	19,9	29,1
Felsőfok	18,5	24,9
Nem tudja, nincs apja	18,5	24,7
Anyai iskolai végzettsége**		
Kevesebb mint érettségi	19,0	27,5*
Érettségi	20,9	29,8*
Felsőfok	17,6	23,7*
Nincs anya, nem tudja	18,6	24,7*
Szubjektív anyagi helyzet*		
Legjobb vagy sokkal jobb az átlagnál	20,4	27,0
Átlagos vagy valamivel jobb az átlagnál	18,1	26,1
Átlag alatti	26,7	34,7
Összesen	19,5	27,3
<i>N</i>	1282	1728

* $p < 0,05$, ** $p = 0,000$

A *szülői kontroll hiányát* a „Tudják-e a szüleid, hol töltöd a szombat estéidet?” kérdéssel vizsgáltuk 4 fokú skálán (1 = mindig tudják, 4 = általában nem tudják).

A *szabadidő eltöltésére* vonatkozó kérdéseket faktoranalízis során redukáltuk és négy faktort alakítottunk ki: *elmenős szabadidő, könyvolvasás és egyéb hobbi, sport, internethasználat*. A kérdések az egyes tevékenységek gyakoriságát ötfokú skálán mérték (1 = soha, 5 = majdnem minden nap).

Az *önbecsülést* a *Rosenberg-féle önbecsülésskálán* mértük. Ez a skála egy 10 itemből álló kérdéssorozat, amely 4 fokú skálán méri a különféle, önbecsüléssel kapcsolatos állításokkal való egyetértés mértékét (Kokkevi–Fotiou 2009). Az önbecsülésskála kérdéseiből – a pozitív és negatív állítások egyirányba fordítása után – *önbecsülési hiány indexet* képeztünk, amely 10 és 40 közötti értéket vehet fel, és amely indexnél az alacsonyabb érték az önbecsülést, a magasabb érték pedig az önbecsülés hiányát jelezte.

A *depresszió mértékét* a korábbi ESPAD-vizsgálatokhoz hasonlóan, a Weissmann-féle depresszióskálán vizsgáltuk. Ez a skála hat itemből áll, és különféle depressziós tünetek előfordulását kérdezi a megelőző hét napra vonatkozóan (Kokkevi–Fotiou 2009). A depresszió-skála értékét az egyes kérdésekre adott válaszok alapján indexeltük. Ennek megfelelően a skála 6–24 közötti értéket vehet fel, ahol a kisebb értékek a tünetek előfordulásának a ritkását, a nagyobb értékek pedig a gyakoribb előfordulást jelzik.

A fenti mutatók és a különböző szerfogyasztási formák gyakoriságának kapcsolatát Spearman-féle korrelációs együtthatóval vizsgáltuk. Az eredményeket a 4. táblázat foglalja össze:

A legtöbb vizsgált mutató szignifikáns kapcsolatban van az elemzett rizikó-magartatásokkal. Az *elmenős szabadidős tevékenységek (diszkó, buli, barátokkal való mászkálás) gyakorisága* a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egyéb drogfogyasztás mutatóival is az egyik legszorosabb kapcsolatot mutatja, de kiemelkedően magas a korrelációs együttható értéke az előző havi alkoholfogyasztás és nagyívás esetében is. Az *iskolai lógás szintén fontos jelzésnek látszik* a rizikó-magartatások szempontjából: a lógás miatt hiányzott napok száma valamennyi fogyasztási formával erős pozitív kapcsolatot mutat. *Szoros összefüggést találunk a szülői kontroll hiánya*, valamint a dohányzás, nagyívás és az egyéb drogfogyasztás gyakorisága között. Az apához fűződő viszonyal való elégedetlenséggel az előző havi dohányzás és az összes egyéb drogfogyasztás gyakorisága mutat szorosabb kapcsolatot. Az anyához fűződő viszonyal való elégedetlenség az egyéb drogfogyasztásban játszik jelentősebb szerepet. A szülőktől eltérő irányú kapcsolatot találunk a barátokhoz fűződő viszonyal való elégedetlenség esetében: *minél elégedettebbek a fiatalok a barátaikhoz fűződő viszonyal, annál nagyobb gyakoriságú szerfogyasztás jellemzi őket*. Érdemes figyelni arra, hogy negatív kapcsolatot a különböző szerfogyasztási formák a „nem elmenős” szabadidő eltöltési formákkal jelzik. *Azaz a gyakoribb sportolás, olvasás vagy más hobbitevékenység, sőt a szabadidős internethasználat nagyobb gyakorisága is mérsékeltébb szerfogyasztási gyakorisággal társul*. Végül a fiatalok lelkiállapotát mérő mutatók közül a depresszió mértéke jelez kapcsolatot a dohányzás, alkoholfogyasztás és egyéb drogfogyasztás gyakoriságával. *Azaz, a depressziós tünetek nagyobb mértékű előfordulása nagyobb gyakoriságú szerfogyasztással jár együtt*.

A társadalmi-demográfiai tényezők és az egyéb rizikótényezők önálló hatásának vizsgálatára további elemzéseket végeztünk. Ennek során klaszterelemzéssel elkülönítettünk egy kifejezetten *problémás szerhasználónak tekinthető csoportot*. Ez a csoport a teljes minta

4. táblázat: A szerfogyasztás különböző mutatóinak gyakorisága, valamint az egyéb rizikómutatók közötti kapcsolatot kifejező Spearman-féle korrelációs együttható értéke

Mutató	Előző havi dohányzás gyakorisága	Előző havi alkoholfogyasztás gyakorisága	Előző havi nagyívás gyakorisága	Tiltott drog gyakorisága az életben	Összes egyéb drog gyakorisága az életben
Korrelációs együttható					
Az előző hónapban az iskolából hiányzott napok száma lógás miatt	0,257**	0,169**	0,218**	0,259**	0,251**
Elégedetlenség a barátokhoz fűződő viszonytal	-0,036**	-0,053**	-0,070**	0,018**	0,052**
Elégedetlenség az anyához fűződő viszonytal	0,081**	0,041**	0,027**	0,118**	0,126**
Elégedetlenség az apához fűződő viszonytal	0,129**	0,037**	0,048**	0,084**	0,156**
Szülői kontroll hiánya	0,228**	-0,053**	0,257**	0,225**	0,228**
Elmenős szabadidős tevékenységek gyakorisága	0,299**	0,422**	0,401**	0,255**	0,249**
Könyv/hobby-tevékenységek gyakorisága	-0,170**	-0,140**	-0,199**	-0,116**	-0,086**
Sport gyakorisága	-0,174**	-0,060**	-0,080**	-0,96**	-0,129**
Szabadidős internethasználat gyakorisága	-0,111**	-0,128	-0,160**	-0,088**	-0,058**
Depresszió mértéke	0,109**	0,100**	0,082**	0,079**	0,164**
Önbecsülés hiánya	0,076**	0,002	0,012	0,018	0,098**

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

8,7%-át jelentette. Ebben a csoportban a fiatalok közel háromnegyede napi rendszerességgel dohányzik, 80% számolt be előző havi nagyívásról, több mint kétharmaduk volt részleg a megelőző hónapban. Valamilyen egyéb drogot mindenki kipróbált közülük, többségük használt már valamilyen tiltott szert és több mint kétharmaduk kipróbált valamilyen dizájner drogot is. Átlag feletti a problémás internet/Facebook/online-játék használók aránya is. Elemzéseink azt mutatták, hogy a *problémás használóvá* válás esélyét

növeli az, ha valaki a fővárosban él, szakiskolában vagy szakközépiskolában tanul, kevésbé jó az apjához fűződő viszonya, kisebb az önbecsülése, előfordulnak depressziós tünetek és inkább az elmenős szabadidő-eltöltési formák jellemzik. Az apa és az anya iskolai végzettségének, a család lakóhelyének és szubjektív anyagi helyzetének az önálló hatását az elemzések nem mutatták ki (Elekes 2016).

Következtetések

Az ESPAD-kutatások eredményei azt mutatják, hogy a kilencvenes évek második felében a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egyéb drogok fogyasztása is terjedt Európa jelentős részén. A kétezres évek elején a trendek változni látszanak, és számos európai országban csökken vagy stabilizálódik a dohányzás, alkoholfogyasztás és egyéb drogfogyasztás legtöbb mutatója. Magyarországon, a rendszerváltó országok többségéhez hasonlóan, a növekedés tovább tartott, de a trendek az utóbbi években szinte mindenhol a javuló tendenciákat mutatják. A javuló tendenciák ellenére a magyar fiatalok dohányzása és alkoholfogyasztása még mindig magas szinten van nemzetközi összehasonlításban.

A szakirodalom régóta vitatja, hogy kimutatható-e egyértelmű társadalmi különbség a drogfogyasztási szokásokban (Currie et al. 2008; Bjarnasson et al. 2003; Hibell et al. 2004). A magyar eredmények a társadalmi háttér hatását csak a dohányzás esetében igazolják egyértelműen: az alacsonyabb végzettségű, rosszabb anyagi körülmények között élő szülők szakiskolában tanuló gyermekei érintettek inkább. Az alkoholfogyasztás esetében kevésbé egyértelmű, de a korábbi évekhez képest határozottabb társadalmi különbségek rajzolódnak ki. Elsősorban a magasabb iskolai végzettségű szülők gimnáziumban tanuló gyermekei körében tűnik mérsékeltebbnek az alkoholfogyasztás. A tiltott szerek esetében változatlanul nem mutathatók ki határozott társadalmi különbségek a drogfogyasztók és nem fogyasztók között. Ugyanakkor a tiltott és legális szerhasználat kialakulásában is meghatározónak látszanak a családon belüli és a barátokhoz fűződő kapcsolatok, valamint a szabadidő eltöltésének a módja.

IRODALOM

- BJARNASSON, T., ANDERSSON, B., CHOQUET, M., ELEKES, Zs., MORGAN, M. & RAPINETT, G. (2003) Alcohol, Culture, Family Structure and Adolescent Alcohol Use: Multi-level Modeling of Frequency of Heavy Drinking among 15–16 Year Old Students in Eleven European Countries. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 64. pp. 200–208.
- CURRIE, C., GABHAINN, S., GODEAU, E., ROBERTS, C., SMITH, R., CURRIE, D., PICKET, W., RICHTER, M., MORGAN, A. & BARNEKOW, V. (2008, eds) *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 Survey*. Geneva, WHO.
- ELEKES Zs. (2016, ed.) *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények*. Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet.
- HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASSON, T., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., KOKKEVI, A. & MORGAN, M. (2004) *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use among Students in 35 European Countries*. Stockholm, CAN, Council of Europe.

- HIBELL, B., GUTTORMSSON, U., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., BJARNASON, T., KOKKEVI, A. & KRAUS, L. (2012) *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, CAN, EMCDDA, Council of Europe.
- KOKKEVI, A. & FOTIOU, A. (2009) The ESPAD Psychosocial Modul. In: B. HIBELL et al.: *The 2007 ESPAD Report*. Stockholm, CAN EMCDDA, Council of Europe. pp. 172–183.
- NYÍRÁDY A. (2016) Egyéb drogok, új pszichoaktív szerek. In: ELEKES Zs. (ed.) *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015. Magyarországi eredmények*. Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézet. pp. 57–74.
- The ESPAD Group (2016) *ESPAD REPORT. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon, EMCDDA.

A 14–24 ÉV KÖZÖTTI FIATALOK SZERENCSEJÁTÉK-HASZNÁLATI KOCKÁZATÁNAK CSÖKKENTÉSÉRE IRÁNYULÓ ÁLTALÁNOS PREVENCIÓS PROGRAMOK SZISZTEMATIKUS ÁTTEKINTÉSE

MAGI ANNA

ELTE PPK Pszichológiai Intézet
ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola

A tanulmány az értékelt iskolai univerzális prevenció programok irodalmát összegzi. 3 releváns adatbázis körében, a kérdést megjelenítő kereső algoritmus alapján 8 általános prevenció program 9 értékelése kerül bemutatásra. Négy közbülső célt azonosítottunk, melyek a (problémás) szerencsejáték használatával kapcsolatban kedvező irányú változást idéztek elő: 1) ismeretátadás; 2) hiedelmek lebontása; 3) attitűdök befolyásolása; 4) készségfejlesztés. Az értékelt programok egy- vagy többüléses intervenciók, tartalmaznak interaktív és/vagy multimédiás elemeket, egy kivételével mindegyik eszköztárában szerepel frontális előadás. Eredményeink a szerencsejáték használat kockázatainak csökkentésére a komplex programok alkalmazását javasolják.

Kulcsszavak: szerencsejáték használat, problémás szerencsejáték használat, univerzális prevenció, prevenció célok, prevenció eszközök, prevenció programok értékelése

Current study is a systematic review of the existing literature about the effective universal gambling prevention programs for youth between the age of 14–24. Altogether 9 evaluation studies of 8 universal gambling prevention programs were evaluated retrieved from 3 databases with an appropriate search algorithm. We identified 4 main intermediate aims that induced positive changes in connection with (problematic) gambling: 1) providing information; 2) decrease biased beliefs; 3) modify attitudes; 4) skill improvement. Among the retrieved studies there are interventions with one to several sessions. All but one program applied frontal lectures, supplemented with interactive elements or multi-

Levelező szerző: Magi Anna, ELTE PPK Pszichológiai Intézet, 1064 Budapest, Izabella utca 46.
E-mail cím: magi.anna@ppk.elte.hu

media tools. Our results points toward the effectiveness of complex universal gambling prevention programs both in terms of their aims and methods.

Keywords: gambling, problematic gambling, universal prevention, prevention aims, prevention tools

Bevezetés

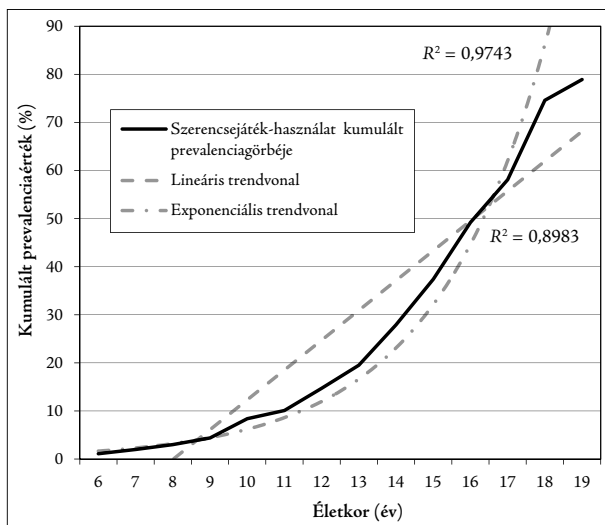
A függőség olyan viselkedés, amely felett a személy nem képes kontrollt gyakorolni, kényszeresen ismétli, és ártalmas saját magára és/vagy a környezetére nézve (Demetrovics 2007).¹ A viselkedési függőségek esetében a cselekvések középpontjában nem kémiai szer, hanem adott viselkedés áll. A szerhez köthető és a viselkedéses addikciók között egyik legnagyobb eltérés, hogy míg a kémiai szerek esetében szinte soha nem beszélhetünk egészséges szintről, addig a viselkedési függőségek olyan cselekvések esetében is azonosíthatók, melyek bizonyos mértékben a mindennapi élet velejárói, akár az egészséges életmód részei is lehetnek (pl. munka vagy testedzés). A szerencsejáték-használatnak, ahogy magának a játéknak is, a kikapcsolódásban és a szórakozásban lehet szerepe, zavarról abban az esetben beszélhetünk, ha ez túlzott mértékűt ölt és funkcióromlást okoz.

A nemzetközileg elfogadott nomenklatúrákban (pl. Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. kiadása, *World Health Organization* 1992; vagy a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders korábbi, 4. átdolgozott kiadása, *American Psychiatric Association [APA]* 2000) a nem szerhez köthető addikciós problémákat az impulzuskontroll-zavarok körében említik. Az első addikciós zavarként elismert, nem kémiai szerhez köthető szenvedélybetegség a szerencsejáték-használati zavar (APA 2013; korábban: patológiás szerencsejáték-használat, APA 2000).

Néhány, az utóbbi évtizedben készült kutatási adat (Paksi–Magi–Demetrovics 2015; Demetrovics et al. 2016) alapján Magyarországon a 18–64 éves népesség több mint fele (52,3–57,4%) játszott már valaha életében szerencsejátékkal. A problémás szerencsejáték-használat kockázatának megállapítására több eszköz is rendelkezésünkre áll, az egyik legelterjedtebb a már magyarul is elérhető Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI-HU; Problem Gambling Severity Index – Hungarian, Gyollai et al. 2013). Ezen eszköz segítségével a legfrissebb kutatások (Paksi–Magi–Demetrovics 2015; Demetrovics et al. 2016) a felnőtt magyar lakosság 2,2–3,1%-át azonosították alacsony problémájú játékosként, a közepes mértékű problémát mutató csoport aránya 1,1–2,3% között mozog, a kifejezetten problémás játékosok arányát pedig 0,8 és 1,0% közé becsülik.

Bár Magyarországon a törvényi szabályozás (1991. évi XXXIV. törvény) tiltja a 18 év alattiak számára a szerencsejátékok használatát, a kutatások magas mértékű érintett-

¹ Támogató: A tanulmány a Szerencsejáték Zrt. Társadalmi felelősségvállalási programjának finanszírozásával készült, „A fiatal 14–24 év közötti populáció körében tervezett, a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló prevenciók tevékenység szakmai megalapozása” című kutatás keretében. A kutatás vezetői: Demetrovics Zsolt (ELTE PPK Pszichológiai Intézet), Paksi Borbála (ELTE PPK Neveléstudományi Intézet). Közreműködő: Kó József (Országos Kriminológiai Intézet).



1. ábra: A szerencsejátékokkal való kapcsolatba kerülés kockázata különböző korévekben a 7–14. évfolyamos diákok körében ($N = 2872$) (%) (Paksi–Magi–Demetrovics 2016)

seget jeleznek a 18 év alatti populációban is, például a 7–14. évfolyamos diákok körében a szerencsejáték-használat életprevalencia-értéke 58% (Paksi–Magi–Demetrovics 2016). A vizsgálat a minta 9,6%-a esetében azonosította a probléma kockázatának alacsony, 5,9%-uknál pedig közepes mértékét. A kifejezetten problémás játékosok aránya pedig 2,1% volt az említett vizsgálatban. Ha ezeket az eredményeket összevetjük az időben legközelebb eső, felnőtt lakosság reprezentatív mintáján kapott adatokkal (Paksi–Magi–Demetrovics 2015), azt láthatjuk, hogy a diákok körében azonosított problémás játékosok aránya (2,1%) több mint két és félszerese a felnőtt népességben található, hasonló kockázatu csoportnak (0,8%).

Paksi és munkatársai eredményei szerint a szerencsejáték-használat már viszonylag fiatal korban megjelenik, és 18 éves korig exponenciálisan növekszik a szerencsejátékkal való kapcsolatba kerülés esélye (Paksi–Magi–Demetrovics 2016) (1. ábra).

Ezek az eredmények, valamint a 7–14. évfolyamosok körében az első játéktevékenység ideje és a PGSI pontszám között mutatkozó szignifikáns negatív korreláció (PGSI korr: $-0,114$; sig $< 0,001$) alátámasztják a szerencsejáték-használatra irányuló beavatkozások minél korábbra, fiatal, illetve fiatal felnőtt korra való időzítését, valamint végső célkitűzéseként az első szerencsejáték-használat időpontjának kitolását, a fiatal korosztályok játéktevékenységben való érintettségének csökkentését.

Célok

Egy humán szolgáltatás tervezése során meghatározó a beavatkozás tényalapúsága, amely jelenti egyrészt az alkalmazott célok és módszerek szakirodalmi megalapozását, a célközönség szükségleteinek megismerését, valamint a kockázati és megóvó tényezők empirikus azonosítását.

A tanulmány célja a szerencsejáték-tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló, eredményesnek bizonyult *univerzális prevenció*s programok² és jellemzőik azonosítása a fiatal és fiatal felnőtt (14–24 éves) populáció körében. A tanulmányban röviden bemutatásra kerülnek a programok, hangsúlyt fektetve a programleírások alapján azonosítható, eredményesnek mutató célokra és módszerekre. Bár a nemzetközi szakirodalomban találunk az elmúlt évekből hasonló tematikájú összefoglalókat (pl. *Gooding–Tarrier 2009; Ladouceur–Goulet–Vitaro 2013*), jelen áttekintés a felölelt időszak és a vizsgálati fókuszok tekintetében is valamelyest eltér azoktól: jelen elemzés hangsúlyt fektet a programok végső célváltozójának mérésére és az abban tapasztalt elmozdulásokra.

Módszer

A cikkek azonosításának módszere

Online adatbázisokat felhasználva (*PsychInfo, PubMed, ScienceDirect*), kereső algoritmus (*gamb1* AND [prevention OR intervention]AND [effectiveness OR efficacy OR evaluation]*) kialakításával azonosítottuk a téma releváns szakirodalmát. A találatokat leszűkítettük az 1995 és 2015 között megjelent, angol nyelvű³, lektorált publikációkra.

A kereséseket a publikációk teljes szövegében (cím, absztrakt, kulcsszavak, főszöveg) végeztük. A vizsgált adatbázisok találati aránya a 1. táblázatban található.

1. táblázat: A témával foglalkozó írások száma a vizsgált adatbázisokban

Adatbázisok	Találatok száma (db)
PsychInfo	2761
ScienceDirect	2142
PubMed	388
Összesen	5291

A duplikációsűrítés (EndNote X6) után a végleges találati szám 4846 lett.

A cikkek további szelektálásához az alábbi hierarchikus szempontrendszert határoztuk meg:

1. *Relevancia:* az értékelt beavatkozás célcsoportja 14 és 24 év közötti fiatalokra vagy azok valamely alcsoportjára (is) irányul;
2. *Empíria:* empirikus (kvantitatív vagy kvalitatív) eredményekre épülő eredeti közlemények. Kiszzelektálásra kerültek:

² Az általános/*univerzális prevenció*s programok szolgáltatásaikkal egy teljes populációt (országosan, helyi közösségekben, iskolában) céloznak meg annak érdekében, hogy a problémaviselkedés megjelenését megakadályozzák vagy késleltessék. Ezek a prevenció s beavatkozások nagyobb csoportok számára elérhetők és a rizikótényezőkre vonatkozó előzetes szűrések nélkül igénybe vehetők. Ilyen intervenciók közé tartoznak pl. az iskolai vagy családi prevenciók.

³ A keresési beállítások ellenére néhány esetben a keresett időszakon kívüli, illetve nem angol nyelvű, de angol nyelvű összefoglalóval rendelkező írások is szerepeltek a keresőprogramok által kiadott találatok között. Ezeket kézi szűréssel kiszzelektáltuk a találatok közül.

- a) a kizárólag teoretikus megközelítést alkalmazó vagy véleményeket, alapelveket megfogalmazó közlemények;
- b) az értékelés nélküli programleírások;
- c) a csak mások által lefolytatott kutatásokra épülő, nem eredeti közlemények.
3. *Minőség*: a kutatási elrendezés és az elemzési stratégia megfelelosége. Kiszzelektálásra kerültek:
- a) a kvantitatív tanulmányok esetében egy minimális mintaelemszámot (minimum 100 fős) és/vagy a reprezentatív, random minta követelményét nem teljesítő kutatások;
- b) az előbbi kritériumnak nem eleget tevő kvantitatív kutatások kvalitatív kutatásként nem emelhetők be a vizsgált körbe.

Ezen szempontrendszer alapján a találatokat tovább szűkítettük, melynek eredményeit a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat: A szakirodalmi áttekintés során a különböző szelekciós kritériumok mentén kiszzelektált publikációk száma

Szelekciós kritériumok	Kiszzelektált publikációk száma (db)
Relevancia	4762
Empíria	62
Minőség	2

A leírt szempontok mentén 20 olyan publikációt azonosítottunk, melyek a célpopulációban (is) végzett értékelt intervenciókkal kapcsolatos, megfelelő minőségű empirikus kutatási eredményeket mutatnak be. Ezek közül az univerzális/általános prevenciók beavatkozások körébe 9 tanulmány sorolható, ezek mindegyike iskolai prevenciók programmal foglalkozott. 2 tanulmány ugyanazon program 2 változatát értékeli, így összesen 8 értékelt iskolai szintűen zajló, szerencsejáték-prevenciók program került az összefoglalóba.

Bár a kizárólag mások empirikus kutatásainak eredményeit összegző publikációkat nem vontuk be a szemlézett íráskörébe, így a témában mások által készített összefoglalók sem képezik részét áttekintésünknek, ugyanakkor a témában készült korábbi áttekintések közül *Ladouceur, Goulet és Vitaro (2013)* szisztematikus irodalomfeldolgozásának módszertanát és ajánlásait felhasználjuk az általunk szemlézett irodalom bemutatása során.⁴

A nemzetközi szakirodalomban fellelt, értékelt, általános prevenciók programok értékelésének módja

A cikkeket részben – Ladouceurhoz és munkatársaihoz hasonlóan (*Ladouceur–Goulet–Vitaro 2013*) – az egyesült államokbeli Társaság a Prevenció-Kutatásért (Society for

⁴ Ugyan az említett tanulmány tematikája nagymértékű átfedést mutat jelen tanulmány metodikájával, az általunk alkalmazott kritériumok, valamint a vizsgált kimeneti változók több ponton eltérnek a korábban készített összefoglalóétól.

Prevention Research, SPR) által javasolt öt szempont mentén (Flay et al. 2005) értékeljük. Az SPR két általános célt határozott meg, amihez a kritériumait igazította: A) a tapasztalt változások megfelelnek-e a program célkitűzéseinek, B) a tapasztalt változások az intervenció hatására jöttek-e létre. A két cél vizsgálatára öt kritériumot jelöl meg, melyek mentén minden tanulmány értékelése 0–2 közötti értéket vehet fel.

Az öt kritérium és az annak való megfelelés osztályozása a következő (Flay et al. 2005):

I. Elméleti megalapozottság

- (0) a program elméleti háttérre nem hivatkozik
- (1) a program elméleti háttére implikált
- (2) a program elméleti háttére expliciten bemutatott

II. Kutatási design

- (0) nem kísérleti elrendezés (pl. nincs kontrollcsoport)
- (1) kvázikísérleti elrendezés (pl. nincs randomizáció)
- (2) kísérleti elrendezés (randomizált csoportba sorolás)

III. Alkalmazott mérőeszközök pszichometriai mutatói

- (0) a mérőeszközök pszichometriai mutatói nem megfelelőek
- (1) legalább egy mérőeszköz pszichometriai mutatói megfelelőek
- (2) minden alkalmazott mérőeszköz pszichometriai mutatói megfelelőek

IV. Utánkövetés

- (0) nincs utánkövetés
- (1) rövid távú utánkövetés (6 hónap vagy kevesebb idő után)
- (2) hosszú távú utánkövetés (6 hónapnál hosszabb idő után)

V. Megismételt vizsgálat (replikáció)

- (0) nincs megismételt vizsgálat
- (1) a megismételt vizsgálat nem magas minőségű (lásd a II. szempontot)
- (2) a megismételt vizsgálat magas minőségű (lásd a II. szempontot)

A szerencsejáték-magatartás interveniálásának tényalapú tervezése szempontjából meghatározó, hogy a célok szakirodalmi megalapozása során olyan értékelésekre támaszkodunk-e, melyek empirikusan vizsgálják a beavatkozás hatását a végső célváltozóra, vagy olyanokra, melyek csak a közbülső változók és a végső célváltozó közötti teoretikus (esetleg csak feltételezett) kapcsolat alapján vélelmezik a közbülső változóban mért elmozdulás alapján a szerencsejáték-használat változását. Jelen tanulmány során ezt – a prevenció célváltozók tervezése szempontjából meghatározó – szempontot érvényesítve az SPR által javasolt öt szempontot a következő értékelési dimenzióval egészítettük ki:

VI. Végső célváltozó tekintetében vizsgálg-e változást

- (0) nem vizsgálja a végső célváltozó változásait
- (1) a kutatási design lehetőséget ad rá, de nem vizsgálja a végső célváltozó változásait
- (2) vizsgálja is a végső célváltozó változásait

Eredmények

A publikációk fentiekben bemutatott hat szempont mentén való értékelését a 3. táblázat tartalmazza.

3. táblázat: Az általános prevencióval foglalkozó publikációk értékelése az SPR+1 értékelési kritériumok mentén

Forrás	I. Elmélet	II. Design	III. Mérő-eszköz	IV. Után-követés	V. Replikáció	VI. Végző célváltozó vizsgálata
<i>Donati–Primi–Chiesi 2014</i>	1	2	2	2	0	2
<i>Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002</i>	2	2	2	0	0	0
<i>Ladouceur–Ferland–Vitaro 2004</i>	2	2	2	0	0	0
<i>Ladouceur et al. 2005</i>	2	1	2	0	0	0
<i>Taylor–Hillyard 2009</i>	1	0	2	0	0	1
<i>Turner et al. 2008</i>	2	2	2	0	0	2
<i>Turner–Macdonald–Somerset 2008</i>	2	2	2	0	0	1
<i>Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013</i>	0	2	2	0	0	2
<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>	1	2	2	0	0	2

Az alkalmazott mérőeszközök pszichometriai mutatói megfelelőek, a kutatások többsége randomizált mintát alkalmazott, ugyanakkor az elméleti megalapozottság tekintetében meglehetősen heterogenitás tapasztalható, s a programok értékelése során – egy tanulmány kivételével – nincs utánkövetés és megismételt vizsgálat.

Az általános prevenció beavatkozások értékelésének bemutatása

Integrált intervenció

Donati és munkatársai egy integrált intervenció program preventív hatását vizsgálták a szerencsejátékkal kapcsolatos *tudás és tévhitek*, a szerencsejátékkal kapcsolatos *gazdasági percepciók* és a *babonás gondolkodás* módosításán keresztül a szerencsejáték-használatra nézve (Donati–Primi–Chiesi 2014).

Randomizált klinikai vizsgálat során 181 olasz serdülő 2 csoportját hasonlították össze (145 fő a kísérleti csoportban, 36 fő a kontrollcsoportban). Az első adatgyűjtést az intervenció előtt 2 héttel, a másodikat az intervenció után 1 héttel, az utánkövetés adatgyűjtést pedig ezt követően 6 hónappal folytatták le. A szerencsejáték-használat mintázatában történő változások azonosításához szükséges adatokat csak a preteszt és az utánkövetés adatfelvétel során gyűjtötték. A használt eszközök validitását és reliabilitását korábbi vizsgálatok támasztják alá, a vizsgálat során tapasztalt pszichometriai jellemzőket a tanulmány nem mutatja be.

Eredményeik szerint az intervenció a tévhitek kivételével minden vizsgált változó esetében statisztikailag jelentős változást indukált mind a problémamentes, mind a magas kockázatú játékosok körében, míg a tévhitekkel kapcsolatban csak a problémamentes serdülők körében tudtak hasonló eredményeket kimutatni, melyek időbeli stabilitást mutattak. Az interveniált csoportban mind a szerencsejátékosok, mind a magas kockázatú játékosok aránya jelentősen csökkent.

A „Lucky” című videoalapú prevenció program

A „Lucky” című 20 perces kisfilmet speciálisan a szerencsejátékkal kapcsolatos tudás és tévhitek módosítására fejlesztették ki. A videó egy Lucky nevű bohóc történeteinek keresztül a korai serdülőkorú és fiatalabb gyerekek számára érthető módon mutatja be a szerencsejátékhoz kapcsolódó tévhitek valótlanágát. Teoretikus háttérét Langer (1975) „a kontroll illúziója” elmélete adja. Ez alapján Ladouceur (1994) azt feltételezi, hogy a szerencsejátékosok nem veszik figyelembe a különálló játszmák egyediségét, így adott fogadás nyerési esélyeinek kiszámítását a korábbi fogadások eredményeire alapozzák. Az elmélet alapján a szerzők úgy gondolják, hogy a személyek szerencsejátékkal kapcsolatos gondolatainak megváltoztatásán keresztül a szerencsejáték-használat is módosítható. A program hatását több felmérés is vizsgálta.

Ferland és munkatársai a videó francia nyelvű változatát alkalmazva összesen 424 kanadai 11–15 év közötti diák körében 4 elrendezés eredményeit hasonlították össze: 1) csak a videó bemutatása, 2) szerencsejátékkal kapcsolatos előadás és tevékenységek, 3) a kettő együtt, 4) kontrollcsoport (Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002). A randomizálás osztályszinten történt. A résztvevők a szerzők által fejlesztett szerencsejátékkal kapcsolatos tudást és tévhiteket mérő kérdőívet egy héttel az intervenciók előtt, majd az intervenciót követően ismét kitöltötték. A mérőeszköz bemutatott pszichometriai jellemzői megfelelőek. Konkrétan a szerencsejátékkal kapcsolatos viselkedésváltozást nem vizsgálták.

A vizsgálat eredményei szerint a videó már önmagában is jelentős mértékben növelte a diákok tudását és csökkentette tévhiteiket, előadással és egyéb tevékenységekkel kiegészítve pedig még nagyobb mértékű volt a hatás.

Ladouceur és munkatársai a videó angol nyelvű változatával végeztek hasonló vizsgálatot. Összesen 4 iskolából, iskolák szintjén véletlenszerűen soroltak be 506 fő 12 és 15 év közötti diákot 2 kísérleti elrendezésbe: 1) a videó bemutatása, 2) kontrollcsoport (Ladouceur et al. 2004). Az elért hatás mértékét a Ferland és munkatársai által használt kérdőív segítségével vizsgálták, melynek mind a 16 tételére összesen 371 diák válaszolt (Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002).

Eredményeik itt is arról számolnak be, hogy a program sikeresen növeli a diákok tudását és csökkenti tévhiteiket, azonban a vizsgálat alacsony hatásméreteit a szerzők is megemlítik.

A „Szerencsejátékos történetek” című videoalapú prevenció program

Hasonló módszerrel és elméleti háttérrel, de már egy másik videóval Ladouceur és munkatársai 3 iskolából összesen 568 diák körében végeztek vizsgálatot, mely a szerencsejáték-viselkedéssel kapcsolatban szintén nem fogalmazott meg hipotézist, és nem is vizsgálta a program arra gyakorolt hatását (Ladouceur et al. 2005). A „Szerencsejátékos történetek” („Gambling Stories”) című 20 perces videó a túlzott szerencsejáték-használat következményeit mutatja be serdülőket célzó stílusban.

Két elrendezést vizsgáltak: 1) videó bemutatása (361 fő), 2) kontrollcsoport (207 fő). A tanulmány nem nyújt információt az elrendezésekbe történő besorolás módjáról. 3 tényezőt vizsgáló, saját kialakítású, megfelelő mutatókkal rendelkező kérdőív segítségével mérték a megcélzott változásokat: 1) szerencsejátékkal kapcsolatos általános tudás, 2) túlzott szerencsejátékkal kapcsolatos tudás és 3) sztereotípiák. Az első kitöltés után a kísérleti csoport megnézte a videót, majd az intervenció után 1 hónappal ismét

mindenki kitöltötte a kérdőívet. Eredményeik szerint a videó megtekintése jelentős mértékben javította a serdülők körében a szerencsejáték, a túlzott használat és negatív következményeinek észlelését, pontosabban értették az esély fogalmát. Bár konkrét szerencsejáték-használati viselkedést nem mértek, feltételezésük szerint az ismeretek módosításának feltételezhető az ilyen irányú hatása is.

„Ne játszd el a jövőnket” („Don't gamble away our future”) című program

Taylor és Hillyard (2009) egy együlékes, 8–18 év közötti fiatalok számára kifejlesztett intervenció, a „Ne játszd el a jövőnket” („Don't gamble away our future”) című program hatását vizsgálták, mely 3 célt tűzött ki maga elé: 1) a szerencsejátékkal kapcsolatos ismeretek bővítése, 2) tévhitek, valamint 3) a problémás és patológiás szerencsejáték-használók arányának csökkentése. Maga a program előadásból, különböző tevékenységekből és megbeszélésből állt, valamint a résztvevők kaptak egy CD-lemezt, mely a célokhoz kapcsolódó interaktív feladatokat tartalmaz.

Négy populáció 12 év feletti tagjainál, összesen 8455 fős kényelmi mintán vizsgálták a beavatkozás eredményességét kontrollcsoport nélkül: 1) általános iskolás diákok, 2) a középiskolai éveinek elején és 3) végén járó diákok, valamint 4) javítóintézeti növendékek. Az intervenció előtt és után minden diák kitöltött egy, a szerencsejáték-használathoz köthető kockázatokat mérő, az Illinois Institute for Addiction Recovery intézmény által fejlesztett és validált kérdőívet. Bár az intervenció előtti adatgyűjtés során a szerencsejáték-használat problémásságát is felmérték, az adott tanulmány a változást már nem vizsgálta, utalva arra, hogy ezt a kérdést egy későbbi, longitudinális kutatás keretében tervezik vizsgálni.

Minden csoport esetében jelentős fejlődést tapasztaltak, és szignifikánsan jobb eredményeket mutattak a szerencsejátékkal kapcsolatos tudás, illetve a kapcsolódó veszélyek tekintetében, legnagyobb változást az általános iskolás, míg a legalacsonyabb mértékűt a középiskolás éveik végén járó diákok körében tapasztaltak. Szintén jelentősen nagyobb változást mértek a fiúknál, mint a lányoknál. Fontos korlátja a vizsgálatnak, hogy a két mérés időben nagyon közel volt egymáshoz, és az utánkövetéses vizsgálat is várat még magára.

Egyórás iskolai prevenció program

Turner és munkatársai szintén egy együlékes program hatékonyságát vizsgálták, melynek céljai közé tartozott az érzelmi és kognitív tapasztalatok közötti kapcsolatok, valamint a véletlen esélyének jobb megértése (Turner et al. 2008). A 60 perces, Ajzen és Fishbein (1980) indokolt cselekvési elméletére (Theory of Reasoned Action) alapozott⁵ foglalkozás során a szerencsejáték és a véletlen természetéről, valamint a nyereshez és veszteshez társuló, esetlegesen problémás használathoz vezető érzelmek szerepéről esett szó. Ezenkívül a résztvevők különböző szerepjátékok segítségével saját élményt is szerezhettek a témákkal kapcsolatban, valamint különböző megküzdési technikákat is elsajátítottak.

⁵ Az elmélet szerint a cselekvési szándékot két fő tényező befolyásolja: az első az adott viselkedéssel kapcsolatos attitűd, az, hogy a cselekvő mit gondol az adott magatartás következményeiről, és ezeket a következményeket mennyire tartja kívánatosnak. A második faktor a szubjektív norma, mely a cselekvő számára releváns szereplők elvárásait, és az ezeknek való megfelelési szándékot takarja. Az elméletet azt feltételezi, hogy a fenti tényezők következményeképpen alakul ki a cselekvési szándék, és ez közvetlenül összefügg a tényleges cselekvéssel. Az elméletet a szerencsejáték-magatartással Evans (2001, 2003) hozta összefüggésbe.

A kutatásba összesen 374 fő 5. és 12. évfolyamba járó diákot vontak be, akiket két randomizált csoportba soroltak: 1) kísérleti csoport 212 fővel és 2) kontrollcsoport 162 fővel. Az első adatfelvétel egy héttel a beavatkozást megelőzően történt, majd 2 hónap múlva megismételték. Az önbeszámoló kérdőív-batteria összesen 6 különböző, megfelelő pszichometriai jellemzőkkel rendelkező skálából állt, mely a következő változókat célozta meg: véletlennel és szerencsével kapcsolatos ismeretek, szerencsejáték-használati jellemzők, tevékenységpreferencia és megküzdés.

Eredményeik szerint ugyan a program statisztikailag jelentős mértékben javított a véletlennel kapcsolatos ismereteken, azonban elhanyagolható hatásmérettel. A többi vizsgált mutató esetében még ezt az alacsony erejű eltérést sem sikerült kimutatniuk.

Órarendi keretbe épített, kurrikulum jellegű szerencsejáték-prevenció

Turner, Macdonald és Somerset (2008) többek között a fentebb is említett, korábbi vizsgálataik eredményeire alapozva (Turner et al. 2008) már egy kibővített tartalmú, további célokat is maga elé tűző, egy jelentősen hosszabb (6+1 alkalmas) programot alakítottak ki, és vizsgálták annak eredményességét. A módosított program teoretikus hátterét itt Ajzen és Fishbein (1980) indokolt cselekvési elmélete mellett Bandura (1977, 1986) kognitív énhatékonyság elmélete, valamint Evans (2001, 2003) társas beoltás preventív modellje adta. Alapvetően 3 tartalmi elem köré csoportosulnak a foglalkozások, amelyek mentén a program segítségével változást kívántak indukálni: 1) véletlennel kapcsolatos ismeretek, 2) megküzdési és életvezetési képességek, 3) problémás viselkedés és indokolatlan kockázatok elkerülése tudatosság és önmonitorozás segítségével. A program elemeit a hagyományos oktatási rend kereteibe illesztették.

A program hatásvizsgálatát 15–18 éves diákok körében végezték, 101 fővel a kísérleti csoportban és 100 fővel a kontrollcsoportban az iskolák szintjén random módon besorolva. A változásokat validált skálák segítségével mérték a következő változók mentén: szerencsejáték-használati jellemzők, megküzdés, észlelt kontroll és tudatosság, perspektíva megtartása, társas források, humor és szervezethezesség, valamint a megküzdési stílus megtartásának képessége. A kísérleti csoport esetében a batteria kitöltésére először az intervenció előtt egy héttel került sor, majd az átlagosan 6–7 hetet igénybe vevő program után 4–5 héttel megismételték. A kontrollcsoport esetében az adatfelvételt 10–12 héttel később ismételték meg.

Eredményeik azt mutatták, hogy az intervenció jelentős mértékben növelte a véletlennel, az önmonitorozással és a megküzdéssel kapcsolatos ismereteket a kontrollcsoportéhoz képest. A veszélyeztetett csoportoknál tapasztalt közepes és erős hatásméret-mutatók a tudatosság, az önmonitorozás és a véletlennel kapcsolatos ismeretek esetében az intervenció alkalmazhatóságát jelzik, azonban a megküzdés esetében nem találtak jelentős különbséget. Bár a szerencsejáték-használat mintázatát mérték, annak választott formája, egy kizárólag élet- és éves prevalencia-mutatókat tartalmazó kérdőív alkalmazása nem nyújtott lehetőséget a viselkedéses változás kimutatására.

Szerencsejáték-prevenció serdülőknek

Walther és munkatársai vizsgálata jelen összefoglalóban az egyetlen, amit Európában végeztek (Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013). Egy serdülők számára kidolgozott, 4 alkalmas, média alapú iskolai preventív program hatását vizsgálták, melynek egyik célja a szerencsejátékkal kapcsolatos tudás növelése, valamint az attitűdök és a viselke-

dés módosítása volt. A program a szerencsejáték mellett az internethasználattal, online kommunikációval és számítógépes játékokkal is foglalkozik. A szerencsejátékot tárgyaló ülés interaktív feladatokat (érme feldobása, saját élmény), a patológiás szerencsejáték-használat tüneteinek átbeszélését, valamint a különböző játékok jellemzőinek bemutatását tartalmazza.

A vizsgálatban 80 iskola összesen 2109 fő 10–15 éves diákját vonták be, mintavételi egységük az osztály volt. A résztvevőket az iskolák szintjén, iskolatípus szerint rétegezve, véletlenszerűen 2 csoportba sorolták: 1) kísérleti csoport 888 fővel és 2) kontrollcsoport 1221 fővel. Az adatokat először az intervenció előtt gyűjtötték, majd az ezt követő 3 hónap során hajtották végre a programot a kísérleti csoportba sorolt iskolákban. Az adatgyűjtés második köre az intervenció befejezését követően 3 hónappal történt. A szerencsejáték-használat életprevalenciáját és aktuális használatának gyakoriságát, valamint a szerencsejátékkal kapcsolatos attitűdöket és ismereteket mérték. Az alkalmazott skálák jellemzői elfogadhatók.

Eredményeik azt mutatják, hogy a program jelentősen javította a résztvevők szerencsejátékkal kapcsolatos ismereteit és attitűdjeit, valamint kisebb mértékben, de még mindig szignifikánsan csökkentette az aktuális szerencsejáték-használatot a kontrollcsoporthoz képest.

„Leosztott Lapok” („Stacked Deck”) iskolai prevenció program

A „Leosztott Lapok” („Stacked Deck”) iskolai prevenció program 5-6 interaktív foglalkozásból áll, célja a problémás szerencsejáték-használat kialakulásának megelőzése, valamint olyan életvezetési készségek kialakítása, amelyek segítségével „okos játékos”-ként a fiatalok megfelelő döntéseket tudnak hozni a jövőben (Williams–Wood–Currie 2010). A program során a résztvevők információt kapnak a szerencsejátékok történetéről, a valószínűségekről, a kapcsolódó tévhitekről, a problémás szerencsejáték-használat rizikófaktorairól, jeleiről és okairól, valamint elsajátítják a megfelelő döntéshozatal és problémamegoldás képességeit. A szerzők feltételezik, hogy a program hatására más kockázati magatartások (pl. szerhasználat) is megváltoznak.

Tíz kanadai iskola 949 fő 9–12. évfolyamos diákjának bevonásával végezték el a program hatásvizsgálatát. Kontrollcsoportként 4 másik iskola 291 diákja körében vették fel az adatokat. Az iskolák kísérleti elrendezésbe történő besorolása random módon történt, a kontrollcsoportba sorolt iskolák a vizsgálat után szintén részt vehettek a programban. Az első adatgyűjtés a kísérleti csoport esetében az első foglalkozás elején történt, míg a második adatfelvétel átlagosan 4,1 hónappal az intervenció után. A problémás szerencsejáték-használatot a *DSM-IV-Multiple Response-Juvenile* (DSM-IV-MR-J, Fisher 2000) kérdőívvel mérték, míg a szerencsejáték-használat mintázódását, az attitűdöket, általános ismereteket, tudatosságot és ellenállást, döntéshozatali és problémamegoldó képességeket, valamint a magas kockázatú tevékenységekben való részvételt összesen 43 (témánként 2–10) kérdéssel vizsgálták mindkét esetben, melyek megfelelő pszichometriai jellemzőkkel bírtak.

Eredményeik szerint az intervenció jelentős mértékben módosította a szerencsejáték iránti attitűdöket, növelte az ismereteket általában és a problémás szerencsejáték-használattal kapcsolatban is, ellenállóbbakká váltak a tévhitekkel szemben, javultak a döntéshozatali és problémamegoldó képességeik, valamint csökkent a problémamentes és a problémás szerencsejáték-használat is. Egyedül az egyéb, szintén magas kockázatú tevé-

kenységekben való részvétel esetében nem értek el statisztikailag jelentős pozitív változást.

Az eredmények összefoglalása

A vizsgált programok közül mind a 8 fogalmazott meg a szerencsejáték-magatartás vonatkozásában (is) céltételezéseket: 6 tanulmány által bemutatott 5 program kívánt változást elérni általában a szerencsejáték-viselkedéssel kapcsolatban (Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002; Ladouceur–Ferland–Vitaro 2004; Ladouceur et al. 2005; Turner–Macdonald–Somerset 2008; Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010), illetve 3 program célozta meg specifikusan a problémás használat megelőzését (Donati–Primi–Chiesi 2014; Taylor–Hillyard 2009; Williams–Wood–Currie 2010), mindegyikük mérte célváltozóik mentén a program hatására bekövetkező változásokat, s 3 esetben találtak kedvező irányú elmozdulást.

Az áttekintett tanulmányok alapján a vizsgált prevenciós beavatkozások körében három fő közbülső céltételezési típus azonosítható:

- I. Ismeretátadással kapcsolatos, a szerencsejátékkal, illetve a problémás szerencsejáték-használattal kapcsolatos ismeretek bővítésére irányuló céltételezés mindegyik programban előfordult (Donati–Primi–Chiesi 2014; Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002; Ladouceur–Ferland–Vitaro 2004; Ladouceur et al. 2005; Taylor–Hillyard 2009; Turner et al. 2008; Turner–Macdonald–Somerset 2008; Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010).
- II. Három program céljai között jelentek meg készségfejlesztéssel kapcsolatos céltételezések. Ezek közül két program a hatékonyabb megküzdési stratégiák kialakítására (Turner et al. 2008; Turner–Macdonald–Somerset 2008), míg egy program különböző életvezetési készségek fejlesztésére irányult (Williams–Wood–Currie 2010).
- III. Két program (Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010) fogalmazott meg szerencsejáték iránti attitűdök befolyásolásával kapcsolatos céltételezéseket.

Három program esetében találtunk kedvező irányú elmozdulást a szerencsejáték-magatartás vonatkozásában. Az általuk alkalmazott közbülső célok azok, melyek a szerencsejáték tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló prevenciós tevékenység szakmai megalapozását jelentik. A beazonosított közbülső célváltozók összegzését a 4. táblázat tartalmazza.

Részletes programleírást mindössze egy tanulmány közölt (Williams–Wood–Currie 2010), így az itt bemutatott módszerek leírása nem feltétlenül tükrözi a programok teljes eszköztáráját. Emellett egy tanulmány kivételével mindegyikük több módszertani elem alkalmazását említette, s azoknak a hatását külön-külön nem vizsgálták, így nincs lehetőségünk egy-egy módszer eredményességének bemutatására.

A programok időtartamát tekintve négy program egyórás intervenciókat vizsgált (Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002; Ladouceur–Ferland–Vitaro 2004; Ladouceur et al. 2005; Taylor–Hillyard 2009; Turner et al. 2008), s a másik 4 tanulmány pedig minimum 4 alkalomból álló programokkal foglalkozott (Donati–Primi–Chiesi 2014; Turner–Macdonald–Somerset 2008; Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010).

4. táblázat: A szerencsejáték-magatartással kapcsolatos céltetelezések mentén kedvező irányú változást mutató programok közbülső célváltozói és azok elmozdulásai

	Problémás szerencsejáték-használat	Általában a szerencsejáték-használat
Ismeretátadó elemek	szerencsejátékkal kapcsolatos tudás	
	<i>Donati–Primi–Chiesi 2014; Williams–Wood–Currie 2010</i>	<i>Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010</i>
	problémás szerencsejátékkal kapcsolatos tudás	
	<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>	<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>
	szerencsejátékkal kapcsolatos gazdasági percepciók	
	<i>Donati–Primi–Chiesi 2014</i>	
Hiedelmek	babonás gondolkodás	
	<i>Donati–Primi–Chiesi 2014</i>	
	szerencsejátékkal kapcsolatos tévhitek	
	<i>Donati–Primi–Chiesi 2014*; Williams–Wood–Currie 2010</i>	<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>
	szerencsejátékkal kapcsolatos attitűdök	
<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>	<i>Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010</i>	
életvezetési (döntéshozatal és problémamegoldás) készségek		
<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>	<i>Williams–Wood–Currie 2010</i>	

* csak problémamentes serdülőknél tapasztaltak változást

Az alkalmazott módszerek közül a programok többségében megjelentek frontális elemek, hét program tartalmazott előadásokat (*Donati–Primi–Chiesi 2014; Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002; Ladouceur–Ferland–Vitaro 2004; Taylor–Hillyard 2009; Turner et al. 2008; Turner–Macdonald–Somerset 2008; Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010*), melyek az általános szerencsejátékkal kapcsolatos ismereteken felül esetenként kiterjedtek a problémás használat jellemzőire, kapcsolódó érzelmekre, illetve egyéb, megküzdéssel, tudatossággal és önmonitorozással kapcsolatos életvezetési stílusokra. Azonban a frontális módszerek önálló, kizárólagos előfordulása nem volt jellemző. Az interaktivitást megjelenítő módszerek között a következők kerültek megemlítésre:

- Öt program jelezte az előadások témájához kapcsolódó megbeszélések jelentőségét, többségük (négy) a többüléssel programok közül került ki (*Donati–Primi–Chiesi 2014; Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002; Turner–Macdonald–Somerset 2008; Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010*).
- Négy – egy kivétellel többüléssel – program esetében említették a saját élményt nyújtó programelemek jelenlétét (*Donati–Primi–Chiesi 2014; Walther–Hanewinkel–Morgenstern 2013; Williams–Wood–Currie 2010; Turner et al. 2008*). Ezek rendszerint

olyan véletlen eseményeket bemutató feladatok, amelyeken keresztül megtapasztalhatják a szerencsejátékok nyújtotta élményeket, illetve a valós nyeresi- és vesztesési eseményeket.

- Két program estében került említésre a *különböző készségek* (megküzdési, illetve életvezetési) *elsajátítását segítő technikák, interaktív gyakorlati feladatok* alkalmazása (Turner et al. 2008; Williams–Wood–Currie 2010).
- Egy együlékes program leírása tartalmazott *otthoni interaktív feladatokat*, amelyeket a résztvevők egy CD-lemez segítségével otthon, egyedül is el tudtak végezni (Taylor–Hillyard 2009).
- Szintén ez az együlékes program nem specifikáltan említett *egyéb* aktív tevékenységeket, melyek pontos tartalmát nem ismertették (Taylor–Hillyard 2009). Összesen öt program alkalmazott *videót*, három egyalkalmas (Ferland–Ladouceur–Vitaro 2002; Ladouceur–Ferland–Vitaro 2004; Ladouceur et al. 2005), és két hosszabb program (Donati–Primi–Chiesi 2014; Williams–Wood–Currie 2010).

Konklúzió

Jelen tanulmány a szerencsejáték-tevékenység kockázatainak csökkentésére irányuló, a 14–24 éves populáció számára tervezett prevenciós tevékenység szakirodalmi megalapozása érdekében az 1995–2015 között publikált releváns nemzetközi szakirodalmat tekintette át a hatékony *univerzális prevenciós* elemek (célok és módszerek) azonosítása érdekében.

Az áttekintés eredményeként négy olyan iránymutatással szolgáló fő elemet (közbulső célt) sikerült azonosítani, melyek a szerencsejáték-magatartással, és/vagy a problémás szerencsejáték-használattal kapcsolatos céltételezések mentén kedvező irányú változást idézett elő: 1) ismeretátadás (problémás és általános szerencsejátékkal kapcsolatos tudás); 2) hiedelmek lebontása (babonás gondolkodás, tévhit); 3) attitűdök befolyásolása; 4) készségfejlesztés (életvezetési, döntéshozatali, problémamegoldási készségek).

A beazonosított programok az ülések száma tekintetében nagyfokú heterogenitást mutattak.

Bár a módszerek szempontjából a frontális előadások tekinthetők dominánsnak, ugyanakkor az áttekintett programok mindegyike kiegészül interaktív (beszélgetés, saját élmény, készségfejlesztés) és/vagy multimédiás (CD-lemez, videó) elemekkel, mely a komplex eszköztárral rendelkező intervenciók alkalmazásának irányába mutat.

Jelen elemzés korlátja egyrészt, hogy részletes programleírásokkal mindössze egy intervenció esetében találkozhattunk, illetve az általunk fellelt tanulmányokban az egyes alkalmazott módszerek és a (problémás) szerencsejáték-használat változása mint végső célváltozó közötti összefüggéseket nem tudtuk vizsgálni. Az utánkövetéses vizsgálatok szintén hiányoznak, mindössze egy program esetében találtunk erre vonatkozó adatokat. Ugyan elemzésünk csak publikált értékelő vizsgálatokra korlátozódik, de a témában korábban megjelent, és jelen tanulmány vizsgálati periódusával részben átfedést mutató összefoglalók által beazonosított programok elemzésünk érvényességét támasztják alá.

IRODALOM

- AJZEN, I. & FISHBEIN, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th Rev. ed.) Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.) Washington DC, American Psychiatric Association.
- BANDURA, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
- DEMETROVICS Zs. (2007) Az addiktológia alapfogalmai. In: DEMETROVICS Zs. (ed.) *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest. pp. 27–46.
- DEMETROVICS Zs., PAKSI B., MAGI A. & FELVINCZI K. (2016) Egyes viselkedési addikciók elterjedtsége és társadalmi mintázódása a magyarországi felnőtt népesség körében. In: VARGHA A. (ed.) *Múlt és jelen összeér. A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet*. Budapest, MPT. pp. 80–81. http://mipszi.hu/sites/default/files/mpt_ngy2016_kivonatkiotet_0509.pdf [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- DONATI, M. A., PRIMI, C. & CHIESI, F. (2014) Prevention of Problematic Gambling Behavior among Adolescents: Testing the Efficacy of an Integrative Intervention. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 30. No. 4. pp. 803–818.
- EMCDDA (2011) *European Drug Prevention Quality Standards: A Manual for Prevention Professionals*. Lisszabon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- EVANS, R. I. (2001) Social Influences in Etiology, Prevention of Smoking, Other Health Threatening Behaviours in Children and Adolescents. In: A. BAUM, T. A. REVENSON, J. E. SINGER (eds) *Handbook of Health Psychology*. Mahwah (NJ), Earlbaum. pp. 459–468.
- EVANS, R. I. (2003) Some Theoretical Models and Constructs Generic to Substance Abuse Prevention Programs for Adolescents: Possible Relevance and Limitations for Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 19. No. 3. pp. 287–302.
- FERLAND, F., LADOUCEUR, R. & VITARO, F. (2002) Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 18. No. 1. pp. 19–29.
- FISHER, S. (2000) Developing the DSM-IV-MR-J Criteria to Identify Adolescent Problem Gambling in Non-clinical Populations. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 16. Nos 2–3. pp. 253–273.
- FLAY, B. R., BIGLAN, A., BORUCH, R. F., CASTRO, F. G., GOTTFREDSON, D., KELLAM, S., MOSCICKI, E. K., SCHINKE, S., VALENTINE, J. C. & Ji, P. (2005) Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, Vol. 6. No. 3. pp. 151–175.
- GOODING, P. & TARRIER, N. (2009) A Systematic Review and Meta-analysis of Cognitive-Behavioural Interventions to Reduce Problem Gambling: Hedging Our Bets? *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 47. No. 7. pp. 592–607.
- GYOLLAI Á., URBÁN R., FARKAS J., KUN B., KÖRKÖNYEI Gy., EISINGER A., MAGI A. & DEMETROVICS Zs. (2013) A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatria Hungarica*, Vol. 28. No. 3. pp. 274–280.

- LADOUCEUR, R. (1994) La psychologie des jeux de hasard et d'argent: aspects fondamentaux et cliniques. *Loisir et société*, 17. pp. 215–234.
- LADOUCEUR, R., FERLAND, F. & VITARO, F. (2004) Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge among Canadian Youths. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 25. No. 3. pp. 329–335.
- LADOUCEUR, R., FERLAND, F., VITARO, F. & PELLETIER, O. (2005) Modifying Youths' Perception toward Pathological Gamblers. *Addictive Behaviors*, Vol. 30. No. 2. pp. 351–354.
- LADOUCEUR, R., GOULET, A. & VITARO, F. (2013) Prevention Programmes for Youth Gambling: A Review of the Empirical Evidence. *International Gambling Studies*, Vol. 13. No. 2. pp. 141–159.
- LANGER, E. (1975) The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 32. pp. 311–328.
- MRAZEK, P. J. & HAGGERTY, R. J. (1994, eds) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press.
- PAKSI B., MAGI A. & DEMETROVICS Zs. (2015) Estimating the Risk Potential of Hungarian Gambling Products. 2nd International Conference on Behavioral Addictions. Budapest, Hungary March 16–18, 2015. *Journal of Behavioral Addictions*, V. 4. Supplement 1. pp. 57–58.
- PAKSI B., MAGI A. & DEMETROVICS Zs. (2016) A szerencsejáték, illetve a problémás szerencsejáték használat kockázatai, a kockázatok társadalmi/demográfiai mintázódása és azok prevencióval kapcsolatos folyamánai a serdülő korosztályban. In: VARGHA A. (ed.) *Múlt és jelen összeér. A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkötet*. Budapest, MPT. pp. 80–81. http://mipszi.hu/sites/default/files/mpt_ngy2016_kivonatkotet_0509.pdf [Letöltve: 2019. 09. 01.]
- TAYLOR, L. M. & HILLYARD, P. (2009) Gambling Awareness for Youth: An Analysis of the „Don't Gamble Away Our Future™” Program. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Vol. 7. No. 1. pp. 250–261.
- TURNER, N., MACDONALD, J., BARTOSHUK, M. & ZANGENEH, M. (2008) The Evaluation of 1-H Prevention Program for Problem Gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Vol. 6. No. 2. pp. 238–243.
- TURNER, N. E., MACDONALD, J. & SOMERSET, M. (2008) Life Skills, Mathematical Reasoning and Critical Thinking: A Curriculum for the Prevention of Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 24. No. 3. pp. 367–380.
- WALTHER, B., HANEWINKEL, R. & MORGENSTERN, M. (2013) Short-term Effects of a School-based Program on Gambling Prevention in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 52. No. 5. pp. 599–605.
- WILLIAMS, R. J., WOOD, R. T. & CURRIE, S. R. (2010) Stacked Deck: An Effective, School-based Program for the Prevention of Problem Gambling. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 31. No. 3. pp. 109–125.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

AZ ISKOLAI BÁNTALMAZÁS (BULLYING) MEGELŐZÉSE

JÁRMI ÉVA

ELTE PPK Iskolapszichológia Tanszék

Bár a bullying jelenségének kiterjedtsége napjainkban még módszertani nehézségek miatt nehezen meghatározható, az oktatási-nevelési intézmények és a társadalom részéről is egyre nagyobb igény körvonalazódik az iskolai bántalmazás megértésére és kezelésére. A hatékony antibullying programok közös jellemzői, hogy prevenció szemléletűek, hangsúlyozzák az antibullying csoportnormák kialakítását, valamint az ismeretátadás mellett attitűdöt is formálnak és viselkedési készségeket is fejlesztenek. A tanulmány célja, hogy áttekintést adjon a hazai antibullying gyakorlatokról (pl. ENABLE, KIVA, NyugiOvi): az eddig megvalósultakról és a további fejlesztési irányokról.

Kulcsszavak: bullying, antibullying program, prevenció, ENABLE, KIVA, NyugiOvi, Prevention of Bullying In School Setting

Although the exact scope of bullying is hard to determine due to methodological difficulties, there is a rising demand on behalf of the educational institutions and the society to better understand and manage bullying. Common features of effective antibullying programs are the preventive approach, the emphasis antibullying group norms and besides education these programs develop behavioural skills and change attitudes. The goal of the present study is to give an overview about antibullying programs in Hungary (e.g. ENABLE, KIVA, NyugiOvi): what has been done and what needs to be developed.

Keywords: bullying, antibullying programs, prevention, ENABLE, KIVA, NyugiOvi

Bevezetés

Húsz évvel ezelőtt éppen az *Educatio* című folyóiratban jelent meg Dan Olweus (1999) *Iskolai zaklatás* című 1995-ös tanulmánya magyarul. Azóta számos hazai kutató foglalkozott a témával, több tanulmány, illetve könyv áll magyarul is a bullying jelensége iránt érdeklődő kutatók, pedagógusok, pszichológusok és a

Levelező szerző: Jármí Éva, ELTE PPK, 1075 Budapest, Kazinczy u. 23–27. IV. em. 423.
E-mail: jarmi.eva@ppk.elte.hu

gyermeküknek segíteni próbáló szülők rendelkezésére. A hazai kutatások terén történt előrelépésekről jó áttekintést ad *Buda Mariann* összefoglaló írása (2015), jelen tanulmányban ezért a gyakorlatra, vagyis az iskolai bántalmazás megelőzését, illetve kezelését célzó programokra, módszerekre fókuszálunk, és csak röviden térünk ki a bullying hazai elterjedtségének kérdésére.

A bullying problematikájának előtérbe kerülését sokáig akadályozta, hogy az egyetlen nagymintás vizsgálat, ami érintette a bullying elterjedtségét – az Iskoláskorúak Egészségmagatartása (HBSC) kutatás – nemzetközi összehasonlításban alacsony prevalenciát jelzett hazánkban (*Németh–Költő* 2016): 2013/2014-es adatfelvételnél az 5–11. évfolyamos diákok 5,1 százaléka számolt be arról, hogy legalább heti rendszerességgel bántalmazták az iskolában, és csak 3 százalékuk vallotta magát elkövetőnek, amivel bőven a részt vevő országok 10% körüli átlaga alatt vagyunk. De vajon tényleg ilyen jó a helyzet, vagy valamilyen módszertani oka van ennek a pozitív képnek? A HBSC kutatásban a diákoknak bemutatják a bullying (kortársbántalmazás) Olweus-féle definícióját, ennek elolvasása után kell megítélniük érintettségüket. Nem tudjuk azonban, hogy valóban elolvasta-e, megértette-e, illetve hogyan értelmezi a válaszadó a viszonylag hosszú és nehezen érthető definíciót, és tudja-e használni ezt a fogalmat élményei felidézésénél. Az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet kutatói 2015-ben felső tagozatos diákok országos reprezentatív mintáján egy másik megközelítést alkalmaztak (*Simon–Zeriny–Velkey* 2015): 13 specifikus bullying viselkedést soroltak fel, ezek előfordulásáról kellett beszámolniuk a diákoknak. Így az áldozatok (akik legalább egy bántalmazástípust legalább heti rendszerességgel elszenvednek) aránya 15,2 százalék, a bántalmazóké 7 százalék. A definíciós nehézségek mellett felmerül továbbá az önbeszámoló megbízhatóságának kérdése, ami ráadásul a válaszadó életkorával, nemével és érintettségével is összefügg (pl. idősebb fiúk kevésbé szívesen vallják magukat áldozatnak, mint a fiatalabb fiúk vagy a lányok). Kortársmegítélés esetén viszont az nehezíti az érintettek meghatározását, hogy gyakran alacsony konszenzus van az osztálytársak között adott diák bullying szerepéről (pl. néhányan bántalmazónak jelölik, mások védelmezőnek, és többen kívülállónak ugyanazt a diákot). Felmerül még az is, hogy nem is az érintettek száma, hanem az osztályban előforduló bullying incidensek mennyisége és súlyossága jelzi jobban a probléma nagyságát, hiszen a bullying a szemlélőkre nézve is komoly negatív következményekkel jár. Összefoglalóan tehát azt mondhatjuk, hogy még számos módszertani kérdés vár megválaszolásra, hogy egyértelmű képet kaphassunk a probléma súlyáról (*Várnai et al.* 2018).

A továbbiakban igyekszünk áttekintést adni arról, hogy mi történt az antibullying programok/gyakorlatok fejlesztése és iskolai bevezetése terén hazánkban az elmúlt években, hol tartunk most, és milyen irányba lehet, illetve kell továbblépni a jövőben.

Előzmények: a probléma felismerése

Preventív programok kidolgozásának előfeltétele, hogy tisztában legyünk a megelőzendő problémával. Ez triviális lépés a balesetmegelőzés vagy az egészségkárosító magatartások esetében, de a bullying definiálása már korántsem egyértelmű. Sokan még ma is megkérdőjelezzik, hogy lehet-e, illetve érdemes-e

- a kortársak között előforduló bántó magatartás számos formáját egy kategóriába sorolni: pl. megalázó beszélgetések, kiközösítés, gyengébb diák megverése;

- mindezeket más agresszív megnyilvánulásoktól elkülöníteni: pl. erőszakos konfliktuskezelés, bosszúállás, indulatkitörés, önvédelem;
- majd erre a mesterségesen kialakított kategóriára (bullying) megfelelő magyar kifejezést találni?¹

A hazai szakmai közönség csak lassan kezdte magáévá tenni azt a gondolatot, hogy

1. létezik bullying a magyar iskolákban is,
2. ez nem természetes velejárója a diákközösségeknek, hanem egy probléma, ami ellen fel kellene lépni,
3. nemcsak a bántalmazott diákok, hanem az egész osztályközösség védelme érdekében,
4. és a hatékony fellépés felelőssége a tanároké (vagyis nem hárítható a diákokra vagy a családra).

Az iskolai agresszió átmenetileg jelentős figyelmet kapott 2008–2009 folyamán, amikor több eset súlyos tragédiával végződött, illetve felkerült az internetre, így nagy sajtóvisszhangot keltett. Ennek nyomán a *Mérei Ferenc Pedagógiai és Pályaválasztási Intézet* keretei között egy *Agressziókezelési Munkacsoport* alakult, ami akkor megfogalmazott küldetése szerint „olyan komplex támogatást kínál az oktatási-nevelési intézmények számára, amely a problémák felszíni kezelésén túlmutat. A program a bajok gyökeres orvoslására törekszik, gyerekeket és felnőtteket egyaránt a konfliktusok békés feloldására, az együttműködés fontosságára tanítva” (*Fótiné Németh 2010: 5*). Ez a komplex intézményfejlesztés mérésen alapuló, helyi igényekre választ adó, többféle módszertani elemet ötvöző kezdeményezés volt, amely jó példája az angolszász szakirodalomban „*whole school approach*”-nak nevezett megközelítésnek. Budapesten kb. 20 iskolában vezettek be resztoratív eljárásokat, képeztek kortárssegítőket, a diákok színházi nevelési foglalkozásokon vettek részt, és mindezt kiegészítette vezetői tréning, illetve környezetfejlesztés, mint pl. az „*erőszak hot-spotok*” felszámolása. Sajnos a projekt lezárása után csak elszórtan, helyi szintű kezdeményezésként tudtak ezek a módszerek, gyakorlatok egy-egy iskolában megjelenni (példák erre az *Iskolai Konfliktusok Tudásközpont* honlapján: <http://iskon.opkm.hu/>).

Az elmúlt évtizedben egy másik oldalról kapott erősítést a bullying-prevenció: a gyermekek, fiatalok egyre korábban kezdődő és egyre jelentősebb internethasználata ráirányította a figyelmet az ebben rejlő veszélyekre. Az aggódó, a digitális világban magukat elveszítettnek érző pedagógusok, illetve szülők számára rengeteg információs anyag készült a témában, amelyek segítségével fel tudják készíteni a gyermekeket a helyes online magatartásra és a különböző internetes veszélyekkel szembeni védekezésre, mint pl. a cyberbullying (internetes bántalmazás). A legjelentősebb ma is működő projekt az Európai Bizottság által indított *Safer Internet Program*, amelyet hazánkban a *Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat* és a *Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány* működtet (bővebben erről lentebb).

Az utóbbi 4-5 évben több (kiemelt) Európai Unió által finanszírozott pályázat kapcsolódott az iskolai bántalmazás megelőzését célzó programok fejlesztéséhez, illetve társadalmi érzékenyítésre alkalmas eszközök, gyakorlatok kidolgozásához, terjesztéséhez.

¹ A tanulmányban az iskolai bántalmazás kifejezést használom, de gyakran találkozhatunk a bullying hazai irodalmában az iskolai zaklatás, kortársbántalmazás, iskolai erőszak, megfélemlítés terminusokkal is.

hez, és ma már számos szervezetnek – állami, civil, piaci háttérrel – vannak szolgáltatásai ezen a téren. Elsőként három átfogó antibullying programot ismertetünk: az óvodásoknak szóló *NyugiOvi Programot*, az 1–5. évfolyamon bevezethető *KiVa Programot* és a serdülő korosztálynál alkalmazható *ENABLE Programot*. Ezek a programok jól illeszkednek egymáshoz, hiszen azonos elméleti alapokon nyugszanak, és hasonló megközelítéssel, elemekkel, módszerekkel dolgoznak – persze mindezt adott korosztály és az intézményi felépítés sajátosságaihoz igazítva.

Átfogó bullying-megelőző programok hazánkban

Az átfogó bullying-prevenációs programok koncepciója

A preventív programoknak mindig három fő komponense van: az ismeretátadás mellett attitűdöt is formálunk és viselkedéses készségeket is fejlesztünk (Jármí–Piros 2017). Antibullying programjaink célkitűzései ezért összetettek:

1. *Kognitív szint:* első lépésként tudatosítani kell, hogy az iskolai bántalmazás komoly probléma. Informálni kell a diákokat, a tanárokat és a szülőket a bántalmazás jelenségéről, elterjedtségéről, a kialakulásához vezető pszichológiai mechanizmusokról és következményeiről. Kiemelt jelentőséggel bír
 - az iskolai bántalmazás rejtettebb formáinak (indirekt bullying, cyberbullying) bemutatása,
 - az áldozat érzéseinek, szenvedésének hangsúlyozása,
 - az áldozat hibáztatása helyett a csoport szerepének tisztázása.
2. *Viselkedéses szint:* minden érintettnek tudnia kell, mit tegyen, ha valakit bántalmaznak, hogyan lehet megállítani a bántalmazást áldozatként, szemlélőként, szülőként, tanárként, melyek a hatékony, de biztonságos védekezési/védelmi stratégiák. Fontos, hogy a program
 - ne csak irányelveket, hanem konkrét tanácsokat is nyújtson,
 - hogy a beavatkozási technikák megtanítása mellett lehetőséget adjon ezek begyakorlására,
 - egyértelműen határozza meg, kihez lehet segítségért fordulni a bántalmazás megállítása érdekében.
3. *Érzelmi/motivációs szint:* A diákokat buzdítani kell arra, hogy valóban alkalmazzák ismereteiket és készségeiket, hiszen csak akkor fognak tenni valamit, ha úgy érzik, megéri az erőfeszítés. Ehhez szükséges
 - bántalmazásellenes attitűd és csoportnorma kialakítása,
 - az árulkodás tabujának megtörése a bántalmazás jelentése érdekében.

Az átfogó antibullying programok gerincét az osztályközösségeknek tartott foglalkozások alkotják, melyeket lehetőleg a csoport formális vezetője (osztályfőnök, ill. óvodapedagógus) tart. Ezek eredményeként kerülnek megfogalmazásra és elfogadásra azok a bullying-ellenes osztályszabályok, melyek explicitté teszik a közösség normáit és az elvárt viselkedést – ezért is fontos a csoport vezetőjének minél aktívabb részvétele a folyamatban. A közösség normaképzése, a szemlélők mozgósítása mellett mindig része a tematikának a társas-érzelmi készségek fejlesztése is, hiszen ezek (érzelmi tudatosság, érzelemszabályozás, együttműködés, közös problémamegoldás, segítségnyújtás, segít-

séggkérés, konstruktív konfliktusrendezés és asszertivitás) általában is hozzájárulnak a pozitív csoportléghőhöz, illetve a bántalmazás minden érintettjének segítenek abban, hogy ki tudjanak lépni szerepükből.

A csoportfoglalkozások megtartására mindig fel kell készíteni a pedagógusokat, de valójában az intézmény minden dolgozóját szükséges érzékenyíteni, és egységes nevelői környezetet teremteni a bántalmazás megelőzéséhez szükséges kompetenciák fejlesztésével. Cél, hogy a pedagógusok vegyék észre és határozottan állítsák le a bántalmazó viselkedést, illetve az intézménynek legyen olyan eljárásrendje, amely resztoratív szemléletben, egységesen kezeli az előforduló bullying incidenseket.

Mivel a bullying megelőzésében fontos szerepet játszik az otthoni környezet és a családból hozott minták is, ezért a pedagógusok képzése mellett fontos elem a szülők minél szélesebb körű bevonása, melyet tematikus szülői értekezletek és a szülőknek szóló kiadványok segítenek.

A NyugiOvi Program

A *NyugiOvi Program* a TÁMOP-5.2.10-15/1-2015-0001 „Kora-gyermekkori program a megfélemlítés megelőzésére” című pályázat keretében született meg 2015-ben. Célja az óvodai bántalmazás elleni fellépés erősítése, ami az iskolai bántalmazás megelőzését is szolgálja. A csoportfoglalkozások öt téma, öt szabály köré épülnek, ezek bevezetése változatos tevékenységi formákon keresztül történik, harmonizálva az Óvodai nevelés országos alapprogramjával (pl. anyanyelvi nevelés, mozgás, ábrázolás, ének-zene).

1. *Mindenkit befogadunk a csoportba.* Az első hét célja a csapatépítés, a közösségi érzés, a mi-tudat erősítése, egymás elfogadásának és a különbözőségek tolerálásának elősegítése.
2. *Elmondjuk, amit érzünk.* A gyerekek megtanulják felismerni és kifejezni érzelmeiket, illetve olyan technikákat sajátítanak el, melyek elősegítik az indulatkezelést, a félelmek leküzdését, ezáltal is csökkentve a bántalmazás, illetve az áldozattá válás esélyét.
3. *Nem bántjuk egymást.* A játékos foglalkozáson keresztül a gyerekek megismerik a bántalmazás különböző formáit, illetve azt, hogy ezek milyen érzést váltanak ki a bántalmazott társukban. Arra is kitérünk, hogy a bocsánatkérés nem elegendő, a kapcsolat helyreállításához szükséges a jóvátétel, valamint a másik megvigasztalása is.
4. *Megvédjük, ha valakit bántanak.* A gyerekek a foglalkozás során megtapasztalhatják, hogy bennük is megvannak a szükséges „szuperképességek” ahhoz, hogy a gyengék védelmére keljenek, és akkor tudjuk megvédeni egymást, ha egyesítjük az erőinket. A hatalmaskodó gyerek valójában nem erős, az erő nem a bántásban, hanem a védelemben van.
5. *Szólunk, ha valakit bántanak.* A jelzés nem egyenlő az árulkodással, így a gyerekek megtanulják elkülöníteni, hogy melyek azok az esetek, mikor a másik bajban van és szólni kell a felnőtteknek. Zárásként összegezzük az eddigi tevékenységeket, valamint a gyerekekkel együtt vállaljuk, hogy minden csoporttag betartja a megtanult szabályokat.

A *NyugiOvi foglalkozások* egy mesés kerettörténetbe vannak ágyazva, melynek főszereplője egy távoli bolygóról érkező, védelemre szoruló úrlény (Szepi), aki leveleken keresztül kommunikál a gyerekekkel. Az ő befogadását és biztonságát szolgálják a bántal-

mazásellenes csoportszabályok, a betartásukhoz szükséges társas-érzelmi készségeket pedig két tündérfigurával való azonosulás révén fejlesztjük: a tündérlány (Zille) kívül hordja szívét, ezért mindig megérzi, ha valaki fél, bánatos és segítségre van szüksége, tündérlavag társa (Timó) pedig varázspajzsa segítségével mindenkit meg tud védeni. A történet nem ér véget a projekt végén, hiszen tartós hatást csak akkor várhatunk, ha a program fő üzenetei a gyermekek mindennapjainak részévé tudnak válni. Ennek érdekében vezet be az óvodapedagógusok a Zille/Timó-felelősök rendszerét, akiknek feladatuk a társaik biztonságára való figyelés és az esetleges bántalmazás jelzése, a magányos gyerekek játékba hívása, megvigasztalása. Az óvoda dolgozói, ha bántalmazást tapasztalnak – bármilyen formában bárkinél – mindig azonos módon lépnek fel (ti. a közösen elfogadott óvodai szabályra és a másik fájdalmára való hivatkozással leállítják a bántónak címkézett viselkedést), az óvodapedagógusok pedig mindig a reaktív kör technikáját alkalmazzák, aminek célja a kapcsolatok helyreállítása. A gyerekeket az egységes nevelői fellépés, a resztoratív kérdések (mi történt, ki mit érez, mire lenne szüksége, hogy rendbe jöjjenek a dolgok) és a békítő eljárás rituáléja segíti a kívánt társas viselkedés elsajátításában.

A csoportfoglalkozásokhoz tartozó pedagógusképzés és szülői alkalmak mellett további programelemek (színházi előadás, kampánynap, állapotfelmérés) is kiegészítik a *NyugiOvi* koncepciót. Mindazonáltal az óvodákból érkező érdeklődés és szakmai igény ellenére a program széles körben történő bevezetése – koordináció és finanszírozás hiányában – jelenleg nem biztosított.²

A finn KiVa Program hazai adaptációja

A *KiVa Programot* az iskolai bántalmazás nemzetközileg elismert kutatói, Prof. Christina Salmivalli és Elisa Poskiparta (University of Turku) fejlesztették ki, több évtizedes kutatómunkájukra építve. Finnországban már egy évtizede nemzeti programnak számít, hiszen az iskolák kb. 90 százaléka alkalmazza a *KiVa-t*, amely évente 20–30 százalékkal csökkenti a bántalmazás előfordulását. A *KiVa* egyszerre prevenciós és intervenciós program: a megelőzést szolgáló programelemek minden diákra irányulnak adott osztályfokon, míg az intervenciós lépések csak az aktuálisan előforduló bántalmazásban érintett diákokra vonatkoznak. A két komponens nem is szétválasztható, hiszen a beavatkozás sikeressége az előkészítő munkában rejlik (lehet hivatkozni a jelenség ismeretére, a közösen kidolgozott bántalmazásellenes szabályokra), a problémaérzékenyítés során pedig a diákoknak meg kell tapasztalniuk, hogy az iskola is komoly problémának tekinti a bántalmazást és fellép ellene (*Jármí–Péter-Szarka–Fehérpataky 2015*).

Az első, illetve az ötödik osztályban bevezethető *KiVa foglalkozások* 10 dupla órát jelentenek. A foglalkozásokat minden esetben az osztályfőnök tartja, aki így a közösség formálódásának időszakától kezdve mélyebben megismerheti diákjait, és ezáltal erősödhet közöttük a bizalmi kapcsolat. A *KiVa órákon* a pedagógusok változatos, interaktív módszerekkel dolgoznak: csoportos megbeszélés, vita, szerepjáték, csoportmunka, film. A tanári kézikönyvben minden témához részletes óravázlatok és a megvalósítást segítő instrukciók tartoznak, illetve minden képi/filmes segédanyag is a tanárok rendelkezésére áll. A tanárok a program iskolai bevezetése során egy 2 napos kiképző tréningen ismer-

² Bővebben a programról itt: <https://felzarkozas.szgyf.gov.hu/page.php?mid=332> [Valamennyi internetes forrás letöltve: 2019. 09. 10.]

kednek meg az osztálytermi foglalkozások tematikájával, ekkor kapnak némi vezetés-technikai segítséget is ezek sikeres levezetéséhez, az esetkezelést végző *KiVa* *teamtagok* (iskolánként 3-4 fő) pedig egy további alkalommal sajátítják el az esetkezelés lépéseit.

A *KiVa* foglalkozások tematikája az 1., illetve 5. évfolyamon:

Unit 1 – Témák: Ismerkedés • Érzelmek • A mi osztályunk – mindenki beletartozik • A különbözőség érték • NINCS bántalmazás a *KiVa*-iskolában • NEM veszünk részt bántalmazásban • Szükség van a támogatásodra • NEM válok áldozattá • Szépirodalmi óra • *KiVa*-szerződés

Unit 2 – Témák: Tiszteletet mindenkinek • Csoportban lenni • A bántalmazás felismerése • A bántalmazás rejtett formái • A bántalmazás következményei • A csoport szerepe a bántalmazás folyamatában • Szembeszállás a bántalmazással – csoportként • Mit tegyek, ha bántalmaznak? • *KiVa*-iskola – csináljuk együtt • Hogyan csináljuk?

A *KiVa* foglalkozások vonzerejét a *KiVa* számítógépes játék adja, ami az órákon, illetve otthon is játszható, és lehetőséget ad arra, hogy a diákok az online térben gyakorolják az elsajátított készségek alkalmazását.

A *KiVa* módszertana alaposan kidolgozott, és jól átlátható struktúrájú, így a magyar iskolákba is könnyen implementálhatónak bizonyult. 2016–2018 között az *Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet* koordinálásával három iskolában történt kísérleti bevezetés, amely biztató eredményekkel kecsegtetett mind a bántalmazás visszaszorítása, mind a közösség szemléletformálása terén (Györgyi *et al.* 2018). A szerzők azonban azt is hangsúlyozzák, hogy a pozitív kimenet részben a tantestület nyitottságának, elkötelezettségének köszönhető. Kérdés, hogy még egy ilyen bizonyítottan hatékony program, aminek minőségi bevezetését, az iskolák programhűségét többféle módon igyekszik erősíteni a programgazda, sikeres tudna-e lenni olyan intézményekben is, ahol kötelező jellegű a bevezetése. A program széles körű disszeminációja a folyamatos részvételi díj miatt (amit /fő/év kell fizetni a finn programgazdának) sajnos elmaradt, a hazai licenccel rendelkező szervezet további bevezetést nem tett lehetővé, és a hároméves szerződés lejártá után hosszabbítás – egyelőre – nem történt.³

Az ENABLE Program

Az ENABLE (*European Network Against Bullying in Learning and Leisure Environments*) iskolai bántalmazásellenes programot az *European Schoolnet* nemzetközi projektjének keretében dolgozták ki 2016-ban. Nagy-Britannia, Dánia, Görögország, Horvátország, Belgium, Luxemburg után 2017 őszétől hazánkban is bevezetésre került. A program magyar adaptációja Jármí Éva és Várnai Dóra munkája, bevezetését az *Oktatási Hivatal* koordinálja. A 30 órás ENABLE felkészítő tréningeket országosan a *Pedagógiai Oktatási Központok* szervezik olyan kiképzett iskolapszichológus/pedagógus trénerekkel, akik a pilot szakaszban megvalósították a programot saját iskolájukban és részt vettek a tartalmi fejlesztésében. Ennek azért van nagy jelentősége, mert így biztosított a képzők hitelessége és segíti a résztvevők gyakran erős ellenállásának (lásd: „nem lehet beépíteni az órárendbe”, „ez 30 fős osztályban nem működik”, „a diákokat nem lehet bevonni”) oldását.

Az ENABLE középiskolai program, a foglalkozások módszertana épít a diákok önismereti igényére, absztrakt gondolkodására és a kortársvisszajelzések fontosságára, emi-

³ Bővebben a programról itt: <http://www.kivaprogram.net/hu>

att 6–11. évfolyamon ajánlott. A tanév során tíz tanórát ölelnek fel, ezt a megvalósító osztályfőnök elsősorban az osztályfőnöki órák keretében tartja, lehetőség szerint egy másik pedagógus kolléga vagy az iskolapszichológus közreműködésével.

A csoportfoglalkozások tematikája kétféle lehet: *SEL* és *Antibullying modul*. A központi *SEL modul* (*Social Emotional Learning*) közvetettebb módon érinti a bántalmazás jelenségét, több hangsúlyt fektet a saját és mások érzelmeinek felismerésére, szabályozására, a következményeket mérlegelő viselkedésirányításra, a társas felelősségvállalásra és a kapcsolatkezelésre. Azokat a társas-érzelmi készségeket fejlesztjük tehát, amelyek alkalmassá teszik a bántalmazásban különböző szerepekben érintett diákokat arra, hogy megállítsák a bántalmazást. Ha javul a diákok érzelmi intelligenciája, akkor:

A **SZEMLÉLŐK** megértik a bántalmazás csoportdinamikáját, az áldozat negatív érzéseit, erősödik empátiájuk, felismerik saját felelősségüket és lehetőségüket a beavatkozásra és az áldozat támogatására;

AZ **ÁLDOZATOK** felismerik saját erősségeiket, javul megküzdési képességük, így kevésbé lesznek „vonzó célpontok” és kiszolgáltatottak a bántalmazás negatív hatásainak;

A **BÁNTALMAZÓK** felismerik saját negatív érzéseiket és ezek szerepét bántalmazó viselkedésükben, és kezelni tudják ezeket nem bántalmazás révén.

A *SEL modul* témakörei:

1. Az érzelmi intelligencia területei
2. Hogy vagy (de igazán)?
3. Érzelmek felismerése társas helyzetekben
4. A bántalmazás természete
5. Ez nem bántalmazás, ez csak (önfelmentő stratégiák)
6. Hogyan lépj közbe egy bullying helyzetben?
7. Hogyan támogathatod a bántalmazás áldozatát?
8. Hogyan birkózzunk meg a rossz érzésekkel?
9. A változás alapjai
10. Hogyan tovább?

Az *Antibullying modul* az első pillanattól kezdve az iskolai bántalmazásra fókuszál, célja a közösség bullying-ellenes attitűdjének erősítése, bullying-ellenes csoportnorma képzése, és erre vonatkozó osztályszabályok bevezetése.

Az *Antibullying modul* témakörei

1. Mit jelent a bullying (iskolai bántalmazás)?
2. Miért lesz áldozat?
3. Miért lesz bántalmazó?
4. Tévhitek a bántalmazásról
5. Reakciók a bántalmazásra
6. Indirekt beavatkozás – támogatás
7. Indirekt beavatkozás – pozitív társas viselkedés
8. Direkt beavatkozás – közbelépés bullying helyzetekben
9. A bántalmazás jelzése – segítségkérés
10. Tegyük együtt azért, hogy ne legyen bullying az osztályban!

A foglalkozások változatos munkaformákat és oktatási módszereket alkalmaznak, de – különösen a *SEL modul* esetében – a pedagógusnak nem kell jelentősen eltérnie a

hagyományos óravezetéstől. A megvalósítást segítik a kész segédanyagok: filmek, képek és power pointok, illetve a tanári kézikönyvben részletes óravázlatok, további gyakorlatjavaslatok találhatóak. A program erősen épít a digitális technikák alkalmazására, amennyiben erre lehetőség van az iskolában.

Az ENABLE Program bevezetése jelenleg még csak osztály szinten történik, a téma iránt elkötelezett, innovatív pedagógusok részvételével, akik remélhetőleg a változás motorjává tudnak válni az intézményen belül – az vezetőség támogatása esetén. A csoportfoglalkozásokat azonban már most is kiegészíti a szülők tájékoztatása, bevonása: a nekik szóló kiadvány egyrészt útmutatót nyújt, mi a teendő szülőként, ha gyermeke hozzá fordul segítségért, másrészt informálja a szülőket arról, mit tehet ő (és mit az iskola) preventív jelleggel. A szülői értekezleten kívül a programba bekapcsolódó kollégák a nevelőtestületnek is tartanak rövidebb-hosszabb érzékenyítő előadást a bántalmazásról, a program üzeneteiről, és arról, hogy miben van szükség a többi pedagógus együttműködésére. A felkészítő képzéseken továbbá elsajátítják a bullying esetek hatékony kezelésének lépéseit, ami kiindulópontként szolgálhat egy iskolai eljárásrend kialakításához, de ennek bevezetése szervezeti szinten kell, hogy történjen. Folyamatban van továbbá egy olyan online diagnosztikai eszköz bevezetése a program minőségi bevezetése és eredményességének nyomon követése érdekében, ami a pedagógusoknak képet nyújt az osztályon belüli viszonyokról a bullying szerepek tekintetében, miközben adatokkal szolgál a program fókuszában álló változók alakulásáról a programgazdának.

Az ENABLE képzések az iskolák számára térítésmentesen, helyben elérhetők (a költségvetési keret kimerítéséig), sőt a foglalkozásvázlatok bárki számára letölthetők, de a program implementációjának monitorozására, szakmai támogatására sajnos nem biztosított a forrás, pedig ez a sikeresség egyik záloga.⁴

További antibullying kezdeményezések, projektek

Az elmúlt években több hazai szervezet tűzte zászlójára az iskolai és az internetes bántalmazás elleni fellépést, így mára sok hasznos eszköz magyarul is rendelkezésre áll, amit a téma iránt érdeklődő szakembereknek ajánlani tudunk.

Békés Iskolák

A *Békés Iskolák* kezdeményezés az eddig bemutatott átfogó programokhoz hasonlóan rendszerszintű beavatkozást céloz a mozgalomba bekapcsolódó iskolákban, ugyanis az iskola teljes közösségénél igyekszik változást elérni, elsősorban a bántalmazás minden formájának elutasítása és a szemlélők mozgósítása terén. Különlegessége, hogy erősen épít az alulról szerveződő önkéntesség erejére, vagyis az iskola belső erőforrásainak mozgósítását igényli. Nem kínálnak kész programot, hanem tájékoztató előadások, képzések révén elindítják az iskolában a szemléletváltást, és szakmai támogatást nyújtanak azoknak az iskolai szereplőknek (tanároknak, igazgatónak, iskolapszichológusnak), akik elköteleződnek a változás mellett, és akik vezetésével az iskola kidolgozza a saját igényeihez, lehetőségeihez legjobban illeszkedő módszertant. A program elméleti alapköve *Twemlow és Sacco (2012) Miért nem működnek az iskolai bántalmazásellenes programok*

⁴ Bővebben a programról itt: <https://hirmagazin.sulinet.hu/hu/s/enable>

című könyve, kulcsfogalma pedig a mentalizáció (amikor magunknak/másoknak mentális állapotokat – szándékot, vélekedést, érzést – tulajdonítunk), aminek hiányában a másik embert tárgyiasítjuk, ez pedig melegágya az erőszaknak. A bántalmazás megelőzésének eszköze tehát egy jól mentalizáló közösség kialakítása, amit közösségformálás mellett a diákok társas-érzelmi készségek fejlesztésén, az erőszakmentes kommunikáció erősítésén és békés konfliktuskezelési (resztoratív) technikák bevezetésén keresztül lehet elérni. A *Békés Iskolák* filozófiája az, hogy ha az intézményben kialakul egy mentalizáló légkör, ahol a közösség tagjai (tanárok és diákok egyaránt) békésen tudják kifejezni szükségleteiket, és ezekre empaticusan reagálnak a többiek, akkor tartósan megszüntethető a bántalmazás.

Ennek a megközelítésnek az erőssége egyben a legnagyobb nehézsége is, ugyanis a rendkívül ambiciózus célkitűzések megvalósításához csak támpontokat kínál, a saját program kidolgozása nagy erőfeszítést és kreativitást igényel az iskola részéről. Sajnos kevés olyan intézmény van, ahol a közösség elkötelezettsége, együttműködési készsége és a szervezet teherbírása megfelelő ahhoz, hogy önként belevágjon egy ilyen átfogó szervezetefejlesztésbe, és valóban készen áll a sikeres megújulásra.⁵

Színházi eszközök

A bullying-prevenációs tevékenységek izgalmas műfaja a színházi nevelés, amely során egy többórás interaktív előadáson vesz részt a diákközösség, jellemzően egy-egy iskolai osztály. A színházi formában feldolgozott történet középpontjában mindig valamilyen erkölcsi/társadalmi probléma áll, amin a színész-drámatanárok és a néző diákok közösen gondolkoznak. A témát több szempontból tudják megközelíteni a résztvevők, ütköztethetik nézeteiket és a dráma nyelvén tudnak párbeszédbe kerülni egymással, amikor a történet fordulópontjain döntéseket kell hozni a következő eseményekről, mint pl. hogyan reagálnak a különböző szereplők a bántalmazási helyzetre, sikerül-e megvédenie magát a bántalmazás célpontjának. Mivel az előadások célja nem egy konkrét üzenet átadása, hanem a dilemma megfogalmazása és megvizsgálása, illetve a vélemények mellett az érzések mozgósítása, ezért ideális kiindulópontjai lehetnek a témához kapcsolódó csoportfoglalkozásoknak. Gyakran tapasztalható például áldozathibáztatás és a bullying morális támogatása (*Lendvai et al. 2018*), amit csak lassan, több érzékenyítő alkalom gyakorlatán keresztül lehet érdemben megváltoztatni. A *Káva Kulturális Műhely*, illetve a *Nyitott Kör Egyesület* több projekttel, előadással is fontos szereplője ennek a területnek, utóbbihoz kapcsolódik egy ritka és értékes kutatás is, ami két előadás („*Stréber*”, ill. „*Testképmutogatók*”) hatását kvantitatív és kvalitatív módon vizsgálta a diákok bullyinggal kapcsolatos tudására és attitűdjére (*Lendvai et al. 2018*).

Kissé más módszertannal dolgoznak azok a társulatok, akik egy kész színpadi művet mutatnak be színházban vagy osztálytermi környezetben, amit aztán közös beszélgetés vagy dramatikus feldolgozás követ. Az elmúlt években magyarul megjelent, kifejezetten bullying tematikájú ifjúsági regények (Kalapos Éva: *Massza*, Eve Ainsworth: *7 nap*) színpadi adaptációja profi színészek tolmácsolásában jut el középiskolásokhoz, akik ezáltal differenciáltabban látják a bullying szereplőit, jobban értik a dinamikáját, kevésbé áldozathibáztatók.

⁵ A programról bővebben itt lehet tájékozódni: <http://bekesiskolak.hu/>

Az előítéletes alapú bullying megelőzése

2015-ben négy civil szervezet összefogásával indult útjára az „Együtt az iskolai zaklatás ellen. Iránymutatás és képzés az iskoláknak kisebbségi diákjaik védelmére” című projekt. A Háttér Társaság, a Romaversitas Alapítvány, a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) és a Tett és Védelem Alapítvány (TEV) 2016-ban kiadott Útmutatója szerint a társadalmilag hátrányos helyzetű kisebbségek könnyen beazonosítható tagjai a közösségben jelen lévő előítéletesség, rasszizmus miatt igen gyakran válnak bullying áldozatává, ami a csoport rejtőzködő tagjaira és az iskolai klímára is rendkívül rossz hatással van. A 2015-ben lezajlott kutatásuk adatai – melyben 426 középiskola vett részt – jelzik, hogy a magyar pedagógusok kevéssé érzékelik és kevéssé értékelik problémának az előítéletes bullying előfordulását, ezért kevés ezt célzó tevékenységet végeznek. A probléma tudatosítása és a pedagógusok információkkal való ellátása jelentette az első lépést, azóta tovább bővült a tájékoztató anyagok és módszertani eszközök köre, főleg az LMBTQI és a fogyatékossgal élő diákokra fókuszálva. A Sokszinűség Oktatási Munkacsoport (SOM) 2019 tavaszán megrendezte az első „Iskolai Sokszinűség Hete” programot, amelyhez kb. 200 pedagógus kapcsolódott, és tartott érzékenyítő foglalkozásokat általános- és középiskolásoknak, felhasználva a SOM által készített kampányanyagokat, kisfilmet és módszertani segédletet.⁶

Biztonságos internethasználat

A biztonságos internethasználat erősítése, ezen belül az internetes bántalmazás megelőzése és az áldozatsegítés egyik alappillére a bevezetőben említett *Safer Internet Program*, amely már tízéves múltira tekint vissza hazánkban. A pedagógusok számára nagy segítség, hogy külső szakértőt tudnak meghívni, aki az adott csoport igényeihez szabottan tart interaktív foglalkozást „*Netezz biztonságosan*” címmel. Egy egyszeri másfél órás alkalom természetesen arra nem elegendő, hogy minden felmerülő témát közösen feldolgozzanak, de lehetőséget teremt arra, hogy a diákok elkezdjék megfogalmazni kérdéseiket, és önállóan vagy tanári támogatással folytassák a válaszok keresését a program weboldalán található tájékoztató kiadványok segítségével. Gyakran a tanárok is tanulnak a meghívott előadótól és a diákok bevonódását látva, dilemmáikat hallva szánják rá magukat arra, hogy bővítsék ismereteiket és felvállalják ezt a témát. A program kisfilmeket, gyakorlat-sorokat („*Web We Want*”) és oktató társasjátékot („*Lájkvadász*”) is kínál, amelyek segítenek pl. az adatvédelmi beállításokban, az álhírek és álprofilok felismerésében, a netikett betartásában, és felkészítenek arra, hogy mi a teendő internetes bántalmazás esetén.⁷

Említést érdemel még a *Televéle Médiapedagógiai Műhely*, amely több korosztálynak dolgozott ki tananyagot (pl. az 5–6. osztályosoknak szóló *TANDEM program* az internetbiztonságra és a médiaerőszak megelőzésére fókuszál), és igény szerint szakembereik meg is tartják a foglalkozásokat.⁸

⁶ Bővebben a programokról: <http://iskolaizaklatas.hu/> és <http://sokszinusegoktatas.hu/>

⁷ A programról bővebben itt: <http://www.saferinternet.hu/>

⁸ Bővebben az egyesület programjairól itt: <http://tevelele.hu/>

A mai napig sokan használják a *TABBY Projekt* videóit és a pedagógusoknak írt információs füzetet, de sajnos az ezekhez tartozó kockázatbecslő kérdőív, a pedagógusok képzése és szupervíziója a projekt lezárulta után megszűnt.⁹

Egy másik módja a felnőtt nevelők (pedagógusok és szülők) többségét jellemző digitális kompetenciahiány áthidalására, ha az online világban a kortárs mentorok veszik át a vezető szerepet. Erre példa a főváros XII. kerületének *Hegyvidéki ONvédelem Programja*, amelynek keretében a szülők és a pedagógusok edukálásán kívül kortárs mentorokat is képeznek, hiszen a kiskamaszok a náluk néhány évvel idősebb 10. osztályos középiskolásoktól szívesebben fogadnak el iránymutatást a világháló okos használatához. Az azonban az iskolán múlik, hogy mennyire tud belesimulni a kortárs segítség a szervezet működésébe, megerősödik-e ennek kultúrája az intézményben.¹⁰

2016-ban érvénybe lépett a magyar Kormány *Digitális Gyermekvédelmi Stratégiája*, amely több szálon kapcsolódik az internetes bántalmazás prevenciójához (pl. hotline üzemeltetése, a „Bűvös völgy” *Médiaértés-oktató Központok* elérhetővé tétele iskolai osztályok számára, szűrőszoftverek iskolai telepítésének szabályozása), de sajnos ez kevéssé ismert a pedagógusok körében. Ma is érvényes az *alapvető jogok biztosának* egyik megállapítása (AJB-479/2016), miszerint az internetes bántalmazást elszenvedő diákok kevéssé kapnak segítséget tanáraiktól, mert a pedagógusok az iskolai bántalmazás online térben való megjelenését nem tekintik hatáskörükbe tartozó problémának.

Összegzés

A tanulmány eddig talán azt a benyomást kelti az olvasóban, hogy a magyar prevenció az elmúlt tíz évben felzárkózott a nemzetközi mezőnyhöz, hiszen rengeteg erőfeszítés történt, hogy legyenek hazánkban is elérhető módszertanok, és megtörténjen az szemléletváltás, amely a diákok közötti bántalmazó magatartást nem tekinti a közösségek természetes velejárójának. Valóban számos színvonalas anyag született a témában, azonban sajnos hosszú utat kell még megtenni addig, amíg

- a bullying-ellenes gyakorlatok széles körben ismertté válnak az iskolákban, óvodákban;
- azok az intézmények (pedagógusok) is elköteleződnek a bántalmazás elleni fellépés mellett, ahol más súlyos problémák is jelzik a közösség diszfunkcióit;
- amíg a bullying-prevencióban érintett intézmények, szakmai irányítók és az iskolák összehangoltan, tervszerűen, egy irányba tesznek lépéseket;
- a bullying-prevenció beépül az iskolák mindennapjaiba, nem kampányszerűen, illetve projekt keretben valósul meg a bullying-ellenes tevékenység;
- tudományos igényességű hatékonyságvizsgálatok követik a programokat;
- a területre folyamatos forrás biztosított.

⁹ A projekt honlapja: <http://tabby-hun.weebly.com/>

¹⁰ Bővebben a programról itt: <https://www.hop12.hu/>

IRODALOM

- Az alapvető jogok biztosának jelentése a 479/2016. számú ügyben https://www.ajbh.hu/documents/10180/2500969/Jelent%C3%A9s+a+m%C3%A9dia%C3%A9rt%C3%A9s-oktat%C3%A9s+helyzet%C3%A9r%C5%91l+497_2016/41838d72-616e-45bf-8b51-e744c4fa1b59?version=1.0 [Letöltve: 2019. 09. 10.]
- BUDA M. (2015) *Az iskolai zaklatás*. Szaktárnet-könyvek. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó.
- Digitális Gyermekvédelmi Stratégia. <https://www.kormany.hu/download/6/0e/c0000/Magyarorsz%C3%A1g%20Digit%C3%A1lis%20Gyermekv%C3%A9delmi%20Strat%C3%A9gi%C3%A1ja.pdf> [Letöltve: 2019. 09. 10.]
- FÓTINÉ NÉMETH M. (2010) Prevenációs-educációs programok. Rendszerszemléletű megközelítés az iskolai agresszió megelőzésében és kezelésében. In: FÓTINÉ NÉMETH M. (ed.) *Kölcsönhatások*. Budapest, Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó Intézet. pp. 6–22.
- GYÖRGYI Z., IMRE A., JANKÓ K. & SZEMERSZKI M. (2018) *A bántalmazás ellen – egy program első hazai tapasztalatai*. <https://ofi.hu/publikacio/bantalmazas-ellen-egy-program-elso-hazai-tapasztalatairrol> [Letöltve: 2019. 09. 10.]
- JÁRMI É., PÉTER-SZARKA SZ. & FEHÉRPATAKY B. (2015) *A KiVa-program hazai adaptálásának lehetőségei*. http://iskon.opkm.hu/admin/upload/KIVA_adaptacios_tanulmany.pdf [Letöltve: 2019. 09. 10.]
- JÁRMI É. & PIROS V. (2017) Az iskolai bántalmazás (bullying). In: N. KOLLÁR K. & SZABÓ É. (eds) *Pedagógusok pszichológiai kézikönyve 3*. Budapest, Osiris Kiadó. pp. 266–286.
- LENDVAI L., HORVÁTH L., DÓCZI-VÁMOS G. & JOZIFEK Z.S. (2018) *Benne vagy? A színházi nevelés alkalmazási lehetőségei a bullyinggal kapcsolatos tudatosság növelésére*. Budapest, Nyitott Kör Egyesület.
- NÉMETH Á. & KÖLTŐ A. (2016) *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- OLWEUS, D. (1999) Iskolai zaklatás. *Educatio*, Vol. 8. No. 4. pp. 717–739.
- SIMON D., ZERINVÁRY B. & VELKEY G. (2015) *Zárótanulmány a TÁMOP-3.1.1-11/1-2012-0001 „Iskolai agresszió, online és hagyományos zaklatás vizsgálata az iskolai közérzet alakulásával és az alkalmazott pedagógiai és konfliktuskezelési eszközökkel összefüggésben” c. projekthez*. http://iskon.opkm.hu/admin/upload/Osszegzo_tanulmany.pdf [Letöltve: 2019. 10. 02.]
- TWEMLOW, S. W. & SACCO, F. C. (2012) *Miért nem működnek az iskolai bántalmazás-ellenes programok?* Budapest, Flaccus Kiadó.
- VÁRNAI D. E., JÁRMI É., ARNOLD P., DEMETROVICS ZS., NÉMETH Á., KÖKÖNYEI GY. & ÖRKÉNYI Á. (2018) A kortársbántalmazás (bullying) értelmezésének vizsgálata kvalitatív módszerrel. – „Az Iskoláskorú Gyermek Egészségmagatartása” (HBSC) vizsgálat módszertanának kiegészítésére. *Magyar Pszichológiai Szemle*, Vol. 73. No. 4. pp. 519–539.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

ÖNGYILKOSSÁG-PREVENCIÓ AZ ISKOLÁKBAN: A FIATALKORI MENTÁLIS EGÉSZSÉG-ÖNTUDATOSSÁG PROGRAM (YAM) BEMUTATÁSA

BALÁZS JUDIT

ELTE PPK Pszichológia Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest
Bjorknes University College, Oslo

A cikk bevezetőjében a *fiatalkori öngyilkosság* témájával ismerteti meg az olvasót, röviden összefoglalja: 1) a fontosabb idevonatkozó epidemiológiai adatokat – melyekből látható a téma fontossága, 2) a rizikó-, és védőfaktorokat – melyek rávezetik az olvasót, hogy mire kell figyelni a megelőzés érdekében, és 3) a preventációs módszereket. A téma elhelyezése után egy validált, bizonyítottan hatékony, magyar nyelven elérhető, hazánkban adaptált, *iskolában megvalósítható mentális egészségfejlesztő és öngyilkosság megelőző program*, a *Fiatalkori Mentális Egészség-öntudatosság Program (Youth Aware of Mental Health Programme: YAM)* kerül bemutatásra. Miután az iskola igen fontos színtere a prevenciónak, fontosnak tartjuk, hogy egy ilyen paraméterekkel jellemezhető program beépüljön a hazai iskolák kurikulumába és minden fiatal számára elérhető legyen.

Kulcsszavak: fiatalkori öngyilkosság, rizikófaktorok, védőfaktorok, iskolai prevenció, YAM

The introduction of the article briefly summarizes the topic of youth suicide and: 1) the most relevant epidemiological data that illustrates the importance of the topic, 2) the risk and protective factors that guide the reader to the prevention and 3) prevention methods. The next part of the article presents a validated, evidence based, school-based mental health promotion and suicide prevention program, the Youth Aware of Mental Health Program (YAM), which is already adopted into Hungarian schools. As the schools are very important place for prevention, we would like to highlight the importance that a prevention program with such parameters has to be integrated into the curriculum of the schools in Hungary and to make it accessible to all young people.

Keywords: youth suicide, risk factors, protective factors, school prevention, YAM

Levelező szerző: Balázs Judit, ELTE PPK Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, 1064 Budapest, Izabella utca 46. E-mail: balazs.judit@ppk.elte.hu

Fiatalkori öngyilkosság

Fiatalkori öngyilkosság – epidemiológia

A fiatalkori öngyilkosságok száma a világban nőtt az elmúlt évtizedekben, a 15–19 éves korosztálynál ez a második leggyakoribb halálok a közlekedési balesetek után (WHO 2018). A globális fiatalkori öngyilkossági rátával ellentétesen hazánkban csökkenést mutatott, de így is magasak a számok, pl. 2016-ban a 10–19 éves korosztályban 25 (nagyságrendileg egy egész osztály), míg a 20–29 éves korosztályban 101 fiatal halt meg öngyilkosság miatt (*Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2018, WHO 2018*).

Az öngyilkossági kísérletek előfordulási gyakorisága, amennyiben idesoroljuk a szándékos önsértést is, 10–100-szorosa a befejezett öngyilkosságoknak. Szándékos önsértés történhet öngyilkossági és nem öngyilkossági céllal (Horváth–Mészáros–Balázs 2015). Utóbbi jelenség leírására a pszichiátriai betegségek meghatározását leíró legújabb klaszifikációs rendszer, a Diagnostic and Statistical Manual 5. kiadása (DSM-5) megjelenésével hivatalossá vált szakkifejezés a „nem szuicidalis önsértés” (non-suicidal self-injury, NSSI), ami a DSM-5 „További kutatást igénylő állapotok” fejezetébe bekerült (*American Psychiatric Association 2013*).

Az *American Association of Suicidology* (2017) jelentése szerint egy év alatt a középiskolás diákok 20%-a komolyan *gondolkozik azon, hogy öngyilkos legyen*. Első éves „college” diákoknál történt felmérés szerint az öngyilkossági gondolatok élettartam előfordulási gyakorisága 32,7%, az öngyilkossági tervé 17,5%, míg az öngyilkossági kísérleté 4,3%, továbbá azt az eredményt kapták, hogy akiknek az életében előfordult öngyilkos magatartás, azok háromnegyedénél ez először már 16 éves koruk előtt jelentkezett (Mortier et al. 2018).

Fiatalkori öngyilkosság – rizikó-, és védőfaktorok

Öngyilkosságot elkövető, illetve megkísérlő fiataloknál – felnőttekhez hasonlóan – több mint 90%-ban fennáll valamilyen pszichiátriai betegség (Balázs et al. 2003; Gould et al. 2003), és csupán 5–20%-uk áll ekkor pszichiátriai kezelés alatt (Marttunen–Pelkonen 2000). Az öngyilkosságot elkövető, megkísérlő gyermekeknel/felnőtteknel leggyakoribb pszichiátriai betegség a depresszió, a második leggyakoribb ok a pszichoaktív szerhasználat, a harmadik pedig fiataloknál a viselkedészavar, felnőttkorban a szkizofréria (Cherpitel–Borges–Wilcox 2004; Fleischmann et al. 2005).

További öngyilkossági rizikót jelentenek a pszichiátriai betegségek mellett, gyakran azokkal szövődve minden korosztálynál – így a fiataloknál is – a negatív életesemények. Ezekre példa gyermekkorban a családban levő nehézségek (pl. ha rossz a szülő-gyermek kapcsolat, sok a családban a feszültség, a szülők válása, a bántalmazás), a kortárskapcsolati gondok (pl. ha valakinek nincsenek barátai, a szakítás, a bullying [zaklatás]), és az iskolai kudarcok (Mayes et al. 2014; Rihmer et al. 2009).

Fontos megemlíteni az öngyilkossági rizikófaktorok sorában – szintén minden korosztálynál – azt, hogy ha valaki korábban már megkísérelt öngyilkosságot (Hawton–Van Heeringen 2009). A befejezett öngyilkosságot elkövetők közel harmada kísérelt meg korábban öngyilkosságot (Arató et al. 1988).

Az öngyilkosság kérdését számos tévhit lengi körül, pl. aki „csak” kísérletezik, úgysem akar meghalni. Ez látható a fenti adatból, hogy nem igaz. Minthogy az sem, hogy aki beszél az öngyilkossági terveiről, „igazából” nem is akar meghalni. Nagyon fontos, hogy ha valaki beszél arról vagy utal rá, hogy szeretne meghalni, vagy beszámol öngyilkossági terveiről, búcsúlevelet ír (pl. „Úgyis könnyebb lenne mindenkinek nélkülem; „Hamarosan kiszállok az egészből”), azt nagyon komolyan kell venni, szakemberhez irányítani, mert ezek már az öngyilkosság figyelmeztető jelei lehetnek.

Az öngyilkosságnak számos védőfaktora is ismert. Egyénben rejlő védőfaktor a jó problémamegoldó képesség, az optimizmus, a rendszeres sportolás, a vallásosság, azonban ha valaki depressziós lesz, a felsoroltak, illetve ezek hatása jelentősen károsul a depresszió tüneteiből adódóan (Rihmer–Fekete 2012). Ezért kiemelten fontos „védőfaktor” az öngyilkosságnak, ha valaki a pszichiátriai betegségére megkapja az adekvát kezelést. Családban rejlő védőfaktor a jó szülő-gyermek kapcsolat, míg társadalmi szinten levő védőfaktor, ha a pszichés zavarokat nem stigmatizálják, ha az egészségügy könnyen elérhető, és ha működnek prevenciók programok (pl. iskolákban) (Balázs–Kapornai 2012; Balázs 2015).

Fiatalkori öngyilkosság-megelőző programok

Mint fentebb szerepel, az öngyilkosság nagyon fontos rizikófaktorai a kezeletlen pszichiátriai betegségek (Balázs et al. 2003; Gould et al. 2003), ezért az öngyilkosság megelőzésének minden korosztálynál, így fiataloknál is legfontosabb lépése a pszichiátriai betegségek korai felismerése, a segítségre szoruló gyerekek/felnőttek szakemberhez juttatása és megfelelő kezelése.

A *kapuőr (gatekeeper)* programok lényege pont az, hogy a társadalom számos csoportjának, pl. fiatalok esetében a szülőknek, házigyermekorvosnak és a pedagógusoknak a szakemberek képzést tartanak arról, hogy hogyan ismerhetik fel az öngyilkosság figyelmeztető jeleit, és ilyenkor mi a teendő (Balázs 2015; Balázs–Kapornai 2012; Hegerl et al. 2009; Szántó et al. 2007). Ezeket a programokat időről időre ismételni kell, hogy hatékonyságuk fennmaradjon.

A *kortárs segítőknek* nagy szerepük van az öngyilkosság-megelőzésben minden korosztálynál, de különösen serdülőkorban, mert a fiatalok általában nagyobb bizalommal vannak a kortársaik, mint a felnőttek felé (Balázs–Kapornai 2012). A *lelkisegély telefon-szolgálatoknak* szintén ismert a jelentős öngyilkosság-megelőző szerepük (Vijayakumar–Armson 2005).

A *média* szerepét is meg kell említeni az öngyilkosság-megelőzésben. A média segítheti, hogy a társadalomban ne legyen stigma, ha valakinek pszichiátriai betegsége van, illetve hogy az embereknek nagyobb tudásuk legyen az öngyilkosság rizikófaktorairól és figyelmeztető jeleiről, illetve arról, hogy hová forduljanak a bajban levők (Schmidtke–Schaller 2000). Azonban a média fokozhatja is az öngyilkossági rizikót, ugyanis pl. a szenzációhajhász hírközlés egy „celeb” öngyilkosságáról az erre eseményekben (pl. depresszióban szenvedők), különösen serdülőknél fokozhatja az öngyilkosság rizikóját. Ezért dolgozott ki a WHO számos szervezettel együtt médiaajánlást arról, hogy hogyan közöljenek a szakemberek mértéktartóan az öngyilkosságról híreket (Schmidtke–Schaller 2000; Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság 2012).

Iskolai öngyilkosság-megelőző programok

Az iskola a prevenciós programok fontos színtere gyermek-, és serdülőkorban, hiszen ez a korosztály sok időt tölt itt kötelezően, így egyszerre sok gyermek/serdülő és pedagógus könnyen elérhető (Gould et al. 2009; Scott et al. 2009).

Az iskolákban a fent ismertetett prevenciós programok közül a kapuőr program pedagógusoknak ajánlott. Ezeknek lényege, hogy pedagógusok megtanulják egy képzés során, hogy hogyan ismerhetik fel diákjaiknál a fokozott öngyilkossági rizikót és ekkor mit tegyenek (Balázs–Kaporna 2012; Gould et al. 2003).

Szintén iskolai keretek között zajló prevenciós módszer, ha a pszichológus vagy pszichiáter szakemberek direkt szűrik az iskolában a pszichés problémájú, öngyilkossági rizikójú fiatalokat és továbbirányítják őket a szülei bevonásával szakellátásba (Gould et al. 2009).

Iskolai megelőző programok nagy csoportja maguknak a fiataloknak tartott képzési programok arról, hogy hogyan ismerik fel önmagukban vagy barátjuknál, osztálytársuknál, ha pszichés problémájuk van és/vagy öngyilkossági rizikó áll fenn, és ilyenkor mit csináljanak. Az ilyen programok akkor hatékonyak, ha beépülnek a kurrikulumba (Portzky–Heeringen 2006).

A Fiatalkori mentális egészség-öntudatosság program (Youth Aware of Mental Health Programme: YAM) bemutatása

A YAM menetének ismertetése

A YAM 14–16 éves fiataloknak szóló iskolai keretek között zajló egészségfejlesztő, öngyilkosság-megelőző program (Balázs 2017; Wasserman et al. 2012). A YAM a fiatalok mentális egészségről szóló tudásának és énhatékonyságának növelését tűzi ki célul, mely elvezet oda, hogy a fiatalok nyitottabbak legyenek a problémák felismerésére és megoldására, beleértve az öngyilkosságot is.

A programot erre kiképzett két szakember tartja egy osztálynak, akik függetlenek az iskolában dolgozó pedagógusoktól, ezzel is segítve a fiatalokat abban, hogy meg tudjanak nyílni. A YAM 6×45 perc iskolai tanórán át tart, ami 4 héten oszlik el (Wasserman et al. 2012). Az 1. táblázat bemutatja a YAM program felépítését.

1. táblázat: A YAM program felépítése

Alkalmak	Időtartam (perc)	Tematika
1. hét	45	<ul style="list-style-type: none"> • nyitóelőadás • fiataloknak prospektus és névjegykártya kiosztása • poszterek kihelyezése az osztálytermekbe
2. hét	90	<ul style="list-style-type: none"> • szerepjátékok
3. hét	90	<ul style="list-style-type: none"> • szerepjátékok
4. hét	45	<ul style="list-style-type: none"> • záróelőadás

Az első alkalom 45 perces, amikor a fiatalok meghallgatnak egy nyitó előadást, ami az alábbi témákat érinti:

- Lelki egészség tudatosan
- Tanácsok, hogy segíts magadon
- Stressz és krízis
- Depresszió és öngyilkossági gondolatok
- Segítségnyújtás egy gondban levő barátoknak
- Tanácskérés: kihez fordulhatsz

Az előadás tematikájának megfelelő prospektust is kapnak a fiatalok, és a tanteremben elhelyeznek a szakemberek 6 posztert. Ezek segítik az előadáson elhangzott információk elmélyítését, és a fiatalok tudják ezeket a program lezárulása után is használni (Wasserman et al. 2012). Szintén az első alkalmon kap minden fiatal egy névjegykártyát, melyen egy „kapcsolattartó” és egy gyermekpszichiátriai ellátó intézmény napi 24 órás elérhetősége szerepel. Így, ha a fiatal úgy érzi a YAM programban elhangzottak alapján, hogy segítségre van szüksége, tud hova fordulni (Wasserman et al. 2012).

A második és harmadik alkalom 90-90 perces, mely az osztályterem átrendezésével kezdődik, majd a szakemberek szerepjátékoznak a fiatalokkal az alábbi három témakörben:

- döntésekkel kapcsolatos tudatosság,
- optimális stresszkezelés,
- depresszió és öngyilkossági gondolatok.

A szerepjátékok az egyszerűbbtől a nehezebb élethelyzetekig haladnak. A szerepjátékok során a fiatalok stresszkezelő, problémamegoldó, érzelmkifejező és empatikus képessége fejlődik. További fontos funkciója a szerepjátékoknak, hogy ezek során a fiataloknak lehetőségük nyílik biztonságos környezetben átgondolni különböző, nem könnyű élethelyzeteket (pl. kortárs nyomás, szülők válása, iskolaváltás, bullying, depresszió, öngyilkossági gondolatok), így ha esetleg később ilyenekkel „élesben” találkozhatnak, akkor a YAM program során megtanult képességeik alapján jobban tudnak reagálni. Egy-egy szerepjáték után a fiatalok átbeszélnek egymással és a szakemberekkel, hogy hogyan látják a szerepjátékban történeteket, az egyes szereplőket és milyen más konstruktív megoldást tudnának még javasolni az adott élethelyzetben (Wasserman et al. 2012).

A negyedik alkalommal egy 45 perces interaktív előadás zárja a YAM programot, melynek során újra végigbeszéli a szakember a fiatalokkal a nyitóelőadáskor elhangzott 6 témát, most már a fiatalok szerepjátékok során szerzett személyes élményeivel, tapasztalataival (Wasserman et al. 2012).

A YAM validálásának ismertetése

A YAM programot a Karolinska Intitutum (Svédország) koordinálásával, EU- FP7-es támogatott együttműködés keretében, a „Fiatalok életének megmentése és szerepvállalásuk/önállóságuk növelése Európában” (Saving and Empowering Young Lives in Europe: SEYLE) vizsgálat során dolgozta ki kutatócsoportunk egy nemzetközi csapattal (Wasserman et al. 2015).

A vizsgálatba összesen 12 395, hazánkból 1009 serdülőt (14–16 éves) vontunk be. Háromféle prevenció program – 1. szakemberek direkt szűrnék, 2. tanároknak gatekeeper képzés és 3. a YAM-hatékonyágát vetettük össze egy kontrollcsoporttal, randomizált, kontrollált vizsgálat keretében. A SEYLE vizsgálatban etikai okokból a kontrollcsoportnál is történt egy ún. „minimális program”, ezért ezt „Tájékoztató programnak” nevezzük. Ennek során kitettük az osztálytermek falára a YAM programban is használt 6 posztert, valamint a serdülők itt is kaptak egy névjegykártyát egy „kapcsolattartó” és egy gyermekpszichiátriai ellátó intézmény napi 24 órás elérhetőségével. Azonban a YAM programtól eltérően itt a serdülőknek nem tartottunk előadást, nem kaptak prospektust és nem vontuk be őket szerepjátékokba, mint a YAM program során.

A háromféle intervenció program közül a YAM program mellett mutatkozott szignifikáns csökkenés a 14–16 éves fiataloknál a 12 hónapos utánkövetéskor az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságában a Tájékoztató programhoz képest (OR: 0,45, 95% CI: 0,24–0,85, $p = 0,014$), míg a másik két programnál nem (ProfScen: OR: 0,65, 95% CI: 0,36–1,18, $p = 0,158$, QPR: OR: 0,70, 95% CI: 0,39–1,25, $p = 0,229$) (Wasserman et al. 2015).

A számszerű adatok mellett nagyon fontos, hogy mind a nemzetközi, mind a hazai tapasztalataink alapján a fiatalok körében a YAM kifejezetten pozitív fogadtatásban részesült, lelkesen vettek részt a programban, a szerepjátékokban, ezek megbeszélésébe aktívan bekapcsolódtak, sőt tudunk olyan osztályról, ahol a fiatalok a YAM program hivatalos lezárása után, maguktól folytatták a hasonló tematikájú, strukturájú közös alkalmakat (Balázs 2017).

A validálás lezárása után a YAM programot már több országban az iskolai kurikulum kötelező részévé tették.

Összefoglalás

Összefoglalásként kiemelnénk, hogy a fiatalok öngyilkosságok megelőzése fontos kérdés. Bizonyítottan hatékony, iskolai keretek között történő megelőző program a YAM, melynek nemzetközi és hazai adaptációja során kapott visszajelzések alapján igen pozitív a fogadtatása a fiatalok között. Mindezt fontos a YAM program bevezetése a hazai iskolákba is, hogy minden fiatal részesülhessen bizonyítottan hatékony öngyilkosság-megelőzésben felnevelése során.

Köszönetnyilvánítás: A SEYLE vizsgálatot az Európai Unió FP7 keretprogramja támogatta, grant szám: HEALTH-F2-2009-223091. A SEYLE Projekt vezetője Prof. Danuta Wasserman (Karolinska Institute, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health [NASP/KI] Stockholm, Svédország). Az Executive Committee tagjai: Prof. Danuta Wasserman, Vladimir Carli (mindketten: NASP/KI, Svédország), Prof. Marco Sarchiapone (University of Molise, Campobasso, Olaszország), Professor Christina W. Hoven, Camilla Wasserman (mindketten: Columbia University and New York State Psychiatric Institute, NY, USA). A SEYLE konzorcium tagjai: Danuta Wasserman (NASP/KI, Svédország), Christian Haring (Ausztria), Airi Varnik (Észtország), Jean-Pierre Kahn (Franciaország), Romuald Brunner (Németország), Balázs Judit (Magyarország), Paul Corcoran (Írország), Alan Apter (Izrael), Marco

Sarchiapone (Olaszország), Doina Cosman (Románia), Vita Postuvan (Szlovénia) és Julio Bobes (Spanyolország).

A magyarországi SEYLE munkacsoport tagjai: Balázs Judit, Bálint Mária, Farkas Luca, Horváth Lili Olga, Keresztény Ágnes, Mészáros Gergely, Szentiványi Dóra.

IRODALOM

- American Association of Suicidology (2017) Youth Suicide Fact Sheet. <http://www.suicidology.org/resources/facts-statistics> [Letöltve: 2017. 11. 01.]
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn. (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- ARATÓ M., DEMETER E., RIHMER Z. & SOMOGYI E. (1988) Retrospective Psychiatric Assessment of 200 Suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, pp. 454–456.
- BALÁZS J. (2015) Öngyilkos magatartás zavara és nem-szuicidális önsértés. In: BALÁZS J. & MIKLÓSI M. (eds) *Gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest, Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió. pp. 185–190.
- BALÁZS J. (2017) Serdülőkorai mentális egészségfejlesztő program a középiskolákban: A YAM program bemutatása. *Gyermekgyógyászat*, 68, pp. 352–357.
- BALÁZS J. & KAPORNAI K. (2012) Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In: KALMÁR S., NÉMETH A. & RIHMER Z. (eds) *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina. pp. 124–136.
- BALAZS, J., LECRUBIER, Y., CSISZER, N., KOSZTAK, J. & BITTER, I. (2003) Prevalence and Comorbidity of Affective Disorders in Persons Making Suicide Attempts in Hungary: Importance of the First Depressive Episodes and of Bipolar II Diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 76, pp. 113–119.
- CHERPITEL, C. J., BORGES, G. L. & WILCOX, H. C. (2004) Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 28. No. 5. Suppl. pp. 18–28.
- Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2016. (2018) Budapest, Központi Statisztikai Hivatal.
- FLEISCHMANN, A., BERTOLETE, J. M., BELFER, M. & BEAUTRAIS, A. (2005) Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, pp. 676–683.
- GOULD, M. S., GREENBERG, T., VELTING D. M. & SHAFFER, D. (2003) Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, pp. 386–405.
- GOULD, M. S., MARROCCO, F. A., HOAGWOOD, K., KLEINMAN, M., AMAKAWA, L. & ALTSCHULER, E. (2009) Service Use by At-Risk Youths after School-based Suicide Screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, pp. 1193–1201.
- HAWTON, K. & VAN HEERINGEN, K. (2009) Suicide. Review. *The Lancet*, 373, pp. 1372–1381.
- HEGERL, U., WITTENBURG, L., ARENSMAN, E., VAN AUDENHOVE, C., COYNE, J. C., McDAID, D., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M., GUSMÃO, R., KOPP, M., MAXWELL, M., MEISE, U., ROSKAR, S., SARCHIAPONE, M., SCHMIDTKE, A., VÄRNIK, A. & BRAMESFELD, A. (2009) Optimizing Suicide Prevention Programs and Their

- Implementation in Europe (OSPI Europe): An Evidence-based Multi-level Approach. *BMC Public Health*, 23, 428.
- HORVÁTH L., MÉSZÁROS G., BALÁZS J. (2015) Serdülőkorú nem-szucidális önsértés: aktuális kérdések. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 17, pp. 1–9.
- MARTTUNEN, M. & PELKONEN, M. (2000) Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Review. *Psychiatry Fennica*, 31, pp. 110–125.
- MAYES, S. D., BAWEJA, R., CALHOUN, S. L., SYED, E., MAHR, F. & SIDDIQUI, F. (2014) Suicide Ideation and Attempts and Bullying in Children and Adolescents: Psychiatric and General Population Samples. *Crisis*, 35, pp. 301–309.
- MORTIER, P., AUERBACH, R. P., ALONSO, J., BANTJES, J., BENJET, C., CUIJPERS, P., EBERT, D. D., GREEN, J. G., HASKING, P., NOCK, M. K., O'NEILL, S., PINDER-AMAKER, S., SAMPSON, N. A., VILAGUT, G., ZASLAVSKY, A. M., BRUFFAERTS, R., KESSLER, R. C. & WHO WMH-ICS Collaborators (2018) Suicidal Thoughts and Behaviors among First-year College Students: Results from the WMH-ICS Project. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 57, pp. 263–273.
- Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság (2012) A média- és hírközlési biztos ajánlása az öngyilkosságokról szóló tudósításokhoz. <http://nmhh.hu/media-es-hirkozlesi-biztos/ajanlasok> [Letöltve: 2017. 11. 02.]
- PORTZKY, G. & VAN HEERINGEN, K. (2006) Suicide Prevention in Adolescents: A Controlled Study of the Effectiveness of a School-based Psycho-educational Program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, pp. 910–918.
- RIHMER Z. & FEKETE S. (2012) Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó és protektív faktorok. In: KALMÁR S., NÉMETH A. & RIHMER Z. (eds) *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest, Medicina. pp. 91–112.
- RIHMER A., SZILÁGYI S., RÓZSA S., GONDA X., FALUDI G. & RIHMER Z. (2009) A gyermekkori abúzusok szerepe a felnőttkori szuicid magatartás kialakulásában. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 11, pp. 237–246.
- SCHMIDTKE, A. & SCHALLER, H. (2000) The Role of Mass Media in Suicide Prevention. In: K. HAWTON & K. VAN HEERINGEN (eds) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Wiley, pp. 675–697.
- SCOTT, M. A., WILCOX, H. C., SCHONFELD, I. S., DAVIES, M., HICKS, R. C., TURNER, J. B. & SHAFFER, D. (2009) School-based Screening to Identify At-Risk Students Not Already Known to School Professionals: The Columbia Suicide Screen. *American Journal of Public Health*, 99, pp. 334–339.
- SZÁNTÓ, K., KALMÁR, S., HENDIN, H., RIHMER, Z. & MANN, J. J. (2007) A Suicide Prevention Program in a Region with a Very High Suicide Rate. *Archives of General Psychiatry*, 64, pp. 914–920.
- VIJAYAKUMAR, L. & ARMSON, S. (2005) Volunteer Perspectives on Suicide Prevention. In: K. HAWTON (ed.) *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. Oxford, Oxford University Press. pp. 335–349.
- WASSERMAN, C., HOVEN, C. W., WASSERMAN, D., CARLI, V., SARCHIAPONE, M., AL-HALABI, S., APTER, A., BALAZS, J., BOBES, J., COSMAN, D., FARKAS, L., FELDMAN, D., FISCHER, G., GRABER, N., HARING, C., HERTA, D. C., IOSUE, M., KAHN, J. P., KEELEY, H., KLUG, K., MCCARTHY, J., TUBIANA-POTIEZ, A., VARNIK, A., VARNIK, P., ZIBERNA, J. & POSTUVAN, V. (2012) Suicide Prevention for Youth – A Mental Health Awareness Program: Lessons Learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Intervention Study. *BMC Public Health*, 12, 776.
- WASSERMAN, D., HOVEN, C. W., WASSERMAN, C., WALL, M., EISENBERG, R., HADLACZKY, G., KELLEHER, I., SARCHIAPONE, M., APTER, A., BALAZS, J., BOBES, J.,

BRUNNER, R., CORCORAN, P., COSMAN, D., GUILLEMIN, F., HARING, C., IOSUE, M., KAESS, M., KAHN, J. P., KEELEY, H., MUSA, G. J., NEMES, B., POSTUVAN, V., SAIZ, P., REITER-THEIL, S., VARNIK, A., VARNIK, P. & CARLI, V. (2015) School-based Suicide Prevention Programmes: The SEYLE Cluster-Randomised, Controlled Trial. *Lancet*, 385, pp. 1536–1544.

WHO (2018) Mental Health: Suicide Prevention. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/ [Letöltve: 2018. 07. 22.]

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

ISKOLAI PREVENCIÓ ÉS AZ EVOLÚCIÓ LOGIKÁJÁNAK ELLENTMONDÁSAI

MIHÁLYI PÉTER

Budapesti Corvinus Egyetem Makroökonómia Tanszék

Nem helyes azt elvárni az iskoláktól, hogy minden létező problémára ők készítsék fel a gyerekeket. A tanulmány legfőbb mondanivalója az, hogy a 6–14 éves korosztálynak egy olyan élet- és viselkedésstratégiát kell megtanítani, amely fontos területeken ellentmond a humán evolúció évezredek során kialakult logikájának. A túlélés genetikai programja a rövid távú optimalizálásra ösztönöz. A hosszú élet, az egészséges öregkor viszont azt feltételezi, hogy az emberek ellenállnak a rövid távú örömforrásoknak. A jó hír az, hogy a bizalom, az önkontroll, az akaraterő fejlesztése tanítható – erre nyilvánvalóan a mélyszegénységben élő családok gyermekeinek van a legnagyobb szükségük. Ez kellene, hogy legyen az iskolai prevenció programok elsősorú célja.

Kulcsszavak: evolúció, azonnali szükségletkielégítés, önuralom, társadalmi rétegzettség, romakérdés

It is unwise to expect from schools to prepare children to all future challenges. The take-home message of the present paper is that the 6–14 age groups should be taught to pursue behavioural strategies which in themselves, in important ways, contradict the logic of biological evolution. Humans, and of course children as well, are wired to short-term optimization. Long and healthy life requires long-term optimization. The good news is that trust, self-control and the development of will power can be taught in schools. This is most important for children coming from poor families.

Keywords: evolution, immediate satisfaction, self-control, social stratification

Bevezetés

Aköznapis ember – és ebből kifolyólag a legtöbb politikus is – hajlamos azt gondolni, hogy a prevenció egyfajta össztársadalmi malacpersely, amibe a kormányzat ma betesz 1000 forintot, és 1-10-20 év múlva majd 10 ezer forintot tud ki-

Levelező szerző: Mihályi Péter, Budapesti Corvinus Egyetem, Makroökonómia Tanszék,
1093 Budapest, Fővám tér 8. E-mail: peter@mihalyi.com

venni belőle. „A prevenció a legjobb egészségügyi befektetés!” – szokták mondani. Ötven évvel ezelőtt ez helytel-közzel igaz volt (pl. tbc-szűrés), ma már nem. Elsősorban azért nem, mert a népesség mai tudása lényegesen kiterjedtebb, anyagi lehetőségei pedig sokkal nagyobbak – ezért az államilag szervezett prevenció relatív többlethasznossága sokkal kisebb, mint évtizedekkel korábban.

Ezen a fogalmi kereten belül az iskolai prevencióra – szűkebben és pontosabban fogalmazva: az általános és középiskolákban zajló különféle elsődleges (primer) prevenciók erőfeszítéseire – helyesebb úgy gondolni, mint az oktató-nevelő munka kiegészítésére, amely szükségszerűen többletköltségekkel jár. Olyan összefüggéseket kell megtanítani a diákoknak, amelyeket egyébként máshonnan nem ismernek, olyan készségeket kell elsajátítaniuk, amelyeket a legtöbben otthon vagy a barátaiktól nem tanulhatnak meg. A jelen tanulmány legfőbb mondanivalója az, hogy a 6–14 éves korosztálynak egy olyan élet- és viselkedésstratégiát kell megtanítani, amely fontos területeken ellentmond a humán evolúció évszázadai során kialakult logikájának.¹ Ugyanakkor nem helyes azt elvárni az iskoláktól, hogy minden létező problémára ők készítsék fel a diákokat. Ám az idevágó hatályos rendelkezés sajnos éppen ezt írja elő:

„A nevelési-oktatási intézmény mindennapos működésében kiemelt figyelmet kell fordítani a gyermek, a tanuló egészséghez, biztonságához való jogai alapján a teljes körű egészségfejlesztéssel összefüggő feladatokra, amelyek különösen

- a) az egészséges táplálkozás,
- b) a mindennapos testnevelés, testmozgás,
- c) a testi és lelki egészség fejlesztése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzése,
- d) a bántalmazás és iskolai erőszak megelőzése,
- e) a baleset-megelőzés és elsősegélynyújtás,
- f) a személyi higiénié területére terjednek ki.”²

Ez így, együtt nyilvánvalóan túl sok. Helyesebb lenne azokra a területekre fókuszálni, ahol az iskola elvárhatóan többletinformációt, többletsegítséget nyújt a gyerekeknek. Egyes fontos témákat, mint például az elsősegélynyújtás, célszerűbb a nem iskolai képzési formákhoz (pl. gépjárművezetői jogosítvány megszerzése) kapcsolni.

Nagyon fontos már itt a bevezetésben leszögezni, hogy Magyarországon ma is kiválóan működik a prevenció rendszer legfontosabb eleme, az iskolai kötelező védőoltások rendszere, a végletesen központosított tervezettség egyik „pozitív” hagyatéka.³ Ezt ter-

¹ Itt és a továbbiakban nem fogunk kitérni az egészség-gazdaságtan terminológiája szerinti „másodlagos” és „harmadlagos” prevencióra, jóllehet mindkettőre van példa az iskolában. Definíció szerint a másodlagos (szekunder) prevenció célja a korai stádiumban lévő esetek gyors, hatékony megoldása akkor, amikor még nem rögzült egy kedvezőtlen életvitel és/vagy állapot. Példa erre a fiatalok minél korábbi leszoktatása a dohányzástól vagy a kábítószer-használatról. A harmadlagos (tercier) prevenció lényege a károsító hatások, következmények kiküszöbölése, ártalomcsökkentés. Ilyen program például a tücsere-program, mellyel meg lehet előzni a HIV-fertőzést vagy az ún. „esemény utáni tabletták” használata, amellyel a nem kívánt terhességet lehet megelőzni.

² EMMI 20/2012 (VIII.3.) rendelet 128.§ (3).

³ Összességében az átoltottság Magyarországon 98%-os, ami világviszonylatban is kitűnő adat. A védőoltások többségét a gyermekek még az iskolás kor elérése előtt kapják meg. A hatályos rendelkezések szerint ma csak a 6. és 7. osztályos tanulók kapnak kötelező védőoltásokat (2+1 alkalommal). EMMI (2018).

mészetiesen fenn kell tartani, és támogatni kell, hogy a nem kötelező oltásokhoz is minél szélesebb körben hozzá lehessen férni (pl. HPV elleni oltás).

Az evolúció logikája

Az emberi faj (és persze a gyermekek is) genetikailag a túlélésre és a reprodukcióra van programozva. A hosszú élet, a boldogság és az időskori fittség csak a modern kor értékei, amelyek alapvetően szemben állnak a genetikai örökséggel. A túlélés genetikai programja a rövid távú optimalizálásra ösztönöz. Erre szolgál a stressz is. Közismert, hogy a magasabb rendű élőlények hormonháztartása képes arra, hogy a másodperc tört része alatt mozgósítsa a szervezet tartalékenergiáit. Az emberi táplálkozás szokásrendszere arra van optimalizálva, hogy amikor van lehetőség élelmiszert fogyasztani, akkor minél többet együnk, minél könnyebben emészthető formában (pl. sültve) és zsír formájában tartalékoljuk a kalóriát a rosszabb időkre. Az sem véletlen, hogy az emberek többsége szereti az édességet. Ez oda vezethető vissza, hogy az újszülött kisbabákat rá lehessen venni a számukra jelentős erőfeszítést igénylő szopásra – ezért van magas cukortartalma az anyatejnek. Még pár száz évvel ezelőtt is igen kevesen éltek meg a 60–70 éves életkort, ezért az emberi szervezet számára a késői öregkor ma ismert, rettegett betegségei valójában nem jelentettek valós kockázatot. Egy közismert irodalmi példát idézve, könnyű belátni, hogy a 15 éves Rómeó és a 14 éves Júlia annak tudatában szervezte életét, hogy várhatóan Rómeó előbb-utóbb elesik a csatamezőn vagy gyilkos merénylet áldozata lesz, Júlia nagy eséllyel bele fog majd halni a gyermekszülésbe, vagy betegség viszi el fiatalon a halálba. Miért ne akarták volna élvezni az életet fiatal korukban? Miért gondoltak volna arra, hogy mi lesz velük, ha megöregedek?

A 21. század életmódbeli kockázatai – a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, az elhízás stb. – mind-mind olyan dolgok, amelyek csak hosszú távon eredményeznek káros hatásokat. Éppen ezért semmi meglepő nincs abban, hogy az emberek többsége nagyon is hajlamos az elvben teljesíthető igények azonnali kielégítésére. Ezt az állítást könnyű ellenőrizni. Kérdezzünk meg egy dohányost, hogy miért dohányzik, ha tudja, hogy árt a saját egészségének. 10 megkérdezettből 9 azt fogja válaszolni, hogy azért dohányzik, mert dohányozni jó. A nemi élettel kapcsolatban fel sem érdemes tenni efféle kérdéseket. A szexuális drive már koragyermekkortól megfigyelhető. A fentiek okán valójában természetesnek kell tekintenünk, hogy iskoláskorú gyermekeink előszeretettel követnek egészségükre káros megszokásokat. Az lenne a meglepő, ha nem így viselkednének. Éppen ezért nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy az iskolai prevenció tulajdonképpen azt a célt szolgálja, hogy a fiatalok megtanuljanak szembeszegülni az evolúció diktálta logikával.

Irreverzibilis folyamatok

Azt is látni kell, hogy az egészségünkkel kapcsolatos események az esetek igen jelentős részében (de nem minden esetben!) irreverzibilis folyamatok. Ilyen – például – az öregedés vagy a valamilyen születéskori vagy későbbi megbetegedéssel járó fogyatékoság. Napjainkban, amikor a közegészségügyi rendszer általános fejlettsége és a közepes szintű anyagi jólét miatt a csecsemő- és gyermekhalálozás minimális, az iskolás korosztály esetében leginkább a különféle balesetek jelentenek kockázatot. Az igen részletes és megbíz-

1. táblázat: Az iskolás korosztályt fenyegető súlyos balesetek gyakorisága

Esemény	USA gyakoriság	Becsült magyar adat
Nem szándékos, halálos sérülés az 1–19 éves korosztályban	12 ezer fő/év	350–360 fő/év*
Esés következtében bekövetkezett nem halálos, kórházi kezelést eredményező sérülés a 19 év alatti korosztályban	8 ezer fő/nap	200–250 fő/nap
Halálos kerékpárbaleset a 0–14 éves korosztályban	100 fő/év	3–4 fő/év
Sérülés kerékpárbaleset nyomán a 0–14 éves korosztályban	254 ezer fő/év	76 ezer fő/év
Lakáson belüli baleset miatti halál a 0–14 éves korosztályban (pl. égés, fulladás, lőfegyver, mérgezés)	2 ezer fő/év	55–60 fő/év

*Ez a két szám összhangban van a hivatalos magyar adatokkal. Az OGYI (2009) tanulmánya szerint Magyarországon a 0–24 éves korosztályból, véletlen baleset miatt, a 2005–2007-es évek átlagában, 326 fiatal halt meg, ebből 246-an közlekedési baleset miatt (OGYI 2009: 15).

Forrás: Az amerikai CDC adatai alapján. ld. www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=accident-statistics-90-P02853 [Letöltve: 2019. 11. 27.]

ható amerikai statisztikák alapján megbecsülhetjük a tárgyunk szempontjából releváns balesetek gyakoriságát Magyarországra vonatkozóan is.

A balesetek példájából kiindulva rögtön szembekerülünk egy fontos kérdéssel: vajon indokolt-e, hogy az iskolákban baleset-megelőzési kampányt folytassunk és vállaljuk az ezzel járó anyagi költséget, illetve időráfordítást. Véleményem szerint ez nem indokolt. Normális körülmények között nevelkedő gyermekek tisztában vannak a rájuk leselkedő veszélyekkel, a család, a rendőrség és általában a média bőségesen szolgáltatja az ezzel kapcsolatos információkat, és az is rendjén való, hogy a rendőrség büntesse a szabálytalanul viselkedő fiatalokat (pl. kivilágítatlan kerékpár használata, sisak nélküli biciklizés, motorozás). A balesetek természetéből következik a gyors hatásmechanizmus: a sérüléssel járó fájdalom többnyire azonnali, és ezt minden iskolás gyermek pontosan tudja is. Ehhez a tapasztalat útján szerzett tudáshoz az iskola aligha tud érdemben hozzátenni. Ilyesmire nem érdemes költeni.

A prevenció – és ezen belül az iskolai prevenció – szükségessége éppen azokon a területeken a legfontosabb, ahol az oksági mechanizmusok közvetlen tapasztalás útján nem ismerhetők fel. Vagy azért, mert a kórokozó baktériumok és vírusok szabad szemmel nem láthatóak, vagy azért, mert a megbetegedés közvetlen oka és a következmények között időben nagyon nagy a távolság. Típikus példa erre a dohányzás, a mértéktelen alkoholfogyasztás, bizonyos nemi betegségek, ahol a káros következmények általában csak évtizedekkel később jelentkeznek.

Az iskolai oktatás-nevelés részeként a diákokat fel kell készíteni arra is, hogy megértsék, az orvostudomány szakadatlanul fejlődik, a korábbi biztosnak vélt ismeretek tévesnek bizonyulhatnak. A változások lehetnek rossz és jó irányúak. Nevezetes példája a „rossz” változásnak, amikor az 1950-es évek végén (persze 2019-ből visszanezve nagyon régen) az orvostársadalom megbizonyosodott arról, hogy a dohányzás és a tüdőrák között szoros kapcsolat van – ezt évszázadokon keresztül senki sem sejtette. Jó irányú

változás, hogy a 2000-es évek táján feltalálták az AIDS elleni gyógyszereket, nem is olyan sok évvel azután, hogy 1983-ban a WHO azt deklarálta, hogy az AIDS gyógyíthatatlan betegség; mindenki, aki megfertőződött, hamarosan meg fog halni. Napjainkban is bőven vannak gyógyíthatatlan betegségek (pl. Zika vírus), illetve olyanok, amelyek esetében éppen most csillant fel a remény, hogy gyógyszeres úton mégis kezelhető (pl. Ebola). Az itt felsorolt ismeretek mind olyanok, amelyekkel a globalizált világgazdaságban fel kell vértézni a mai iskolás gyermekeket, hiszen többségük egyszer vagy többször az életben biztosan el fog jutni távoli és egzotikus országokba is.

Az egészségügyi folyamatok irreverzibilitásának másik fontos alosajta az addikcióval függ össze. Az addikció (függőség) fogalmát a szenvedélybetegséggel szinonim fogalomként szokás használni. Azokat a viselkedési formákat nevezzük így, amelyek fölött az egyén képtelen kontrollt gyakorolni, s ezért ezeket kényszeresen újra és újra végrehajtja, még akkor is, ha szándéka szerint szeretne az adott rossz szokástól megszabadulni. A dohányzás, az alkohol- vagy a drogfogyasztás esetében ez az összefüggés – mondjuk 14 éves kortól felfelé – általánosan jól ismert. A gyerekek tudják, hogy a szerhasználat függőséget alakít ki, amely egyfelől azzal a következménnyel jár, hogy a szer azonos adagjának folyamatos használata esetén jelentősen csökken az élvezeti hatás, másfelől azzal, hogy a fogyasztás leállása esetén a megvonási tünetek nagyon jelentős panaszokat tudnak okozni. Fontos tudni – és a diákoknak elmondani is –, hogy az addikció kialakulhat mindenféle szerhasználat nélkül is (pl. játékszenvedély, bulímia). Mind e mögött roppant bonyolult neurofiziológiai összefüggések állnak, amelynek részleteit az iskolás diákok aligha érthetik, de a probléma lényegét enélkül is pontosan tudják. Éppen ezért az ezzel kapcsolatos felvilágosításnak sem lehet túlságosan nagy hozadéka az iskolában.

Az orvostudomány mai állása szerint a fiatalkori elhízás is jó okkal nevezhető irreverzibilis folyamatnak. Az a gyermek, amelyik már a pubertás kor előtt elhízott, jó eséllyel egész életében túlsúlyos lesz. Egyfelől a túlzott kalóriabevitel az ok, másfelől viszont a mozgásszegény életmód. Paradox módon ez utóbbi is kapcsolódik az evolúciós logikához: egyfelől megszűnt a (fizikai erőfeszítést követelő, tehát energiafogyasztó) gyermekmunka, másfelől nincs szükség arra, hogy a gyermekek naponta fél, egy vagy akár másfél órát gyalog menjenek az iskolába.

És végezetül érdemes röviden megemlíteni egy viszonylag új fejleményt, a bőrtetoválás elterjedését, melynek során különféle festékanyagokat visznek be a bőrbe. Alapesetben ez is irreverzibilis tett, a napjainkban elterjedten használt festékeket teljes mértékben nem lehet eltávolítani. Egyelőre az orvostudomány ezzel kapcsolatban nem szolgál különösebb fenyegetéssel, de nem lenne meglepő, ha 5–10 éves távlatban kiderülne, hogy a nagy felületen történő tetoválás, amelyet egyébként számos kultúrában évezredek óta művelnek, mégis komoly egészségügyi károsodással jár (pl. bőrrák). Arra máris felfigyelt az orvostudomány, hogy a tetovált emberek MRI vizsgálata extrakockázattal jár, mert a vastartalmú festékek égési sebeket okozhatnak.

Ha beteg lesz, maga tehet róla?

Az egészség-gazdaságtan (*health economics*) nemzetközi irodalmában nagyjából az 1950-es évekre datálható az a felismerés, hogy az egészségre káros szenvedélyek előfordulása nem véletlenszerű, jóllehet az emberi faj biológiai adottságai lényegében azonosak. Minden vizsgálat azt mutatja, hogy még egy-egy országon belül is jelentős, szisztemati-

kus különbségek vannak tekintetben, hogy az egyes társadalmi csoportok milyen mértékben képesek szembenenni azokkal az evolúciós készletekkel, amelyekről fentebb már szoltunk. A legjobb példa erre a dohányzás. Magyarországon – vagy a hozzá hasonló fejlettségű országokban – minden felnőtt és minden gyermek tudja, hogy a dohányzás ártalmas, a sok édesség fogyasztása és a kevés testmozgás általában elhízáshoz vezet stb. Mégis, a tapasztalat azt mutatja, hogy a dohányzás, az obezitás a szegényebb és kevésbé iskolázott családokban sokkal gyakoribb, mint a magas jövedelmű, képzettebb családokban.

A TÁRKI 2008-as felméréséből tudjuk, hogy a nem dohányzás a fővárosi, diplomával rendelkező felső-középosztály luxusa – hozzájuk képest minden más társadalmi csoport lényegesen többet dohányzik. 2009–2011 közötti, négy északkeleti megyében és Budapest X. kerületében végzett kutatás (Balázs et al. 2012) azt az eredményt hozta, a dohányzó roma nők miután várandósok lettek, 88,0%-ban tovább folytatták a dohányzást, míg ugyanez az arány a nem romák között 47,4% volt, tehát több mint fele részben abbahagyták a dohányzást. Ez a drasztikus különbség egyáltalán nem véletlen, és nem az információhiány az oka.

Walter Mischel, a Columbia Egyetem professzora az 1960-as években végezte el nagyhatású vizsgálatát, amely a pillecukor-kísérlet nevet kapta (marshmallow teszt). A kísérletben 4 éves gyerekeket állítanak választás elé: megehetik a tányérra helyezett pillecukrot azonnal, vagy ha várnak vele egy hosszabb időt (akár 20 percet is), akkor a vizsgálatvezető visszatértekor kettőt fognak kapni. A kutatók arra voltak kíváncsiak, hogy a gyerekek ebben a korban mekkora *önfegyelmre* képesek. Az első, majd a sokszor, sokak által megismételt kísérletek azt mutatták, hogy „a szegényebb körülmények között felnövő gyermekek amiatt nem képesek türelmesen várni a későbbi nagyobb jutalomra, mert korábbi tapasztalataik nem biztosítanak számukra garanciát ennek megvalósulására. Mindennapi tapasztalataik arra nevelik őket, hogy attól, hogy most bőségesen van mit enni, nem biztos, hogy holnap is így lesz.”⁴ (Ahogy a magyar népi bölcsesség tartja: jobb ma egy veréb, mint holnap egy túzok.) Abból, hogy a felnőttek ígérenek valamit, még nem következik biztosan, hogy ígéreteiket be is fogják tartani. Rájuk tehát az evolúciós logika ma is kényszerítőleg hat: számukra kockázatos várakozni. „A jobb anyagi körülmények között élő gyermekek tapasztalatai általában nem adnak okot erre a bizalmatlanságra. Nem kell aggódniuk amiatt, hogy másnap nem lesz mit enniük, bízhatnak a körülöttük lévő (akár ismeretlen) felnőttekben is. Tehát a tehetősebb szülők gyermekei nyugodtabban késleltetik a jutalmat, nem kell amiatt szoronganiuk, hogy esetleg a várakozás alatt a meglévő is eltűnik.”⁵ Ilyen értelemben tehát nagyon is a szociális helyzet-től függ, hogy egy 4 éves gyermek ellen tud-e állni az azonnali kielégülés csábításának. Mischel utánkövetéses vizsgálatai szerint azok a jobb családból származó, óvodás gyermekek, akik képesek voltak az ellenállásra, életpályájuk során is egyre többféle előnyre tettek szert a szegényebb osztálytársaikhoz képest. A hosszú távú érdekeiket felismerve jobban teljesítettek az iskolában, nem kezdtek el dohányozni, kábítószer fogyasztani,

⁴ A modern videotechnikával megismételt teszt számos helyen megtalálható az interneten. Lásd például itt: <https://mindsetpszichologia.hu/2018/07/06/atirodik-a-pszichologiatortenet-a-pillecukorteszteredmenyei-is-megkerdojelezodtek/> [Letöltve: 2019. nov. 27.]

⁵ Uo.

nem híztak el, nem lettek terhesek kamaszkorban, nem követtek el bűncselekményeket, és persze ilyen pályát befutva magasabb jövedelemre és vagyonra tettek szert.⁶

Nagyon fontos, hogy a prevenciós programok készítői, a lebonyolításban részt vevők alaposan átgondolják a fenti összefüggéseket. Egyfelől, semmiképpen nem szabad „hibáztatni” az alacsony jövedelmű, iskolázatlan családokat azért, mert egészségtelenül élnek. Jól hangzik azt mondani, hogy a családok fogyasszanak több zöldséget és gyümölcsöt, minél ritkábban járjanak „gyorsétterem”-be, lehetőleg ne konzervet, hanem friss élelmiszert vásároljanak. De egy pillanatra sem szabad megfélekedezni arról, hogy az egészségesebb élelmiszerek sokkal drágábbak, a McDonalds’ kínálta ünneplő hangulat egy „normál” étteremben csak sokkal több pénzből varázsolható elő. Jól hangzik az a tanács, hogy a gyerekek sportoljanak minél többet az iskolában és az iskolán kívül – ám ez is sok pénzbe kerül (vagy az iskolának vagy a családnak). Másfelől viszont az Egyesült Államokban iskolai példák sora mutatta, hogy az önkontroll, az akarakterő fejlesztése tanítható – erre nyilvánvalóan a mélyszegénységben élő családok gyermekeinek van a legnagyobb szükségük.⁷ Ez kellene, hogy legyen az iskolai prevenciós programok elsősorú célja Magyarországon is.

További adalékok az általános és középiskolai prevenció tervezéséhez

Témánk szempontjából az elmúlt 10–15 év legfontosabb változása az internethasználat elterjedése a fiatalok körében. Számítógépen, laptopon és okos telefonon ma már minden információ lényegében ingyen elérhető: a *Google mindent jobban tud*, mint a legjobb népszerűsítő kiadvány, és nem „ciki” megkérdezni. Aki ezt figyelmen kívül hagyja, az teljes mértékben tévúton jár.⁸ Iskolaorvosok és szexuálpedagógusok elmondásából tudni lehet, hogy ez a lehetőség leginkább a hátrányos helyzetű családokból származó fiatalokat segíti, akiknek korábban megoldhatatlan problémát jelentett, hogy olyan „kényes” vagy egyenesen „tabu” témákban, mint a fogamzásgátlás, a nemi betegségek elkerülése, nem számíthattak semmiféle szülői segítségre. De természetesen az információhoz való jutás lehetősége minden egészségüggyel, életvezetéssel kapcsolatos tárgykörben ugyanígy fennáll. Innentől kezdve nem lehet a prevenció elsődleges célja az információátadás.

A hosszabb távra kidolgozott prevenciós stratégiának arra is figyelnie kell, hogy a technika és a fogyasztási szokások változása időnként tálcán kínálja a váratlan megoldásokat. Bizonyára minden olvasó emlékszik arra, hogy az 1970-es évtizedtől kezdve általános volt az aggodalom, hogy az iskolás gyermekek túlságosan sok időt töltenek a televízió képernyője előtt – naponta akár 3-4 órát is. Később már nem a tv-t, hanem a számítógépes játékokat tekintették hasonló veszélyforrásnak a pedagógusok. A fő aggodalom az volt, hogy mindez rontja a gyermekek kommunikációs készségeit, befelé fordulásra szoktat, fokozza az agresszivitást, emiatt van az elhízás stb. Mára viszont mindezek a tevékenységek visszaszorultak – de nem azért, mert az iskola lebeszélő programjai eredményesek

⁶ Óriási irodalom igazolja, hogy ezek a „jobb” családba született gyermekek felnőtt korukban azután saját gyermekeikre is átörökítik vagyonukat, társadalmi előnyeiket és privilégiumaikat (Mihályi–Szelényi 2016).

⁷ Lásd erről W. Mischel rövid videointerjúját itt: <https://www.youtube.com/watch?v=XcmrCCLL7Rtw> [Letöltve: 2019. nov. 27.]

⁸ Elkészerítő példa erre Semsey (2018) terjedelmes és bőséges irodalmi hivatkozással ellátott tanulmánya, amely a „Szexuális nevelés az iskolában” címmel jelent meg a közelmúltban, ám egyetlen szóval sem említi az internetet vagy a Google kereső programot.

voltak. A technika – tegyük hozzá: az importált technika – a közösségi média használata felé tolta el a fiatalokat, s ez éppenséggel nagyon is fejleszti a gyermekek kommunikációs skilljeit.

Nagy dilemmája a káros szenvedélyek ellen küzdő közpolitikának, hogy miként befolyásolja közvetlenül érintett termékek árait és a hozzáférés lehetőségeit. Az elmúlt évtized során, két területen is melléfogott a népegészségügyi kormányzat. A 2. Orbán-kormány egyik legelső parlamenti döntésével minden felnőtt magyar állampolgár számára lehetővé tette az otthoni pálinkafőzést – akkor is, ha boltban vásárolta a gyümölcsöt –, és egyúttal adómentessé is tette a tevékenységet. Népegészségügyi szempontból azonban nagyon káros volt a pálinkafőzés liberalizációja, mivel az otthoni, kisipari lepároló berendezések használatával nyert desztillált alkohol sokkal több mérgező fémzennyeződést tartalmaz, mint a nagyipari berendezések által gyártott párlat. Erről a közvélemény általában, a fiatalok pedig különösen ritkán hallanak. Még jó pár évig az iskola feladata marad ezt megtanítani.

A másik elhibázott döntés a dohány-kiskereskedelem monopolpiaccá alakítása volt. Az elképzelés az volt, és ez 2013. július 1-től meg is valósult, hogy az értékesítő helyek száma 42 ezerről 7 ezerre fog csökkenni, és egyúttal megemelkednek a cigarettáraák is. Mint az várható is volt (*Mihályi 2012*), a kis- és nagykereskedelmet egyaránt érintő korlátozások nyomán nőtt a feketekereskedelem. Ennél is fontosabb és váratlan fejlemény volt, hogy a cigarettaforgalom visszaesésével párhuzamosan sokszorosára nőtt a vágott dohány eladása. Ez részint az alacsonyabb adókulcs miatt történt így, részint amiatt, hogy a korábbi 1000 dohánybolt helyett ötször annyi dohánybolt kínált vágott dohánnyt nagy kiszereelésben és nagy választékban – vagyis bővültek a hozzáférés lehetőségei. A rendszeres dohányzók aránya nem csökkent, ami egyben annyit is jelent, hogy a vágott dohány növekvő aránya miatt a tényleges nikotinfogyasztás valójában még nőtt is! Az egyik legismertebb hazai dohányzás-problémákra specializálódott népegészségügyi szakember, Bodrogi József az Eurobarométer adataira hivatkozva 2019 elején megerősítette, hogy míg 2014-ben a 14 és 25 éveseknek a 25 százaléka cigarettázott, addig 2018 végére ez az arány már 39 százalék volt.⁹

A fenti két példa a kormányzat hibás politikáját illusztrálja, de történt ennél súlyosabb dolog is, ám ebben nem érhető tetten a kormányzat felelőssége. A világ drogpiaцаit egyre inkább a *szintetikus* (vagy más néven: dizájner) *drogok* uralják. Ezek erősebb hatást fejtenek ki, mint a marihuána, és ami a legfontosabb, a fekete piaci árak is csak töredéke az 5–10 évvel ezelőtt kapható drogokénak. Ráadásul az egyik népszerű drog, a herbál legálisan elérhető szintetikus anyagokból „készül”, s emiatt nem minősül kábítószernek. A Bűnügyi Szakértői és Kutatóintézet adatai szerint az új szerek 2009 környékén kezdtek elterjedni Magyarországon: míg 2009–2010 között a marihuána tette ki a rendőrség által lefoglalt drogok túlnyomó részét, addig 2014-ben az új anyagok a lefoglalt szerek 60 százalékát tették ki, a herbál pedig kétszeresen is megelőzte a marihuánát. A herbál népszerűsége olcsóságából is adódik: 2015-ben egy gramm 600–700 forintért már megvásárolható volt. Ez különösen a szegregátumokban élő roma gyermekek számára vonzó.¹⁰

⁹ *Danó 2019.*

¹⁰ *Rádi (2019)* terjedelmes tanulmánya megyei szintre lebontva mutatja be az országos helyzetet.

A cigarettaként elszívható herbált a dílerék és a fogyasztók sokszor „biofünek” is nevezik, pedig valójában semmi bio nincs benne: az anyagot szintetikusán állítják elő, amit aztán növényi törmelékekhez kevernek.¹¹ A herbál az iskola szempontjából is rosszabb, mint a marihuána, mert a függőség időben erősebb kényszert teremt. Magyarán, a gyerekek – az általános iskola felső tagozatos diákjai is (!) – „rákényszerülnek” arra, hogy az iskolában, a szünetekben is szívjanak. Az iskolák kezében jelenleg egyetlen fegyver van: a kábítószer-fogyasztáson ért diákokat kicsapják a tanintézetből.

A bajok gyökerét nem lehet orvosolni

Az iskolai prevencióval, a gyermekek közötti egyenlőtlenségekkel foglalkozó elméleti szakemberek és a terepen dolgozó kollégák egyaránt tudják, és nagyon sokszor elmondják, hogy a problémák mélyen húzódó gyökerei a szegénységgel, a szegregációval és a többségi társadalom (a középosztály) előítéletességével vannak szoros kapcsolatban. Nyilvánvaló, hogy az lenne a hatásos gyógymód minden e cikkben megemlített területen, ha meg lehetne szüntetni a társadalmi egyenlőtlenségeket. Meggyőződésem szerint azonban az iskolai prevenció stratégiát ezzel éppen ellentétes logikával célszerű végiggondolni, és azután részleteiben is kidolgozni. Abból kell kiindulni, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek Magyarországon a belátható jövőben – mondjuk négy-öt évtized során – számos ok miatt fenn fognak maradni, sőt inkább nőni fognak, mint csökkenni. Hely hiányában csak egyetlen összefüggést említek. Gondoljunk csak arra, hogy az elmúlt 8-10 évben mennyire felgyorsult a külföldi munkavállalás. Ez azt jelenti, hogy pár év múlva a magyar középosztályi családok többségének lesz valamiféle „nyugati” bázisa, ahonnan jövedelmet fog húzni, viselkedésmintákat fog örökölni. Ez is egy ok arra, hogy a közösségi forrásokból finanszírozott hazai iskolai prevenció a legszegényebb, legelesettebb családok gyermekeinek a szükségleteiből induljon ki.

IRODALOM

- BALÁZS P., RÁKÓCZI I., GRENCZER A. & FOLEY K. (2012) Várandósok egészségi állapota Magyarországon, roma és nem roma populációban végzett epidemiológiai kutatás alapján. *Népegészségügy*, Vol. 90. No. 4. pp. 253–263.
- DANÓ ANNA (2019) Szakaszgyőzelmet aratott a dohánylobbi. *Népszava*, febr. 15. https://nepszava.hu/3025532_szakaszgyozelmet-aratott-a-dohanylobbi [Letöltve: 2019. nov. 27.]
- EMMI (2018) EMMI módszertani levele a 2018. évi védőoltásokról. https://www.antsz.hu/data/cms84807/EMMI_VML2018_kozlony.pdf
- MIHÁLYI PÉTER (2012) A dohánykereskedelem korlátozása árt az egészségnek. *Népszabadság*, jan. 7.
- MIHÁLYI PÉTER & SZELÉNYI IVÁN (...) Az egyenlőtlenségek valódi természetéről. *Mozgó Világ*, Vol. 42. No. 11. pp. 3–12.
- OGYI (2009) Országos Gyermkegészségügyi Intézet (2009): *Nemzeti Gyermekek- és Ifjúság-biztonsági Akcióterv 0–24 évesek véletlen baleseteinek megelőzési programja 2010–2019*. Bp. <https://www.childsafetyeurope.org/europe/info/hungary/hungary-planning-document-hu.pdf> [Letöltve: 2019. 08. 21.]

¹¹ *Népszava*, 2015. jún. 26.

RÁDI ANTÓNIA (2019, ed.) *Pár nap kristályozás meg egy kis biofű és kész az alföldi Walking Dead – droghasználati szokások a magyar vidéken.* <https://atlatszo.hu/2019/01/08/par-nap-kristalyozas-meg-egy-kis-biofu-es-kesz-az-alfoldi-walking-dead-droghasznalati-szokasok-a-magyar-videken/> [Letöltve: 2019. nov. 27.]

SEMSEY GÁBOR (2018) Szexuális nevelés az iskolában. *Iskolakultúra*, Vol. 28. No. 12. pp. 17–34. DOI: 10.17543/ISKKULT.2018.12.17.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

A *Valóság* rovat – hagyományosan – a tanulmányokból kimaradt szereplők, aspektusok, témák beemelésével teszi teljesebbé a tematikus számok tartalmát. Ez ebben az esetben is így volt. Azokat az aktorokat hívtuk meg egy kerekasztal beszélgetésre, akik az iskolán belül vagy kívül, más-más aspektusból foglalkoznak a prevenció témájával. Mivel egy-egy prevenció program sikerét alapvetően az határozza meg, hogy milyen fogadókészség mutatkozik az iskolavezetés, a pedagógusok és a szülők részéről, igyekeztünk minél több oldalról megvilágítani, mi kell a hatékony együttműködéshez. A résztvevők ezzel kapcsolatos tapasztalatai meglehetősen szomorú képet festenek az iskolákban folyó prevenció munkáról, és a többségük megítélése szerint igazi előrelépés az iskola szerepének újragondolása nélkül nem is várható. A rovatszerkesztő meglátása szerint is a mélyebb strukturális problémákkal kell először szembenéznünk, mielőtt bármilyen gyakorlati, módszertani problémára megoldásokat keresünk. Az iskola mint az ismeretátadás és szocializáció kitüntetett helye valószínűleg betöltötte történelmi szerepét, a 21. század megváltozott feltételrendszerében más tanulási környezetre, más funkciókra és más intézményekre lesz szükségünk. Az erről szóló diskurzusból az *Educatio* sem szeretne kimaradni, még ha ezt nem is feltétlenül a *Valóság* rovat keretei között teszi majd. A *Valóság* rovat ugyanis a jövőben csak alkalmi jelleggel fog megjelenni, a számok témájától, jellegétől függően.

AZ ISKOLAI PREVENCIÓ SZEREPLŐI AZ ISKOLAI PREVENCIÓ VALÓSÁGÁRÓL

Résztvevők: *Gyulai Zsuzsa* (OFOE – Osztályfőnökök Országos Szakmai Egyesülete), *Máté Zsolt* (ISME – Iskolai Szociális Munkások Egyesülete, INDIT Közalapítvány), *Németh Ágnes* (ORFK Bűnmegelőzési Osztály), *Pál Csaba* (Ferencvárosi Szociális és Gyermekjóléti Intézmények Igazgatósága, óvodai-iskolai szociális segítő csoport), *Csekeő Borbála* (Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány), *Salamon Eszter* (ESzMe – Európai Szülők Magyarországi Egyesülete)

A beszélgetést moderálta: *Szabó András* (Kapocs Alapítvány, Civil Rádió)

A beszélgetést szerkesztette: *Biró Zsuzsanna Hanna* rovatszerkesztő

Educatio (a továbbiakban E): Szeretettel köszöntök mindenkit. Úgy terveztem, hogy négy fő kérdést járjunk körbe: 1. Milyen feltételek között és milyen tényleges tevékenységek segítségével valósul meg ma az iskolai prevenció? 2. Milyen kockázati magatartások jellemzik a mai tizenéves nemzedéket, amelyekre az iskolai prevenció gyakorlatának kellene reagálnia? 3. Hogyan tudnak segíteni a diákok problémáiban? Kinek a feladata ez? 4. Az iskolai prevenció kiterjed-e az egyéni tanrendű gyerekekre, azaz a magántanulókra, illetőleg az iskolából kimaradó, lemorzsolódó tizenévesekre? Ha igen, akkor milyen célok mentén, kinek a révén, hogyan? Ha nem, akkor miért nem? Ez a kérdés azóta különösen fontos, amióta a tankötelezettség határa 16 évre csökkent. Tizenhat év fölött is ugyanúgy van veszély, de ezek a fiatalok kikerülnek értelemszerűen a rendszer látószögéből. Induljunk el akkor az első kérdéssel: Mi a feladata az iskolai prevenciónak és milyen feltételek között működik?

Gyulai Zsuzsa (a továbbiakban GyZs): Szívesen elkezdem. Gyulai Zsuzsa vagyok, az Osztályfőnökök Országos Szakmai Egyesülete képviselőjeként. Készülvén erre a beszélgetésre, csináltam egy gyors felmérést, és megkérdeztem a környezetemben néhány kamaszt, hogy ők mit kaptak az iskolában. Azt mondták, hogy valami volt 9.-ben, de arra már nem emlékeztek, hogy miről és kivel beszélgettek. Ez jól tükrözi a helyzetet: elképesztően ritkán történik bármi is, és semmi nyomot nem hagy a gyerekekben. A 28 éves tanári pályafutásomból talán két konkrét programra emlékszem, a többi meg az osztályfőnökökre volt bízva. Amíg volt önálló gyerekvédelmi státusz az iskolánkban, addig a gyerekvédelmi rátermettségétől függött, hogy ő szervez-e valamilyen programot. A másik alapvető tapasztalatom az, hogy amikor prevenció programra került sor, akkor alapvetően a drogokról beszéltünk, ami nagyon fontos, de mennyiségben az alkohol vagy akár a gyógyszerfogyasztás lényegesen nagyobb probléma hazánkban, és ezekről minimálisan esett szó.

Salamon Eszter (a továbbiakban SE): Salamon Eszter vagyok, az Európai Szülők Magyarországi Egyesületétől. Egyetértek egyrészt Gyulai Zsuzsával, másrészt azt gondolom, hogy az igazgatóknak nagyon fontos szerepe van ebben, de nem mindig sikeresek. Sokszor meghívunk prevencióval foglalkozó szervezeteket, adott esetben a rendőrségnek a vonatkozó programjait, mondjuk projektnapokra, de ha ezek nincsenek megfelelően előkészítve, akkor bármennyire is hasznos pl. egy szexuális felvilágosítás, a gyerekek csak nevetgélnek rajta. Személy szerint fontosnak tartanám azt is, hogy ez olyan tevékenység legyen, amiben a gyerekek és a szülők közösen vesznek részt, még a kamaszok esetében is, vagy a kamaszok esetében még inkább. Ha már Zsuzsa megemlítette az alkoholt, azt is megjegyezném, hogy nem biztos, hogy hatásos, ha egy nikotinfüggő, adott esetben alkoholista pedagógus beszél a függőségekről.

Csekeő Borbála (a továbbiakban CsB): Reményiné Csekeő Borbála vagyok, a Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány szakmai vezetője, és mondok valami jót is: szerintem nagyon sok lehetőséget ad a prevencióra az, hogy most már szinte kötelező elem, hogy legyenek az iskolákban témahetek, projektnapok, egészségnap, tolerancianap stb. Én azt látom, hogy kicsit a civil szervezeteken is múlik, hogy ezeket mennyire lehet megtölteni jó tartalommal. Azt tapasztaltam, hogy az iskolák „vadásznak” az olyan programokra, amit be tudnának vinni az iskolába. Viszont ahhoz, hogy pl. a civil szervezetek mindig napra készek legyenek az ilyen prevenció programokkal, szükség lenne megfelelő pályázati forrásokra. Arra reagálva, amit Zsuzsa mondott: én most két 9.-es gyerek szülője vagyok, és örültem, hogy kétszer is meghallgathattam a bűnmegelőzési osztály szülőinek szülő

prevenációs előadását. Az a gondolat, hogy ne csak a 14 évesnek beszéljünk a drogokról, hanem a szülőknek is, szerintem fontos.

Németh Ágnes (a továbbiakban NÁ): Németh Ágnes vagyok, rendőrezredes, az Országos Rendőr-főkapitányság Bűnmegelőzési Osztályát vezetem, és mi koordináljuk országosan a bűnmegelőzési programokat. A rendőrségnek vannak bűn- és balesetmegelőzéssel foglalkozó kollégái. A bűnmegelőzést onnan kezdjük, hogy van ovizsaru, vagyis kiképzünk óvodapedagógusokat. Pontosabban az első foglalkozásra elmegyünk, van három kesztyűbábunk, és a pedagógusok dolgoznak a bábokkal, a gyerekekkel. Van általános iskolai és középiskolai programunk is. A 2018/19-es tanévben 155 000 gyereket értünk el csak bűnmegelőzési programban, ami soknak tűnhet, de nem az. Egy-egy osztályfőnöki órán tudunk jelen lenni, de nagyon kevés iskola vállalja be, hogy havonta ad nekünk legalább egy órát, hogy a kétéves programunk végigfuthasson. Ráadásul a kollégáinknak más elfoglaltsága is van, ők nem főállásban oktatnak, ezért nehéz összehangolni ezt a tevékenységet. Ezt a számot nem fogjuk tudni növelni, mert nem lesz több oktatónk, akiket a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács képzésein mi magunk készítünk fel erre a munkára. Ezenkívül van képzés a pedagógusoknak is, amit szintén a Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács szervez, akkreditált és ingyenes. Nagyon sokan elvégezték már, de azt nem tapasztalom, hogy a pedagógusok igazán használnák is ezt a tudást. Egyszerűbbnek tartják, hogy rendőröket kérjenek fel.

Pál Csaba (a továbbiakban PCs): Pál Csabának hívnak, a Ferencvárosi Szociális és Gyermekjóléti Intézmények óvodai-iskolai szociális segítség koordinátora vagyok. Iskolai prevenció kapcsán én az óvodát is idevenném, mert most már a prevenció munka ott is megjelent. Az elmúlt egy évben erősödött az iskolai prevenció a különböző köznevelési intézményekben. A sikere elsősorban attól függ, hogy az adott iskola és annak a vezetése mennyire tartja ezt a dolgot fontosnak, mennyire teremt rá pénzt, mennyire fektet bele energiát, épít ki kapcsolatokat. A gyermekvédelmi felelősök a legtöbb iskolában megszűntek. Ahol megtartották a régi gyermekvédelmist, ott ő próbál hasonló prevenció munkákat végrehajtani. 2018. szeptember 1-től a gyermekjóléti központok kötelezően ellátandó feladata az óvodai, iskolai szociális segítő munka, prevenció. Elvileg minden egyes köznevelési intézményben vannak szociális munkások, akik megpróbálnak civileket bevonni, kapcsolatot tartani a különböző közösségi területekkel, önkormányzatokkal, KEF-ekkel, az óvodákkal és iskolákkal, illetve próbálnak figyelni arra, milyen problémákra kell fókuszálni egyéni, csoportos vagy közösségi szinten. Viszont azt gondolom, hogy amíg nem tudjuk a jelenlévők, elsősorban a szülők és a pedagógusok szemléletét átalakítani, addig ezek a prevenció foglalkozások nagyon alacsony határfokkal tudnak működni. Mondtátok, hogy a szexuális felvilágosítás, a drog a prevenció fő témái, de a függőségek között egyre elterjedtebb a snapchat vagy az instagram, vagy bármi, ami most az interneten terjed. Innen könnyen elmozdulhatunk a bántalmazás vagy a bullying irányába, amire több nagyon jó módszer is létezik. A Békés Iskola modelljét emelném ki, ahol a pedagógusokat, iskolavezetést, osztályfőnököket bevonva próbálnak meg hatni a gyerekekre. Nem a bántalmazót és nem a bántalmazottat szólítják meg, hanem a tágabb vagy akár a szűkebb környezetét, hogy ők figyeljenek oda.

Máté Zsolt (a továbbiakban MZs): Máté Zsolt vagyok, az ISME képviselője, de az anyaintézményem egy szenvedélybetegekkel foglalkozó intézmény Pécsen, az INDIT Közalapítvány. Akik az addiktológia területén dolgoznak, azok preventív, egészségfejlesztő programot nem is indíthatnak addig, amíg nem rendelkeznek ehhez a megfele-

ló tanúsítvánnyal. Kísérletek történtek arra, hogy valamennyire rendeződjön az iskolai egészségfejlesztés, és ennek keretében mondjuk a dropprevenció. Az más kérdés, hogy ez sete-suta lett, a központi szerv, ami ezt a tanúsítványt kiállítja, az elmúlt két-másfél év alatt nem is működött. Történelmi hagyományok miatt van az, hogy az egészségfejlesztés elsősorban dropprevenciót jelent nálunk. Az elmúlt két évben vidéken egyszerűen semmilyen más forrás nem volt ilyen programok biztosítására. Most októbertől viszont hatalmas pályázatok indultak el, bár most meg szakemberhiánnyal küzdenek. Abban a két évben, amikor nem volt forrás másra, elmentek a szakemberek máshová dolgozni. Másrészt nem is tanulnak már szociális munkásnak. A szociális munka területén 10-15 éve harmincan-egyvenen tanultak egy évfolyamon, most meg tanulnak négyen-ötten. Ez azt jelenti, hogy most már a nagyobb megyeszékhelyeken komoly szakemberhiány van.

SE: Szerintem nagyon fontos a kontextus, amit említettetek, és ez a kontextus a prevenció tevékenységeknél nehezen megragadható. Részben jogi okokból, részben a pedagógusok és alapvetően a szülők hozzáállása miatt. Már az óvodai dropprevenció során úgy építi fel az ember a programot, hogy a gyerekek által ismert felnőttek vagy kamaszok kontextusában beszél valamiről. A felső tagozat második felében vagy a középiskolában a kontextusba helyezett prevenció tevékenységet nagyon sokszor komolyan gátolja, hogy kriminalizálták mind a drog-, mind az alkoholfogyasztást. Én ismerek olyan iskolaigazgatót, aki elmegy éjszaka bulizni a gyerekekkel, és a 17 és fél évesnek kiveszi a kezéből a sörösüveget, ha jön a rendőr. De ez nem a normális kontextus, és az ezzel kapcsolatos problémák az iskolarendőrökkel még mindig tart. A bullying esetében nagymértékben akadályozza a kontextusba helyezett prevenciót az, hogy nem vesznek tudomást a pedagógusok arról, hogy az elkövető sokkal gyakrabban pedagógus vagy a családból valaki, mint gyerek. A múltkor a „Neveljünk Együtt!” oldalon, amit Zsuzsával, meg még tizenvalahány kollégával közösen szerkesztünk, előkerült a bullying problémája. Volt olyan pedagógus, aki ki merte mondani, hogy náluk biztos, hogy nem fordul elő zaklató pedagógus. Én csak azt tudom, hogy gyerekként is volt zaklató pedagógus a környezetemben, pedagógusként is volt zaklató kollégám, és a gyerekeknek is volt zaklató pedagógusa. De erről valószínűleg nem vesznek tudomást a kollégák. Fontos, hogy az iskolai prevenció azt is magába foglalja, hogy a pedagógusok maguk kezdjenek valamit ezzel a dologgal, mert amíg úgy gondolják, hogy előadást kell tartani a gyerekeknek a zaklatásról, majd az utána következő órán zaklathatják a gyerekeket, vagy kirohannak, mert a 45 percet sem nagyon bírják ki nikotin nélkül, addig nagyon nehéz hitelesnek és hatékonyak lenni.

E: Azt látom, hogy nagyon „szanaszét” van az iskolán belül a prevenció. Ha van egyáltalán, egy-egy eseményhez köthető. Nincs az iskolákkal szemben megfogalmazott követelmény. Régi rutinokból csinálják ezeket a foglalkozásokat, a tartalmuk is sokféle. Szanaszét folyik az egész, ez érzékelhető. A másik dolog, amit érzékelhetünk, hogy a prevencióba a szülőket nem igen kapcsolják be, pedig a gyermek egy meghatározott környezetből érkezik, és oda is tér vissza.

NÁ: Mi indítottunk egy olyan dropprevenció programot, amely kifejezetten a szülőket célozta meg, és azt javasoltuk, hogy anonim módon lehessen nálunk kérdezni, tanácsot kérni, e-mailen, telefonon, személyesen. Egy kezemen meg tudom számolni, hogy hányan vették igénybe. Érkezett néhány e-mail, egy-két telefon, de ami még mindig a legjobban működött, az a szülői értekezlet volt.

SE: A szülő nem fog a rendőrséghez fordulni magától, még akkor sem, hogyha ti prevenciót kínáltok.

NÁ: Akkor fordulnak, amikor már nagy a baj. Ha megöli magát valaki, kábítószere bukkannak, kiderül egy zaklatás, akkor mindenki vevő a problémára. Csakhogy az már nem prevenció, hanem tüzet oltunk, és akkor mindenki jön a vádakkal, hogy nem foglalkoztunk a gyerekekkel eleget. Az elején valahogy elvésznek ezek a dolgok.

SE: A helyi pedagógusközösségnek kellene felkészülnie arra, hogy tudjanak segíteni. Ehhez olyan szakemberekre van szükség, akikkel az érintettek tudnak beszélni a saját életükről. Nyilván a pedagógusok szakmaiságát kellene erősíteni, amivel mindig ott kötünk ki, hogy adunk egy csomó feladatot a pedagógusnak. Ilyenkor hangosan szoktak sikoltozni a pedagógus szakszervezetek, főleg Európában, mire mi mindig elmondjuk, hogy nem azért kellene harcolni, hogy ezeket a nagyon fontos feladatokat lepakolják magukról, hanem hogy fogjunk össze, és harcoljunk azért, hogy ezt elismerjék a pedagógiai munka részeként, és ne 22 órát kelljen tanítani, hanem csak 12-t, mert egyébként 10 órát a szülőkkel foglalkoznak.

GyZs: Nagyon ellentétes iskolákra van rálátásom, mert a gyerekem a VIII. kerületbe járt iskolába, én meg a Rózsadombon tanítottam. A II. kerületi iskolában sokszor azért zárkóztak el a prevenció elől, mert attól féltek, ha ezt meghallják a szülők, akkor azt hiszik, hogy az iskolában drogprobléma van. Egyébként az teljesen nyilvánvaló, hogy egy VIII. és egy II. kerületi iskola között mindössze az a különbség, hogy mennyi pénzt tud a gyerek az anyagra költeni. Az egyik csak a biofüvet tudja megvenni, a másik meg a kokaint is. Egy VIII. kerületi iskola nem zárkózik el, ott viszont a szülőkről pereg le, mert a családok jelentős részében minimum egy szerhasználó van, tehát nem érzékelik problémaként. A Fazekasban ugyanúgy van drog- vagy alkoholprobléma, de ott a szülő nem akar ezzel szembenézni. Volt olyan szülő, aki nem értette, miért kell beszélni egy 9.-es osztályban az alkoholról, mert a gyerekek még kicsik, ők még nem isznak, én meg tudtam, hogy ha köbgyököt vontam abból, amit a gyerek elmondott a hétfégi alkohol-fogyasztásáról, akkor még az is nagyon sok volt.

SE: Egyébként az egyházi iskolákban talán a legsúlyosabb a helyzet, ahol viszont folyamatos tagadásban vannak. Ismerek olyan egyházi iskolát, ahol az igazgató úgy döntött, hogy náluk nincsen drog- és alkoholprobléma. Abban a nyári táborban, ahová a gyerekek jelentős része jár, és amit egy civil szervezet működtet, ezek miatt a gyerekek miatt (a gyerekek 30%-a ebből az iskolából jön) el kellett indítani egy nagyon kőkemény droprevenció programot, mert hozták be a drogot, és próbálták megfertőzni a nem odajáró gyerekeket is.

NÁ: Amikor elindult a tanácsadói programunk, és eltelt pár hónap, felhívtam egy kollegám, hogy nagyon nagy baj van, ő azt tapasztalta, hogy ha a gyerekek reggel alkohol vagy drog hatása alatt jönnek be, akkor behúzzák őket egy szobába, és rácsukják az ajtót. Mentőt nem hívnak vagy orvos nincs, mert az rossz fényt vet az iskolára. Erre megkérdeztem: Ha meghal a gyerek, az nem vet rossz fényt az iskolára? Nem akart a kollegám rögtön szembe menni első nap az iskolával, ezért azt mondtam, hogy akkor én holnap tiszteletemet teszem az igazgatónál. Nem akartunk eljárást indítani, nem erről szólt a történet, de azt nem hagyhattuk, hogy a gyereket ellátatlanul hagyják. Ez nyilván szélsőséges dolog, és nem mondom, hogy mi hibátlanok vagyunk, de azt mondom, hogy bizony nagyon sok iskola nagyon nehezen vette, hogy ott van egy rendőr, mert így kiderülhetnek dolgok.

SE: Nem mindegy persze, hogy használatról, birtoklásról vagy árusításról beszélünk, mert ezek egészen más elbírálás alá kell, hogy essenek. Bennünket anno egy bulvárlap

keresett meg, mert volt valami botrányos eset, amikor az iskola mentőt hívott egy bedrogozott gyermekhez, és utána megpróbálták velünk azt kimondatni, hogy milyen rettenetesen rosszul járt el a mentőorvos, aki nem volt hajlandó rendőrt hívni. Azt gondolom, hogy szülői szempontból helyesen járt el, mert ugyan a jogszabály bünteti a használatot is, de nem a mentőorvosnak kell kihívnia a rendőrt. Ugyanakkor a tiltólista sem annyira teljesen egyértelmű. Amikor a gyerekeim kerültek abba a korba, akkor elmondtuk, hogy belekóstolhatnak itthon a borba, és ha jönnek a haverok, akkor nyilván megbeszéltük a szülőkkel, hogy meg lehet inni egy-egy sört. De bizonyos nyugat-európai országokban az alacsony alkoholtartalmú italok fogyasztásának az életkori határa 16 év, ha Prágába vagy Amszterdamba megyünk, akkor meg lehet vásárolni fűvet is, ami nyilván teljesen más hatást gyakorol a fiatalokra. Ezeket a határkülönbségeket egy kamasszal elég nehéz megértetni.

GyZs: Még egy fontos dolog a droggal kapcsolatban: ha az iskolában valaki árusít, az nyilvánvalóan beavatkozást igényel, viszont, hogyha prevenciószemszögből nézzük, akkor az iskolai árusító, kivéve, ha valami bűnözői kör szállt rá az iskolára, az iskola diákjai közül valaki, aki csak minimálisan rosszabb, mint az, aki csak fogyasztó. Ő ugyanolyan jellegű mentálhigiénés, pszichológusi vagy pszichiáteri beavatkozást igényelne, mint a használó.

E: *Nem akarlak megakasztani, de egy másik kérdésre kezdtünk el válaszolni: Milyen kockázati magatartások vannak az iskolában folyamatosan? Fontos kérdés, mert az árusítás is megjelent, nem csak fogyasztók vannak, és a bullyingról meg azt mondtátok, hogy egyre több változata fellelhető.*

MZs: A probléma-magatartásról nekem az a mondas jut az eszembe, hogy „az iskola nem az életre készít fel, hanem az élet maga”. Mivel ez így van, tele van stresszforrással, a serdülőkor minden problémájával és szépségével, és ha így tekintünk erre, nem csak probléma-magatartásokat látunk. Teljesen természetes, hogy az indulatok kezelésével lehetnek gondok, szoronganak a gyerekek, meg kell felelniük, bántják egymást. A legkorszerűbb drogprevenciósz megközelítések azt mondják, hogy az csak az első szint, hogy milyen kémiai szerek vannak, egy komplex prevenciósz program a kockázati tényezőket vizsgálja, mint pl. a kortárs erőszak, a családon belüli erőszak. A kérdés csak az, hogy tudunk-e ezzel iskolai szintéren foglalkozni. Például a családon belüli erőszak kérdésével, ami jelentős kockázati tényező, és ki tudjuk-e alakítani azokat a szociális készségeket, amelyek fontos védőtényezők. Mi most elég sokat foglalkozunk, például, a megbocsátás képességével, ami nagyon fontos védőtényező. Ellentétben a sporttal, amivel kapcsolatban az a tévhit, hogy önmagában védelmet nyújt. Ha olyan sportot űz valaki, amiben konstruktív versenyzés is van, akkor az lehet védőtényező, egyébként a sportnak ilyen hatása nincs. Azt gondolom, hogy az érzelmi intelligencia fejlesztése kisgyermekkorban az egyik legfontosabb prevenciósz eszköz.

PCs: Örülök, hogy felhoztad ezt a megközelítést, mert arról, hogy milyen típusú problémák vannak, napestig tudnánk sóhajtozni, de ez a fajta szemlélet az, ami hosszú távon megoldást kínál. A beszélgetésünk elején szó volt arról, hogy szemléletváltásra van szükség, és hogy az osztályközösségbe be kell vinni azokat a szociális készségeket, amelyek a megelőzéshez nélkülözhetetlenek. Olyan eszközöket kell a pedagógusok kezébe adnunk, amiktől ők jó példával tudnak szolgálni.

CsB: Én is azt gondolom, hogy egy mentálhigiénés védőháló az, amire szükségük van a pedagógusoknak, a szülőknek és a diákoknak is. Amit Eszter mondott a nikotinfüggőségről meg a tanárok által elkövetet zaklatásról, olyan burn out tünetek, amitől füstölnek az iskolák. Nincs kötelező önismeretórája egy pedagógusjelöltnek, nemhogy 250 óra, talán egy vagy két nap van csak beépítve a pedagógusképzésbe, ami kevés a pályaszocializációhoz. Nincs szupervízió, nincs semmifajta támogatott és rendszeres integráció, nincs semmi. Pedig ebbe a pedagógus-életpályamodellbe, pontok gyűjtögetésébe, kötelező továbbképzésbe, satöbbibe, akár ott is lehetnének ezek a képzések. És valami hasonló kellene a gyerekeknek is. A magunkkal való foglalkozás, a saját hogylétemmel, önismeretemmel, indulataimmal való bánásmód, fontos lenne, de erre nagyon-nagyon kevés tér és idő van. Én mindig próbálok optimista lenni, hogy a mindennapi testnevelés vagy a most felmerült mindennapi énekeltetés is adhat erre lehetőséget, foglalkozhatunk egy kicsit a gyerek testével, lelkével. De ez már a kezdeteknél félremegy. Önismeret helyett lépcsőfutás van csendben, meg örömeleklés osztályzatra.

E: Azért keressük a kockázati tényezőket, mert az elmúlt időkben megnőtt a szocializációs alapzaj, ami alatt azt értem, hogy az elmúlt időkben az iskolán belül is nőtt a feszültség és az erőszak valószínűsége. Nagyon magukra maradtak a gyerekek, a kötődések meglehetősen meglazultak, és ebben a helyzetben nem a program tudja megtalálni a gyermeket, hanem a pedagógus. Ha ott van kapcsolat az iskolán belül, akkor van értelme a prevenciónak, akkor van esély. GyZs: Bármilyen irányból közelítünk, oda jutunk ki, hogy a pedagógus a kulcsfigura. Ehhez képest a pedagógusokra senki nem figyel. Én már régen végeztem, de a pedagógia és a szakmódszertan teljesen hiányzott a műveltségemből. Tanultunk fejlődéslektant kisiskolás korig, mikor középiskolai tanárok lettünk. A középiskolás korosztályról nem hallottam az egyetemi pályafutásom alatt, pedig én kifejezetten kedveltem a pszichológia óráimat. Olyasmi, hogy önismeret, fel sem merült, és szerintem ez azóta sincs. A pedagógusok képzése kifejezetten a kognitív dolgokra megy rá: egy nagyon normatív, minősítő, értékelő, technikai jellegű ismeretre. A tanárképzésben nem érzékenyítik a leendő pedagógusokat arra, hogy akár a saját mentális egészségükkel, akár az általuk nevelt gyerekek mentális egészségével foglalkozzanak. Márpedig egy olyan pedagógus, aki kiégett, a legjobb programot sem tudja hitelesen képviselni.

SE: Nemcsak a pedagógusok esetében nem foglalkozunk a pedagógus jóléttel, hanem a szülők esetében sem: senki nem hívja fel a figyelmet arra, hogy te akkor tudsz jó szülő lenni, hogyha nemcsak a gyereked jólétével foglalkozol, hanem te is rendben vagy. Ez az egész felnőtt társadalomban egy nagy probléma. Egyre több gyerekről fedezik fel, hogy magatartászavaros, egyre több gyerekről fedezik fel, hogy hajlamos az erőszakra. Ma már tudjuk a kutatásokból, hogy ez a generáció kevésbé monotonia-tűrő, sokkal kevésbé képes arra, hogy a halálunalmas, 45 perces órákat végigülje. A 60 perc, amit a WHO a 16 év alattiak számára, mint kívánatos napi mozgást meghatároz, nem arról szól, hogy naponta testnevelésóra van, hanem arról, hogy a gyerekek a tevékenységeik során mozoghatnak, mondjuk fizika óra vagy földrajz óra alatt is lehet mozogni.

E: Szeretném megerősíteni, hogy mások a mai gyerekek. A kérdés az, hogy pontosan milyenek: Hogyan működnek? Mi az, amire oda kell figyelnünk velük kapcsolatban? Mire érzékenyebbek?

SE: Azt gondolom, hogy a legfontosabb változás, hogy a világ az iskolán kívül van, és az a világ, amiben a gyerekek élnek, egy agyonmediatizált világ. A szülők és a pedagógusok is egyre gyakrabban gondolják, hogy egy veszélyes világban élünk, miközben a statisztikák azt mutatják, hogy sokkal biztonságosabb a környezetünk, mint valaha volt, csak a médián keresztül más jön át. Ugyanez vonatkozik az erőszakra is. Mondanék három konkrét lehetőséget, ami ezen segíthetne: Nagyon hiányoznak a nonformális oktatási formák. Én az úttörőszövetség világából jövök, és a mai napig rendszeresen találkozunk azokkal, akik ifvezetőként szerepet vállaltak anno a '80-as években. A nonformális oktatási formák, elsősorban az ifjúsági szervezetek, felelősséget adnak a gyerekeknek. Nagy baj, hogy védőhálót építünk a gyerekek köré, és nem bízunk meg bennük. Ha megnézzük azokat, akik az ifjúsági háttérstruktúrából sikeressé váltak, akkor 90%-ban olyan emberekről van szó, akik arra voltak predesztinálva, hogy sikertelenek legyenek, az iskolában rendszeresen meg is kapták a magukét, hogy belőled úgyse lesz semmi, de az a felelősség, amit az ifjúsági szervezetben kaptak, megerősítette őket abban, hogy értékesek, és azzá tudtak válni, amivé váltak. Az úttörőszövetség mellett ezt a funkciót betölthetik más ifjúsági szervezetek is, mint a cserkészlet vagy az egyházi ifjúsági szervezetek. A másik lehetőség egy olyan program, ami már nem működik. Itt a VII. kerületben indítottunk egy programot anno '99-ben vagy 2000-ben, ami semmi másról nem szólt, csak arról, hogy ingyenes volt az étkezés az óvodában anélkül, hogy igazolni kellett volna a szociális rászorultságot, és az óvodai pedagógusainknak olyan képzést biztosítottunk, hogy ösztönözzék a szülőket arra, hogy minél több időt töltsenek az óvodában, és beszélgessenek az óvodapedagógusokkal. Ezek a szülők sokkal magabiztosabban tudták a gyerekeik érdekeit képviselni később az iskolai életükben. Sajnos a következő polgármester azonnal eltörölte a programot. Viszont mondok egy olyan programot, ami még most is működik.

PCs: Bocsnát, mert ehhez szeretnék kapcsolódni egy pillanatra, és nem megakasztani akarok, de muszáj visszakanyarodnom az érzékenyítéshez. Gyakorlatilag, amit mondasz, azt jelenti, hogy az adott óvodák nyitottak arra, hogy a szülőket beengedjék. Ez nem hogy nem jellemző, de szinte bármelyik köznevelési intézményre igaz, hogy félnek attól, hogy a szülő bent legyen, azt gondolják, hogy csak kémkedni szeretne, hogy megtudja, mi történik az iskolában.

SE: Kirakatot mutatnak.

PCs: Így van. Pedig a szülőnek szíve joga látni, hogy mi történik a gyerekével. Nagyon szerencsés az a hely, ahol olyan munkaközösség van, akik ösztönzik a szülőket a bent töltött időre. A legfőbb problémát az jelenti, hogy a pedagógusok nem mindig kellően tájékozottak a saját szakterületükön. A másik nagy probléma, hogy – különösen az óvodapedagógusoknál – iszonyatosan sok a pályaelhagyó, és kevés a fiatal pedagógus, akik újszerű módszereket alkalmazhatnának. A harmadik probléma pedig az alulfizettség. Hiába célzom meg a pedagóguskart bármilyen programmal, bármilyen szolgáltatással, ha azt mondják a szaktanárok, hogy leadom az óráimat, és egy perccel sem töltök többet az iskolában, mert a magántanítványaim otthon várnak. Tehát sem az iskolavezetés, sem a pedagógus nem felkészült, nem kellően nyitott.

SE: Akkor elmondom az utolsó példát, mert az pontosan erre vonatkozik. Trencsényi Laciék csináltak egy motivációkutatást azoknál, akik tudatosan választják a pedagógus pályát. 15 évvel ezelőtt az volt a domináns motiváció, hogy volt egy tanár példaképük, és olyanná akartak válni, amilyen az a pedagógus volt. Ma a domináns motiváció az, hogy

nem akarnak olyanok lenni, mint a saját tanáraik. Ebben komoly potenciál rejlik a változásra. Csakhogy, belépnek ezek a harcok, reformot kívánó fiatalok a képzésbe, és 4 évvel később kimennek a pedagógusképzésből mint egy megfáradt ötvenes. Ezzel egy olyan lehetőségről mondunk le, ami olyan, mint egy ziccet kihagyni a sportban. Ezzel együtt továbbra is azt gondolom, hogy nem a pedagógusokon múlik a dolog, hanem az iskola-vezetőn. Ha az igazgatónak van víziója, tudja, mit szeretne, és a pedagógusai 60-80%-át meg tudja nyerni az ügynek, akkor előbb-utóbb a maradék 20% el fog menni, kicserélődik. Vannak erre remek példák, de amit el akartam mondani, az egy konkrét működő program. Nem tudom, hogy ki ismeri a Pressley Ridge Magyarország Alapítvány „No Bad Kid” nevű programját, amit olyan iskolákban működtetnek, ahol többségben vannak a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek, van zaklatás, van függőség, korai iskolaelhagyás stb. Ez egy komplex program, amely először a pedagógusok attitűdjét formálja, hogy megértsék, illetve megismerjék, milyen puttonnyal érkeznek az iskolába ezek a gyerekek. Keményen dolgozik a program a gyerekekkel és a szülőkkel is, és kifejezetten azt próbálják elérni, hogy amikor ők már csak külső segítségként maradnak az iskolában, ez a szülő-gyerekek-iskola együttműködés megmaradjon.

E: Engedjétek meg, hogy feltegyek itt egy kérdést, ami a gyerekek felől láttatja ezt a problémát. Mennyire befolyásolja a gyerekek iskolához való viszonya a prevenciót? Azt gondolom, hogy az iskolai prevenció annyira hatásos, amennyire egyébként hatásos a gyerekek számára az iskola. Azok a gyerekek, akik az iskolával sincsenek jó viszonyban, valószínűleg a prevencióval sem lesznek jó viszonyban. Itt különösen azokra a gyerekekre gondolok, akik 16 évesen elhagyják az iskolát vagy lemorzsolódnak, vagy magántanulókká válnak, mert kiveti magából őket a rendszer.

CsB: Szívesen válaszolok, mert közvetve azért valamelyest rálátok a szakellátásban nevelkedő gyerekekre, vagy olyan gyerekekre, akiket kifejezetten a hátrányos helyzetűeknek fenntartott közösségi terek gyűjtenek össze. Nemcsak a magántanulók vagy a 16 éves kor után azonnal iskolaelhagyók azok, akikről lemond az iskola, hanem ez a lemondás már jóval előbb megtörténik. Ez a viszony az iskolához, mint minden viszony, kölcsönös. Amíg a gyerekeket nagyon kevés pedagógus tekinti partnernek, addig azok a kevésbé szabálykövető vagy nagyon nehéz otthoni puttonyt cipelő gyerekek nem is kapnak esélyt arra, hogy igazán pozitív legyen az attitűdjük az iskolához. Vannak olyan kisiskolások, akik már az első osztály októberében tudják, hogy ők a „rossz gyerekek”, és akkor még előttük van 10 év ezen a pályán, nagyon kevés lehetőséggel, hogy ez valahogy megforduljon.

E: Talán, mert nem is tudják igazán a problémáikat artikulálni...

CsB: Igen, ez is igaz. Ezt akartam még a kockázat-magatartásokhoz is mondani. Nagyon fontos a kockázat-magatartás szempontjából, hogy képes-e a gyerek segítséget kérni. Szinte mindegy is, hogy családon belüli erőszak, cyberbullying, drog, alkohol, vagy más a probléma, ha a gyerek körében nincsenek olyan felnőttek, akikben bízunk, ha az iskolában van baj, azt nem szabad elmondani otthon, ha otthon van baj, akkor nincs senki az iskolában, akinek el tudná mondani, akkor nagyon hamar vákuumba kerül a gyerek. A szívügyem a kortárs segítség, ami ezt egy kicsit tudja oldani. „Ne fordulj felnőttözhöz, ha nem megy, hanem mondd el egy kortársadnak!” De ez is csak akkor működik, és az ifjúsági szervezetek is csak akkor működnek, hogyha ezek mellett a nagy felelősséget vál-

láló tizenévesek mellett ott vannak olyan mentorok, olyan felnőttek, akik biztonságos háttérrel teremtenek.

GyZs: Visszatérve az iskolából kikerült generációra: ha egy fiatal 16 évesen kikerül a rendszerből, akkor ott egy tökéletes ellátási úr van. A munkáltató nem fogja felvenni, mert ugyan felvehetné, csak annyi adminisztratív macera van vele, hogy nem veszi fel. Ha bármilyen függősége, pszichiátriai betegsége van, nem látják el, mert a gyermekpszichiáter 16 éves korig veszi fel, a felnőtt meg csak 18 év felett. És akkor még nem beszéltünk olyanról, hogy függőségek. 16 éves korra már nagyon sok függő van, minimális az ellátás, és elképesztően gyorsan kriminalizálódnak, miután dolgozni nem tudnak. Most már közmunkásnak sem veszik fel őket, iskolába már nem járnak, a szülő nem kap így utánuk családi pótlékot. Ha kell a pénz, mondjuk anyagra, néhány héten belül valamilyen bűnözési helyzetben fogja az ilyen fiatal találni magát. Az országban van három olyan intézmény, amely tinédzser korú páciensről gondoskodni tud. Nem ambulanciára gondolok, hanem rehabilitációs kezelésre. Itt összesen el tudnak helyezni maximum 60 gyermeket. Amúgy ez az egész nincs, ők is most tanulják a szakmát.

SE: Hadd említsek meg egy olyan csoportot, akiről nem beszéltünk. Azok a gyerekek, akik valamiért kizorulóban vannak az iskolai közösségből, nagyon sokszor az iskola nem pedagógus dolgozóival építenek fel bizalmas kapcsolatot, aki lehet a portás néni, lehet a takarító néni, lehet az iskolatitkár. Én személy szerint nem tudok olyan programot, de mondjatok, ha van, amelyik ezeket az embereket, akiknek jelentős része még érettségivel sem rendelkezik, felkészíti arra, hogy hogyan segítsen egy olyan gyereken, akinél az az opció, hogy beszéljen egy tanárral, nem játszik.

PCs: Ezt próbálja, szerintem, orvosolni jelenleg az iskolai vagy óvodai szociális munka. Kifejezetten olyan iskolákban, ahol ez a célcsoport igencsak jellemző, tapasztalatunk szerint három másodperc alatt találták meg a gyerekek a szociális segítőt. Gyakorlatilag ott egyéni szociális munka folyik nap mint nap, mert folyamatosan jönnek hozzájuk a gyerekek a problémáikkal.

SE: Ez jó, de valahogy segíteni kellene a takarító nénit és a portást is, mert nekik is nagyon fontos szerepük van. Főleg a portásoknak. Egy iskolai portás az esetek nagy részében nem csak ajtót nyit, vagy ellenőrzi, hogy ki lép be és ki, hanem, ha meg akarod tudni, hogy ki az, aki iszik, aki behozza a drogot, akkor a portás vagy a portás néni fogja tudni.

CsB: Láttam olyan szakmai tréninget, ahol ott voltak a konyhás nénik, de ehhez az kellett, hogy az iskolaigazgató ezt fontosnak tartsa.

SE: Vagyis megint az iskolaigazgatókon áll és bukik minden. Jómagam 10 éve dolgozom szülői ügyekben európai és országos szinten, és nem véletlenül kezdtem el két éve az Iskolaigazgatók Egyesületének is dolgozni. Azt látjuk, hogy ha nem az iskolaigazgatókkal dolgozunk, akkor nagyon nehéz bármilyen érdemi változást elérni, és teljesen mindegy, hogy egy rendszer mennyire bürokratikus vagy túlszabályozott, ha egy igazgató valamit akar, akkor azt keresztülviszi.

E: Gyakorlatilag azt mondtátok, hogy sok mindenre képes az iskola. Most azt hallo, hogy minden az igazgatón meg a szemléleten múlik. Mire képes akkor az iskola?

GyZs: Minden és semmire: ez az elmélet és a gyakorlat. Félig-meddig gyakorló tanárként azt látom, hogy elindult az iskola szerepének ártértékelése és a tanítási módszerek megújítása a 90-es évek utolsó harmadában, a 2000-es évek elején, de ezek a folyamatok leálltak, illetve egy totális konzervatív visszarendeződést tapasztalunk az utóbbi

években. Nyilván lesznek olyan teamek, olyan iskolák, olyan egyének, akik folyamatosan meg tudnak újulni, de attól még az összkép egy negatív visszarendeződés, egy konzervatív irányú elmozdulás. A 19. századi iskolakép a pályán maradt tanárok egy jelentős hányadának az ideálképe. Hogy milyen lenne az ideális iskola, legfeljebb egy kis elitcsoportot érdekel, a tanárok zömével erről nem lehet beszélni. Nincs erről pedagógusi közbeszéd, különösen arról nincs, hogy a tanárnak más legyen a szerepe, hogy átadja a tanulási folyamat feletti irányítást, hogy a gyerek döntsön el bármit is.

MZs: Szerintem a kulcskérdés az, hogy az iskolában is az innováción legyen a hangsúly. Egyébként a mi a szakmánkra is igaz, hogy óriási a nyomás rajtunk, hogy kövessük a világot, mert amiről azt gondoltuk, hogy korszerű, a következő pillanatban már meghaladottá válik, és a pedagógiában, azt gondolom, ez ugyanígy lehet. De ez energiagényes. Arról, hogy milyen egy jó prevenció program, sok tévhit él a köztudatban. Csak hogy az én szakmámról beszéljek, az egy tévhit, hogy mondjuk a gyógyult szenvedélybeteg elvinni iskolai prevencióra hatásos lenne. Színesíti a programot, de nem lesz hatásos. Az igazán hatásos program az kizárólag a szociális készségfejlesztésre irányuló program, és ha megnézzük, hogy ebből mennyi van, akkor azt látjuk, hogy a programok még mindig a 20-25 évvel ezelőtti módszertanokkal dolgoznak.

SE: Én abban reménykedem, hogy ez a mostani nagyobb részt strukturális pedagógushiány talán el tud indítani egy gondolkodást. Flandriában, a hollandul beszélő Belgiumban, a ma középiskolában tanító matematikatanárok 80%-ának nincsen matematika szakos végzettsége, ami azt jelenti, hogy a matematikaterembe ők egy egészen másfajta szemléletet visznek be. Ezért reménykedem abban, hogy idővel lehet itt is arról beszélni, hogy a történelemtanár is tud földrajzot tanítani – ami egyébként mindenhol a világon rajtunk kívül egy tantárgyi blokkban van. A másik strukturális probléma, ami elmozdíthat valamit a holtpontról, az ország egyes részeiben tapasztalt gyerekihiány. Talán az életkori szegregációt is sikerül megszüntetni, mert sok előnye lenne, ha vegyes életkori csoportokban folyna a tanulás.

E: Ez fontos kérdés. Egyrészt igazad van, hogy a különböző generációknak együtt kell élnie, egymást kell támogatnia, másrészt viszont az is fontos lehet, hogy együtt nőjenek fel a versenytársakkal, akikkel bizonyos helyzetekben a munkahelyért, párkapcsolatokért kell megküzdeniük.

SE: A vegyes életkorú csoportokkal működő intézményekben sok gyereket meg tudtak védeni a lecsúszástól azáltal, hogy felelősséget kaptak a náluk fiatalabbakért.

MZs: Igaz, de kockázati tényező a bántalmazásra vagy a droghasználatra is, hogyha a baráti társaság nagyméretű, és idősebbekkel is szoros a kapcsolat, ahogy ezt megismerehettük Vinglender tanár úr kutatásaiból. Itt pró és kontra lehetnek érvek. A gyerekek egyébként olyan oviba járt, ami vegyes korosztályú volt. Ebben az óvodában a pedagógusnak komoly kihívást jelentett, hogy minden korosztállyal foglalkozni tudjon. Az ifjúsági csoportok vagy ifjúsági szervezetek tudják támogatni a proszociális viselkedést, de iskolai keretek között számos kérdést felvet a vegyes korosztályú nevelés. Túl sokféle feladatot jelent, és azokra a gyerekekre, akiknek tanulási nehézségeik vannak, nem feltehetően jut idő, figyelem.

E: Az eddigiek alapján nagyon úgy tűnik, hogy a prevenció nem is általában az iskola kérdése, hanem a megváltó iskola kérdése, olyan iskolát értve ez alatt, amelyik tudatosan felvállalja

a prevenció szerepet. Ez részben arról szól, hogy a gyerekeknek eszközöket kell adnia ahhoz, hogy meg tudják védeni magukat azokban a helyzetekben, amelyekbe belekerülnek a társaik között az utcán vagy az iskolában, akár a szüleikkel szemben is. Természetesen a pedagógus is kulcsszereplő, a szülő is kulcsszereplő, a társak is azok, de ami ezt összefogja, az maga az iskola. Ezzel így egyetértetek?

SE: Igen, az alapvető lenne, hogy az iskola megértse a saját jelentőségét, de minden kutatás azt mutatja, hogy a kiskamaszkor kezdetéig a legnagyobb hatása arra, hogy milyen viselkedésmintái lesznek a gyerekeknek, hogyan áll hozzá a tanuláshoz, a szülőknek van, amit utána átvesz a kortárscsoport, és soha nem a pedagógusé az elsődleges szerep.

E: Bori a felelősséget emelte ki a letelején, és az iskola lehet egy terep a felelősség gyakorlására. A magunk felé és a társaink felé irányuló felelősség az egyik legjobb megelőzés, sok más mellett, ami arra alkalmassá teszi a gyerekeket, hogy rendelkezzenek a saját életükkel. A másik fontos szerep, hogy megtanulják a gyerekek az iskolában, hogyan lehet újragezdeni valamit. Olyan világban élünk, ami egyszerűen nem engedi meg az embereknek az újragezdedést. A gyerekek esetében pedig ez kulcskérdés. Ha valaki rossz helyzetbe került, a prevenció nem arról szól, hogy a gyerekek ne kerüljenek bajba, mert itt pont az a helyzet, hogy bajba kerültek. Mi van, mi lesz a bajba került gyerekekkel? Ha tudunk esélyt teremteni, ha adunk lehetőséget az újragezdesre, hogy stigma nélkül lehessen valaki normális ember, akkor ez megint lehet egy új szerepvállalás az iskola részéről.

CsB: Egyrészt az igaz, hogy a család a legfontosabb szocializációs terep, másrészt jogos kérdés, hogy mi van a bajba jutott gyerekekkel. Az is nagyon fontos, hogy az iskola nem egy magányosan a világűrbe kilótt bolygó, hanem egy rendszerbe ágyazott elem, mi azt mondjuk, hogy egy „jelzőrendszeri tag”. Pedagógustréningeken gyakran felmerül, hogy mit csináljak Pistikével, ha olyan az apja és az anyja, amilyen, és sokszor fel sem merül, hogy családsegítés kellene Pistike szüleinek, mert lehet, hogy az egész családnak segítségre van szüksége, és attól, hogy még több leckét küldök haza Pistikével oda, ahol se áram, se csend nincs, a diszlexiája nem fog javulni.

E: Ehhez jön még az, amit te mondtál Zsuzsa, hogy ellátási vaktérképen vannak a tinédzserek, sok területen ellátási problémáink vannak.

GyZs: Igen, és már kezdik feladni azok is, akik eddig még ezt vállalták. A tiniknél nem működik az a szisztéma, amit a felnőttekre kidolgoztak. A tinik gyakorlatilag mindegyike visszaesett valamilyen szinten, lehet, hogy nem ugyanolyan mélyre, de visszaesett. Ezek a programok a tinédzsereknél teljesen másképp működnek, mint a felnőtteknél. Míg a felnőtteknél 80% tiszta marad, a tinik többsége visszaesik. A szakma módszertanilag csak most tanulja, hogyan kell a tinédzserek függőségével bánni, merthogy 2015 óta van csak erre egyáltalán ellátó rendszer.

SE: Visszatérve még arra, amit Bori is mondott: a pedagógusok alapvetően arra szocializáltak, hogy ők azok, akiken áll és bukik minden, néhányan magukat félistennek tartják, és mindezt a csukott ajtók mögött teszik. A pedagógusokat nem teammunkára képezzük, ami sem a pedagógusokkal való együttműködésben, sem abban a tekintetben nem működik, hogy behívjon más területeken dolgozó szakembereket. Mielőtt Borinak átadta a szót, arról beszéltünk, hogy mi az, amit a pedagógus a saját feladatának gondol, és mit lehet elérni az iskola keretei között. Ahhoz, hogy valódi prevenció munkát lehessen végezni, tényleg szükség lenne arra, hogy a pedagógusok munkáját átalakítsuk, és kevesebb legyen az óratartás, és több a gyerekekkel és szülőkkel eltöltött idő.

E: Jelenleg toldozó-foltozó helyzetek vannak, és szerencsések azok a gyerekek, akik belekerülnek egy megelőző vagy védő programba. A gyerekek többsége azonban ebből a szempontból gyakorlatilag nem elérhető. Ez azért sürgető, mert a problémás emberek újratermelődése ebből a korosztályból történik, és a prevenció lényege az lenne, hogy minél kevesebb gondja legyen később a felnőtt társadalomban a rendőrségnek vagy bárki másnak. Most a megelőzés kisebb jelentőségű, mint amekkora súlya van. Életeket határoz meg, és nemcsak a gyerekekét, hanem a szülőkéit, a testvérekét is. Az egész prevenció kérdése sokadik a sorban, mert intervenciósan gondolkodik a világ, nem prevenciósan.

CsB: Én is azt gondolom, hogy az iskolák céljainál a prioritásokat újra kell gondolni. Például, amit már említettünk a tehetséggondozással kapcsolatban: ha adva van 30 gyerek, akkor ott van közöttük a jövőbeli agysebész is, de ott van a manikűrös is, és ez így van jól, és amit el szeretnénk érni csak annyi, hogy egyikükből se legyen bűnöző, szenvedélybeteg, pszichiátriai ellátott stb. Ugyanakkor, ami ezt ellehetetleníti, hogy azok a készségek, azok a kompetenciák, amelyek ehhez kellenének, sokkal lejjebb vannak minden prioritáslistán, mint a szorzótábla, a másodfokú egyenlet meg a periódusos rendszer és a többi lexikai ismeret. Alapvetően én konzervatívan gondolkodom az oktatásról, és úgy gondolom, hogy fontos az antik irodalom meg a periódusos rendszer, csak a prioritások átgondolására hívnám fel a figyelmet, aminek be kellene épülnie már a tanárképzésbe is.

E: Hogy keretbe zárjuk a beszélgetésünket, szeretném, ha mindenki a végén felvázolna egy víziót: Szerintetek mi az az egy vagy két lépés, melyekre feltétlenül szükség lenne ahhoz, hogy a jelenlegi meglehetősen rossz helyzeten javítani lehessen?

CsB: Én már mondtam, de akkor kihangsúlyoznám újra, hogy a kötelező pedagógusképzést kellene minőségi tartalommal megtölteni, oda kellene valami átlátható minőségbiztosítási rendszer, hogy a jó programok eljussanak vidékre, és ne a pedagógus pénztárcáján vagy a civil szervezet pályázati forrásain múljon az, hogy mondjuk indulatkezelésből, kortárs segítségből, antibullying programokból hova jut és hova nem.

SE: Én továbbra is azt mondom, hogy az igazgatók képzését és ösztönzését tartanám a legfontosabbnak, mert a legmerevebb iskolai keretek között is van lehetőségük arra, hogy változtassanak. Ez nem azt jelenti, hogy nekik kelljen végigülniük egy 40 órás képzést a prevencióról, mert az pontosan annyit fog érni, mint bármi más, hanem, hogy meg kell osztani velük működő példákat, fel kell kínálni nekik olyan étlapokat, amelyekről adott esetben választhatnak.

NÁ: Én egy picit ezen továbblépnék, mert a mi tapasztalunk az, hogy a pedagógus nagyon egyedül érzi magát, ha prevencióról van szó. Borzasztóan magányos, mert olyasmit várnak el tőle, amiről tudja nagyon jól, hogy nem tudja megcsinálni, és ezért érzi azt, hogy milyen jó, ha van rendőr is a közelben, akivel erről beszélni lehet. Nem biztos, hogy az igazgatóhoz tud fordulni, a szülőhöz sem mindig. Ezért én a jelzőrendszert tartanám fontosnak. Mindig azt mondom a kollegáimnak, hogy azt kell a jelzőrendszer tagjaiba sulykolni, hogy nincsenek egyedül. Nem kell mindenkinek mindenki helyett döntést hoznia, hanem van egy szakember csoport, akikkel konzultálhatnak. Ez megkönnyíti mindenki dolgát, és segít a helyes döntések meghozatalában. A jelzőrendszert kell nagyon sürgősen felfejleszteni, hogy abban mindenki megtalálja a helyét.

PCs: Ehhez szeretnék szorosán csatlakozni. Azt gondolom, hogy jelenleg több településen, több kerületben is alakulnak olyan mentálhigiénés intézmények, amelyek ezt a jelzőrendszert szolgálják, viszont a pedagógus még mindig nem megy házon kívülre.

A mentálhigiénés intézményen belül a fejlesztő pedagógus, gyógypedagógus, pszichológus, osztályfőnök, igazgató, szociális munkás mind a rendszer részét képezik, és általában, hogy érzik, ők az adott közösség részei, sokkal könnyebben kijut az adott jelzés az intézményből. Ennek egyébként, ahogy tapasztaltuk, a pedagógusok a legkevésbé aktív tagjai, ők nem nagyon tanulják meg a teammunka szükségességét. Persze van nem egy pozitív példánk is, de sok helyen kimaradnak a pedagógusok ebből a munkából.

GyZs: Most evidenciaként beszélünk a jelzőrendszerrel. Ha most megkérdeznék random egy pedagógust, hogy mi is ez a jelzőrendszer, valószínűleg fogalma se lenne róla. Én magam sem voltam teljesen tisztában ezzel, pedig volt egy mentálhigiénikus végzettségem, és érzékeny voltam erre a problémára. Én egy gyerekvédelmis képzésen találkoztam ezzel először. Tehát igen, kellene egy működő jelzőrendszer, de amíg a tanár azt sem tudja, hogy van ilyen, kik a részei, mi a feladatuk, kinek milyen döntési, határozathozási jogköre van, milyen ügyben kihez lehet fordulni, addig ez nem igazán hatékony. Már azzal előbbre léphetnénk, ha – mondjuk – egy kerületben egy iskolafenntartó csinálna két A4-es oldalon egy táblázatot arról, kiből áll egy ilyen rendszer, nevekkal, elérhetőségekkel, amit minden pedagógus megkapna.

MZs: Ez kölcsönös bizalom kérdése. Hiába tudjuk, hogy van egy jelzőrendszer, ha nincsenek pozitív tapasztalataink a lehetőségekről, ha nem éljük át, hogy egy abszolút profi problémakezelő csapatként tudunk működni. Ehhez kellő alázat és önmérséklet is kell minden részről. Amikor, például, minket felhív egy iskola, akkor úgy megyünk oda, hogy nagyon köszönjük, hogy meghívtak, de arról, hogy egyáltalán mi zajlik ebben az iskolában, az ott dolgozók tudnak beszámolni, így először is tőlük tájékozódunk a helyzetről. Abból indulunk ki, hogy mindenki jó szándékkal közelít, és tudjuk, hogy időnként könnyű abba belecsúszni, hogy mi majd kívülről megmondjuk, mit kell kezdeni ezekkel a gyerekekkel. Kívülről könnyű módszertani tanácsokat adni, de ahhoz, hogy a tanács célba érjen, tisztelet és bizalom kell, ezért a folyamatos bizalomépítés a kulcsa, hogy egyről a kettőre tudjunk lépni.

E: Nagyjából körbeértünk. Azt gondolom, mindannyian érzitek, hogy sok feladat van még előtünk az iskolai prevenció területén. Közös pontnak vélem a hozzászólásokból, hogy csak megváltozott környezetben van lehetőség arra, hogy érdemi változás történjen, és a cél feltétlenül az, hogy ne legyenek nehéz sorsú felnőttek a gyerekeinkből. Nagyon sok eszköz van a kezünkben, csak élnünk kell velük. Nagy potenciált látunk az együttműködésben, a prioritásváltásban, az érzékenység fejlesztésében, a kommunikációban. Én nagyon sokat kaptam ettől a találkozástól.

Köszönöm az izgalmas beszélgetést!

DROGPREVENCÍÓS RENDSZEREK EURÓPÁBAN – RENDSZERSZINTŰ GONDOLKODÁS A DROGMEGELŐZÉS TERÜLETÉN

SEBESTYÉN EDIT^{a,*} – KASSAI SZILVIA^b

^aELTE Pszichológiai Intézet

^bEmberi Erőforrások Minisztériuma

Az ASAP Training elnevezésű európai projekt kutatási elemének keretében az Európai Unió országai drogprevenciói rendszereinek feltárása és elemzése kezdődött meg. A kutatásban való részvételre mind a 28 tagország nemzeti drogkoordinációs szervezete meghívást kapott. Az önkitöltős kérdőívvel gyűjtött adatok segítségével megalkotásra kerülnek az európai rendszerek egységes profiljai, továbbá feltérképezésre kerülnek az azonosságok, a lényegi különbségek és ezek fényében a tipizált rendszerek erősségei és gyengeségei. A végső cél javaslatok megfogalmazása a rendszereknek, illetve azok elemeinek a javítására, fejlesztésére, különös tekintettel a munkaerő-fejlesztésre és oktatásra, figyelembe véve a drogprevenciói kultúra európai sajátosságait.

Kulcsszavak: drogprevenció, rendszerszintű megközelítés, európai drogprevenciói rendszerek, munkaerő-fejlesztés, képzés

As part of the ASAP Training European project the drug prevention systems in the European Union are explored and analysed. All the twenty-eight national drug coordination offices of the EU member states were invited to participate in this research project. Self-administered questionnaires are used to collect data in order to create country profiles of the European systems. Similarities and essential differences, as well as strengths and weaknesses of the different types of systems will be identified. The ultimate aim is to give recommendations on how to improve and develop the systems in general, and the workforce and education field in particular, by taking into consideration the European drug prevention culture.

Keywords: drug prevention, systems approach, European drug prevention systems, workforce development, education

* Levelező szerző: Sebestyén Edit, ELTE Pszichológiai Intézet, 1064 Budapest, Izabella utca 46.
E-mail: sebestyen.edit@hotmail.com

Háttér

A drogmegelőzés fogalma

A különböző legális és illegális szerek fogyasztásának megelőzésére irányuló tevékenység semmit nem veszített jelentőségéből az elmúlt két évtized során. Kutatási adatok alapján (Paksi et al. 2015) a 18–64 éves népességben minden tizedik személy (9,9%), a 18–34 éves fiatal felnőtt populáció 17,7%-a és az iskoláskorúak 18%-a fogyasztott már valamilyen tiltott drogot (Elekes 2016). Megvizsgálva a drogok kipróbálására és fogyasztására vonatkozó magyarországi trendeket, valamint az új és egyben régi pszichoaktív szerek elterjedését (Bálint et al. 2018), belátható, hogy a drogprenvenációs tevékenység az új, felnövekvő generációk körében is ugyanolyan lényeges, mint régebben. Ami folyamatos fejlődésben van, az a drogprenvenáció fogalmának, azon belül is céljainak és hatókörének az értelmezése, továbbá a drogmegelőzési célzatú beavatkozások hatékonynak bizonyuló módszerei. A drogmegelőzés kiterjedtebbé vált, és megjelent az igény a minőségibb tevékenységek iránt. Ezen túl a beavatkozások megvalósulását lehetővé tévő nemzeti és helyi szervezeti struktúrák, különböző szabályozások, a drogprenvenáció elméletével és gyakorlatával összefüggő tudományos kutatások fókuszja és a szakemberképzés formái azok, amelyek változnak, alakulnak az idő előrehaladásával, és amelyek országonként is eltérőek lehetnek.

A drogprenvenáció fogalmára vonatkozóan többféle meghatározással találkozhatunk a szakirodalomban. Ezek közül érdemes kiemelni az Európai Drogprenvenációs Minőségi Standardok című projekt II. fázisában kimunkált átfogó állásfoglalást, mely útmutatást ad e széles körű tevékenység értelmezéséhez. Eszerint „a drogprenvenációs tevékenységek magukban hordozzák a droghasználat megelőzésének, a szerek kipróbálásának későbbi életkorra történő kitolásának, a meglévő droghasználat csökkentésének és a szerhasználatból származtatható negatív következmények mérséklésének a lehetőségét. A drogprenvenációs tevékenységek megcélozhatják a népesség egészét, egyes alpopulációkat vagy egyéneket. A szerek fajtáit illetően foglalkozhatnak legális (például alkohol, dohány) és illegális szerekkel, gyógyszerekkel és egyéb szerekkel. Homlokterükben állhat a kockázatok csökkentése, vagy a protektív faktorok megerősítése, melyek a drogfogyasztásra hatással lehetnek. Megcélozhatnak olyan tényezőket, melyek mérsékelhetik a sérülékenységet a drogfogyasztással és egyéb együtt járó problémákkal kapcsolatosan, illetve erősíthetik az egészséges fejlődés, továbbá a reziliencia kialakulásának feltételeit. Relevánsak valamennyi korcsoport szempontjából, de általában és többségében a fiatal generációkat célozzák, akikre a kutatások és tevékenységek többsége is irányul. A prenenvenáció azonban minden életkori csoportban releváns lehet. A drogmegelőzési tevékenység a társadalom több szintjén zajlik, beleértve az egyéni, interperszonális szinteket, a családost és az egyéb társadalmi csoportokat, szervezeteket, intézményeket, közösségeket, valamint a szakpolitikai szintet” (*The European Prevention Standards Partnership 2015: 4–5*).

Rendszerszerű gondolkodás a drogmegelőzésben

A drogprenvenációs tevékenység összetettsége előrevetíti a tevékenység mögött álló rendszerek komplexitását, és rávilágít a terület legfontosabb szereplőinek sokféleségére is, akik

lehetnek a területen tevékenykedő gyakorlati szakemberek, kutatók vagy döntéshozói pozícióban lévő szakértők. E három csoport tagjai gyakorta többféle nézőpont mentén, különféle érdekeltségekkel tekintenek a drogprevenció területére, és vesznek részt annak megvalósításában. A rendszerben való gondolkodás a drogmegelőzésben ezeket a néha szétartó álláspontokat és felfogásokat, valamint eltérő érintettségeket kívánja egyesíteni és egységbe foglalni. A rendszerszintű megközelítéssel megalkotott drogprevenciós struktúra egyúttal magában foglalja a drogprevenciós tevékenység különböző formáit is, így az általános, célzott és javallott prevenciót, azonkívül annak többretű funkcióját, az információs, fejlődési és környezeti (kontextuális) fókuszú tevékenységeket, melyek folyamatos tudományos vita tárgyát képezik a szakterületen (EMCDDA 2019).

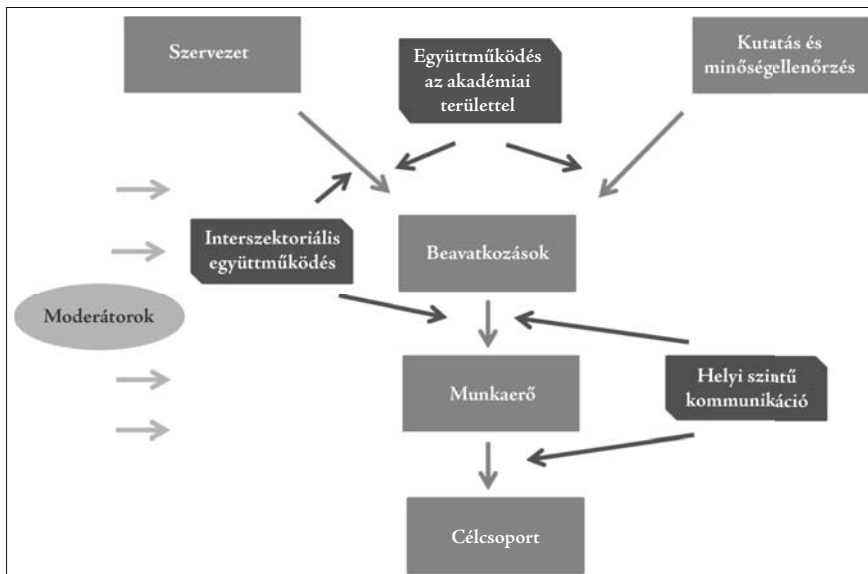
A drogprevencióra vonatkozó, ún. rendszerszintű gondolkodást a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*) elmúlt évekbeli adatgyűjtései és elemzői munkája is előtérbe helyezte az Unióban. Ennek lényege, hogy a „drogmegelőzést egy rendszer lencséjén keresztül vizsgáljuk, kiemelve olyan tényezők széles körét, melyeket figyelembe kell vennünk ahhoz, hogy sikeresen tudjunk megvalósítani drogprevenciós programokat és szakpolitikákat” (EMCDDA 2019: 6).

A rendszerben gondolkodás lehetővé teszi, hogy teljesen más szemszögből, ambiciózus módon tekintsünk a megelőzés minden egyes intézményére, szereplőjére. A szemlélet megköveteli és lehetővé teszi, hogy értelmezzük és hasznunkra fordítsuk a visszacsatolási lehetőségeket az egyes részek és elemek között, minthogy a prevenció beavatkozások egy egymásra ható, dinamikus kapcsolatrendszerben működnek, amelyek egy tágabb fizikai, gazdasági, szakpolitikai és szociokulturális környezetbe ágyazódnak mind mikro-, mind makroszinten (Sniehotta et al. 2017). A drogprevenciós rendszer modelljének a felállítása során a célcsoportokhoz eljutó intervenció hosszú folyamatának minden egyes lépését meg tudjuk vizsgálni a szakpolitika megszületésétől kezdődően, tehát a tervezést, fejlesztést, szervezést, implementációt, értékelést, fogadtatást és a visszacsatolást. Mindebből látható, hogy ez messze túlmutat a drogmegelőzési tevékenység drogprevenciós foglalkozásain, a célcsoport különböző tagjai számára szervezett rendezvényeken, a különböző oktatási segédanyagokon, hiszen számba veszi és magában foglalja a társadalom további változóit és aspektusait, amelyek előmozdítják, vagy éppen akadályozhatják a megelőzési célzatú beavatkozások és szakpolitikák végrehajtását és hatásait (EMCDDA 2019).

Egy összetett modellel a kapcsolódó folyamatok, a különböző szereplők és intézmények, maguk az intervenció típusok és célcsoportok, valamint a kutatási és minőségellenőrzési feladatok egy rendszer egymásra ható részeiként értelmezhetők, mely lehetővé teszi, hogy megvizsgáljuk, hogy a rendszer elemei és azok kapcsolódásai hogyan fejleszthetők oly módon, hogy a drogprevenciós tevékenység hatékony és egyben eredményes voltát támogassák. A végső cél az, hogy minél inkább tudományos bizonyítékokon alapuló intervenciókat valósítsunk meg a nemzeti és helyi prevenció stratégiák részeként.

A drogprevenciós rendszerek összetevői

Kutatásunk alapját egy, az EMCDDA által közölt monográfia képezi (EMCDDA 2019). Ennek ajánlásait szem előtt tartva egy ország drogprevenciós rendszerének öt fő terüle-



1. ábra: A drogprenvenációs rendszer összetevői. Forrás: Saját szerkesztés EMCDDA (2019: 11) alapján

te azonosítható: 1. Szervezeti struktúra, 2. Kutatás és minőségellenőrzés, 3. Intervenciók, 4. Munkaerő, valamint 5. Megcélzott csoportok. Ezeket olyan, moderátoroknak hívott tényezők befolyásolhatják, melyekre hatásunk kevésbé van. A 1. ábra bemutatja ezeknek a területeknek az egymáshoz való kapcsolódását, a feltételezett interakciókat. Ezek összességében nélkülözhetetlenek a drogprenvenációs tevékenységek eredményes működéséhez, a különböző intervenciók elterjesztéséhez és fenntartásához, melyek legjellemzőbb színtere az iskola, és a legjelentékenyebb és legmértavódóbb célcsoportja az iskoláskorúak. A drogprenvenációs rendszerek tudományos vizsgálata a rendszerek leírása mellett az e területek közötti interakciókat, a rendszerekre hatást gyakorló társadalmi tényezőket, valamint az országok közötti különbségeket és hasonlóságokat vizsgálja.

A rendszer fő komponensei közül a Szervezet a legösszetettebb, számtalan aspektust magába foglaló rész, mely közül a következő három fő elem a legfontosabb: 1) tényleges együttműködés a különböző szakpolitikai szektorok között a drogprenvenációs stratégia megvalósulása érdekében, 2) a stratégiai döntéshozatal szintjei és 3) a prevencióhoz szükséges pénzügyi erőforrások biztosításának szintjei. Mindezt a valós helyi szükségletek kell, hogy informálják.

A Kutatás és minőségbiztosítás a rendszer egyik kulcsfontosságú összetevője. Ez alatt nem csupán a prevenció tudomány területéhez tartozó kutatások támogatását, továbbá ezek minél magasabb színvonalú megvalósulását értjük, hanem azt is, hogy a rendszernek képesnek kell lennie arra, hogy a tudományos kutatási eredmények beépüljenek és hasznosuljanak a gyakorlatban is. Ennek létrejöttét hivatott ellenőrizni többek között a minőségbiztosítási alkomponens, mely az Európában elérhető drogprenvenációs standardok bevezetése és alkalmazása révén valósulhat meg.

Az Intervenciók vonatkozásában háromféle fő beavatkozási típust különíthetünk el: 1) programok, 2) szolgáltatások és 3) különböző szakpolitikák. A programok kapcsán na-

gyon sok jellemző vizsgálható, mint például mennyire jellemző a manualizált¹ programok elterjedése, létezik-e regisztráltak a programoknak és a programot megvalósító szervezeteknek, milyen tematikákkal foglalkoznak a programok, működik-e a programoknak egyfajta minősítési rendszere, mennyire jelennek meg bizonyítékokon alapuló tartalmak és módszerek a programokban, vagy hogy a pszichoaktív szerhasználaton kívül ezek a programok milyen egyéb területekkel foglalkoznak. A feltérképezendő *szolgáltatások* csoportjába tartoznak a különböző tanácsadó, támogató, személyes segítségnyújtást adó tevékenységek, melyek kockázati csoportokat, például hátrányos helyzetű fiatalokat, családokat céloznak. Megvalósításuk helyszíne lehet valamilyen köztér, szabadidős helyszín, szolgáltató központ vagy akár az adott személy otthona is. A különböző szakpolitikák és az annak bázisán megvalósuló törvénykezés, szabályozás vonatkozhat az éjszakai szórakozóhelyekre, az alkohol- és dohánypolitikával kapcsolatos szabályozások bevezetésére és betartatására, az egészséget támogató iskolai- és egyéb környezeti szabályozásokra, valamint az erőszak-prevencióra és a biztonság megőrzésére.

A *munkaerő* komponens azokat a szakembereket foglalja magában, akik a drogprevenációs intervenciókat és szolgáltatásokat megvalósítják, valamint akik a döntéshozatali folyamatban vesznek részt. A legkevesebb információval az öt komponens közül a munkaerő területén rendelkezünk Európában. Ez a komponens elemezhetővé és leírhatóvá teszi az elérhető szakembereket, mind azok számosságát, mind pedig a jellemző képzettségi szinteket és formákat, a drogprevenáció területén hozzáférhető képzési formákat és struktúrákat. Az akkreditált képzések hozzáférhetősége szintén lényegi eleme ennek a területnek.

A *Megcélzott csoportok* nem csupán végső célcsoportként (feltételezett haszonélvezőként) jelennek meg a rendszerben, hanem mint aktív alakítói és aktív résztvevői a prevenációs tevékenységnek. Amellett, hogy a megcélzott csoportok között fontos, hogy jelen legyenek vulnérabilis csoportok is az általános populáció mellett, nélkülözhetetlen, hogy ezeknek a populációknak a valós szükségleteire reflektáljanak a tevékenységek, továbbá a célcsoport tagjainak, illetve képviselőinek az aktív részvétele is biztosított legyen az intervenciók tervezésében, megvalósításában és értékelésében.

Az öt terület mellett ki kell emelni az ún. *moderátorokat*, melyek a prevenációs munka működését, implementációját és hatásait is befolyásolják. Ilyen tényezők a társadalmi egyenlőtlenségek, a társadalmi tőke, a társas normák, a különböző legális drogokra, alkoholra és dohányra vonatkozó szakpolitikák, valamint a drogfogyasztás büntető törvénykönyv szerinti szabályozása. A modell feltételezése szerint az erős alkohol- és dohánypolitikák, az alacsonyabb fokú egyenlőtlenségek, a magas társadalmi tőke, az antiszociális viselkedéssel szembeni erős társas normák, továbbá a népegészségügyi (kevésbé büntető jellegű) orientációjú jogi-szabályozási keretek megléte mind hozzájárulnak és támogatják a prevenációs rendszereket, és erősítik annak pozitív eredményeit.

Természetesen a modell előnyei mellett gyengeségei is megfogalmazhatók. A legfőbb gyengesége a statikussága, mert bár ismerjük az egyes komponensek egymásra hatását, mégis keveset tudunk arról, hogy hosszú távon hogyan működnek ezek a kölcsönhatások,

¹ A drogprevenációs programokat abban az esetben hívjuk manualizált programnak, amennyiben azt moduláris, strukturált és standardizált formában valósítják meg, tehát meghatározott a tanórak vagy a foglalkozások száma, azok sorrendje és tartalma, a foglalkozások és tevékenységek jellege, továbbá olyan kontextuális tényezők, mint a célcsoport-összetétel, a programot megvalósító személye, valamint a használandó segédanyagok.

továbbá magukról a folyamatokról is keveset tudunk, melynek vizsgálatához longitudinális kutatásokra lenne szükség.

A kutatásról

Az ASAP Tréning projekt

Az ELTE PPK közreműködésével 2019 januárjában elindult ASAP Tréning elnevezésű (Eredményes drogperevenációs tevékenység elősegítése Európában a prevenciósi rendszerek elemzése és széles körű szakmai továbbképzések elterjesztése révén – Building effective drug prevention results across Europe, based on prevention systems analysis and widespread professional training) 2 éves nemzetközi projekt célja kettős. Egyrésztől feltérképezi az uniós tagállamok prevenciósi rendszereit és a prevenciósi terület legfontosabb szereplőit, intézményeit, szervezeteit abból a célból, hogy ajánlásokat fogalmazzon meg, hogy miként lehet elterjeszteni a rendszerszerű gondolkodást, és hogyan lehet fejleszteni a rendszer egymáshoz kapcsolódó elemeit a hatékonyabb és eredményesebb, bizonyítékokon alapuló prevenciósi munka érdekében. Másrésztől egy képzési program kerül kialakításra európai képzők (*master trainer*) képzésével és hazai képzésekkel a drogperevenáció területén dolgozó véleményformálók és döntéshozatali pozícióban lévők számára. Mindehhez kapcsolódik még egy E-learning tananyag és egy online virtuális gyakorló közösség felállítása is. E két fő célkitűzés az utóbbi években, nemzetközi együttműködések során kialakított drogperevenációs standardok (*Brotherhood et al. 2011, 2013; Council Conclusions 2015*) minél szélesebb körű adaptálásának a bázisán valósul meg.

Módszer

Az ASAP Training projekt kutatási elemének keretében az Európai Unió országai drogperevenációs rendszereinek a feltárása és elemzése kezdődött meg. Az adatfelvételt 28 ország nemzeti drogkoordinátora és szűkebb teamje vesz részt.

Az adatfelvétel a kutatás céljaira fejlesztett, 6 részből (1. Szervezet, 2. Kutatás, minőség-ellenőrzés, pénzügyi támogatás, 3. Intervenciók, 4. Munkaerő, 5. Célcsoport és 6. Általános megfigyelések) és azon belül 61 zárt és nyílt kérdésből álló önkitöltős kérdőívvel zajlott 2019. június 1. és szeptember 15. között. A kérdőív fejlesztése alapjául az EU kábítószerügyi központja által felvázolt drogperevenációs rendszer struktúrája szolgált (*EMCDDA 2019*). Az adatgyűjtés lezárultát követő adatelemzés SPSS 25.0 statisztikai elemzőprogram és tartalomelemzés segítségével történik majd.

A kérdőíves adatgyűjtés során szerzett adatokat és információkat kiegészítik az EMCDDA által a kutatócsoport számára – kifejezetten a kutatás céljaira – hozzáférhetővé tett, a nemzeti drog fókuszpontok által készített 2018-as prevenciósi országriportok (*'Workbooks on Prevention and Best Practice'*).

Várt eredmények

A folyamatban lévő kutatás az első strukturált, átfogó adatgyűjtés az európai prevenciósi rendszerekről, építkezve az EMCDDA korábbi munkáira. A kérdőívet 18 európai uniós ország nemzeti drogkoordinációs osztálya töltötte ki: Ausztria, Belgium (flamand rész),

Görögország, Románia, Lengyelország, Észtország, Litvánia, Lettország, Németország, Franciaország, Dánia, Málta, Portugália, Olaszország, Horvátország, Csehország, Szlovénia és Magyarország.

A gyűjtött adatok segítségével megalkotásra kerülnek az európai rendszerek egy-egy profiljai. Feltárássra kerülnek az azonosságok, a lényegi különbségek az egyes országok rendszerei között és ezek fényében a tipizált rendszerek erősségei és gyengeségei. Végül célként jelenik meg javaslatok megfogalmazása a rendszereknek, illetve azok elemeinek a javítására, fejlesztésére, különös tekintettel a munkaerő-fejlesztésre és oktatásra, figyelembe véve a drogvenciókultúra európai sajátosságait.

A beérkezett adatok előzetes áttekintése már rávilágított arra, hogy annak ellenére, hogy az európai uniós országok szinte mindegyike rendelkezik egy drogpolitikai irányvonalat és stratégiai, egyben drogvenciókultúra célkitűzéseket magába foglaló szakpolitikai dokumentummal, a megvalósítás intézményrendszere, az intervenciók jellege és elterjedtsége, a drogvenciókultúra szervezetek és beavatkozások irányába támasztott követelmények, a megcélzott csoportok, a pénzügyi támogatás formája, az adminisztrációs háttér, valamint a szervezeti felelőségek mind nagyfokú változatos-
ságot mutatnak.

Hipotézisünk, hogy a prevenció eredményessége és a prevenciókultúra rendszerek főbb jellemzői között szoros összefüggés mutatkozik. Ennek bizonyítása azonban meghaladja ennek a kutatásnak a kereteit, továbbá komoly kihívást is jelentene, éppen a rendszer összetett jellege, továbbá a prevenciókultúra munka eredményessége bizonyításának további nehézségei miatt. Ami bizonyosan megvalósítható, és ami a kutatás végeredményeként megalkotásra kerül majd, az a rendszerek tipizálása. A drogvenciókultúra gyakorlati tapasztalataiból kiinduló feltételezések szerint a legfőbb tényezők, melyek a drogvenciókultúra gyakorlat eredményességét a legnagyobb mértékben tudják befolyásolni, azok 1) a drogvenciókultúra beavatkozásokkal kapcsolatos szakpolitikai döntések centralizáltsága, akár nemzeti, akár regionális szinten, 2) standardok alkalmazása és minősítési rendszer működtetése az intervenciókkal kapcsolatosan, 3) a drogvenciókultúra fókuszú kutatási tevékenységek előmozdítása és támogatása és azok eredményeinek felhasználása a szakpolitikai tervezésnél és intervenciófejlesztésnél, 4) magas szintű képzettség elvárása a prevenció területén dolgozó szakemberek irányába, valamint 5) a beavatkozások finanszírozásának kiszámíthatósága.

E kulcsvaltozók mentén létrehozott típusok, illetve az egyes országok típusokba sorolása visszajelzés értékű lehet a válaszadók számára, melynek segítségével kritikai elemzés alá vonhatják a saját rendszerüket, és közép-, valamint hosszú távú célok mentén próbálhatják fejleszteni a rendszer hiányosabb vagy gyengébb, kevésbé működő elemeit. Ahogy a drogvenciókultúra standardok tudatos, átfogó alkalmazása elvezethet egy magas minőségű intervenció megalkotásához, mely etikus, releváns és megvalósítható a célcsoport számára, úgy egy hatékonyan és eredményesen működtetett drogvenciókultúra rendszer is elősegítheti, hogy még inkább megteremtődjenek az eredményes beavatkozások feltételei, azaz 1) a hosszú távú, valós szükségletekre épülő drogvenciókultúra stratégiai tervezés és megvalósítás, 2) a magasan képzett munkaerő, 3) a tudományos bizonyítékokra épülő, eredményes, manualizált drogvenciókultúra intervenciók hozzáférhetősége, valamint 4) a kiszámítható és megfelelő forrásallokáció.

Kitekintés – fejlesztési lehetőségek

Az európai drogprenvenációs rendszerek elemzését végző ASAP kutatás a felsőoktatási szektor számára két szempontból is kiemelt jelentőségű. Egyfelől a kutatás feltárja az egyes országok drogprenvenációs munkaerő-fejlesztési gyakorlatát, képzésbeli szükségleteit. Ez többek között magában foglalja a prevenációs terület legfőbb intézményi szereplőinek a felmérését, a drogprenvenációs terület döntéshozatalért felelős, valamint a gyakorlati szakemberek számára érvényben lévő képzettségbeli követelmények számbavételét, s ezen felül a drogprenvenációhoz kapcsolódó nemzeti képzési rendszerek észlelt hiányosságainak az áttekintését. Másfelől a kutatás megvizsgálja, hogy az egyes országokban zajló, drogabúzzsal kapcsolatos, valamint a prevenációs tudomány (*prevention science*) körébe tartozó – az intervenciók és azok hatékonyságának szisztematikusan tanulmányozásával foglalkozó – multidiszciplináris kutatói tevékenység eredményei milyen mértékben állnak a prevenációs gyakorlat szolgálatában, és milyen mértékben informálják a nemzeti drogprenvenációs szakpolitikákat. Fontos kérdés, hogy a drogpolitikai tervezés mennyiben építkezik hazai és nemzetközi kvalitatív és kvantitatív típusú kutatásokra, mind az általános, mind a speciális populációk körében annak érdekében, hogy segítse a szakmai fejlődést és a beavatkozások minőségének fejlesztését.

A drogprenvenációs szakemberek munkaerő-fejlesztésének jövőjében kiemelkedő fontosságú lenne a felsőoktatás erőteljesebb szerepvállalása Európában. A drogprenvenációs gyakorlat fejlődésében az egyetemi tudományos kutatások, azon belül is a prevenációs tudomány fejlődése játszhat kulcsszerepet, mely a tudományos alapokon zajló intervenció-tervezés és eredményes beavatkozások minél szélesebb körű elterjedésében lehet segítségére.

Az elmúlt évek sokoldalú, európai szinten zajló adatgyűjtő- és kutató munkája ellenére kevés az információnk az egyes tagországok prevenációs munkaerő-fejlesztési törekvéseiről és a prevenációs tudományban rejlő lehetőségek kiaknázásáról. A témában jelentős vállalkozás volt az Európai Unió Bizottsága Élethosszig Tartó Tanulás programjának keretén belül finanszírozott „Tudomány a prevenációs akadémiai hálózat szolgálatában” című projekt (SPAN), mely 25 ország 32 intézményének hálózatba szervezésével általános céljaként azt jelölte meg, hogy egy széles körű európai hálózat épüljön ki a megelőzés területén dolgozó kutatók és oktatók körében. A hosszú távú cél egyfelől az volt, hogy erősödjön a prevenációs tudomány integrációja az Európai Felsőoktatási Térségen belül – fokozatok megszerzése, minőségbiztosítási standardok alkalmazása, hatékony módszerek, megközelítések elterjesztése, tudományos és oktatási tevékenység illesztése az Európai Kreditviteli Rendszerhez (ECTS) – oly módon, hogy Európa-szerte emelje a minőséget, növelje a szakemberek számát és azok mobilitási lehetőségeit. Másfelől innovatív, jó gyakorlatok fejlesztése és közzététele állt a középpontban a megelőzés különböző területeihez kapcsolódóan, úgymint az oktatás és képzés, a prevenációs tudomány, valamint a munkaerő-fejlesztés területein (Foxcroft et al. 2016). A SPAN projekt szakpolitikai ajánlásokat is megfogalmazott, mint például a felsőoktatási intézményekben elérhető prevenációs tudományhoz kapcsolódó kurzusok hozzáférhetőségének a növelése a terület következetes fejlesztésének támogatása céljából vagy a megelőzésben részt vevő munkaerő fejlesztése több ágazatban azzal a céllal, hogy áthidalja a rendelkezésre álló és a szükséges ismeretek, készségek és kompetenciák közötti szakadékot.

Az ASAP Training projekt keretében megvalósuló aktuális kutatás részben választ ad majd arra, hogy sikerült-e az országoknak előrelépniük az elmúlt években akár a prevenció tudomány területének fejlődése, akár a stratégiai munkaerő-fejlesztés területén. Ezzel együtt rávilágít majd a hazai rendszer erősségeire és gyengeségeire is, és javaslatokat megfogalmazva szorgalmazhatja közép- és hosszú távon az egyetemi kutatók tudatosabb, erőteljesebb szerepvállalását a drogmegelőzési gyakorlat területén, valamint elősegítheti a drogprevenció témájú egyetemi kurzusok és képzések nagyobb fokú elterjedését.

IRODALOM

- BÁLINT R., CSESZTREGI T., HORVÁTH G. C., KALÓ ZS., PAKSI B., PÉTERFI A. & TARJÁN A. (2018) *2018-as éves jelentés (2017-es adatok) az EMCDDA számára. „MAGYARORSZÁG”*. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/emcdda_jelentes_2018_hu.pdf [Letöltve: 2019. 08. 24.]
- BROTHERHOOD, A., SUMNALL, H. R. & A Prevenció Társulás (2011) *Európai Drogmegelőzési Minőségügyi Standardok (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS)*. EMCDDA http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/prevencios_minosegi_standardok_hu.pdf [Letöltve: 2019. 08. 24.]
- BROTHERHOOD A., SUMNALL H. R. & A Prevenció Társulás (2013) *Európai Drogmegelőzési Minőségügyi Standardok: Rövid Útmutató (European Drug Prevention Quality Standards. Quick Guide, EDPQS)*. EMCDDA http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/standardok_rovid.pdf [Letöltve: 2019. 08. 24.]
- Council Conclusions (2015) *Council Conclusions on the Implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 Regarding Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction in the European Union*, 16 September 2015, 11985/15. Council of the European Union. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_242380_en_int19_eu%20min%20quality%20standards_st11985.en15.pdf [Letöltve: 2019. 08. 24.]
- ELEKES Zs. (ed.) (2016) *Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények*. Budapest, Budapesti Corvinus Egyetem.
- EMCDDA (2019) *Drug Prevention: Exploring a Systems Perspective. Technical Report*. Luxembourg European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction, Publications Office of the European Union. [Http://Www.Emcdda.Europa.Eu/System/Files/Publications/10403/EMCDDA%20Technical%20report_Drug%20prevention%20systems.Pdf](http://Www.Emcdda.Europa.Eu/System/Files/Publications/10403/EMCDDA%20Technical%20report_Drug%20prevention%20systems.Pdf) [Letöltve: 2019. 08. 24.]
- FOXCROFT, D., VAN DER KREEFT, P., KOŠIR, M., GALANTI, R., GABRHELIK, R. & MIFSUD, J. (2016) *SPAN – Prevention Science in Europe – Policy Brief*. http://www.span-europe.eu/doc/span_brussels_2016_policy_brief_final.pdf [Letöltve: 2019. 08. 24.]
- PAKSI B., MAGI A., FELVINCZI K. & DEMETROVICS Zs. (2015) *Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében – a 2015. évi „Országos lakossági adatfelvétel addiktológiai problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei*. Magyar Addiktológiai Társaság X. Országos Kongresszusa 2015. November 26–28., Siófok, Supplementum kötet, p. 53. http://www.mat.org.hu/doksi/2015/absztraktfuzet_mat_x_2015.pdf [Letöltve: 2019. 08. 29.]
- SNIEHOTTA, F. F., ARAÚJO-SOARES, V., BROWN, J., KELLY, M. P., MICHIE, S. & WEST, R. (2017) *Complex Systems and Individual-level Approaches to Population Health: A False Dichotomy? The Lancet Public Health*, Vol. 2. No. 9. pp. e396–e397. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30167-6](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30167-6) [Letöltve: 2019. 08. 24.]

The European Prevention Standards Partnership (2015) *EDPQS Prevention Position Paper: Defining “Drug Prevention” and “Quality”*. Liverpool, Centre for Public Health. pp. 4–5. <http://prevention-standards.eu/position-paper/> [Letöltve: 2019. 08. 24.]

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

MÓDSZERTANI TAPASZTALATOK A VOLTÉGYSZER PREVENCIÓS ALKALMAZÁS PILOT KUTATÁSÁNAK EREDMÉNYEI ALAPJÁN

KAPITÁNY-FÖVÉNY MÁTÉ^{a,b,*},1 – VAGDALT ESZTER^c – RUTTKAY ZSÓFIA^d

^aSemmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Addiktológia Tanszék

^bNyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet,
Drogbeteg Gondozó és Prevenációs Központ

^cBudapesti Gazdasági Szakképzési Centrum Szily Kálmán Műszaki Szakgimnáziuma

^dMoholy-Nagy Művészeti Egyetem Kreatív Technológia Labor

Az elmúlt években a prevenció beavatkozások terén is növekvő érdeklődés övezi az automatizált, szakember bevonását nem igénylő online alkalmazásokat és webalapú programokat. Jelen tanulmány célja, hogy módszertanilag értékelje a VoltEgySzer prevenció applikáció pilot hatékonyságvizsgálatának eredményeit, valamint azok alapján ajánlásokat fogalmazzon meg a hasonló céllal kivitelezett prevenció alkalmazások jövőbeni tervezését illetően. Az applikáció hatékonynak bizonyult az elmúlt havi energiaital-fogyasztás gyakoriságának csökkentésében, tendenciaszinten a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos ismeretek átadásában és a testmozgás gyakoriságának növelésében, illetve részben az elmúlt havi alkoholfogyasztási gyakoriság csökkentésében is. Az applikáció legeredményesebbnek mutatózó moduljai a gamification (játékosítás) elemeit tartalmazták, ami alapján feltételezhető, hogy a játékelemek prevenció alkalmazása javíthatja a hasonló programok hatékonyságát. A VoltEgySzer pilot hatékonyságvizsgálata tehát részben pozitív tapasztalatokat, részben olyan eredményeket szolgáltatott, amelyek alapján érdemes átgondolni az alkalmazás továbbfejlesztési lehetőségeit.

Kulcsszavak: innovatív prevenció, applikáció, VoltEgySzer, módszertani tapasztalatok

In the past years, there has been a growing interest toward the utility of fully automated online applications and web-based programs, of which many are made for preventive purposes. The current study aims to evaluate the preliminary results of a pilot study that assessed the efficacy of Once Upon a High from a methodological point of view, as well as to formulate recommendations regarding the planning of similar prevention programs in the future. The application showed significant associations with reduced past month

* Levelező szerző: Kapitány-Fővény Máté, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
1088 Budapest, Vas utca 17. E-mail: m.gabrilovics@gmail.com

¹ Kapitány-Fővény Máté köszönetét fejezi ki az MTA Bolyai János Kutatási Ösztöndíj, valamint az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának szakmai támogatásáért.

energy drink consumption frequencies, a trend like increase in the knowledge about psychoactive substances and the frequency of physical exercise, and a partial connection with reduced past month alcohol consumption frequencies. The most effective modules of the application were characterized by gaming elements, indicating that gamification might be a beneficial approach, increasing the efficacy of such interventions. The pilot efficacy study of the Once Upon a High app altogether resulted in positive outcomes as well as some negative experiences that need to be considered regarding the further developments of the application.

Keywords: innovative prevention, application, Once Upon a High, methodological experiences

Háttér

Az internet globalizációjával és az okos eszközök széles körű elterjedésével az emberi életidő egyre meghatározóbb része virtuális terekben zajlik. Különösen igaz ez a serdülők korosztályára, akiknek mind életstílusát és közösségi kapcsolatait, mind információszerzési stratégiáit jelentősen befolyásolja az online töltött idő. A fórumok, blogbejegyzések és netes piacok a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos információk és beszerzési lehetőségek terén is egyre fontosabb szerepet töltenek be, egyúttal megnövelve az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) hozzáférhetőségét is (Gilani 2016). Az elmúlt évtizedekben azonban nem csak a drogpia, és nem pusztán a drogbeszerzés preferált útvonalai alakultak át, az információs technológiák felhasználása a prevenciók gyakorlatban is megjelent. A webalapú vagy okostelefonon elérhető alkalmazások a megelőzés új eszközeiként mind a célpopuláció, mind a szakemberek számára (Simonato et al. 2017) folyamatosan frissülő és testre szabható módon segítik az edukatív és készségfejlesztő beavatkozásokat. További előnyük, hogy olyan rejtett populációk (például lemorzsolódó, oktatási rendszerből kiesett fiatalok) elérését is lehetővé teszik, akik máskülönben nem részesülhetnének preventív programokban, illetve hogy a teljes körű anonimitás biztosításával megkönnyíthetik az olyan kényes témákkal való foglalkozást, mint az illegális szerek fogyasztása (Turner et al. 1998).

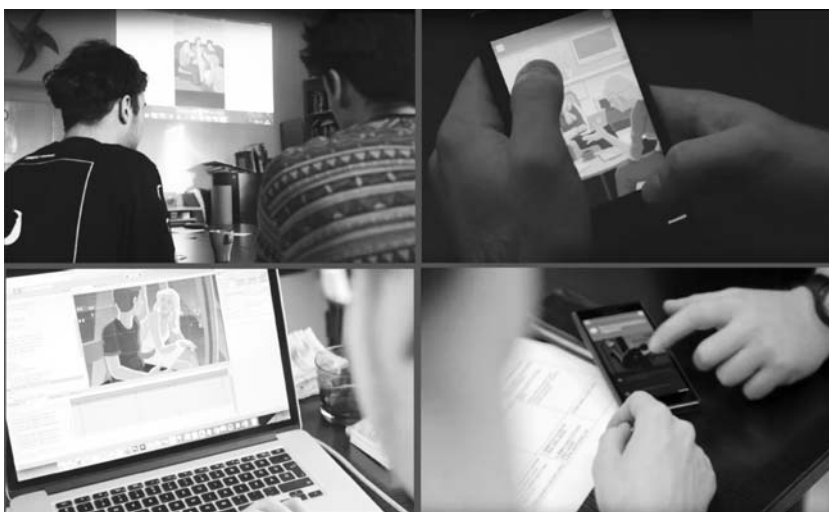
A személyes formában (például iskolai drogprevenciók alkalmával) kivitelezett intervenciókkal összehasonlítva, a virtuális térben megvalósuló prevenciók több szempontból is előnyösebbnek tekinthetők: a) a nap huszonnégy órájában, tértől és időponttól függetlenül hozzáférhetőek, b) hosszú távon költséghatékonyabbak, c) eredményesebbek a személyre szabott visszajelzések biztosításában, d) nagyobb számban képesek elérni a célpopuláció tagjait (Stoddard et al. 2005). Az okostelefonos alkalmazások továbbá kombinálják a web-alapú és komputerezált beavatkozások előnyeit, hiszen mind statikus, mind interaktív tartalmak átadására alkalmasak, illetve internetkapcsolattal és akár anélkül is felhasználhatóak (BinDhim–McGeechan–Trevena 2014). A web- és telefonalapú programok hatékonyságvizsgálatai egyfelől megerősítik az említett intervenciók létjogosultságát – amik eredményesek az alkoholfogyasztás csökkentésében (Hansen et al. 2012), a hosszú távú dohányzási abstinencia fenntartásában (Strecher–Shiffman–West 2005), a kannabiszhasználat visszaszorításában (Lee et al. 2010), vagy éppen az ÚPSZ-használatra vonatkozó szándék redukciójában (Champion et al. 2016) –, másfelől lehetővé teszik a jövőbeli prevenciók alkalmazások bizonyítékalapú implementációját.

Az általunk megvalósított program konceptuális háttere szempontjából kiemelt jelentőséggel bír a *gamification*, vagyis a játékosítás újabb keletű szemléletmódja is. A játékosítás prevencióban történő alkalmazása a hagyományos prevenciók technikák (például információnyújtás, asszertivitástréning, készségfejlesztés, kommunikációs gyakorlatok) játékelemekkel történő vegyítését jelenti egy alapvetően nem játékhoz köthető kontextusban (Brigham 2015). Az okostelefonok ideális eszközei a játékosítás gyakorlati megvalósításának, a játékelemek beemelése pedig növeli a célcsoport bevonódását, a programban való bennmaradás motivációját, a tanulás és problémamegoldás hatékonyságát (Boendermaker–Prins–Wiers 2015). Mindezek ellenére az okostelefonon kivitelezett játékosítás specifikusan drogprevenciós céllal történő felhasználására alig találunk módszertani példákat.

Célunk tehát olyan okostelefonos alkalmazás megtervezése és implementációja volt, ami a pszichoedukációs és kommunikációs készségfejlesztésre vonatkozó célkitűzéseket játékelemek beemelésével valósítja meg. Az alkalmazásnak a VoltEgySzer nevet adtuk. Jelen tanulmány célul tűzi ki, hogy a VoltEgySzer pilot hatékonyságvizsgálatának eredményeit ismertesse, illetve azokat módszertanilag értékelje annak érdekében, hogy bizonyítékalapú ajánlásokat fogalmazhasson meg a jövőbeli prevenciók alkalmazások tervezésére és kivitelezésére vonatkozóan. A tanulmányban egymás szinonímájaként használjuk a hatékonyság és eredményesség fogalmakat, melyek alatt azt értjük, hogy az applikáció teljesíti-e a neki rendelt célokat. A hatékonyságvizsgálat részletes módszertanát és eredményeit, valamint az alkalmazás egyes moduljainak szakirodalmi hátterét angol nyelvű tanulmány formájában ismertettük (Kapitány-Fövény et al. 2018), ehelyütt tehát csak azokat a fontosabb eredményeket mutatjuk be, amik az említett ajánlások alapját képezik.

Módszer

A VoltEgySzer applikáció az Emberi Erőforrások Minisztériuma által kiírt, KAB-ME-C-22756 témaszámú pályázat támogatásával valósult meg, a Nyíró Gyula Ország-



1. ábra: Co-design fejlesztési folyamat képekben

gos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, valamint a Moholy-Nagy Művészeti Egyetem Kreatív Technológia Laborjának közös projektjeként. Az alkalmazás fejlesztése úgynevezett co-design módszerrel zajlott, a VoltEgySzer-t létrehozó stábba ugyanis a célpopulációt reprezentáló tizenévesek is bevonásra kerültek. A fejlesztés így ciklikus formában történt, vagyis az alkalmazás egyes moduljait először mindig a kortárs csoport tagjai tesztelték, majd visszajelzéseket nyújtottak a felhasználási élményről, az applikációban alkalmazott nyelvi stílusról, a vizuális megvalósításról vagy éppen az applikációban ábrázolt történetek hitelességéről.

Az alkalmazás végső verziója hat modulból épül fel: 1. interaktív képregény (VoltEgySzer történetek), 2. kvíz-játék (Szer-kvíz), 3. kommunikációs szerepjáték (Ha ő tenné...), 4. pszichoaktív szerek általános ismertetése (Szer-tár), 5. pszichoaktív szerek hatásmechanizmusa (Elváltóság-sokk), 6. elérhető kezelőhelyek bemutatása (Kit keressek?). Az alábbiakban röviden összefoglaljuk az egyes modulok felépítését és elsődleges célkitűzéseit.

VoltEgySzer történetek

A modul négy felépüléstörténetet tartalmaz, animált képregények formájában. Ezek közül kettőben fiú (Ádám, a koldus; Ádám, a királyfi), kettőben pedig lány (Éva, a koldus; Éva, a királylány) protagonista életútjait követhetjük nyomon a pszichoaktív szerek első kipróbálásától, a probléma kialakulásán át a felépülés lehetőségeinek bemutatásáig. A célcsoport így bepillantást nyer a művészetterápia, az állatasszisztált terápia, az egyéni pszichoterápia és konzultáció, valamint az anonim öngyógyító csoportok által képviselt módszerekbe. A modul célja az érzékenyítés, a szerhasználók destigmatizációja, valamint a szerhasználati problémából kivezető utak ismertetése.

Szer-kvíz

Az összesen 50 lehetséges kérdést tartalmazó kvíзадattár az applikáció minden egyes új megnyitásakor véletlenszerűen generál egy 15 kérdésből álló kvízsort, melyben a kérdések nehézség szerint súlyozva követik egymást. Az egyes kérdések nehézségi fokát egy 100 főből álló tizenéves tesztcsoport helyes válaszai, illetve válaszrontásainak aránya alapján határoztuk meg. A kvízkérdések többségében olyan tévhitekre hívják fel a célcsoport figyelmét, amelyek befolyással lehetnek szerhasználati attitűdjeikre (például kannabiszhasználati prevalencia túlbecsülése, vízipipa-használat vagy energiatartalék fogyasztás észlelt kockázatmentessége). A 100%-os teljesítményt nyújtó felhasználók (vagyis a kvízjátékot hibátlanul teljesítők) eredményüket ingyenes rekreációs tevékenységekre (például edzőterem, tánc, falmászás, paintball, laser-tag) válthatják az ország több pontján. A modul célja így a játékalapú információnyújtáson túlmenően az egészség-magatartás promóciója, a szerhasználat alternatíváinak bemutatása.

Ha ő tenné...

A modulban egy virtuális szerhasználóval (fiktív ismerősünkkel) folytathatunk diskurzust. Az interaktivitást a beszélgetésen belül az biztosítja, hogy a felhasználó mindig két lehetőség közül választhatja ki, hogy éppen mit mond vagy mit reagál a virtuális beszéd-

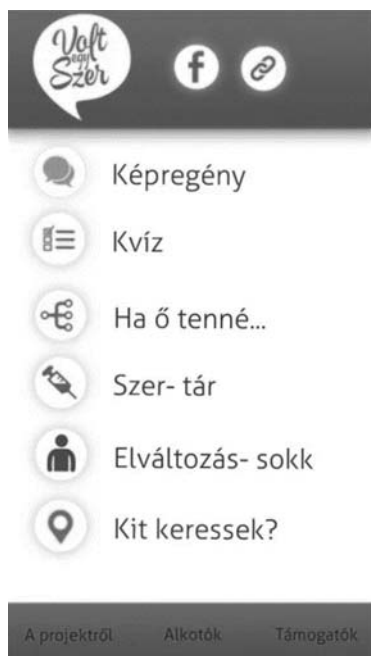
partner előző megjegyzésére. A beszélgetés során megtudjuk, hogy ismerősünk szintetikus kannabinoidokat („biofű”) fogyaszt, célunk pedig az, hogy kialakítsuk benne a motivációt a viselkedésváltozásra. Amennyiben nem járunk sikerrel, a program szöveges visszajelzést nyújt számunkra, amiben elolvashatjuk, hogy legközelebb milyen kommunikációs stratégiával érdemes próbálkoznunk. A modul céljai szerint fejleszti a kommunikációs készségeket, illetve a segítő szerepbe helyezi a felhasználót, aki így objektívebben tudja szemlélni a szerhasználati problémát.

Szer-tár

A modulban különböző klasszikus (régében betiltott) és ÚPSZ közül választhatjuk ki azt, amelyikről többet szeretnénk megtudni. Információkat kapunk a kiválasztott szer történetéről, hatóanyagáról, vágyott és nem kívánt hatásairól. Annak érdekében, hogy a szöveges tájékoztatás hatására a célcsoport tagjai ne veszítsék el hamar érdeklődésüket, minden pszichoaktív szer esetén elhelyeztünk egy „Tudtad-e?” jellegű bekezdést, ahol érdekességeket, meglepő adatokat olvashatunk az adott szerről.

Elváltozás-sokk

A felhasználó ebben az esetben is kiválaszthat egy pszichoaktív szert, majd egy sematikus testábrázoláson piros pontok által jelezve megfigyelheti, hogy az adott szer azonnal, rövid- és hosszú távon milyen (például pszichés, gasztrointesztinális, szív- és érrendszert érintő vagy éppen uretrális) hatásokat fejt ki. A cél ebben az esetben is az interaktív információnyújtás.



2. ábra: A VoltEgySzer applikáció menürendszere

Kit keressek?

A modul az ország megyéi szerint sorolja fel az elsődleges addiktológiai kezelőhelyeket, melyek kiegészítéseként a www.voltegyszer.com honlapon egy térkép segítségével a hazánkban elérhető összes ambulancia, osztály, rehabilitációs intézmény és anonim gyógyléshely bejegyzésre került. A modul és a hozzá tartozó online regiszter tehát a gyors, felhasználóbarát betegtájékoztatót, illetve betegirányítást hivatott elősegíteni.

Hatékonyágvizsgálat

Minta és eljárás

A pilotvizsgálat során összesen 386 serdülő került bevonásra, 2-2 budapesti szakközépiskolából és gimnáziumból, annak érdekében, hogy mérhetővé válhasson az iskolatípus potenciális szerepe az eredmények alakulásában. Hasonló kovariánsként tekintettünk a válaszadók életkorára, ily módon a vizsgálatban 9., 10., és 11. osztályos tanulók egyaránt részt vettek (14–18 év közöttiek kerültek be a mintába). Az alkalmazást 1-1 szakközépiskola és gimnázium tanulói töltötték le, ők képezték a vizsgálati csoportot ($n = 255$), míg a kontrollcsoportot ($n = 131$) képező szakközépiskola és gimnázium diákjai nem résztültek a prevenciós beavatkozásban. Mivel az volt a célunk, hogy a valóságnak leginkább megfelelő körülmények között vizsgáljuk az applikáció hatékonyságát, így a vizsgálati csoport tagjainak mindössze annyi instrukciót adtunk, hogy töltsék le az alkalmazást (ez volt a T_0 adatgyűjtési időpont), majd jeleztük számukra, hogy két hónap elteltével (T_1 utánkövetés) kikérjük a véleményüket az alkalmazással kapcsolatban. Nem szerveztünk tehát külön iskolai vagy iskolán kívüli találkozásokat, ahol kötelező jelleggel kellett volna használni az applikációt, hiszen az alkalmazás lényege éppen az, hogy a célcsoport bárhol, bármikor, a neki tetsző helyen, időben és kontextusban indítsa el azt.

Hogy össze tudjuk kötni a T_0 és T_1 utánkövetés során felvett adatokat, és hogy elkerüljük azt a lehetőséget, hogy a résztvevők esetleg elfelejtik kódjukat, a diákok egyedi azonosítót kaptak. Az azonosító kód hasonló algoritmuson alapult, mint az egészségügyben használt kezelési igény indikátor (TDI: treatment demand indicator), és összesen 6 karaktert tartalmazott: 1. a résztvevő keresztnévének harmadik betűje, 2. a résztvevő vezetéknevének második betűje, 3. a résztvevő születési hónapjának utolsó száma, 4. a résztvevő születési napjának utolsó száma, 5. a résztvevő édesanyja keresztnévének harmadik betűje, és 6. a résztvevő édesanyja vezetéknevének második betűje.

Tekintve, hogy a kutatásban használt kényelmi mintavétel nem tette lehetővé a randomizációt, a kutatási designből fakadó esetleges eredménytorzító hatásokat az alkalmazott statisztikai próbák során kontrolláltuk az alábbi képletnek megfelelően: $d_{\text{eff}} = 1 + (m - 1)\rho$, ahol $m =$ átlagos klaszterméret, $\rho =$ intraklaszterkorreláció. A klaszterhatást a standard hiba együtthatójában kontrolláltuk.

Mérőeszköz

A T_0 és T_1 adatgyűjtési alkalmak során használt kérdőív részben saját itemeket, részben standardizált skálákat tartalmazott, és az alábbi területekre kérdezett rá: 1. demográfiai adatok, 2. szerhasználati tapasztalatok és gyakoriságok, 3. pszichoaktív szerekkel kap-

csolatos ismeretek, 4. szerhasználattal kapcsolatos hiedelmek (20 tételes Beliefs About Substance Abuse: Beck *et al.* 2001), 5. szerhasználókkal kapcsolatos attitűdök, 6. észlelt éhhatékonyág (Általános Éhhatékonyág Skála: Schwarzer–Jerusalem 1995; Kopp–Schwarzer–Jerusalem 1993), 7. testmozgás gyakorisága. Az applikációt letöltő vizsgálati csoport tagjai ezenkívül a T_1 utánkövetéskor előre megadott szempontok alapján, 5 fokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem, 5 = teljes mértékben) értékelték az alkalmazást: a) az applikáció hasznossága, b) az egyes modulok szubjektív preferenciája, c) általános benyomások az alkalmazásról.

Eredmények

Pozitív tapasztalatok

A kimeneti változók (elmúlt havi szerhasználati gyakoriság, észlelt éhhatékonyág, szerhasználattal kapcsolatos hiedelmek, pszichoaktív szerekkel kapcsolatos ismeretek, szerhasználókkal szembeni attitűdök, elmúlt havi testmozgás gyakorisága) értékeiben a T_0 és T_1 között bekövetkezett változásokat a vizsgálati (applikáció) és kontrollcsoportok függvényében elemeztük. A beavatkozás (vagyis a VoltEgySzer alkalmazás) hatásait lineáris regressziós elemzéssel vizsgáltuk. A fontosabb eredményeket az 1. táblázat foglalja össze.

A táblázat alapján látható, hogy a design hatás kontrollálását követően szignifikáns intervenciós hatás az elmúlt havi energiaital fogyasztás gyakoriságában volt megfigyelhető: a vizsgálati csoport tagjai nagyobb fokú gyakoriságsökkenést mutattak a T_0 és T_1 között eltelt időszakban. Tendenciaszinten megfigyelhető volt, hogy az applikációt letöltő tizenévesek pszichoaktív szerekkel kapcsolatos tudása növekedett, illetve esetükben növekedést mutatott az elmúlt havi testmozgás gyakorisága is. Ezen eredményeket azért érdemes kiemelni, mert elképzelhető, hogy a jelenlegi pilotkutatás elemszámát egy későbbi vizsgálat keretein belül növelve a vizsgálati és kontrollcsoportok közötti eltérés már szignifikánsnak bizonyulhat.

Külön-külön is megvizsgáltuk az egyes modulok észlelt hasznosságát és felhasználásuk gyakoriságát, illetve ezek kimeneti változókkal mutatott összefüggéseit. A Spearman-féle rangkorrelációs elemzések szignifikáns együttjárást jeleztek a 'Ha ő tenné...' modul ismételt használata és a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos tudás növekedésében ($r_{S(35)} = 0,39, P = 0,02$), a 'Kit keressek?' modul használati gyakorisága és szerhasználókkal kapcsolatos negatív attitűdök csökkenésében ($r_{S(44)} = 0,31, P = 0,04$), valamint az applikáció általános hasznosságának pozitív megítélése és az elmúlt havi alkoholfogyasztási gyakoriság csökkenése között ($r_{S(44)} = 0,32, P = 0,03$). A válaszok alapján továbbá egyértelművé vált, hogy a leginkább kedvelt és leghasznosabbnak tartott modul a 'Ha ő tenné...' volt.

Negatív tapasztalatok

A résztvevők körében magas kiesési arány volt jellemző, és különösen igaz volt ez a vizsgálati csoportra, ahol a kezdeti (T_0) 255 fős elemszám a T_1 utánkövetés idejére 155-re csökkent, ami közel 40%-os visszaesést jelent (a kontroll csoport esetén 131-ről 91-re csökkent a résztvevők száma, ez megközelítőleg 30%-os elemszámvesztésnek felel meg).

1. táblázat: A kimeneti változók T_0 és T_1 értékei, a beavatkozás hatásának feltüntetésével

	App csoport		Kontrollcsoport		Klaszterhatás		Változások		Intervenciós hatás, B (SE ^d) ^e
	T_0 érték, átlag (SD ^a)	T_1 érték, átlag (SD)	T_0 érték, átlag (SD ^a)	T_1 érték, átlag (SD)	Intraklaszter-korreláció, $T_1 - T_0$ különbség	d_{eff}^b	App csoport, átlagkülönbség (SD)	Kontrollcsoport, átlagkülönbség (SD)	
Elmúlt havi alkohol-fogyasztás	2,4 (4,7)	4 (6,9)	2,3 (3,9)	2,9 (5)	0,014	1,74	-1,81 (4,95)	-0,64 (4,63)	-1,17 (0,69)
Elmúlt havi energia-ital-fogyasztás	5,6 (9,1)	4 (7,1)	6,2 (9,9)	6,2 (11,2)	<0,001	1,0	0,37 (8,17)	1,49 (7,88)	-1,13 (0,46)*
Elmúlt havi gyógyszerfogyasztás	0,3 (1,1)	0,3 (1,6)	0 (0)	0,7 (4,9)	0,009	1,22	-0,17 (1,46)	-1,10 (6,34)	0,93 (1,12)
Elmúlt havi kábiszfogyasztás	1,5 (0,1)	1,5 (0,1)	0 (0)	0 (0,3)	0,010	1,26	0,00 (0,59)	-0,07 (0,32)	0,07 (0,11)
Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos ismeretek	6,6 (1,5)	7,3 (1,8)	6,8 (1,4)	6,9 (1,8)	0,035	2,51	-0,77 (1,85)	-0,25 (1,68)	-0,53 (0,39)
Észlelt énhatékonyság	30,9 (5,6)	30,9 (6,2)	31,5 (4,5)	30,5 (7,5)	0,036	2,91	-0,24 (6,15)	1,05 (7,49)	1,28 (1,55)
Elmúlt havi testmozgás gyakorisága	106,5 (89,7)	124,6 (162,4)	132,7 (202,1)	127,8 (200,1)	0,015	1,81	-14,39 (129,2)	20,23 (193,0)	-34,62 (28,87)
Szerhasználattal kapcsolatos hiedelmek	25,1 (11)	24,9 (9,4)	24,1 (6)	26,9 (17,9)	0,022	2,06	-0,17 (11,55)	-3,21 (17,96)	3,04 (3,23)
Szerhasználókkal szembeni negatív attitűd	29,8 (6,7)	28,3 (7,7)	31,3 (6,7)	28,9 (7,9)	0,057	3,81	1,58 (7,17)	2,32 (10,23)	-0,74 (2,68)

Megjegyzés: ^aSD: szórási, ^b d_{eff} : design hatás, ^cátlagkülönbség = $T_0 - T_1$ érték, ^dstandard hiba, ^eregressziós együttható, * $P < 0,05$

A vizsgálati csoport tagjai nem mutattak nagyfokú motivációt az alkalmazás ismételt használatára vonatkozóan, többségük ugyanis (64,7%-uk) csupán 1 vagy 2 alkalommal indította el az applikációt, és mindössze néhányan (5,9%) nyitották meg 10-nél többször a VoltEgySzer-t.

Diszkusszió

A VoltEgySzer pilot hatékonyságvizsgálata tehát részben pozitív tapasztalatokat, részben olyan eredményeket szolgáltatott, amelyek alapján érdemes átgondolni az alkalmazás továbbfejlesztési lehetőségeit. A vizsgálat rávilágított arra, hogy természetes körülmények között, vagyis külsődleges beavatkozás nélkül a tizenévesek célcsoportja nem mutat kellő motivációt ahhoz, hogy szabadidejében egy drogprevenációs alkalmazással foglalkozzon. Jól jelzi ezt a vizsgálatból való magas kiesési arány, illetve az alacsony applikációhasználati gyakoriság is. A kvízzjáték által felkínált ingyenes rekreációs lehetőség mindezek fényében nem bizonyult elégséges motivációs tényezőnek, és bár látszódtott tendenciózus növekedés az applikációt letöltők testmozgási gyakoriságában, a vizsgálati és kontrollcsoport közötti eltérés nem volt szignifikáns.

Későbbi, hasonló intervenciók tervezésekor tehát az egyik legfontosabb kihívás a letöltésre és ismételt felhasználásra vonatkozó motiváció kialakítása. Ez elsősorban az applikációba „épített” belső jutalmazások révén érhető el, amennyiben célunk továbbra is az, hogy szakember (például iskolapszichológus, pedagógus, preventív előadó) bevonása nélkül is aktív felhasználói attitűd jelenjen meg. A témában végzett szisztematikus szakirodalmi áttekintések (például *Johnson et al. 2016*) tapasztalatai alapján a bevonódás tovább fokozható olyan plusz játékelemek beiktatásával, mint a fejlődési szintek, a játékokon belüli rejtett ajándékok, a kooperációs elemek vagy az irányítható avatárok. Figyelembe véve a tizenévesek technológiahasználati szokásait, javasolt az olyan rendszerek támogatása, ahol egyszerre több felhasználó tud együttes élményt szerezni, vagyis akár a preventív alkalmazáson/weblapon keresztül kommunikálni vagy közösen dolgozni egy megadott cél elérése érdekében. Egy ilyen felület a versenyelemek beemelését is lehetővé teszi, ami tovább növelheti a célcsoport felhasználásra vonatkozó motivációját.

A VoltEgySzer jelen formájában nem nyújt folyamatos visszajelzéseket a felhasználók számára. Bár a kvíz- és a 'Ha ő tenné...' interaktív kommunikációs játék képes sikerélményt biztosítani a tizenévesek számára, az applikáció egésze nem folyamatként valósítja meg a preventív gyakorlatot, sokkal inkább blokkok formájában (ezeket a blokkokat a modulok reprezentálják). Ezt kiküszöbölendő egy jövőbeli intervenció fontos célja lehet, hogy az applikációban megjelenő preventív játékelemek egymásra épülve, akár egymás előfeltételeiként egészítsék ki egymást. Egy ilyen jellegű építkezés a hatékonyságvizsgálat esetén a folyamatértékelést is objektívebbé teheti.

Jövőbeli célként tűzzük ki a VoltEgySzer hatékonyságvizsgálatának randomizált-kontrollált elrendezésben történő megismétlését, ami magasabb szintű empirikus bizonyítékot nyújthat az alkalmazás eredményességéről. További célunk, hogy az applikációt személyes formában kivitelezett preventív beavatkozás kiegészítéseként is teszteljük. Ez esetben a letöltés és a felhasználás az iskolai preventív foglalkozás részét képezne.

Összességében elmondható, hogy a VoltEgySzer újszerű és biztató eredményekkel jellemezhető beavatkozási forma, ami a jövőben a pilotkutatás tapasztalatai alapján továbbfejleszhető.

IRODALOM

- BECK, A. T., WRIGHT, F. D., NEWMAN, C. F. & LIESE, B. S. (2001) *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York, Guilford Press.
- BINDHIM, N. F., MCGEECHAN, K. & TREVENA, L. (2014) Who Uses Smoking Cessation Apps? A Feasibility Study across Three Countries Via Smartphones. *JMIR Mhealth and Uhealth*, Vol. 2. No. 1. e4. DOI: 10.2196/mhealth.2841.
- BOENDERMAKER, W. J., PRINS, P. J. & WIERS, R. W. (2015) Cognitive Bias Modification for Adolescents with Substance Use Problems – Can Serious Games Help? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 49. (Pt A), pp. 13–20.
- BRIGHAM, T. J. (2015) An Introduction to Gamification: Adding Game Elements for Engagement. *Medical Reference Services Quarterly*, Vol. 34. No. 4. pp. 471–480.
- CHAMPION, K. E., NEWTON, N. C., STAPINSKI, L. A. & TEBESSON, M. (2016) Effectiveness of a Universal Internet-based Prevention Program for Ecstasy and New Psychoactive Substances: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Addiction*, Vol. 111. No. 8. pp. 1396–1405.
- GILANI, F. (2016) Novel Psychoactive Substances: The Rising Wave of 'Legal Highs'. *The British Journal of General Practice*, Vol. 66. No. 642. pp. 8–9.
- HANSEN, A. B., BECKER, U., NIELSEN, A. S., GRØNBÆK, M., TOLSTRUP, J. S. & THYGESEN, L. C. (2012) Internet-based Brief Personalized Feedback Intervention in a Non-treatment-seeking Population of Adult Heavy Drinkers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 14. No. 4. e98. DOI: 10.2196/jmir.1883.
- JOHNSON, D., DETERDING, S., KUHN, K. A., STANEVA, A., STOYANOV, S. & HIDES, L. (2016) Gamification for Health and Wellbeing: A Systematic Review of the Literature. *Internet Interventions*, Vol. 6. pp. 89–106.
- KAPITÁNY-FÖVÉNY, M., VAGDALT, E., RUTTKAY, Z., URBÁN, R., RICHMAN, M. J. & DEMETROVICS, Zs. (2018) Potential of an Interactive Drug Prevention Mobile Phone App (Once Upon a High): Questionnaire Study among Students. *JMIR Serious Games*, Vol. 6. No. 4. e19. DOI:10.2196/games.9944
- KOPP, M., SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (1993) *Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-cultural Self-efficacy Research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- LEE, C. M., NEIGHBORS, C., KILMER, J. R. & LARIMER, M. E. (2010) A Brief, Web-based Personalized Feedback Selective Intervention for College Student Marijuana Use: A Randomized Clinical Trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 24. No. 2. pp. 265–273.
- SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (1995) Generalized Self-efficacy Scale. In: J. WEINMAN, S. WRIGHT & M. JOHNSTON (eds) *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. Windsor, Nfer-Nelson. pp. 35–37.
- SIMONATO, P., BERSANI, F. S., SANTACROCE, R., CINOSI, E., SCHIFANO, F., BERSANI, G., ... & CORAZZA, O. (2017) Can Mobile Phone Technology Support a Rapid Sharing of Information on Novel Psychoactive Substances among Health and Other Professionals Internationally? *Human Psychopharmacology*, Vol. 32. No. 3. DOI: 10.1002/hup.2580.
- STODDARD, J., DELUCCHI, K., MUÑOZ, R., COLLINS, N., STABLE, E. P., AUGUSTSON, E., ... & LENERT, L. (2005) Smoking Cessation Research Via the Internet: A Feasibility Study. *Journal of Health Communication*, Vol. 10. No. 1. pp. 27–41.

- STRECHER, V. J., SHIFFMAN, S. & WEST, R. (2005) Randomized Controlled Trial of a Web-based Computer-tailored Smoking Cessation Program As a Supplement to Nicotine Patch Therapy. *Addiction*, Vol. 100. No. 5. pp. 682–688.
- TURNER, C. F., KU, L., ROGERS, S. M., LINDBERG, L. D., PLECK, J. H. & SONENSTEIN, F. L. (1998) Adolescent Sexual Behavior, Drug Use, and Violence: Increased Reporting with Computer Survey Technology. *Science*, Vol. 280. No. 5365. pp. 867–873.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

KISCSOPORTOS ÓVODÁS GYERMEKEK TÁRSAS VISELKEDÉSÉNEK MEGFIGYELÉSE ÓVODAI KÖRNYEZETBEN ELŐFORDULÓ PROBLÉMÁS HELYZETEKBEN

HEGEDŰS SZILVIA

SZTE BTK Neveléstudományi Intézet

A gyermekek társas készségei az óvodás évek kezdetétől jelentősen bővülnek, köszönhetően a szociális ingereknek, amelyek az új kortárs kapcsolatokból és a pedagógusokkal való interakciókból származnak. Az óvodai hétköznapok bővelkednek olyan helyzetekben, ahol a gyermekek közbelépésére van szükség, proszociális viselkedés (segítés, vigasztalás, megosztás) formájában. A kutatás fő célja annak felmérése volt, hogy a kiscsoportosok milyen arányban kerülnek kapcsolatba társaikkal és problémás helyzetek esetén hogyan reagálnak. A kutatás eredményeként megállapítható, hogy a társas helyzetekben alacsony számban jelennek meg a proszociális viselkedések, azonban egyes típusai közül a segítség a legjellemzőbb.

Kulcsszavak: óvodáskor, társas viselkedés, megfigyelés, proszociális viselkedés

Children's social skills increase significantly from the beginning of preschool years, thanks to social stimuli stemming from new peer relationships and interactions with preschool teachers. During the weekdays also there are several situations where intervention by children is required in the form of prosocial behavior (helping, comforting, sharing). The main purpose of the research was to assess children's interactions with peers and reactions to their problematic situations. As a result of the research, we found that prosocial behaviors appear in a low ratio in all social situations and helping is the most typical intervention.

Keywords: preschool, social behavior, observation, prosocial behavior

Levelező szerző: Hegedűs Szilvia, SZTE BTK Neveléstudományi Intézet,
6722 Szeged, Petőfi S. sgt. 30–34. E-mail: szilviahegedus@edu.u-szeged.hu

Bevezetés

A családból kikerülve az óvodai nevelésben való részvétel hatására számtalan új inger éri a gyermekeket, amelyeknek köszönhetően viselkedésükben is újfajta reakciók jelennek meg. A kortársak és a pedagógusok által képviselt, a korábbi otthoni neveléstől rendszerint eltérő viselkedési normák és szabályok, valamint az intézményes nevelés szabályozói mind olyan információkat nyújtanak a gyermekek számára, amellyel az addig elsajátított normák bővülnek, módosulnak. Jelen vizsgálat célja a kiscsoportos óvodás gyermekek alapvető társas interakcióinak feltárása volt, a megfigyelés módszerének segítségével, külön figyelmet fordítva a problémás helyzetekben megvalósuló proszociális viselkedésekre.

Társas viselkedések problémás helyzetekben

A szociális és az érzelmi kompetencia megfelelő fejlődése a pozitív társas kapcsolatok kialakításának alapvető feltétele. A szociális kompetens személyek jellemzően képesek észlelni a másik személy érzelmi állapotát, az adott társas helyzeteket, valamint képesek értelmezni a szituációban részt vevő személyek viselkedését (*Halberstadt–Denham–Dunsmore 2001; Forgas 2003*). A kortársakkal, családtagokkal, pedagógusokkal és más személyekkel való társas kapcsolatokat az érzelemszabályozási készség, a társas megértés készsége, valamint a szociális kommunikatív készségek befolyásolják. A társas fejlődés során nemcsak a társadalmi normák, szabályok elsajátítása zajlik, hanem kialakul a gyermekek egyéni viselkedése, amellyel a környezetükben előforduló eseményekre reagálnak. Ezek folyamán nemcsak saját érzéseiket veszik figyelembe, hanem a másik személy érzelmi állapotára is folyamatosan reagálnak, ami a társas kapcsolatok fejlődésének alapja (*Cole–Cole 2006; Campbell et al. 2016*). Óvodáskor folyamán fokozatosan jelennek meg az ún. szociális érzések, amelyek a társas kapcsolatokban való részvétel minőségét határozzák meg (*Clauss–Hiebsch 1980*). A gyermekek viselkedésében idővel tudatosság alakul ki, mind a szociális környezetben kialakuló események felfogásában, mind az adott szituációra adott válaszreakció esetében, ami által megtanulják irányítani szociális megnyilvánulásait a társas helyzetekben (*Murányi-Kovács–Kabainé 1988*).

Egy-egy problémás helyzet esetén a gyermekek fejlettségi szintjüknek megfelelően különböző módon reagálhatnak. Korábbi kutatások már kisgyermekkorától kezdve egy másik személy negatív érzelmi állapotára proszociális válaszreakciót jegyeztek fel (például *Warneken–Tomasello 2009*), vagyis olyan önkéntes tevékenységeket, amelyek során a gyermek szándéka, hogy közbeavatkozásával mások javát szolgálja. A proszociális viselkedés az életkorral szignifikánsan fejlődik, gyakorisága növekszik, valamint folyamatosan változik a minősége, ami a szociális kompetencia fejlődéséhez jelentősen hozzájárul (*Bar-Tal 1982*).

A gyermekek jellemzően már az első életévük alatt empátikus válaszokat adnak a másik személy negatív érzelmi állapotára (*Roth-Hanania–Davidov–Zahn-Waxler 2011*), már 10 hónapos kortól az adott szituációnak megfelelően képesek értelmezni a másik céljait, vágyait, szükségleteit (*Vaish–Carpenter–Tomasello 2009; Henderson et al. 2013*). 12 hónapos kortól a gyermekek spontán osztják meg az információkat egymással (*Liszkowski–Carpenter–Tomasello 2008*), 14–18 hónaposan már tevékeny segítséget nyújtanak a felnőttek számára (*Warneken–Tomasello 2006; Dunfield et al. 2011*), vala-

mint 18–24 hónapos korban önként és spontán osztják meg az ételt vagy a játékokat a felnőttekkel vagy társaikkal (Brownell–Svetlova–Nichols 2009; Brownell et al. 2013). Az érzelmi reakciókkal kísért problémákra pedig a gyermekek 30 hónapos koruktól empatikus segítő viselkedéssel reagálnak (Svetlova–Nichols–Brownell 2010). Összegezve tehát a proszociális viselkedés különböző motívumai az első három életév folyamán folyamatosan fejlődnek a társas tapasztalatok, a növekvő szociális és kognitív képességek és más fejlődési folyamatok változásának köszönhetően (Brownell 2013).

Az empirikus vizsgálat jellemzői

Célok, hipotézisek

A gyermekeket az óvoda hétköznapjaiban előforduló társas interakciók során figyeltük meg. Ennek megfelelően a kutatás célja a kiscsoportos gyermekek szociális helyzetekben fellelhető társas viselkedések megvalósulásának feljegyzése volt. A kortársakkal létrejött szituációkban megfigyeltük azokat a segítő jellegű viselkedéseket is, amelyek a későbbi társas helyzetek hatékony megoldásában kiemelkedő fontosságúak lehetnek. A kutatás célja továbbá az volt, hogy megfigyeljük az egyes viselkedések megjelenési arányainak változását a helyszín (csoportszoba, udvar), valamint a külső befolyásoló tényezők függvényében.

Míndezek alapján feltételeztük, hogy 1) a gyermekek viselkedésében többségében jellemzők lesznek a társas interakciók, ugyanakkor 2) a helyszín tekintetében az óvodások társas helyzetei udvari környezetben alacsonyabb arányban fognak megjelenni. A szakirodalmi feltárás alapján feltételeztük, hogy 3) a tevékeny segítő viselkedések a többi proszociális válaszreakcióval ellentétben több esetben lesznek jellemzők, ugyanakkor az életkori sajátosságok alapján a vizsgálás háttérbe szorul. Nemek tekintetében feltételezéseink szerint 4) a lányok nagyobb arányban produkálnak proszociális válaszreakciót, valamint feltételeztük, hogy 5) azok a gyermekek, akik testvérekkel rendelkeznek, szociális többlettapasztalataiknak köszönhetően több segítő jellegű viselkedéssel avatkoznak be társaik problémás helyzetébe. Végül feltételeztük, hogy 6) az óvoda megkezdése előtt bölcsődei nevelésben részesült gyermekek nagyobb arányban produkálnak társas viselkedéseket, beleértve proszociális válaszreakciókat is.

A kutatás résztvevői

A vizsgálatban összesen 94 kiscsoportos óvodás gyermek vett részt, 47 fiú és 47 lány. A részt vevő gyermekek átlagéletkora 39 hónap volt. A gyermekek átlagosan 38 hónaposak voltak, vizsgálatukhoz három életkori csoportot hoztunk létre: 1) 32–36 hónapos; 2) 37–40 hónapos; 3) 41–45 hónapos. A kutatás kezdetekor a gyermekek jellemzően 2–3 hónapja jártak óvodába, ami társas kapcsolataik alakulását is nagymértékben befolyásolta.

Módszer

A proszociális viselkedéseket vizsgáló kutatások többsége kötött formájú, strukturált kérdőíveket használ, amelyekkel a gyermekek nevelésében közvetlenül részt vevő fel-

nőttektől (szülők, pedagógusok) kaphatnak információkat. Az ilyen módszerek legfőbb problémája az, hogy a felnőttek által adott válaszokat torzíthatják a szubjektív vélemények (Waugh–Brownell–Pollock 2015). Mindezek okán a gyermekek viselkedését a megfigyelés módszerével kíséreltük meg felmérni.

A vizsgálat során visszanyúltunk azokhoz a kutatásokhoz, amelyek a gyerekek viselkedését természetes kontextusban vizsgálták, a környezeti tényezők kontrollálásától mentesen. A gyermekek viselkedését összesen négy alkalommal jegyeztük fel a szociális interakciók hiánya, valamint az esetleges hiányzások miatti adatvesztés kiküszöbölése érdekében. Minden vizsgált gyermek viselkedését tízperces intervallumokban figyeltük meg a szabadjáték ideje alatt. A megfigyeléseket csoportszobában és udvari környezetben egyaránt végeztük. A megfigyelő személy egyszerre egy gyermek viselkedését rögzítette, majd tíz perc elteltével a soron következő gyermek megfigyelését kezdte meg. A viselkedések megfigyelése során a gyermekek minden társas, illetve egyéni tevékenységét feljegyeztük. Minden szakaszban a megfigyelő a szociális interakciók mellett a gyermekek proszociális viselkedéseinek gyakoriságát jegyezte le. Az egyes helyzetekben csak a gyermekek által megkezdett viselkedési alkalmat rögzítettük. A megfigyelések a lehetőségeknek megfelelően diszkrétan történtek, a gyermekek tevékenységének legminimálisabb megzavarásával. Az óvodásokat a kutató kívülállóként, passzív részvétellel vizsgálta.

A vizsgálat során a gyermekeket strukturált szempontrendszer alapján értékeltük, amelynek kategóriáit korábbi vizsgálatok alapján állítottuk össze. Az egyes kategóriák jellemzőinek részletes leírását az 1. táblázat tartalmazza. Három fő kategóriánkat *Bar-Tal, Raviv és Goldberg (1982)* vizsgálatára alapítva állítottunk fel: 1) társas viselkedések, 2) proszociális viselkedések, 3) magányos tevékenységek. A proszociális viselkedések között további három alkategória alapján vizsgáltuk a gyermekek viselkedését: tevékeny segítség, megosztás, vigasztalás. Egy tevékeny viselkedési reakció létrejöttében igen

1. táblázat: Megfigyelési kategóriák leírása

Kategória	Leírás
Társas viselkedések	A gyermek pozitív társas interakcióban van más gyermekkel, üdvözlí a másikat, információkat cserél társaival, beszélget, nevet, mosolyog, játszik a többi gyermekkel vagy a pedagógussal.
Proszociális viselkedések	A gyermek viselkedése a másik javát szolgálja, és előzetes jutalom ígérete nélkül megvalósul.
Magányos tevékenység	A gyermek egyedül játszik, rajzol.
Tevékeny segítség	A gyermek aktív tevékenységgel elősegíti a másik céljának elérését (például informál, segíti egy feladat megoldását, segíti célja elérésében).
Megosztás	A gyermek a játékhelyezeten kívüli szituációban egy a birtokában lévő dolgot vagy annak egy részét átad vagy kölcsönad egy másik személynek.
Vigasztalás	A gyermek verbálisan vagy fizikálisan próbálja csökkenteni a másik érzelmi szükségleteit.
Nem megvalósuló proszociális viselkedések	Problémás helyzetnél nem törekszik a másik személy érzelmi állapotát javítani.

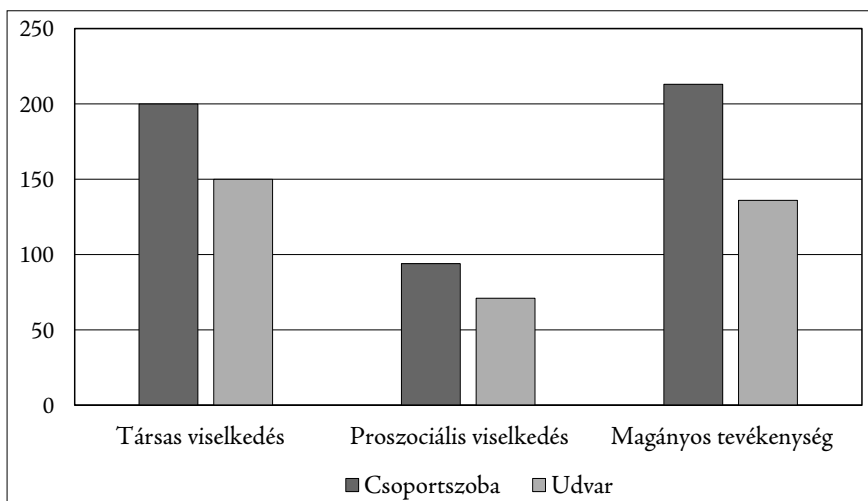
jelentős szerepet játszik a cselekvés megvalósulásának körülménye, vagyis az, hogy milyen esetleges ingerek váltják ki a gyermekből a problémás helyzetre adott válaszreakciót. Ezeket a tényezőket *Stockdale, Hegland és Chiaromonte (1989)* vizsgálatából adaptált négy fő kategória alapján rögzítettük: 1) önállóan kezdeményezett viselkedés, 2) másik gyermek kérésére történő viselkedés, 3) pedagógus kérésére történő viselkedés, 4) utánzott viselkedés.

A megfigyelés eredményei

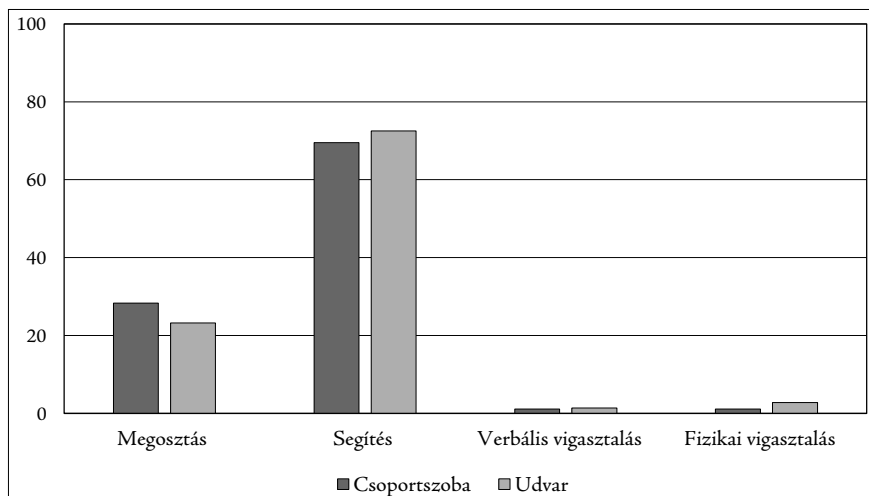
A kutatás alatt összesen 62,6 órányi megfigyelést végeztünk, amely idő alatt a gyermekek szabadjáték során megjelenő viselkedéseit jegyeztük fel. Az óvodapedagógusok által irányított kötött foglalkozások alatt nem történt adatfelvétel. A vizsgálat elvégzése során ügyeltünk arra, hogy mind csoportszobai, mind udvari interakciókról is rendelkezünk adatokkal, ugyanakkor, mivel őszi-téli időszakban történt az adatfelvétel, az udvaron történő megfigyelések sokszor akadályokba ütköztek.

A gyermekek viselkedésének vizsgálata során azt találtuk, hogy a társas viselkedések csoportszobai környezetben több esetben jelentek meg, ugyanakkor a magányos tevékenységek nagyobb arányban voltak jellemzők. A részt vevő gyermekek csoportszobájában megvalósuló viselkedéseinek megfigyelése során összesen 413 alkalommal jegyeztünk fel valamilyen megkezdett tevékenységet, amelyek közül 200 esetben társas viselkedés kezdődött a megfigyelt gyermekek és egy vagy több társuk között, ugyanakkor 213 esetben a kiscsoportos óvodások jellemzően magányos vagy párhuzamos játéktevékenység során nem vettek részt közvetlen társas helyzetekben. Udvari környezetben történő megfigyeléseink alatt a csoportszobához képest kevesebb szociális interakciót, proszociális viselkedést, illetve magányos tevékenységet jegyeztünk fel (1. ábra).

A csoportszobában feljegyzett társas viselkedések közül összesen 94 esetben rögzítettünk proszociális válaszreakciókat valamely társ problémás helyzetére, negatív érzelmi



1. ábra: A gyermekek különböző típusú viselkedéseinek aránya (esetszám)



2. ábra: Megvalósult proszociális viselkedések aránya (%)

állapotára (2. ábra). Ezekben a helyzetekben a különböző viselkedések eltérő arányban jelentek meg. A legmagasabb számban segítők viselkedéseket produkáltak a megfigyelt gyermekek, az esetek több mint felében (69,5%) valamely társuk számára tevékeny segítséget nyújtottak, melynek során jellemzően a másik céljának elérését tették lehetővé cselekedetükkel. Nagy arányban (28,3%) jelentek meg azok az esetek is, ahol a gyermekeknek egy birtokukban lévő tárgyat, jellemzően egy játékot kellett átadniuk társuknak. Egy másik gyermek negatív érzelmi állapota esetében a megfigyelt gyermekek jellemzően alacsony arányban vigasztalták társukat: mind a fizikai (1,1%), mind a verbális (1,1%) vigasztalás reakcióját kis számban rögzítettük a gyermekek társas viselkedései során.

Udvari környezetben összesen 15 megkezdett társas helyzetet jegyeztünk fel. A megfigyelt situációk majdnem felében a gyermekek egy társuk problémás helyzetének fennállása esetén valamilyen proszociális válaszreakciót produkáltak (2. ábra). Ezek közül a segítség a létrejött proszociális viselkedések több mint felében (72,5%) volt jellemző, ugyanakkor a megosztás esetében a csoportszobai megfigyelésekhez hasonló eredményeket tapasztaltunk, miszerint egy dolog átadása vagy átengedése egy társnak az esetek csaknem egynegyedében (23,2%) jellemző az óvodás gyermekeknél. Egy kortárs negatív érzelmi állapotának megjelenésekor a gyermekek jellemzően alacsony számban vigasztalták fizikailag (2,8%) vagy verbálisan (1,4%) társaikat, ugyanakkor ezek a válaszreakciók jellemzően magasabb értékeket mutatnak a csoportszobában előforduló problémás helyzetekben tanúsított válaszreakciókhoz képest. A csoportszobán kívül töltött időszak alatt a gyermekek 135 esetben kezdtek magányos vagy párhuzamos játékba, amelyek társas interakció nélküli tevékenységek voltak.

A vizsgálat során az egyes társas viselkedések megvalósulását nagy mértékben meghatározta az is, hogy az adott reakció milyen körülmények között zajlott, mennyire befolyásolták külső tényezők. A csoportszobában megvalósuló proszociális válaszreakciók többsége önként kezdeményezett beavatkozás volt (40,2%), ugyanakkor igen nagy arányban figyeltünk meg olyan viselkedéseket, amelyek egy pedagógus megerősítését követően történtek (38,1%). Az előzőekkel ellentétben egy társ kérésére történő

viselkedés igen kis számban (14,1%) valósult meg, míg egy felnőtt vagy társ utánzását követő válaszreakció (7,6%) a legkevesebb esetben jelent meg. Udvari szituációk esetében más tendenciát fedeztünk fel a gyermekek viselkedésében. A másik problémás helyzetébe történő beavatkozáskor az összes proszociális viselkedés több mint fele (65,2%) önkéntesen kezdeményezett cselekvés volt, míg a felnőttek által motivált viselkedések kevesebb esetben (27,5%) jelentek meg. Egy másik gyermek kérésére (4,3%), valamint egy kortárs vagy egy felnőtt utánzására (2,9%) történő viselkedés alig néhány rögzített helyzetben jelent meg.

Háttérváltozók szerinti eltérések

A megfigyelésből származó adatokat keresztábra-elemzés és Khí-négyzet-próbák segítségével néhány háttérváltozó mentén is megvizsgáltuk. A gyermekek életkori csoportjai között nem találtunk szignifikáns különbséget ($p > 0,05$), ugyanakkor az eredmények alapján megállapítható, hogy az idősebb korcsoportba tartozó gyermekekre jellemzőbb volt a segítő viselkedés fiatalabb társaikhoz képest. Nemek tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget ($p > 0,05$), azonban megállapítható, hogy a lányokkal szemben a fiúkra jellemzőbb volt a magányos vagy párhuzamos játék. A különböző proszociális viselkedések megvalósulásában hasonló eredményeket kaptunk. A fiúk és a lányok egyenlő arányban produkáltak segítő jellegű viselkedéseket ($p > 0,05$). Vizsgálat alá vontuk a gyermekeket abban a tekintetben is, hogy a testvérek befolyásolják-e a társas interakciók, illetve a segítő jellegű viselkedések megjelenésének arányát. Az eredmények azt mutatták, hogy a testvérek pozitív hatással vannak a gyermekek társas viselkedésére, jellemzően több szociális helyzetben vesznek részt a testvérekkel rendelkező gyermekek. A proszociális viselkedések megjelenését tekintve nem kaptunk szignifikáns különbségekre utaló eredményeket ($p > 0,05$), ugyanakkor a tendencia hasonlóan bizonyult. Azok az óvodások, akik testvérek között nőttek fel, nagyobb arányban reagáltak proszociális viselkedéssel egy társuk problémás helyzetében. Az óvoda előtt bölcsődei nevelésben részesülő gyermekek szignifikánsan nagyobb számban mutattak proszociális válaszreakciókat, mint az otthoni nevelésből érkező társaik ($p < 0,05$). Tehát előzetes feltevéseinket ebben az esetben igazolni tudtuk.

Összegzés

Jelen kutatás célja a gyermekek természetes óvodai környezetében megjelenő viselkedéseinek alapszintű feltárása volt, külön figyelmet fordítva a problémás helyzetek megoldását segítő reakciók megfigyelésére. Az egyes proszociális viselkedések közül azokat emeltük ki, amelyek a vizsgált életkori csoportban leginkább jellemző, azaz a segítést, a megosztást, valamint a vigasztalást.

Az eredményekről általánosságban megállapítható, hogy részben igazodnak a nemzetközi kutatásokban kapott eredményekhez. *Bar-Tal és munkatársai* kutatásában a gyermekek a megfigyelés szakaszaiban legalább egyszer segítő viselkedést produkáltak, ugyanakkor nem jegyezték fel jelentős különbségeket az egyes életkori csoportok között (*Bar-Tal–Raviv–Goldberg 1982*). A társas interakciók megjelenésében saját vizsgálatunkban is tapasztaltuk, hogy a gyermekek jelentős része több helyzetben is részt vett, amelyek során proszociális válaszok is megvalósulhattak. Mindezek mellett hasonlóan

a nemzetközi eredményekhez, az egyes életkori csoportok viselkedései között nem találtunk szignifikáns különbséget.

A megfigyelések során a problémás helyzetekre válaszként adott proszociális viselkedések az előzetes elvárásoknak megfelelően jelentek meg. A gyermekek legtöbb esetben segítő viselkedést produkáltak társaik problémás helyzetében, ami illeszkedik a nemzetközi szakirodalomban szereplő eredményekhez (például *Svetlova–Nichols–Brownell 2010*). A vizsgálat során a gyermekek társas interakcióiban az egyik legnagyobb problémát a birtokukban lévő tárgyak megosztása jelentette.

A gyermekek többségükben önállóan kezdeményezték a segítő jellegű viselkedéseket, ami igazodik *Bar-Tal és munkatársai* kutatási eredményeihez, vagyis a gyermekek főként önállóan döntenek arról, hogy a tapasztalt szituáció igényel-e valamilyen beavatkozást, vagy nem szükséges közbelépniük az adott problémás helyzet megoldása és a másik negatív érzelmi állapotának csökkentése érdekében (*Bar-Tal–Raviv–Goldberg 1982*). Ugyanakkor *Stockdale és munkatársai* szerint az önálló döntések mentén megvalósuló proszociális viselkedések az óvodás gyermekek viselkedésében a legkevésbé jellemző reakciók (*Stockdale–Hegland–Chiaromonte 1989*). Eredményeik azt mutatták, hogy a felnőttek vagy egy kortárs kérésére történő válaszreakció a legjellemzőbb a problémás helyzetek megoldásában. Az önként kezdeményezett proszociális viselkedések mellett saját vizsgálatunkban is igen nagy számban tapasztaltuk, hogy a pedagógusok kérésére jelentős számban cselekedtek segítő jelleggel a gyermekek. *Arthur és munkatársai (2014)* vizsgálatában az osztozkodó viselkedések valósultak meg többnyire a felnőtt vagy pedagógus utasítására, kérésére (*Arthur–Powell–Lin 2014*). Az egyes viselkedések megvalósulását befolyásoló hasonló körülmények esetén ugyanakkor felmerül az a kérdés, hogy a gyermek cselekedete így is önállóan tekinthető-e vagy csupán a felnőtt kérését teljesítette. Vizsgálatunk szempontjából fontos kiemelni, hogy a viselkedéseket kiváltó körülményeket tekintve, csak az önként végzett reakciók tekinthetők valódi proszociális viselkedéseknek, a többi viselkedéses válasz esetében – mivel egy másik személy befolyásoló hatása is közrejátszott a tevékenységek végrehajtásában – az önkéntesség feltétele már nem valósul meg. Ezen viselkedések feljegyzése többek között azért került mégis a figyelem középpontjába, mivel egy-egy fejlesztő tevékenység megvalósulása során számon kell tartani azokat az eseményeket, amelyekben a gyermekek igénylik a felnőtt megerősítését, emiatt szükséges lehet foglalkozni ezen helyzetekkel.

A háttérváltozók elemzése során nemek tekintetében feltételeztünk szignifikáns eltéréseket a gyermekek viselkedésében, ugyanakkor az elemzéseink ezt a különbséget nem támasztották alá, így az erre vonatkozó hipotézisünket nem sikerült igazolni. Az előzetes feltételezéseink az eredmények alapján helyesnek bizonyultak abban, hogy a testvérekkel rendelkező gyermekekre magasabb arányban jellemzők mind a társas, mind a különböző proszociális viselkedések.

Mivel a nemzetközi kutatásokban is egymástól eltérő eredmények születtek, így saját tapasztalatainkból sem vonhatunk le messzemenő következtetéseket. A bemutatott nemzetközi és saját eredmények is azt mutatják, hogy szükség van további kutatásokra, melyekkel hasonló módszereket alkalmazva a gyermekek viselkedését direkt módon tudjuk megvizsgálni, feltárva olyan összefüggéseket, melyeket egy-egy szülővel vagy pedagógusokkal végzett vizsgálat során nem lenne lehetőségünk.

IRODALOM

- ARTHUR, J., POWELL, S. & LIN, H. C. (2014) Foundations of Character: Methodological Aspects of a Study of Character Development in Three- to Six-Year-Old Children with a Focus on Sharing Behaviours. *European Early Childhood Education Research Journal*, Vol. 22. No. 1. pp. 105–122.
- BAR-TAL, D. (1982) Sequential Development of Helping Behavior: A Cognitive-learning Approach. *Developmental Review*, Vol. 2. No. 2. pp. 101–124.
- BAR-TAL, D., RAVIV, A. & GOLDBERG, M. (1982) Helping Behavior among Preschool Children: An Observational Study. *Child Development*, Vol. 53. No. 2. pp. 396–402.
- BROWNELL, C. A. (2013) Early Development of Prosocial Behavior: Current Perspectives. *Infancy*, Vol. 18. No. 1. pp. 1–9.
- BROWNELL, C. A., IESUE, S. S., NICHOLS, S. R. & SVETLOVA, M. (2013) Mine or Yours? Development of Sharing in Toddlers in Relation to Ownership Understanding. *Child Development*, Vol. 84. No. 3. pp. 906–920.
- BROWNELL, C., SVETLOVA, M. & NICHOLS, S. (2009) To Share or Not to Share: When Do Toddlers Respond to Another's Needs? *Infancy*, Vol. 14. No. 1. pp. 117–130.
- CAMPBELL, S. B., DENHAM, S. A., HOWARTH, G. Z., JONES, S. M., WHITTAKER, J. V., WILLIFORD, A. P., WILLOUGHBY, M. T., YUDRON, M. & DARLING-CHURCHILL, K. (2016) Commentary on the Review of Measures of Early Childhood Social and Emotional Development: Conceptualization, Critique, and Recommendations. *Journal of Applied Developmental Psychology*, Vol. 45. pp. 19–41.
- COLE, M. & COLE, S. R. (2006) *Fejlődéslélektan*. Budapest, Osiris Kiadó.
- DUNFIELD, K., KUHLMEIER, V. A., O'CONNELL, L. & KELLEY, E. (2011) Examining the Diversity of Prosocial Behavior: Helping, Sharing, and Comforting in Infancy. *Infancy*, Vol. 16. No. 3. pp. 227–247.
- FORGAS, J. P. (2003) *Az érzelmek pszichológiája*. Budapest, Kairosz Kiadó.
- HALBERSTADT, A. G., DENHAM, S. A. & DUNSMORE, J. C. (2001) Affective Social Competence. *Social Development*, Vol. 10. No. 1. pp. 79–119.
- HENDERSON, A. M. E., WANG, Y., MATZ, L. E. & WOODWARD, A. L. (2013) Active Experience Shapes 10-Month-Old Infants' Understanding of Collaborative Goals. *Infancy*, Vol. 18. No. 1. pp. 10–39.
- LISZKOWSKI, U., CARPENTER, M., STRIANO, T. & TOMASELLO, M. (2006) 12- and 18-Month-Olds Point to Provide Information for Others. *Journal of Cognition and Development*, Vol. 7. No. 2. pp. 173–187.
- MURÁNYI-KOVÁCS E. & KABAINÉ HUSZKA A. (1988) *A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- ROTH-HANANIA, R., DAVIDOV, M. & ZAHN-WAXLER, C. (2011) Empathy Development from 8 to 16 Months: Early Signs of Concern for Others. *Infant Behavior and Development*, Vol. 34. No. 3. pp. 447–458.
- STOCKDALE, D. F., HEGLAND, S. M. & CHIAROMONTE, T. (1989) Helping Behaviors: An Observational Study of Preschool Children. *Early Childhood Research Quarterly*, Vol. 4. No. 4. pp. 533–543.
- SVETLOVA, M., NICHOLS, S. R. & BROWNELL, C. A. (2010) Toddlers' Prosocial Behavior: from Instrumental to Empathic to Altruistic Helping. *Child Development*, Vol. 81. No. 6. pp. 1814–1827.

- VAISH, A., CARPENTER, M. & TOMASELLO, M. (2009) Sympathy through Affective Perspective Taking and Its Relation to Prosocial Behavior in Toddlers. *Developmental Psychology*, Vol. 45. No. 2. pp. 534–543.
- WARNEKEN, F. & TOMASELLO, M. (2006) Altruistic Helping in Human Infants and Young Chimpanzees. *Science*, Vol. 311. No. 5765. pp. 1301–1303.
- WARNEKEN, F. & TOMASELLO, M. (2009) Varieties of Altruism in Children and Chimpanzees. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 13. No. 9. pp. 397–402.
- WAUGH, W., BROWNELL, C. & POLLOCK, B. (2015) Early Socialization of Prosocial Behavior: Patterns in Parents' Encouragement of Toddlers' Helping in an Everyday Household Task. *Infant Behavior & Development*, Vol. 39. pp. 1–10.

EGY ISKOLAI TEREPKÍSÉRLET ELSŐ EREDMÉNYEI: INFORMÁLIS OKTATÁS HATÁSVIZSGÁLATA KVANTITATÍV ÉS KVALITATÍV ESZKÖZÖKKEL

SIMONOVITS BORI^{a,*} – SURÁNYI RÁCHEL^b

^aELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Interkulturális Pszichológiai és Pedagógiai Intézet

^bELTE Társadalomtudományi Kar, Szociológia PhD-program

A vizsgálat sorozatot¹ egy budapesti középiskolában 2016 és 2019 között végeztük, kvantitatív és kvalitatív módszerekre támaszkodva. Innovatív kutatásunkban a Haver Alapítvány foglalkozássorozatának hatását vizsgáljuk, a középiskolás korosztály attitűdváltozására és a zsidókkal kapcsolatos ismereteire. A hatásvizsgálat módszertani alapja a kontrollált kísérleti elrendezés, amelynek lényege egyrészt a diákok attitűdjeinek és ismereteinek előzetes (pre-) és utólagos (poszt-) mérése, illetve a kísérleti csoportok (A, C, D osztályok) mellett egy kontrollcsoport bevonása a vizsgálatba (B osztály), akik nem vettek részt a foglalkozásokon. Tisztában vagyunk azzal, hogy rövid idő alatt (néhány hónap) és egy foglalkozás hatására nem várható lényeges elmozdulás egyik dimenzióban sem (attitűd és ismeretek), éppen ezért különböző, „jól célzott” foglalkozásokkal és többszöri méréssel vizsgáljuk a diákok általában a kisebbségekkel és konkrétan a zsidósággal kapcsolatos nézeteit. Jelen tanulmányban az első két kutatási hullám legfontosabb kvantitatív és kvalitatív eredményeit tekintjük át.

Kulcsszavak: informális oktatás, kísérlet, zsidóság, előítéletes attitűd

Our research has been conducted between 2016 and 2019 in a high school of Budapest. In our innovative research, we examined the impacts of the activity-series of Haver Foundation regarding the attitude changes and the students' knowledge about Jews. The methodological base of this research was controlled experiment which includes pre-testing and post-testing of the students' attitudes and knowledge; and the inclusion of a controlled group, who did not take part during the activities. We are aware of the fact that a few months and one activity is not enough to reach major changes in either of the dimensions (attitude and knowledge), therefore, we exposed the students with well-targeted activities and we repeated the examinations of the students' attitude towards minorities in general,

* Levelező szerző: Simonovits Bori, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Interkulturális Pszichológiai és Pedagógiai Intézet, 1075 Budapest, Kazinczy utca 23–27. E-mail: simonovits.borbala@ppk.elte.hu

¹ A 2016 októbere és 2019 márciusa között futó kutatást a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap támogatja (NKFIH-121095). Az eredményeket ismertető publikációkat ezen a honlapon tesszük közzé: <http://www.ppk.elte.hu/en/intercultural/research>

and Jews in particular. In this paper, we are going to highlight the main quantitative and qualitative findings of the first two waves of our experimental study.

Keywords: informal education, experiment, Jewry, prejudiced attitudes

Bevezetés

A Haver Alapítvány önkéntes oktatóstábjja elsősorban középiskolásoknak és egyetemistáknak tart interaktív órákat informális oktatási eszközökkel a zsidóság témájában. A foglalkozások olyan specifikus témákra épülnek, mint a zsidó identitás, zsidó kultúra és tradíció, zsidó történelem, holokauszt, zsidó vallás és közösségek. A Haver Alapítvány központi értéke a világ sokszínűségébe és a minden embernek kijáró tiszteletbe vetett hit.² Oktatási anyagaikkal, foglalkozásaikkal a párbeszéd megteremtésére és elősegítésére törekednek, valamint arra, hogy a résztvevők szabadon oszthassák meg a vallás és a kultúra területén szerzett tapasztalataikat, élményeiket, ezzel is hozzájárulva a sokszínűség mint összetársadalmi érték átéléséhez és elsajátításához.

Jelen tanulmány egy – a Haver Alapítvány programjában részt vevő – budapesti középiskolában 2016 és 2019 között végzett kutatássorozat eddigi legfontosabb eredményeit mutatja be. Komplex terepkutatásunk folyamatában a kvalitatív kutatás a kvantitatív eredményeket hivatott elmélyíteni, továbbá célul tűztük ki, hogy mélyebben megvizsgáljuk a számok mögött rejtőző jelentéseket.³

Nyilvánvaló, hogy rövid idő alatt (néhány hónap) és egy foglalkozás hatására nem várható lényeges elmozdulás egyik dimenzióban sem (attitűd és ismeretek), éppen ezért egy foglalkozássorozattal – első évben identitásfoglalkozás, második évben zsidónegyed séta, és a jelenleg folyó harmadik évben „dilemma café” – és többször megismételt méréssel vizsgáljuk a diákok általában a kisebbségekkel és konkrétan a zsidósággal kapcsolatos nézeteit. A foglalkozássorozat hatásainak vizsgálata mellett fontosnak tartottuk megvizsgálni azt is, hogy milyenek látják az iskolát a kilencedik évfolyamot tanító tanárok és diákok; mivel egyáltalán nem mindegy, hogy milyen az az iskolai közeg, amiben a diákok a mindennapjaikat töltik. Jelen tanulmányban az első két kutatási hullám legfontosabb kvantitatív és kvalitatív eredményeit tekintjük át.

A kutatás kontextusa és módszere

A hatásvizsgálat módszertani alapja a *kontrollált kísérleti elrendezés*, amelynek lényege egyrészt a diákok attitűdjeinek és ismereteinek előzetes (pre-) és utólagos (poszt-) mérése, illetve a kísérleti csoportok (A, C, D osztályok) mellett egy kontrollcsoport bevonása a vizsgálatba (B osztály), amelynek tanulói nem vettek részt a foglalkozásokon. A kontrollcsoport kiválasztása nem volt teljesen optimális tanulói összetétel szempontjából: míg az A, C, D osztályok emelt idegennyelvi, addig a B osztály természettudomány fókuszú

² Részletesebben lásd: Haver Alapítvány missziójáról: <http://haver.hu/rolunk#misszio>

³ Ez a *mixed methodon* belül az egymásra épülő magyarázó design esete (Creswell 2003).

osztály.⁴ Azért volt fontos, hogy a kontrollcsoportban is megvalósuljon az előzetes és utólagos mérés, mert a „kísérleti inger” (Haver-foglalkozások) mellett, más társadalmi-politikai hatások (lásd például választási kampányok, óriásplakátok) is érthették a diákokat időközben. Ezeknek a módszertani értelemben „zajoknak” a kiszűrését teszi lehetővé a kísérleti csoportokban elért eredmények kontrollcsoporttal való összevetése. Az általunk alkalmazott elrendezés tehát biztosítja a változások kontrollált időbeli összehasonlításának lehetőségét.

A többlépcsős hatásvizsgálat során *kvantitatív* és *kvalitatív* eszközöket is használtunk (osztályfőnök-interjú és két körben fókuszcsoportos beszélgetések a diákokkal). Kérdőíves adatfelvétel és fókuszcsoportos beszélgetések a foglalkozásokat megelőzően és azt követően is készültek (a fókuszcsoportok csak a kísérleti csoportokkal), az osztályfőnök-interjúkat – mivel ezek csak az iskolai kontextus felmérésére szolgáltak – csak egy alkalommal vettük fel.

Összesen 311 kérdőív készült el a kutatás során, melyből 99-et a Haver-foglalkozások előtt (előmérés), 103-at a két Haver-foglalkozás között (utómérés I), és 109-et a két Haver-foglalkozást követően töltöttek ki (utómérés II) (1. táblázat).

1. táblázat: A kérdőíves kutatás megvalósult kérdőív számai, hullámonként és osztályonként (N=311)

Osztályok	Előmérés (2016. november)	Utómérés I (2017. március)	Utómérés II (2017. december)	Összesen
A	32	33	33	98
B	24	25	27	76
C	22	22	22	66
D	21	23	27	71
Összesen	99	103	109	311

Az egyéni válaszadókra fókuszálva, 60 olyan diák volt, akik mindhárom kérdőívet kitöltötték, és összesen 70 diák vett részt mindkét Haver-foglalkozáson, 75-en csak az osztálytermi foglalkozáson és 77-en a zsidónegyed sétán.

A kvalitatív kutatás egyik pillérje az osztályokban készült fókuszcsoportok (két fókuszcsoportot tartottunk a három kísérleti osztályból véletlenszerűen kiválasztott diákok körében), a másik pedig a kísérletben részt vevő évfolyam osztályfőnökeivel készült interjúk. Fontos továbbá megemlíteni, hogy ugyanazok a diákok vettek részt a foglalkozást megelőző és az azt követő beszélgetésen. Egy-egy osztályból a fókuszcsoportos beszélgetéseken nagyjából négy-öt fő vett részt, azaz a kutatás kvalitatív részében mindössze tizenhárom diák. Ezt kiegészítve, a foglalkozás előtti és utáni asszociációkat⁵ is szemügyre vesszük (2. táblázat).

⁴ Az eredeti kutatási terv szerint, minden osztályból 5-6 tanulót terveztünk „kivenni” kontrollcsoportba, ez azonban szervezési okokból nem valósult meg. Az iskola kérésére lett a B osztály a kontrollcsoport.

⁵ A Haver Alapítvány „zsidó identitás” c. foglalkozása azzal kezdődik és zárul, hogy megkérik a diákokat, hogy írjanak fel kb. 3 asszociációt (ez lehet szó vagy akár mondat), ami a „zsidó” szóról eszükbe jut. A papíron jelzik a diákok, hogy melyikeket írták a foglalkozás előtt és melyikeket a foglalkozás után.

2. táblázat: A kvalitatív kutatás elrendezése és folyamata

Osztály	A (kísérleti)	B (kontroll)	C (kísérleti)	D (kísérleti)
Fókuszcsoport (előmérés)	2016. november 11., 5 fő	–	2016. november 25., 4 fő	2016. november 25., 4 fő
Haver identitás-foglalkozás: asszociációk	2016. november 15., 33 fő	–	2016. december 9., 32 fő	2016. december 6., cca 30 fő*
Fókuszcsoport (utómérés)	2016. december 5., 5 fő	–	2017. január 19., 4 fő	2017. január 19., 4 fő
Interjú az osztályfőnökkel	2016. november 12.	2017. február 2.	2016. december 5.	2016. december 5.

Megjegyzés: * A D osztályban technikai okokból nem készültek asszociációk.

Az 1. ábrán összefoglaljuk a kutatás menetét, annak céljából, hogy folyamatában mutassuk meg, mely elemekből állt össze a csaknem 3 éves hatásvizsgálat.



1. ábra: A hatásvizsgálat folyamata (2016–2017)

A hatásvizsgálat eredményei: az identitásfoglalkozáshoz kapcsolódó kutatási eredmények – kisebbségekkel kapcsolatos attitűdök

Az iskola szellemisége, tanórán kívüli programok

A vizsgált iskola szellemiségét és értékeit tekintve, az osztályfőnökök eltérő véleményt formáltak. Míg három osztályfőnök szerint nincsenek kifejezetten kimondott értékek, a negyedik szerint az iskola szabadságjogok mellett elkötelezett. Ami a diákokhoz való

hozzállást illeti, abban egyetértettek a résztvevők, hogy egy humánusabb iskoláról van szó: nem egy „versenyistálló”, de a magas tanulmányi színvonalat megtartva odafigyelnek a diákok igényeire. A beszélgetések alapján elmondható, hogy az osztályfőnökök tanítási filozófiáját mérsékelt diákközpontúság jellemzi. A tanárok egyöntetűen nyitottnak mutatkoztak a kisebbségekkel szemben.

A megkérdezett diákok általában véve szeretnek ebbe a gimnáziumba járni: „*az összes [...] diák szereti a sulit... mindenki részt vesz a programokon*” – mondta egy C osztályos diáklány. A közéleti dolgokkal kapcsolatban egyik csoportban sem volt kifejezett érdeklődés: főleg arról olvasnak/hallanak, ami a szüleiket is foglalkoztatja.

A diákok körében végzett fókuszcsoportos beszélgetések eredményei

A fókuszcsoportos beszélgetések elemzése rámutatott, hogy a diákok körében megoszlanak a vélemények, de ez nem osztályspecifikus. Vannak, akik szerint jó, ha egy ország sokszínű, de „*ha hasonlók az emberek, akkor nincsen konfliktus... szóval az jobb lehet*” (diák, fiú, A). Mindkét beszélgetésen a Magyarországot aktuálisan érintő kérdésem, a menekültek, bevándorlók helyzetén keresztül próbálták megközelíteni ezt a kérdést. A vélemények tulajdonképpen jól tükrözik a társadalomban is jelen lévő törésvonalakat és követik a médiában is hallható érveket és ellenérveket.

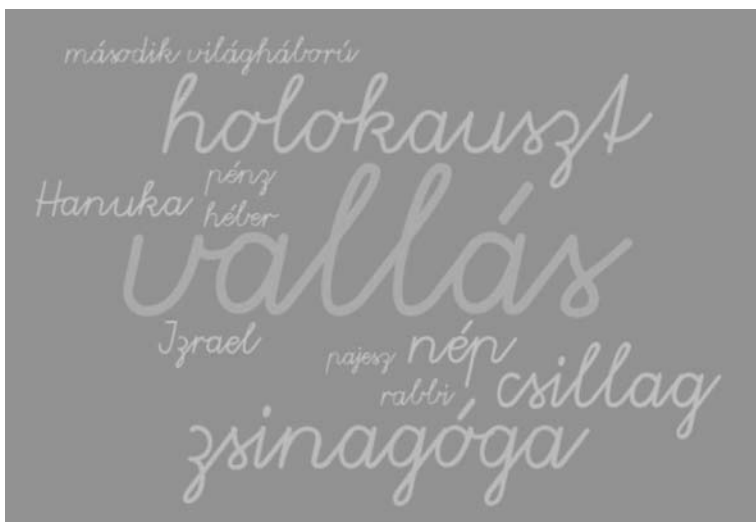
Mindegyik osztályban van valaki, aki egy valamilyen kisebbségi csoporthoz tartozik, de őket nem tartják „másnak”, mert ők már Magyarországon születtek, magyar a kultúrájuk stb. Ez nem azonosítható a menekültek helyzetével, akik egy sokkal távolibb kultúrából érkeznek: „*az arabok minden délben lefekszenek, és csinálják az imádságukat, vagy mit*” (diák, fiú, C), míg az ő (félig lengyel) osztálytársuk ilyet nem csinálna. Itt annak a mértéke a meghatározó, hogy mekkora a távolság az adott kultúra és az övek között. Továbbá volt olyan vélemény is, hogy az arabokkal szembeni ellenérzés vagy félelem érthető, nem elítélendő. Kirekesztés megítélésük szerint nincsen, de a „zsidózás”, „buzizás” már beivódott a szóhasználatba. „*Ezzel nem lehet mit csinálni. [...] Az ember nem áll meg, hanem elfogadja ezt a jelzöt.*” (diák, fiú, D) A másik csoportban – rákérdezésre – kiemelték a kínai osztálytárs pozitív hatását, miszerint tartott nekik egy kiselőadást, amikor a kínai történelmet tanulták. A zsidóságról még nem tanultak, mert nem tartanak ott történelemből, de sokaknak van zsidó ismerőse vagy akár rokona. Az egyikük arról számolt be, hogy nagyon bírja őt „*de neki is megvannak a tipikus zsidó vonásai*” (diák, fiú, D).

Abban konszenzus volt, hogy akinek vannak ismerősei, azok kevésbé lesznek elutasítók – ez egybecseng Allport (1954) kontaktushipotézisével. Ez igaz a társadalom szintjén is: minél egyformábbak az emberek egy országban, annál valószínűbb, hogy lesznek előítéletek a „másokkal” szemben. Illetve abban is egyetértettek, hogy a diákok attitűdjét főleg a szűkebb környezet (család és barátok) befolyásolja.

A foglalkozás után csak az egyik csoportban volt szó a kisebbségekkel kapcsolatos attitűdről, és ott mindenki nyitott volt arra, hogy esetleg egy másik vallású fiúval vagy lánnyal romantikus kapcsolatba lépjen, de szerintük ez megnehezíti a dolgokat. A nyílt hozzáállásban – miszerint „*nem az határozza meg az embert, hogy milyen vallású*” (diák, lány, A) – feltételezhető a Haver-foglalkozás hatása, hiszen a foglalkozás lényege az ehhez hasonló üzenetek átadása volt. Ugyanakkor, mivel egy terepkísérletnél nem szűrhetők ki az egyéb hatások, ez az összefüggés nem tekinthető biztosnak.

Asszociációk – rövid távú hatás

A következőkben a foglalkozás rövid távú hatásait fogjuk szemügyre venni az említett asszociációk alapján. Ez az eszköz – a fókuszcsoporthoz képest – alkalmas a rövid távú hatások mérésére, hiszen a foglalkozás friss élményei még ott élnek a fejekben. Az átlagosan 33 diák részvételével zajló foglalkozásokon összesen rendre körülbelül 200–240 szót írtak foglalkozás előtt és után (tehát fejenként nagyjából hármat-négyet⁶).



2. ábra: Aggregált szófelhő a háromszor vagy annál gyakrabban előforduló szavakból a foglalkozás előtti asszociációk alapján ($n = 199$). Megjegyzés: Az ábra a MAXQDA 12 és a Word It Out szoftverekkel készült

A 2. és 3. ábrán jól látszik, hogy a foglalkozás előtti asszociációk a zsidó vallás,⁷ a sztereotípiák és a Holokauszt⁸ (vagy tágabban a zsidó történelem) köré épültek. Ezzel szemben a foglalkozás után leírt asszociációk már jól tükrözik a Haver üzeneteit. A vallással kapcsolatos asszociációk háttérbe kerülnek, és a zsidóságnak egy plurálisabb értelmezése kerül előtérbe. A vallás mellett – ami ugyan továbbra is dominál – megjelennek a „kultúra” és „hagyomány” szavak, illetve a „nép” szó is gyakrabban fordul elő: ezek a Haver-identitás-foglalkozáson előforduló pilléreknek felelnek meg. Ezeken túl az „identitás”, a „közösség” és a „személyes érzés” is megjelenik, mint identitásformáló elemek. A második világháborúval kapcsolatos asszociációk szinte teljesen eltűnnek, és előkerülnek humánus értékek, mint például a szolidaritás vagy az egyenlőség. Az „emberek” és a „mint mindenki” általánosan arra utalt, hogy a zsidók is ugyanolyan emberek, mint mindenki más.

⁶ Az asszociációk lehetnek mondatok is, de a leggyakoribb – szintén az önkéntesek utasításaitól függően –, hogy szavakat írnak.

⁷ A történelem előrehaladtával a zsidók egyre inkább vallásként definiálták a zsidóságukat (Webber 2003).

⁸ A Holokauszt azért került az első asszociációk közé, mert a diákok főleg ezen keresztül hallanak először a zsidóságról a Holokauszt Emléknapi keretében. Továbbá sok zsidónak a Holokauszton keresztül alakul ki a zsidó identitása. (Lásd erről egy friss kutatást: Kovács–Barna 2018.)



3. ábra: Aggregált szófelhő a háromszor vagy annál gyakrabban előforduló szavakból a foglalkozás utáni asszociációk alapján ($n = 238$). Megjegyzés: Az ábra a MAXQDA 12 és a Word It Out szoftverekkel készült

Ha nem is lehet messzemenő következtetéseket levonni két osztály asszociációjából, azok egyrészt alapot adhatnak a kvantitatív eredményekkel való összevetéshez, másrészt jól illusztrálják, hogy osztályonként is eltérések vannak a foglalkozásokban és azok hatásában. Ez természetesen a diákokra is igaz: mindenkit másképp és más fog meg a 90 perc alatt elhangzottakból.

A kérdőíves kutatás eredményei

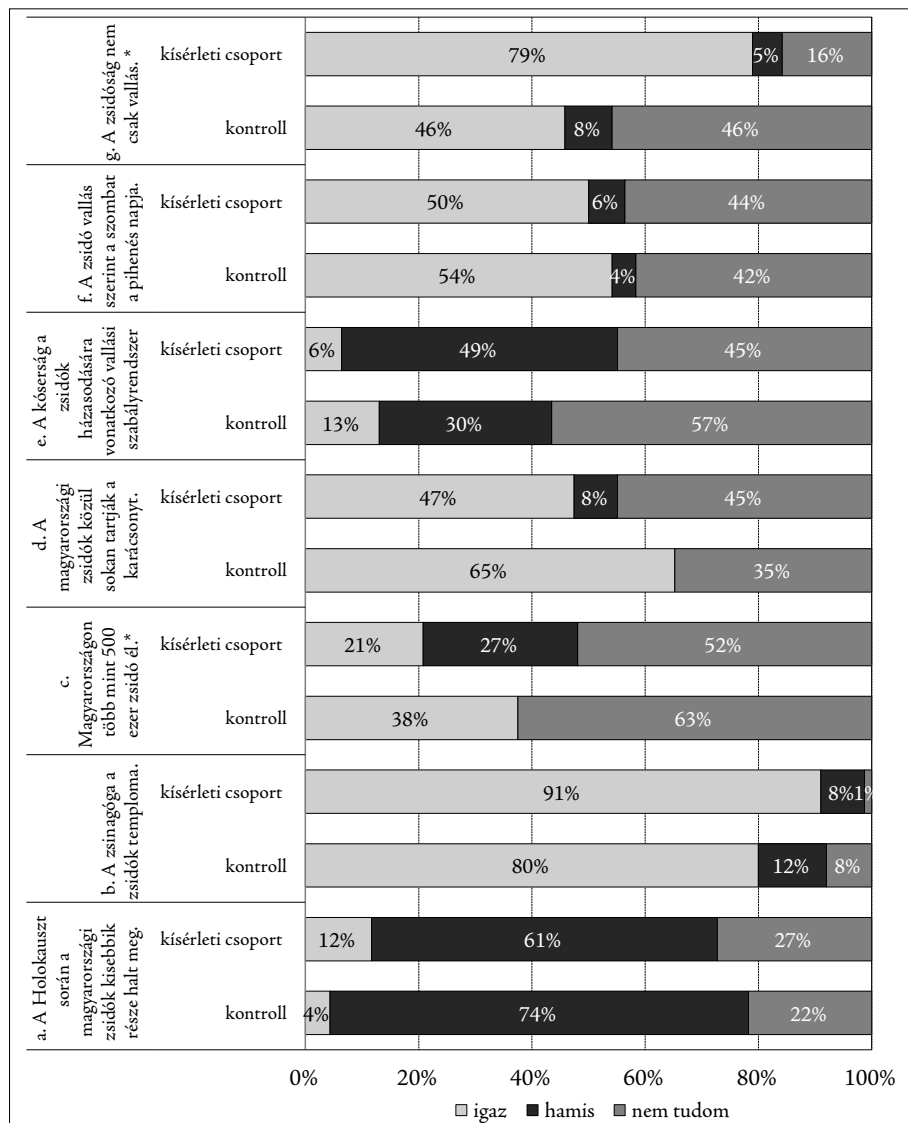
Kvantitatív eszközökkel azt próbáltuk megragadni, hogy történt-e bármilyen elmozdulás a zsidókkal – és általában a kisebbségekkel – kapcsolatos véleményekben, illetve nőtt-e

3. táblázat: Az ismeretszintet mérő állítások (igaz vagy hamis)

Állítások	Igaz vagy hamis
a) A Holokauszt során a magyarországi zsidók kisebbik része halt meg.	Hamis
b) A zsinagóga a zsidók temploma.	Igaz
c) Magyarországon több mint 500 ezer zsidó él.	Hamis
d) A magyarországi zsidók közül sokan tartják a karácsonyt.	Igaz
e) A kóserság a zsidók házasságára vonatkozó vallási szabályrendszer.	Hamis
f) A zsidó vallás szerint a szombat a pihenés napja.	Igaz
g) A zsidóság nem csak vallás.	Igaz

a zsidósággal kapcsolatos ismeretszint a foglalkozások hatására. Ennek mérését a pre-és poszt (I, II) kérdőívekben megismételt kérdésblokkok teszik lehetővé.⁹

A zsidósággal kapcsolatos ismereteket több kérdéssel mértük a foglalkozások előtt és után (3. táblázat).



4. ábra: A zsidósággal kapcsolatos ismeretek a kísérleti ($N = 78$) és a kontrollcsoportban ($N = 25$), az első utómérés alapján, százalékban, 2017. március–április. Megjegyzés: * Szignifikáns eltérés, Khí-négyzet-próba alapján ($p < 0,05$)

⁹ Az elő- és utókérdőívet helyhiány miatt nem közöljük, ugyanakkor olvasói kérésre elküldjük.

A kísérleti csoport válaszait a kontrolléhoz hasonlítva, jól látszik, hogy a foglalkozáson részt vevők sokkal többet tudtak a zsidósággal kapcsolatban: a különbség szignifikáns a zsidók magyarországi létszámára (c) és a vallásra vonatkozó (g) állítások esetében. Fontos felhívni a figyelmet a „nem tudom” válaszok arányaiban látható nagy eltérésekre: a foglalkozáson részt vevők sokkal nagyobb arányban válaszoltak érdemben a zsidósággal kapcsolatos kérdésekre, mint a kontrollcsoport tagjai (4. ábra).

A zsidósággal kapcsolatos ismeretszint változása (3. táblázat) kutatásunk egyik kulcskérdése, ezért mindhárom kérdőív tartalmazta. A helyes választ adókra fókuszálva ismeretszintváltozásának elemzését, azaz a „nem tudom” válaszokat és a helytelen válaszokat összevontuk abból a célból, hogy tisztább képet kapjunk a helyes választ adók arányáról.

Az ismeretszintet mérő állításokból létrehoztunk egy összetett mérőeszközt (indexet) a zsidókkal kapcsolatos tudást, ismereteket mérő állításokból. A 0–7 értékű indexet egyszerű összeggel hoztuk létre, melynek célja az információ tömörítése és a tanulók ismeretszintjében esetlegesen bekövetkezett változás mérése volt. A 4. táblázat sorait és (a t-próba eredményeit) összevetve, egyértelműen látszik, hogy az összevont mutató szerinti Ismeret-index csak a kísérleti csoportban nőtt jelentősen, míg a kontrollcsoport tagjainak ismeretszintje nem mozdult el érdemben. A foglalkozáson részt vevő csoportok tagjai a foglalkozás után átlagosan több helyes választ adtak a zsidósággal kapcsolatos kérdésekre.

4. táblázat: Zsidókkal kapcsolatos ismeretszintkérdések: átlag (0–7 indexen) (elő- és utómérés I., N = 85)

	PRE-TESTZT átlag (szórás)	POSZT-TESTZT átlag (szórás)	Páros t-próba: (p érték)
Kontrollcsoport (N = 19)	3,36 (1,605)	3,57 (1,609)	1,043 (0,297)
Kísérleti csoport (N = 66)	3,187 (1,25)	3,88 (1,29)	4,983 (0,000)*
Összesen	3,22 (1,33)	3,81 (1,36)	4,956 (0,000)*

Megjegyzés: * Szignifikáns eltérés, páros t-próba alapján ($p < 0,05$) („Nem tudom” válaszok nélkül)

5. táblázat: Zsidókkal kapcsolatos ismeretszintkérdések: átlag (0–7 indexen) (elő- és utómérés I és II, N = 60)

	PRE-TESTZT átlag (szórás)	POSZT I- TESTZT átlag (szórás)	POSZT II- TESTZT átlag (szórás)	Páros t-próba: (p érték)
Kontrollcsoport (N = 19)	3,40 (1,8)	3,50 (1,72)	4,00 (1,25)	1,406 (0,193)
Kísérleti csoport (N = 66)	3,22 (1,36)	4,02 (1,33)	4,58 (1,52)	5,542 (0,000)*
Összesen	3,25 (1,44)	3,93 (1,40)	4,48 (1,48)	5,649 (0,000)*

Megjegyzés: * Szignifikáns eltérés, páros t-próba alapján ($p < 0,05$) („Nem tudom” válaszok nélkül)

Ugyanezt a mérést megismételtük azokra a diákokra, akik mindhárom kérdőívet kitöltötték. A kísérleti és a kontrollcsoportokban mért ismeretszint változásának eredményét az 5. táblázatban foglaltuk össze. Ebben az esetben a statisztikai próbával az elő- és a második utómérés értékeit hasonlítottuk össze. A táblázat sorait összevetve egyértelműen látszik, hogy az összevont mutató szerinti Ismeret-index csak a kísérleti csoportban nőtt jelentősen, míg a kontrollcsoport tagjainak ismeretszintje nem mozdult el érdemben. A foglalkozáson részt vevő csoportok tagjai a foglalkozás után átlagosan majdnem 1,5-del több helyes választ adtak a zsidósággal kapcsolatos kérdésekre a harmadik mérés-kor, mint az első mérés-kor.

Összegzés és további lépések

Mind a kvalitatív, mind a kvantitatív eredmények azt mutatják, hogy a foglalkozás hatására a diákok pontosabb információval rendelkeznek a Magyarországon élő zsidók számát illetően: nevezetesen, hogy kevesebben vannak, mint eredetileg gondolták. A foglalkozás egyik célja, hogy a zsidóságnak többféle értelmezését is bemutassa, ezzel összhangban, akik részt vettek a foglalkozáson, hajlamosabbak voltak egyetérteni a „zsidóság nem csak vallás” tartalmú állítással. A fókuszcsoportos beszélgetések elemzésének is egy fő tanulsága volt, hogy a zsidóság többféleképpen értelmezhető („bárki lehet zsidó”), de amikor jobban kifejtették, hogy ez alatt mit értenek, akkor többen visszakanyarodtak a valláshoz (vagy annak valamilyen formájához) való asszociációhoz.

A fókuszcsoportok résztvevőinek többsége megemlítette otthon, hogy részt vettek egy ilyen foglalkozáson, de a részletekbe nem mentek bele. Egyik osztályban sem volt lehetőség a megbeszélésre, amit néhányan hiányoltak. Ez talán fontos lett volna ahhoz, hogy a hallottakat feldolgozzák, és később jobban emlékezzenek a „tanulakra”. Az eredmények azt sugallják, hogy a foglalkozás ugyan elgondolkoztatta őket, de nem ösztönözte proaktivitásra.

Ami a Haver-foglalkozást illeti, a visszajelzések alapján mindenkinek nagyon tetszett a foglalkozás. Úgy tűnik, hogy a diákoknak igényük van informális típusú oktatásra is, ahol lehet kérdezni, illetve ahol olyan témát dolgoznak fel, amiről nem beszélnek minden nap. Az eredmények összességében azt mutatják, hogy míg rövid távon mindenképpen eléri a hatását a Haver-foglalkozás, hosszú távon már nem egyértelmű – azonban fontos kihangsúlyozni, hogy a diákok egy 90 perces foglalkozáson vesznek részt. Míg az ismeretek növelését részben sikerült elérni, a zsidóság többértéű értelmezését csak felületesen sikerült átadni. Továbbá a szóhasználatukból kiderült, hogy még a foglalkozás után is nehezen ejtették ki a zsidó, tolerancia stb. szavakat: inkább csak úgy utaltak rá, hogy „ez a téma”. Ahhoz, hogy a diákok ezen berögződései megváltozzanak, kutatásunk szerint kevés egy 90 perces foglalkozás: foglalkozni kellene a tanároknak is ezekkel a témákkal, illetve fontos lenne, hogy legyen lehetőség a kibeszélésre. Valamint, feltételezésünk szerint ismételt foglalkozásokkal is növelhető lenne a hatás.

A 2018/2019-es tanévben „dilemma kávézó” tartottunk, melynek során a diákok által alkalmazott vitatkozást, érvelési technikákat komplex tartalomelemzésnek vetjük majd alá. Ennek megvalósítása folyamatban van, ezért a teljes kutatásnak a komplex elemzése 2020 elején várható.

IRODALOM

- ALLPORT, G. W. (1977) *Az előítélet*. Fordította és az utószót írta Csepe György. Budapest, Gondolat Kiadó.
- CRESWELL, J. W. (2003) *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Approaches*. (2nd ed.) Thousand Oaks, Calif, Sage.
- Haver Alapítvány honlapja: www.haver.hu
- KOVÁCS A. & BARNA I. (2018, eds) *Zsidók és zsidóság Magyarországon 2017-ben. Egy szociológiai kutatás eredményei*. Budapest, Szombat.
- STARK T. (2002) Kísérlet a zsidó népesség számának behatárolására 1945 és 2000 között. In: KOVÁCS A. (ed.) *Zsidók a mai Magyarországon: az 1999-ben végzett szociológiai felmérés eredményeinek elemzése*. Budapest, Múlt és Jövő. pp. 101–127.
- WEBBER, J. (2003) Mennyire transznacionális a modern zsidó diaszpóra? *Szombat*, 2003. szeptember 1. <https://www.szombat.org/archivum/jonathan-webber-mennyire-transznacionalis-a-modern-zsido-diaszpora-1352774060>

AZ ISKOLAI KÖZÖSSÉGI SZOLGÁLAT DIÁKATTITÚDJÉNEK VIZSGÁLATA VÉGZŐS KÖZÉPISKOLÁSOK KÖRÉBEN

BODÓ MÁRTON^a – MARKOS VALÉRIA^{b,*}

^aOktatáskutató és Fejlesztő Intézet

^bDebreceni Egyetem

Kutatásunk 12. és 13. évfolyamos középiskolás diákok közösségi szolgálatra vonatkozó véleményeit elemzi. Az elemzett adatok azt mutatják, hogy a diákok számára az élmények bár örömteliek voltak az IKSZ-ben, annyira nem volt érdekes a tevékenység, hogy azt folytassák. A készségfejlődés kapcsán különbségek mutathatók ki a nem, az iskolatípus és az iskolafenntartó szerint. Az adatok azt mutatják, hogy a lányoknál az állampolgári készségek, a szakgimnazistáknál a pályorientációs készségek, míg az egyházi fenntartású intézmények tanulóinál az előítélet-mentes és állampolgári készségek fejlődtek.

Kulcsszavak: iskolai közösségi szolgálat, attitűd, készségfejlődés

Our research analyzes the views of 12th and 13th-grade high school students about school community service. The data analyzed shows that for students, the experiences were joyful, but the activity was not so interesting to continue with. There are differences along with skills development by gender, school type, and school maintainer. The data show that among the girls have grown the civic skills, among the vocational school students grown the career orientation skills, and among the students in church-based institutions grown have developed unprejudiced and civic skills.

Keywords: school community service, service-learning, attitudes, skills development

Bevezetés

Hazánkban az iskolai közösségi szolgálat (IKSZ) 2012-es bevezetése óta kevés olyan országos vizsgálat készült, mely a tanulók közösségi szolgálattal kapcsolatos tapasztalatait vizsgálja. Korábban vizsgáltuk a szolgálat gyakorlati megvalósulását, a felkészítő és feldolgozó órák szerepét, a területválasztási aspiráció-

* Levelező szerző: Markos Valéria, Debreceni Egyetem, 4032 Debrecen, Egyetem tér 1.
E-mail: markosvaleria.90@gmail.com

kat, a szolgálati célok megvalósulását, és felhívtuk arra is a figyelmet, hogy milyen hiányosságokkal küzd a program (Bodó et al. 2017). Arra azonban nem tértünk ki, hogy a közösségi szolgálattal kapcsolatban milyen attitűdökkel rendelkeznek a fiatalok, illetve milyen készségfejlődésről számoltak be a szolgálat teljesítését követően. Jelen tanulmányunk elsődleges célja ezek vizsgálata.

Korábbi kutatási eredményeink azt mutatták, hogy a középiskola típusa jelentős mértékben befolyásolja a fiatalok közösségi szolgálattal kapcsolatos tapasztalatait és attitűdjeit, hiszen a szakképzésbe járó diákok igyekeznek a saját szakterületüknek megfelelő területet választani (például az egészségügyi szakgimnáziumba járó diák egészségügyi területen végzi a szolgálatot) (Markos 2016). Velkey (2014) kutatásai azt mutatták, hogy a diákok saját bevallásuk szerint toleránsabbak, elfogadóbbak, türelmesebbek lettek, élettapasztalatot szereztek a programban való részvétel által. Karlowits-Juhász (2015) szerint a kötelező iskolai közösségi szolgálat kontextusában is elmondható, hogy a lányok magasabb empátiával és beleélő képességgel rendelkeznek, mint a fiúk. Ezt az eredményt Zsolnai (1998), valamint Zsolnai és Kasik (2006) vizsgálatai általánosságban is alátámasztják, vagyis ebben az életkorban a lányok empatikusabbak, együttműködőbbek és jóindulatúbbak a fiú társaiknál.

A hazai és nemzetközi szakirodalom felhívja a figyelmet arra, hogy a közösségi szolgálat számos készséget (például kommunikáció, együttműködés, empátia, konfliktuskezelés, tolerancia stb.) fejleszt (Markus–Howard–King 1993; Matolcsi 2013). Sigmon (1994) tipológiája szerint azonban nem lehet egységesen megítélni a szolgálati programokat, mert attól függően más és más kimenetele lesz a programnak, hogy mi a célja, elsősorban szolgálat vagy elsősorban tanulás, vagy mindkettő.

Korábbi kutatási eredményeink szerint a készségfejlődés tekintetében a legtöbb diák a kommunikációs készséget, a másokra való odafigyelést és az együttműködést hangsúlyozta. A gimnazisták fogalomhasználatában gyakrabban jelenik meg a közösségi szolgálat és az önkéntességgel kapcsolatos fogalmak, míg a szakgimnáziumi és szakközépiskolai tanulók elsősorban a munka és kötelező jellegét hangsúlyozzák a tevékenységnek. A lányok sokkal nagyobb százalékban végeznének később önkéntes munkát (59%), mint a fiúk (41%). A szakgimnáziumok, szakközépiskolák és a gimnáziumok között éles különbség viszont nem rajzolódott ki (Bodó et al. 2017).

Hipotézisek, adatbázis, módszerek

Eddigi kutatásaink alapján azt gondoljuk, hogy a nem, a lakóhely, az oktatási intézmény típusa befolyásolja a közösségi szolgálattal kapcsolatos attitűdöket, hiszen számos paraméterét a közösségi szolgálat megvalósításának az iskola dönti el (területek, fogadó intézmények köre stb.). Feltételezzük, hogy bizonyos jellemvonásokra (empátia, együttműködő készség, jóindulat stb.) a közösségi szolgálat során kiemelt szükség van, a lányok pozitívabb attitűdöket kapcsolnak a szolgálathoz (vö. Zsolnai–Kasik 2006).

Korábbi kutatási eredményeink szerint (Markos 2015; Bodó 2016) az oktatási intézmény típusa alapvetően befolyásolta a közösségi szolgálattal kapcsolatos tapasztalatokat. Feltételezzük, hogy a szakgimnazista/szakközépiskolás diákok negatívabb attitűdökről adnak számot, mely elsősorban a szakmai gyakorlatuknak és esetlegesen más típusú tanári attitűdnek köszönhető. Ez előbbi nehezíti számukra a közösségi szolgálat szabadidejükben történő végzését – nagyobb terhet róva rájuk mint gimnazista társaikra,

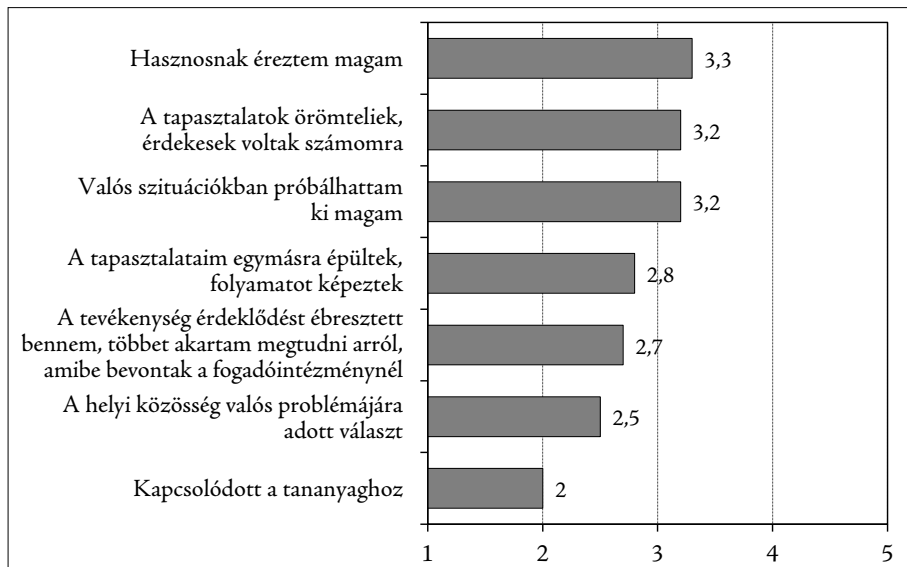
akiknek nincsen ilyen jellegű kötelezettségük. Utóbbi pedig jelentősen nehezíti a diákok pozitív hozzáállását, mert ebben nem vagy csak elvétve kapnak pedagógiai megerősítést.

Korábbi kutatásaink során vizsgáltuk, hogy a közösségi szolgálat milyen készségeket fejleszt (lásd még Bodó 2018). Az eredmények azt mutatták, hogy hasonlóan az önkéntességhez (Fényes et al. 2015) elsősorban a szociális, az állampolgári, a munkaerőpiaci és az interkulturális készségeket fejleszti a szolgálat. Jelen kutatásunkban hasonló készségcsoportok kialakulását várjuk, és feltételezzük, hogy a háttérváltozók mentén jelentős különbségek mutathatók ki a készségcsoportok kapcsán.

Kutatásunkban a 2016/17-es tanévben 12. és 13. évfolyamos középiskolás diákokat kérdeztünk meg országos szinten ($N = 1424$). Elemszámtartó, súlyozott adatbázisunk nemre és iskolatípusra (gimnázium, szakgimnázium/szakközépiskola) vonatkozóan országosan reprezentatív. A megkérdezés önkéntes alapon történt, így a reprezentativitást ez befolyásolja, ahogy a kitöltés körülményei is torzítást eredményezhettek. Árnyalja a képet, hogy a beérkező adatok alapján elsősorban csoportos, osztályonkénti kitöltésre került sor, ami lehetővé teszi a különböző vélemények megjelenését a diákok legszélsőségesebb megnyilvánulásait is beleértve. Ezekkel a tényezőkkel számolnunk kell a végső következtetések levonásakor. Vizsgálati módszereink: alapstatisztikák, főkomponenselemzés és varianciaelemzés.

Eredmények

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy előzetes elvárásainak mennyiben felelt meg és milyen tapasztalatokkal rendelkeznek a diákok a közösségi szolgálattal kapcsolatban (1. ábra). Az 1. ábrán látható, hogy a diákok megítélésük szerint többnyire hasznos tevékenységet végeztek az 50 óra alatt, és a való élet alkotta helyzetekben próbálhatták ki magukat



1. ábra: A közösségi szolgálattal kapcsolatos attitűdök 1–5 fokú skálán (1 = egyáltalán nem felelt meg, 5 = maximálisan megfelelt) ($N = 1424$). Forrás: EKE OFI 2017

(a közösségi szolgálatnak többek között ez az egyik főbb célja). A tevékenységek során szerzett élmények többnyire örömteliek és érdekesek voltak számukra. Ugyanakkor kevésbé érezték úgy, hogy a tapasztalatok egymásra épültek, és egy tanulási folyamat részét képezik. Az adatok azt mutatják, hogy a diákok számára kevésbé volt érdekes a tevékenység, hogy abba mélyebben bevonódjanak, és akár tovább tevékenykedjenek a fogadó szervezetnél. A diákok kevésbé érezték azt, hogy a végzett tevékenység megoldást jelenthet a helyi közösség problémáira. Ebben a tekintetben szemléletváltásra lenne szükség. Jelenleg az iskolák többsége nem az igények alapján szervezi az IKSZ-et, hanem a diákok kötelezettségéhez keres feladatot. Az igények szerinti közösségi szolgálat szervezésében az iskolai vagy települési börzék jelenthetnek hatékony megoldást. Az ábra azt is mutatja, hogy a diákok nem tudták összekapcsolni a szerzett tapasztalatokat a tananyaggal, mely szintén a felkészítő és feldolgozó órák feladata lenne. Ezzel kapcsolatban az elvárások csak mérsékeltek lehetnek, mert a magyar iskolai közösségi szolgálat tanításon kívüli tevékenységnek számít.

A további eredmények azt mutatták, hogy az iskola típusa nem függ össze az attitűdökkel, tehát nem mutatható ki a gimnazista és szakgimnazista/szakközépiskolás,¹ tanulók tapasztalatai között különbség.

A nem változó azonban befolyásolta a közösségi szolgálathoz való hozzáállást. Az átlagosnál pozitívabb véleménnyel a lányok 56%-a, míg a fiúk 44%-a nyilatkozott a

1. táblázat: A készségitemek együttjárása* (faktorsúlyok) (N = 1 424)

Készségek	Állampolgári készségek	Pályaorientációs készségek	Előítélet-mentes készségek
Kommunikációs készség	0,529		
Kapcsolatépítés	0,514		
Együtműködő készség	0,483		
Konfliktuskezelés	0,556		
Odafigyelek másokra	0,556		
Tolerancia	0,502		
Önismeret	0,459		
Állampolgári tudatosság	0,454		
Döntésképesség	0,543		
Pályaválasztási döntéshozás		0,549	
Tanár-diák kapcsolat		0,619	
Előítélet csökkenése			0,679

* Főkomponensmódszerrel történő faktoranalízis rotálás nélkül. A három faktor által magyarázott variancia 41,61%. Adott faktorba azon változók kerültek, melyek kommunalitása nagyobb mint 0,25. A három faktor saját értéke > 1. Forrás: EKE OFI 2017

Megjegyzés: A főkomponensek előállítási módszere: Principal Component Elemzés

¹ Kutatásunkban szakközépiskolás diákokat is megkérdeztünk, hiszen a szakközépiskolák egy részében lehetőség van plusz kétéves, érettségig adó nappali képzésben részt venni, és számukra is kötelező az iskolai közösségi szolgálat.

közösségi szolgálat kapcsán szerzett tapasztalatokról ($p = 0,000$). Ez az eltérés adódhat a nemek közötti eltérő személyiségvonásokból is, melyet *Zsolnai és Kasik (2006)* kutatási eredményei is igazoltak.

Az attitűdök vizsgálatát követően azt vizsgáltuk, hogy az általunk felsorolt kilenc készségiteimből milyen csoportok rajzolódnak ki. Főkomponens-elemzés segítségével *Fényes és munkatársai (2015)* csoportosításához hasonlóan – ahol a szerzők három fő kompetenciacsoportot vizsgáltak: interkulturális, állampolgári és szociális – három készségcsoport alakult ki: állampolgári, pályaeorientációs és az előítélet-mentes készségek csoportjai. Az itemek megoszlása alapján az első csoportot az állampolgári készségek csoportjának neveztük el, hiszen olyan készségek tartoznak közé, melyek elengedhetetlenek a felelős állampolgári léthez. Tartalmaznak egyrészt szociális készségeket (együttműködés, empátia, kommunikációs készség, másokra való odafigyelés stb.) és civil aktivitásra mutató készségeket is (állampolgári tudatosság, döntéshozó képesség stb.). A második készségcsoportot a pályaeorientációs készségek alkotják. Ide olyan itemek tartoznak, mint a pályaválasztási döntéshozás képessége és a jó tanár-diák kapcsolat. Ez utóbbi fontos támogató faktorként jelenhet meg a pályaeorientáció kapcsán, hiszen a támogató pedagógusi attitűd sokszor tanulói életutakat is befolyásol. A harmadik készségcsoportba egyetlen item került, az előítélet csökkenése (*1. táblázat*).

Varianciaanalízis segítségével vizsgáljuk a főkomponenseket háttérváltozók (nem, oktatási intézmény típusa, fenntartója) menti bontásban. Szignifikáns az összefüggés a három főkomponens és a nem változó között. A három készségcsoport az állampolgári készségekkel és a pályaeorientációs készségekkel mutatott statisztikai összefüggést. Ennek értelmében míg a lányoknak átlag feletti mértékben fejlődtek az állampolgári készségeik, és átlag alatti mértékben a pályaeorientációs készségeik, addig a fiúknak a pályaeorientációs készségeik fejlődtek átlag feletti mértékben, és az állampolgári készségeik kevésbé (*2. táblázat*).

Ennek okát a nemek közötti biológiai és szociális érés időszakának különbségei okozhatják, hiszen a lányok érése megelőzi a fiúkét, továbbá magyarázhatja az is, hogy a lányok szociális kompetenciái fejlettebbek, mint a fiúké. A fiúk véleménye szerint elsősorban a pályaeorientációs készségeik fejlődését segíti a szolgálat. Valószínűsíthető, hogy a fiúk a lányokkal ellentétben a szolgálat keretén belül nagyobb hangsúlyt fektetnek arra, hogy

2. táblázat: A főkomponensek értékei nemek szerint

Nem		Állampolgári készségek	Pályaeorientációs készségek	Előítélet-mentes készségek
Fiú	Átlag	-1,112	0,147	-0,017
	N	702	702	702
Lány	Átlag	0,109	-0,143	0,017
	N	722	722	722
Összesen	Átlag	0,000	0,000	0,000
	N	1 424	1 424	1 424
ANOVA		0,000	0,000	0,508

Forrás: EKE OFI 2017

3. táblázat: A főkomponensek értékei az oktatási intézmény típusa szerint

Iskolatípus		Állampolgári képességek	Pályaorientációs képességek	Előítélet-mentes képességek
Gimnázium	Átlag	0,065	-0,079	0,052
	Elemiszám	515	515	515
Szakgimnázium, Szakközépiskola	Átlag	-0,037	0,044	-0,029
	Elemiszám	909	909	909
Összesen	Átlag	0,000	0,000	0,000
	Elemiszám	1 424	1 424	1 424
ANOVA		0,062	0,024	0,139

Forrás: EKE OFI 2017

összekapcsolják a tanulmányi vagy érdeklődési területükkel a végzett tevékenységet, vagy épp a szolgálat során jönnek rá arra, hogy a program segítheti a pályaeorientációjukat.

Tovább vizsgálva a képzett főkomponensek és az oktatási intézmény típusa közötti összefüggéseket látható, hogy az intézmény típusa és a pályaeorientációs képességek között is kimutatható jelentős összefüggés. Átlag alatti mértékben a gimnazistáknak fejlődtek a pályaeorientációs képességeik, míg a szakgimnazistáknak/szakközépiskolásoknak átlag feletti arányban fejlődött ez a fajta képessége. Az állampolgári és előítéletmentes képességek kapcsán nem mutatható ki eltérés a különböző oktatási intézmények típusai mentén (3. táblázat).

Korábbi kutatási eredményeink (Markos 2016) rávilágítottak arra, hogy a szakközépiskolában/szakgimnáziumban tanuló diákok arra törekcsenek, hogy a közösségi szolgálati tevékenységeiket összekapcsolják a tanult szakmájukkal. Feltehetően ez magyarázza fenti eredményeinket, miszerint a pályaeorientációs képességek a szakmát tanulók körében fejlődtek jobban. A közösségi szolgálat lehetőséget nyújt egyrészt arra, hogy a kötelező szakmai gyakorlaton túl a választott szakterületen több munkaóraban tevékenykedjenek, mely hozzájárulhat ahhoz, hogy megerősítse őket a pályaválasztásukban. Másrészt a különböző fogadóintézményeknél töltött szolgálat során lehetőségük nyílt arra is, hogy olyan szakmai kapcsolatokat építsenek ki, mely a munkaerőpiacra lépést követően megtérülhet számukra.

Sigmon (1994) modelljének figyelembevételével úgy véljük, először abban kellene döntenie az iskolának, hogy milyen céllal szervezik meg a szolgálatot. A két képzési típus között mutatkozó közösségi szolgálatra vonatkozó eredmények adaléku szolgálhatnak a képzési típusok közötti általános különbségek megajzolásához.

Az oktatási intézmény típusán túl vizsgáltuk az egyes képességszoptortok összefüggéseit iskolafenntartó szerinti bontásban, ahol az állami, az egyházi és az alapítványi iskolák mentén tártuk fel a különbségeket. A kialakult képességszoptortok közül az állampolgári képességek szoptortja és az előítélet-mentes képességszoptort mutatott szignifikáns összefüggést az iskolafenntartók típusaival. A 4. táblázat alapján megállapítható, hogy az állampolgári képességek fejlődéséről elsősorban az állami és az egyházi fenntartású intézmények tanulói számoltak be átlag feletti mértékben, míg az alapítványi intézmények tanulói körében átlag alatti arányban fejlődött ez a képességszoptort. Az előítélet-mentes képességek fejlődése kapcsán pedig az látható, hogy az egyházi fenntartású

4. táblázat: A főkomponensek értékei iskolafenntartók szerint

Iskolafenntartó		Állampolgári képességek	Pályaorientációs képességek	Előítélet-mentes képességek
Állami	Átlag	0,025	0,017	-0,015
	Elemszám	1 077	1 077	1 077
Egyházi	Átlag	0,011	-0,071	0,010
	Elemszám	235	235	235
Alapítványi	Átlag	-0,322	-0,027	-0,245
	Elemszám	75	75	75
Összesen	Átlag	0,004	0,000	-0,007
	Elemszám	1 387	1 387	1 387
ANOVA		0,015	0,452	0,028

Forrás: EKE OFI 2017

iskolákban nőtt átlag feletti mértékben ez a képességcsoport. Feltehetőleg ennek az az oka, hogy az egyházi fenntartású iskolák, hitbéli meggyőződésükből kifolyólag nagyobb hangsúlyt fektetnek az előítélet-mentes nevelésre és a szociális, állampolgári képességek fejlesztésére. Azt sejtjük, hogy ez a nevelési elv a fogadóintézményi kínálatnál is megmutatkozhat, és ez okozza azt, hogy az itt tanulók nagyobb képességfejlődésről számoltak be az említett két területen. A táblázat azt is mutatja, hogy az alapítványi fenntartású intézmények esetén minden képességcsoport átlag alatti mértékben fejlődött. Ennek okainak feltárása a jövőbeni fontos kutatási célunk.

Összegzés

Összességében látható, hogy a közösségi szolgálattal kapcsolatos attitűdök mentén nemi különbségek mutathatók ki. A diákok előzetes elvárásaikhoz képest alapvetően hasznosnak, örömtelinek és élvezetesnek tartják a közösségi szolgálatot, ami jó kiindulópont lehet képességeik fejlesztéséhez.

Hipotézisünk, miszerint a *Fényes és munkatársai (2015)* által képzett faktorok a közösségi szolgálat kapcsán kirajzolódnak, nem igazolódt be. Bár az állampolgári képességcsoport a mi vizsgálatunkban is megjelent, azonban magába foglalta a szociális képességeket is. Az állampolgári képességek mellett előítélet-mentes és pályaorientációs főkomponenseket különböztettünk meg. Míg a lányoknál átlag felett fejlődtek az állampolgári képességeik, addig a fiúknak a pályaorientációs képességeik fejlődtek nagyobb arányban, melyet biológiai és szociális okokkal magyarázatunk. A pályaorientációs képességek fejlődése az oktatási intézmény típusával mutatott összefüggést, azaz elsősorban a szakgimnazista/szakközépiskolás diákok esetében mutatható ki képességfejlődés. Ennek okát a szakirány és a közösségi szolgálati tevékenység könnyebb összeegyeztethetőségében látjuk. További eredményünk, hogy az egyházi fenntartójú intézmények tanulói körében nagyobb arányban nőttek az állampolgári és előítélet-mentes képességek, mint az egyéb fenntartójú intézményekben, mely az egyházi intézmények nevelési elveivel hozható összefüggésbe.

A kutatási eredmények reményeink szerint abban tudnak segítséget nyújtani a program helyi kialakítóinak, hogy milyen irányba fejlesszék az általuk kialakított programokat annak érdekében, hogy az általuk kitűzött nevelési célokat elérhessék.

IRODALOM

- BODÓ M. (2016) A pedagógusszerep és az Iskolai Közösségi Szolgálat. *Kapocs folyóirat*, Vol. 15. No. 69. pp. 3–14.
- BODÓ M. (2018) Iskolai Közösségi Szolgálat – fenntarthatóság és minőség dilemmája a köznevelésben. In: OLLÉ J. & MIKA J. (eds) *Iskolakultúra és környezetpedagógia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. pp. 29–40.
- BODÓ M., MARKOS V., MÉZES J., SÁROSI T. & SZALÓKI M. (2017) Az iskolai közösségi szolgálat a 9. és 12. évfolyamos diákok véleménye tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, Vol. 67. No. 9–10. pp. 41–71.
- FÉNYES H., KOVÁCS K., DUSA Á. R., FEKETE A., KARDOS K., KOVÁCS E., MÁRKUS ZS., MORVAI L., NAGY Z., SEBESTYÉN K. & VARGA E. (2015) Felsőoktatásban részt vevő hallgatók különböző kompetenciáinak mérési lehetőségei. In: PUSZTAI G. & KOVÁCS K. (eds) *Ki eredményes a felsőoktatásban?* Nagyvárad–Budapest, Partium Könyvkiadó–Personal Problems Solution–Új Mandátum Könyvkiadó.
- KARLOWITS-JUHÁSZ O. (2015) *A jezsuiták szeretetszolgálat a kötelező iskolai közösségi szolgálat kontextusában*. <https://drive.google.com/file/d/1wnfzMw0-0sJPvsnep7vibjGS6N4yUlcc/view> [Letöltve: 2018. 07. 22.]
- MARKOS V. (2015) Az iskolai közösségi szolgálat iránti attitűdök a középiskolások körében. In: DOBI E. (ed.) *Juvenilia VI. Debreceni bölcsész diákkörösök antológiája*. Debrecen, Printart-Press Kft. pp. 209–224.
- MARKOS V. (2016) A nyíregyházi középiskolások diákok iskolai közösségi szolgálattal kapcsolatos tapasztalatainak vizsgálata. *Párbeszéd: Szociális Munka Folyóirat*, Vol. 3. No. 4. p. 14.
- MARKUS, G. B., HOWARD, J. P. & KING, D. C. (1993) Integrating Community Service and Classroom Instruction Enhances Learning: Results from an Experiment. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, Vol. 15. pp. 410–419.
- MATOLCSI ZS. (2013) Iskolai közösségi szolgálat, mint pedagógiai eszköz. *Neveléstudomány: oktatás – képzés – innováció*, Vol. 1. No. 4. pp. 70–83.
- SIGMON, R. L. (1994) *Serving to Learn, Learning to Serve. Linking Service with Learning*. Washington DC, Council for Independent Colleges Report.
- VELKEY B. (2014) A középiskolai közösségi szolgálat tapasztalatai. Szakdolgozat, BME GTK APP.
- ZSOLNAI A. (1998) A szociális kompetencia fejlettsége serdülőkorban. *Magyar Pedagógia*, Vol. 98. No. 3. pp. 187–210.
- ZSOLNAI A. & KASIK L. (2006) *A szociális kompetencia fejlődése 12, 15 és 16 éves tanulók körében*. VI. Országos Neveléstudományi Konferencia, Budapest, 2006. október 26–28. Konferenciakötet 123.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

MEGELŐZŐ SZEMLÉLET A TELJESÍTMÉNYKÉNYSZER KULTÚRÁJÁBAN

SIEGLER ANNA

Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola

KRIS BOSWORTH (ed.): *Prevention Science in School Settings: Complex Relationships and Processes* (Advances in Prevention Science). New York, Springer, 2015. vii + 376 p.
ISBN 978-1-4939-3155-2 (eBook)

Miként távolíthatjuk el az eredményes tanulás lehetséges akadályait? A jó gyakorlatok hogyan tarthatóak fent hosszú távon? A Kris Bosworth gondozásában megjelent kötet összesen tizenhét tanulmányt egyesít, bemutatva az iskolai prevenció tudományos palettáját, a sikeres programbevezetés és minőségi fenntarthatóság elemeit. Közös kimondatlan egyezség a szerzők között, hogy míg a kamaszkor a felnőtt szerepek kipróbálásának időszaka, addig az iskola feladata, hogy a lehető legbiztonságosabb teret nyújtsa ezen periódus során. A drogok használata, az agresszív viselkedési repertoár berögződése, a korai szexuális tapasztalatok és az iskola idő előtti elhagyása megnehezíti a tanulási folyamatokat, azonban a kutatók és az iskolai kontextusban dolgozó szakemberek együttműködéséből fakadó programok képesek az akadályt jelentő viselkedések megjelenését csökkenteni. A tanulmánykötet az amerikai oktatáspolitikai környezetének tárgyalása után részletesen bemutatja a szakmai kooperációk különböző résztvevőinek szerepét, a programok fej-

lesztésének, implementációjának és fenntarthatóságának bevált praktikáit és gyakorlatban megvalósuló példáit.

A kontextus meghatározása azért is fontos e kötet olvasásának szempontjából, mivel szinte minden tanulmány reflektál a rendszerszinten megjelenő teljesítménynyomás kultúrájára. Terell Bell amerikai oktatási miniszter széles körben elhíresült *Veszélyben a nemzet* (A Nation at Risk) című 1983-as jelentésével reflektorfénybe helyezte az oktatás színvonalnövelésének szükségességét. Az ország gazdasági versenyképessége érdekében átfogó reformjavaslatokat szorgalmazott: javasolta, hogy növeljék meg a tanulók iskolában eltöltött idejét, szigorítsák az érettségi feltételeit, és folyamatos standardizált tesztekkel biztosítsák a minőségi fejlődést. A propagált tanárképzési változtatások a tanítási technikák egységesítésével kevesebb egyéni szabadságot hagytak a pedagógusoknak, ami a sztenderdmozgalom kritikusi szerint kevesebb kollaborációhoz, erősebb bürokratikus működéshez vezetett. A 2000-es évek elején érvénybe lépő

No Child Left Behind (NLCB) törvény az elszámoltathatóság elve mentén csökkenteni szándékozta az esélyegyenlőtlenségből fakadó teljesítménykülönbséget. Az egységes elvárásoknak való megfeleltetés változtatásra készíti azokat az iskolákat, amelyek tanulói nem érik el a sztenderd teljesítményt a főbb tantárgyak felmérésekor, és így csökkentik a hátrányos és nem hátrányos helyzetű diákok közötti különbségeket. A törvény kritikásai szerint azonban az, hogy a sztenderd teszteken rosszabbul teljesítő iskolák büntetésben részesülnek, megbélyegző és demoralizáló. A fejlesztés nem holisztikus, hanem tesztorientált, sok pedagógus elbátortalanodik, hogy nehezebb helyzetben lévő diákokat tömörítő intézményben vállaljon munkát. Az NLCB felülvizsgálata ugyan megtörtént a kötet elkészültét követően, és átadta helyét az *Every Student Succeeds* törvénynek, azonban ez nem hozott jelentős változást a teljesítményorientált szemléletben. Az iskolák továbbra is kötelesek részt venni az éves mérésekben, de az államok nagyobb egyéni autonómiát kaptak az elvárások kijelölésében és betartatásában.

A szerzők háromféle prevenció programot különböztetnek meg: általános, irányított, javallott. Az általános prevenció programok tág célcsoporttal rendelkeznek: előzetes kockázatok figyelembevétele nélkül bármilyen diákot felvesznek. Ez az univerzális megközelítés a nem kívánt viselkedés kialakulásának megelőzése vagy késleltetése érdekében olyan információk átadását és készségek fejlesztését helyezi előtérbe, amelyek minden diák számára egyaránt hasznosak (pl. szocioemocionális tanulást segítő programok: *Respect and Responsibility Program*, *The Humanware Initiative*, *Promoting Alternative Thinking Strategies*). Ezzel szemben vagy épp emellett az irányított prevenció kifejezetten olyan diákokkal való közös munkát jelent, akiknél valamilyen okból kifolyólag na-

gyobb az esélye a nem kívánatos viselkedési formák megjelenésének, akik tagjai egy vulnérabilis csoportnak (pl. iskolából kimaradók: *Reconnecting Youth*). A javallott prevenció pedig azokra irányul, akiknél már meg is jelent a viselkedés és a cél annak folytatásának elkerülése.

Az elsődleges típusválasztáson túl további univerzális szempontok vezérelhetik az iskolákat a programok tervezésekor: az intézmény szervezeti működésével való összeegyeztethetőség, egyszerű használhatóság. Rohrbach és Dyal szerint a pedagógusok számára meghatározó, hogy tartozik-e a programhoz részletes és könnyen olvasható kézikönyv, mennyire ismerős a módszertani eszköztár számukra, a már gyakorlatban lévő tanmenethez képest van-e többletértéke, illetve hozzáférhetőek-e előkészített audiovizuális tartalmak. Mivel a programok elsődleges megvalósítói a pedagógusok, esetleg iskolapszichológusok, szociális munkások és nem prevencióspecialisták, az USA-ban uralkodó teljesítményorientált környezet arra sarkallja a programok kiválasztóit, hogy a kevés befektetéssel járó opciót keressék. A ráfordítandó idő, pénz és emberi erőforrás szűkösségének fontossága pedig nő azzal, hogy a sztenderdnek való megfelelés vezérli az iskolák hétköznapi működését.

A vezetőség feladata, hogy felmérje, a különböző programok mennyire illeszkednek az iskola szükségleteihez, illetve fordítva: felfedezni, hogy a felmerülő igényekre fejlesztettek-e már eredményesnek bizonyított gyakorlatot. Meghatározó szerepet töltenek be a megvalósítás közben is azáltal, hogy a prevencióval kapcsolatos kommunikációjukban mire helyezik a hangsúlyt, hogyan szervezik a csatlakozó tanárok terheltségét, és mennyire hajlandók irányelveiket, szabályzataikat alakítani a program által meghatározott célok mentén. A kötet több szerzője is kiemeli,

hogy a bevezetési folyamat minőségét javítja a megvalósítókknak nyújtott segítő szolgáltatások igénybevétele: felkészítő tréning, coaching, programhűség monitorozása. Online támogató szolgáltatásra példát nyújthat az agresszív viselkedést csökkentő *Good Behavior Game* program. Ezen szolgáltatások hosszú távú biztosítása növeli a program hatékonyságát, és teret enged a kutatói együttműködéseknek.

A fejlesztők, hatásvizsgálatot végző kutatók számára fontos tanulság, hogy a sikeres közös munkának alapja a bizalmi légkör megteremtése és a kölcsönös, hatékony kommunikáció. Elég időt és energiát kell szánniuk a kapcsolatok kiépítésére, akár a lokális összefüggéseken való részvétellel, a helyi változások nyomán követésével, a kapcsolati hálókat könnyen mozgósító résztvevők fellelésével. Azonban Testa és Coleman szerint úgy tűnik, a kutatók általában alábecsülik ezen kezdeti lépésekre szánt időt. A prevenció program bevezetésekor hasznos, ha a kutatók bemutatják az iskola vezetésének, miért fontos az érintett téma az adott iskolának, hogy milyen eredmények mutatják a program eredményességét és megbízhatóságát. Az intézményvezetők elköteleződése nemcsak a program megvalósítása szempontjából esszenciális, de a rendszeres mérések és visszacsatolások miatt is. Meghatározott időközönként érdemes a kutatóknak összefoglalni az eredményeket és a felmerülő nehézségeket.

Az őszinte és bírálhatatlan kommunikációt tovább erősítheti, ha az iskola vezetősége bármikor közvetlenül elérheti a koordinátort és probléma esetén gyors választ kaphat, a kutatók viszont nem keltik a siettetés látszatát. Az adatfelvételeket érdemes az iskolai elfoglaltságokhoz igazítani és elkerülni a vizsgákra, megemlékezésekre és tervezhető elfoglaltságokra való felkészülést. Megkönnyítheti az osztályokkal való kooperációt

a nyugdíjas tanárok bevonása, míg a publikus adatok lekérése értékes információként szolgálhat. A megvalósítók és kitöltők honorálása ambivalens megítélésű: a motiváció fenntartásának kihívására ugyan választ ad, de nem feltétlen biztosítja a programhűséget, az erőforrások szűkösségekor pedig járhatatlan út.

A kutatók által fejlesztett prevenció programok a legtöbb esetben könnyített közegben kerülnek kipróbálásra, ez más kontextusokban nem kedvez az elvárt eredmények elérésében. LaFromboise és Hussain szerint azonban az, hogy az amerikai diákközösségek kulturális összetétele évtizedről évtizedre diverzebb képet mutat, viszont a tanárok többsége változatlanul fehér középosztálybeli, eddig figyelem nélkül maradt. Ez a diszcrepancia egyaránt nehézséget okozhat az iskolák mindennapos működésében és a prevenció programok hatékonyságában, mivel a kulturális sokszínűség növekedését a tanmenetfejlesztések sem követik nyomon. A szerzők szerint a prevenció folyamatoknak, a gyakorlatok hatásmérésének igazodnia kell a sikeresség érdekében.

A tradicionális tanmenetalapú prevenció beavatkozások alacsony hatásfokára adott válaszként jelent meg a teljes iskola megközelítés (*whole-school approach*). Az oktatási intézmény egészére vonatkozó stratégiák elve mentén a speciális tanórákon és a készségfejlesztésen túl fontos, hogy az iskola minden színterén valósuljanak meg a megelőző szemlélet elméleti sarokkövei. Hosszú távú hatás eléréséhez szükséges az eljárásrendek, rutinygyakorlatok és az iskolai közösséghez tartozó összes felnőtt viselkedésének reflektív felülvizsgálata. A szerzők szerint a pozitív iskolai klíma biztonságérzetet és támogatottságot eredményez. Gyakorlatban sikeresen megvalósuló teljes iskolát érintő programként tartják számon a *Gatehouse* és a *Healthy School Ethos Projectet*. A sike-

res, teljes iskolát érintő programok ugyan hasznosítják a hatékonyságot növelő tényezők legtöbbjét, mégsem küszöbölik ki a fenntarthatóságból fakadó nehézségeket.

Az erőforrások alkalmisága megszabja a programok várható élettartamát azáltal, hogy a pályázati pénzek elfogyását és a projekt lezárultát követően a megváltozott működés erőforrás hiányában hajlamos visszarendeződni. A rövid távon nem látszódó, de hosszú távon várt hatások helyett gyors válaszokat keresnek az intézményi működés döntéshozói (pl. *Drug Abuse Resistance Education*), és igyekeznek inkább megfelelni az elkerülhetetlen központosított elvárásoknak. A hosszú távú elköteleződés fenntartásában segíthet a résztvevők folyamatos bevonása a döntési

folyamatokba, a közösen alakított koordinációs bizottság létesítése (pl. *Olweus Bullying Prevention Program*). A megvalósító visszajelzéseinek megfelelően változtatható a programbeli tevékenység. Amellett, hogy a programot végrehajtó pedagógusnak a bevonás következtében nő az elköteleződése, az intervenciót is fejleszti a reflexiók beépítése.

A Kris Bosworth által szerkesztett tanulmánykötet kiemelendő értéke, hogy ugyan amerikai példákat mutat be, de gazdag, jó gyakorlatok gyűjteményének is tekinthető. Az olvasó akaratlanul is a hazai oktatáspolitikával, projektalapú finanszírozással és meglévő gyakorlatokkal állítja párhuzamba a szerzők tapasztalatait. Érdeemes még a megelőző szemlélet gyakorlati megvalósításán dolgozni.

MINDEN KRÍZIS EGY LEHETŐSÉG

JÓZSA TAMÁS

Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XXII. Kerületi Tagintézménye
Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológia Program

JONATHAN SANDOVAL (ed.): *Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools*. (Third edition.) (Consultation and Intervention in School Psychology Series.) New York, London, 2013 [1988]. Routledge. xii + 393 p. ISBN 978-0-203-14585-2 (eBook)

A Jonathan Sandoval szerkesztette könyv már az első, 1988-as megjelenésekor is unikumnak számított a modern tudományos eredményekkel vegyített pragmatikusságával; azzal, hogy az akadémikus tudást ötvözi a praxisban, a mindennapi gyakorlatban előforduló tematikákkal. Ezen erőssége azóta is megmaradt, és a mostani, aktualizált kiadással kapcsolatban hasonló eredményeket hangsúlyozhatunk. További pozitívuma, hogy mivel szerkesztett könyv, több szerző a saját szakterületének megfelelően írhatja le a tapasztalatait, amelyek így kellően sokszínűek, de nem eklektikusak, és lefedik a teljes pszichopatológiai és patopszichológiai spektrumot a tanácsadás és a krízisintervenció területén. Emellett olyan határterületeket is érintenek, mint amilyen a klinikum vagy a társuló (komorbid) zavarok (pl. szorongásos kórképek), s emiatt a könyv ajánlható minden olyan szakembernek és érdeklődő laikusnak, aki a krízis- és traumaelméletek gyökereivel és modern felfogásával megszeretne ismerkedni. Ajánlott továbbá olyan teamben dolgozó, rendszerben gondolkodó elsődleges beavatkozóknak („first responders”), akik közvetlenül töltenek be kapuőri funkciót („gatekeeper”), hiszen

nekik abban is segítséget nyújt, hogy megértsék a mögöttes tényezőket, és abban is, hogyan és hol avatkozzanak be, illetve mikor és hová irányítsák tovább a kompetenciahatáraikon kívül eső gyermekeket.

Jelen ismertetés a könyv szerkezetét annyiban követi, hogy először áttekinti, miért fontos és aktuális az új kiadás, azt követően pedig átfogó áttekintést ad a benne szereplő krízisekről abból a szempontból, hogy azok hogyan kapcsolódnak a mindennapokban előforduló helyzetekhez gyakoriságukat, megjelenési formájukat, megoldásmódjukat tekintve. Végezetül összefoglalásra kerül az, ami a könyv fő célja is egyben: hol és mi a helye a prevenciónak és az intervenciónak a krízisellátásban, a tanácsadásban, valamint a kezelési protokollok kialakításában.

A krízisek és a velük történő munka napjainkban ugyanolyan fontossággal bír, mint az 1900-as évek második felében, azonban megnőtt a foglalkozás indikációja. Egyre több természeti katasztrófa, iskolai lövöldözés, családon belüli elhanyagolás történik és kerülnek ezzel párhuzamosan felszínre a gyermekek, serdülők életében. Az iskola mint a másodlagos gondozói közeget nagymértékben reprezentáló in-

tézmény, már nemcsak kezelési helye lett a kríziseknek (gyógyír a sebre, azaz ahová el lehetett menekülni az otthoni nehézségek elől), hanem ugyanúgy indukálhatja is azokat, mi több, a tanárok leterheltsége, az alulfizettség, a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése stb. miatt már nem képes olyan határfokkal a meglévő sérülékenység óvására, mint régen. Kitermelődött továbbá egy olyan, az oktatási rendszerekre kiemelten jellemző erőszakforma, mint a már említett iskolai lövöldözés, amivel kapcsolatban külön kiemelendő, hogy az elkövetők 97%-a ugyanabban az iskolában követi el a bűncselekményt, ahol korábban maga is tanult. Esetükben a kudarcok, a negatív tapasztalatok, a szegény szélsőséges formában manifesztálódik, az ilyen és hasonló élményekkel történő munka modern szemléletet, megelőzést és környezetbe történő beágyazottságot (pl. a bullying tekintetében is) kíván.

A téma relevanciáját egy szemléletváltás is adja. Immáron nem az számít egészségesnek, aki betegség (patológia) nélküli. Az egészségnek valami többet, azon felülit is magában kell foglalnia. Erre alapozva alakult ki a pozitív pszichológia és az egészségpszichológia szakága is. Emellett az azonnali beavatkozás igénye sokkal hatékonyabb és fókuszáltabb intervenciókat hívott életre, s a klasszikus, „többször járok terápiára hetente sok éven át” szemléletmód vesztett a népszerűségéből. Ez már a kiindulópontnál, a bostoni Coconut Groove klubban történt 1944-es szerencsétlenség után is látszódott. Újra előkerültek LeBon tömegjelenségekkel kapcsolatos tézisei (pl. tüzesetek, tüntetések, földrengések során a mentális fertőzéshez hasonlítható a pánikreakció az összegyűlt emberek körében). Hasonlóan, a század második felének generációja már napi szinten találkozott a droggal – sőt, használójává is vált –, s emiatt egyre inkább elidegenedett a konvencionális értékektől

(pl. vallás, házasság). Mindezek folytán a beavatkozás rövidege és gyors mivolta, azonnalisága sokszor életeket menthetett, például akkor, ha egy serdülő falcolt vagy egyéb módon szuicid kísérletet követett el. Ekkor nem volt lehetőség részletes anamnézisre, explorációra stb., új paradigmára volt szükség tehát a (beteg)ellátásban.

A következő szempont, ami új megközelítést tett indokolttá a pszichés intervenciók kapcsán, az a pozitív életesemények okozta stressz volt. Az emberek életében a karácsony, a munkahelyi előléptetés, a gyermek születése – amelyek alapvetően örömteli dolgok – is okozhatnak egyensúlymegborulást – ezzel az irodalom és a gyakorlat korábban kevésbé foglalkozott. Az új igény szülte meg a prevenció szemlélet fontosságát és a beavatkozások három szintjét (primer, szekunder, terciér) is.

A Columbine katasztrófa hívta életre az iskola korszerű, prevenció-intervenció egységében működő, egymástól elidegeníthetetlen szemléletét, s tette fontossá a kezelési protokollok konkrét kidolgozását is. A jelenkori (amerikai) társadalom több, addig még nem tapasztalt nehézséggel találta szembe magát: 9/11, iraki háború, poszttraumás stressz szindrómával (PTSD) kezelt katonák. Emiatt javasolták sokan, hogy Caplan krízisdefiníciójából az érzelmi töltet, az emocionális distressz fontosságát jobban ki kell emelni. Nem elegendő a fizikai traumák szomatikus, organikus aspektusaival törődni, hanem figyelmet kell fordítani azok lélektani megjelenésére is, például a mögöttes pszichés tényezőnek a későbbi (terror)cselekményekben játszott szerepére.

A krízisek csoportosítását is felül kellett vizsgálni. Hasznos és megőrzendő volt az a tipizálás, amelyben a normatív, mindenkinél előbb-utóbb előforduló kríziseket és az akcidentális, hirtelen bekövetkező és emiatt kiszámíthatatlanabb tragédiákat különválasztották, azonban

új kategóriákat kellett alkotni. Ilyen volt a PREPARE mozaikszó (prevent, reaffirm, evaluate, provide and response, examine) értelmében az intézményi vs. otthoni traumatizáció tényezője. Ez azért volt lényeges, mert a kialakulás helyének megtalálásával a szakembergárda már nemcsak ott és akkor tud beavatkozni, amikor a gyökérprobléma már nem elmaszkolt és felismerhető, hanem más esetekben is képes interveniálni és az oki tényezőket kezelni – még ha a problémát megelőzni nem is tudja. Például a családon belüli erőszaknak természetes folyamánya lehet a tanárokkal szembeni tiszteletlenség, a bántalmazó magatartás, a hiperszexualitás, de ezek mind másodlagos tényezői egy más rendszerben történt abúzusnak. Hasonlóképpen, az intézményben megélt bullying gyűrűzhet tovább otthoni közegben tapasztalható cyberbullyinggá, de ha azokat ugyanazok az osztálytársak végzik, csak immáron elektronikus eszközökön keresztül, akkor a problémát máshogy szükséges megközelíteni.

A pszichológiában, a tanácsadásban sokáig élt az a szemlélet, hogy az orvostudománytól eltérően itt nem, vagy csak nagyon kis hatásfokkal lehet használni guide-okat, blueprinteket a beavatkozás folyamán. A kognitív viselkedésterápia nyitott utat a mindenkire érvényes, alapvetéseket és axiómákat tartalmazó, de bizonyos helyeken a személyre szabott gyógyítást is alkalmazó és megengedő kezeléseknek. Az autogén tréning, a mindfulness módszere, a relaxáció vagy a szimbólumterápia már mind-mind tartalmazza ezt a megközelítést, így kevésbé érvényesül az 1900-as évek elején-közepén alkalmazott túlzottan laissez faire terápiás elmélet, azaz a nagyprofesszor-elv megközelítés. A régi orvoslástól eltérően egyre elterjedtebb lett a teammunka, és megjelent a kulturális szempontok figyelembevétele is. Az etnikai hovatartozás,

a vallás, a migráció kérdése és a rájuk való odafigyelés a kezelés során, valamint a megelőzésnél jórészt csak az ezredforduló után kapott hangsúlyt. Hasonlóképpen, az iskolai beilleszkedés segítése a nyelvi és egyéb nehézségek áthidalása miatt teret nyert, és igen hasznosnak bizonyult a tanácsadásban és a krízisek kialakulásának megelőzésében.

Sokkal nagyobb figyelem irányult továbbá a hétköznapi, gyakoriságukban nagyobb és elterjedtebb nehézségek megsegítésére is. A tanulási zavarosok, a testi handikeppel élők, a krónikus megbetegedéssel küzdők (pl. asztma) már nemcsak akkor kapnak segítséget, amikor láthatóan küzdenek a beilleszkedéssel, a szocializáció és társas elfogadás egy-egy fokával, hanem figyelemmel lehet őket kísérni az úton (szupportív terápia) vagy csoportterápiában lehet őket részesíteni. Ez is modern vívmánynak számít, és itt a terápia szó inkább „megsegítés”-t jelent.

A társas erőforrások kihasználása, ami a rendszerszemlélet és a családterápia módszerének hozadéka, szintén integráns eleme a komplex kezelési protokolloknak, főleg olyan helyzetekben, ahol interperszonális tényezők állnak fenn. A már említett bullying, cyberbullying mellett gondolhatunk itt a mozaikcsaládok megjelenésére, a szülők újraraházadására vagy akár az LGBTQ-közösségek tagját érintő atrocitásra stb. Hasonlóképpen, az öngyilkosság felfogásában szerepet kaptak a társas tényezők, és ennek következtében megváltoztak a beavatkozás helye és lehetőségei. Sokszor említik, hogy az öngyilkos személy nem élni nem akar, hanem úgy nem akar élni, ahogy jelenleg él. Az önsértés, falcolás és más, stressz indukálta „acting out”-ok is feloldhatók csoportban; ha azok személyek közötti dinamikából fakadnak, akkor effektív az abban résztvevők bevonása által az intervenció egy vagy több pontján.

A modern technikának köszönhetően is születtek új módszerek. A telefonos hotline-ok például hatékonyak lehetnek a szuicid késztetések megelőzése és intervenciója során, fizikai, szexuális, érzelmi abúzust így is be lehet jelenteni, tanácsokat lehet kérni. Hasonlóan, szöveges üzenetben, chat formájában is lehet már nonstop segítséget kérni. Napjaink rohanó életmódjában ezek a szülői, gondozói kötődést bizonyos mértékben tudják pótolni, és segíthetnek a saját magunkról és másokról alkotott kogníció megváltoztatása mellett az énhatékonyság, az önértékelés módjának egy új formáját létrehozni – természetesen a személyes segítségnyújtás azért továbbra is elsőbbséget élvez.

A traumát túlélő gyermekek kutatása alkotta meg a PTN (poszttraumás növekedés), valamint a reziliencia (rugalmas ellenálló képesség) fogalmát. Ők saját élményből is tudnak segíteni társaiknak, mentoraik, kísérőik lehetnek, olyan segítséget nyújthatnak (közös séták, éjjeli tele-

fonhívások stb.), amilyent a szakemberek sokszor nem tudnak megadni, és nem is szabad megadniuk. Saját történetük a példa arra, hogy a legreménytelenebbnek tűnő helyzetekből is van kiút, elképzelhető a könyv által említett további nehézségek (pl. fiatalkori terhesség) emberséges megoldása.

A fentiekből is látható, hogy jelen kötet hiánypótló a maga nemében; számtalan olyan témát és faktort érint, amiből szakemberként és érdeklődős laikusként is lehet profitálni. Ami a jövőt illeti, sok kérdést hagy nyitva, mintegy lehetséges kutatási témákat megfogalmazva. Az olvasó pedig elgondolkodhat azon, vajon saját maga mit csinálna ilyen helyzetekben, illetve ha már átélte hasonlót, hogyan lett reziliens, mit profitált belőle. Ez a pozitív kicsengés végtelenül fontos a mai, sokszor csak a negatívumokra fókuszáló, melankolikussá és cinikusává váló világunkban minden értő és érző ember számára.

„ERŐSEKNEK” ÉS „GYENGÉKNEK”

A DISZFUNKCIONÁLIS VISELKEDÉS KÖRVONALAI AZ ISKOLÁBAN

KISS HAJNAL

ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola

THOMAS W. MILLER (ed.): *School Violence and Primary Prevention*. New York, Springer Science+Business Media, LLC. 2008. xx + 455 p. ISBN 978-0-387-77119-9 (eBook)

Az amerikai kontextust vizsgáló Thomas W. Miller professzor azoknak az általa „erősnek” és „gyengének” nevezett fiataloknak, valamint szenvedő családjaiknak ajánlja huszonnégy fejezetet számláló, 2008-ban megjelent szellemi termékét, akiknek közösségen belüli diszfunkcionális kapcsolata, maradandó belső sérülése a családok, a mai iskola és a felnövekvő generációk majdani makrotársadalmi metélyének prototípusát alapozzák meg, ha nem lépünk közbe, mégpedig szakszerűen! A közbelépés azonban az érintettek struccpolitikája helyett a probléma létének elismerésével kezdődik. Azaz a téma megközelíthetetlenségének társadalmi stigmáját távolítja el a mottójával. Mert mint minden társadalmi terápia az egyéni terápiát imitálva a tagadás felszámolásától indul. A több száz oldalas könyv nem kisebb feladatot tűz ki maga elé, mint az iskolai erőszak kaleidoszkópszerű vizsgálatát a neurobiológiai gyökerektől kezdve az iskolai preventív programok hatásvizsgálata eredményeinek bemutatásán keresztül az iskolai erőszak prevenciójának, kezelésének és elvi felszámolásának a szorgalmazásáig. Optimista megközelítése

a témának, amellyel immár könyvtárnyi irodalom foglalkozik, ezzel is igazolva sajnálatos aktualitását nemcsak a tengerentúlon, hanem hazánkban is. Egyébként miért is készítettet a Fővárosi Oktatási portál Bedey Gáborné könyvtárossal egy hosszú lajstromot párhuzamosan e könyv megjelenésének évében a témáról, mint annak véletlenszerűnek tűnő igazolására, hogy nem tengerentúlról beúszó problémaimportról van szó? Az időbeli random egybeesésen nyugodtan felülemelkedhetünk, hiszen ugyanaz az intenció mozgathatta mind a könyv szerkesztőjét, mind pedig a témát kivesező hazai szakirodalom-lajstrom megalkotóját. Az amerikai szerzőgárda nézőpontja szerint ugyanis a probléma sokoldalú megvilágításának recepciójával legalábbis gondolatban nagy utat tehetünk meg annak megértése felé. S ezért tényleg érdemes elolvasni, még ha a terjedelme és a tudományos eszközökkel készült adatok táblázatai első látásra taszíthatják is az érdeklődőt.

A monográfia az iskolai erőszakot közegészségügyi problémaként tematizálja. Fontosságát is nyomatékosító terjedelemben úgy tárgyalja, mint különböző (segítő)

területek – neuro- és fejlődésbiológia, nevelés- és viselkedéstudomány, szociálpszichológia, kultúranropológia, pszichiátria – metszéspontján feltűnő és feltétlenül kezelendő társadalmi sebet, diszfunkciót. Definícióját egy több szinten és nagy kiterjedéssel rendelkező probléma azonosításaként tisztázza. „Az iskolai erőszak magában foglalja, de nem korlátozódik olyan gyermeki vagy tanári áldozatképzésre, gyermek és/vagy tanár általi cselekvésre, mint amilyen a fizikai vagy emocionális kizsákmányolás, a cyber áldozatképzés- és megfélemlítés, zaklatás, verekedés, tantermi rendetlenség, gyerek vagy tanár fizikai és pszichológiai sérülése, kultuszokhoz kapcsolódó viselkedés, szexuális vagy egyéb, a személyiség határait sértő erőszak, esetleg fegyverhasználat.” (15. o.)

A könyv fejezetei önálló könyvecskéként is olvashatóak, de a fentről lefele haladás elv szerint minden fejezet az előzőekben megismert tudást gyarapítja. A szerzők doktori disszertációk precizitásával építik fel mondanivalójukat több aspektusból, erős diagnosztikus szemlélettel. Elvégzik az iskolai erőszak kialakulását elősegítő individuális és szociálpszichológiai viselkedésmódok, kockázati kontextusszintek azonosítását (klikkesedés, bandák és kultusz), sőt a trauma implikációit is az elkövetők és áldozatok életében. Demonstrálják, hogy az iskolai erőszak megelőzése és kezelése több tudományterületen működő szakember intellektuális összefogását igényli – nemcsak elméleti, hanem gyakorlati szinten is.

A maladaptív agresszív, erőszakos viselkedés megértését a könyv harmadik fejezete laikus számára is érthető módon neurobiológiai szinten is tárgyalja. Végigkísérhetjük gondolatban a ma uralkodó gén–környezet interakció szemléleten keresztül az érzelemszabályozás képességének kialakulását. Az agresszív viselkedést a szerzők szerint az érzelem-

szabályozásért felelős központi idegrendszeri régiók alulfejlettsége okozza, amely egyrészt a MAOA gén alulműködésére, másrészt a magzat-csecsemő-kisgyermek és a gondozó nem kielégítő kapcsolatára (intrauterin interakciók, toxikus hatások [pl. alkohol], kötődési problémák, elhanyagolás) vezethető vissza. Megérthetjük a fejezetből, hogy a feldolgozatlan gyermekkori trauma megmutatkozhat a szülő intenzív érzelmkitöréseiben, amikor képtelen arra, hogy csecsemője stresszérzékeléseit szabályozza érzelmi kényelem megteremtésével. Így a szülő nem tud rejtett érzelemszabályozó „eszközként” funkcionálni, és megakadályozza a biztonságos kötődés formálódását. Ebből következik, hogy a kisgyermek nem tudja megtanulni a környezet kiváltotta stressz szabályozását, s így saját érzelmeinek szabályozását sem. E fejletlenség mind agresszív, mind depresszív viselkedés melegágya lehet. A kutatók arra jutottak, hogy valószínűleg több gén és az erőszakra hajlamosító környezet (pl. alacsonyan képzett az apa, bizonytalan a kötődés a gondozóhoz, a környezet cinikusnak vagy ellenségesnek tartja az egyént) interakciója okozhatja az antiszociális viselkedés-zavart.

Az iskolai erőszak veszélyének felismerése című negyedik fejezet szerzője, Connie Callahan, nyomatékosan kijelenti, hogy az iskolai erőszak bizonyítottan hatásos megelőző stratégiái érintik az iskolai élet minden aspektusát és dolgozóját, beleértve a segítő személyzetet is. A szociális kompetencia, a tanulói személyiség ellenálló képességének fejlesztése, a kollaboratív kapcsolatépítés, a meleg, befogadó iskolai légkör, a gyermekközpontú tanulási stratégiák, a karakterépítő pedagógia, a tantermen belüli tanulásmenedzsment, a veszélyeztetett tanulók célzott segítése, a zaklatáselleni irányelvek követése mind részei az iskolai erőszak megelőzésének.

De nem minden iskola ismeri fel ezen eljárások és célok jelentőségét – mutat rá a szakember. Mind a zaklató, mind pedig az áldozati szerepet előhívó viselkedésformák korai jeleit is azonosították a kutatók. Ilyen a szélsőséges elszigeteltség és visszautasítottág érzése, az erőszak áldozata mint előzetes tapasztalat, a pszichológusok célpontjának, üldözöttségnek az érzése, az iskolai tanulás iránti motiváció alacsony szintje, a rossz iskolai teljesítmény, kontrollálatlan harag érzése, impulzív csapkodás, kortársak megfélemlítésének és zaklatásának krónikus mintázata, a kortársak sokszínűségének, másságának intoleranciája, viselkedészavar, komoly verekedésbe bonyolódás, esetleg szerhasználat. Ilyen esetekben szakembert kell bevonni, mert sem a szülők, sem a pedagógusok nem eléggé képzettek ezen viselkedések kezelésére. Az iskolai erőszak prevenciók stratégiájának sarokköve a biztonságosság, tisztelet, emocionális támogatás légkörének és kultúrájának ápolása iskolai környezetben. A riasztó előjelek észlelésekor pedig olyan szupportív környezetet kell kialakítani, amelyben az emocionális intelligencia fontossága hangsúlyosan jelen van.

Kibontakozik az erőszakos iskolai viselkedés elszenvedőinek életre szóló élménye: az önbizalomhiány, a bizalmatlanság és a világ veszélyes mivoltának érzelmi rögzülése. Ez felér azzal a veszéllyel, amely az áldozatokban poszttraumás stressz zavarát is előidézheti, amelynek a memóriazavar csak egy, iskolában feltűnő enyhébb tünete. A károk lajstroma az áldozatban sajnos fokozható: alacsony önértékelés, koncentrációzavar, tanulási eredmények zuhanása, iskolakerülés, iskolafóbia, öngyilkossági ideák táplálásának kockázata.

A kilencedik fejezet az iskolai agresszív traumájának tényezőit tárgyalja mind az elkövető, mind pedig az áldozat perspektívájából. Elemzi a zaklatásra vagy áldozati

szerepre hajlamosító egyéni, családi és iskolai tényezőket. Itt érdemes tisztázni azt is, hogy a szerzők mit értenek gyengeségen, amely kontrasztban áll a zaklatók látszólagos erősségével. Kutatások szerint a kiszemelt áldozatok, vagyis a „gyengék” gyakran intelligensek, szegénylős, érzékeny személyiségűek. Támadójuk szemében könnyen legyőzhető célpontok, fizikailag nála gyengébbek lehetnek, önbizalom-hiányosnak látszanak, a negatív kommenteket szívükre veszik, magukra vonatkoztatják, kevés jó minőségi barátságot ápolnak, kortárscsoporton belül alacsonyabb a szociális státuszuk. A megtámadottak védtelensége tehát abban érhető tetten, hogy nincs sok barátjuk, társaik által kitaszítottak és passzívan tűrik az agresszor ténykedéseit. Ha magukat meg is szeretnék védeni, csak olyan eszközökkel fordulnak támadójukkal szembe, amilyennel őket is megtámadták, vagy kapcsolatot próbálnak létesíteni korábbi támadójukkal. Ez is mutatja, hogy hasonlóan támadójához, az áldozat sem rendelkezik elég jó interakciós eszköztárral. De alapvetően nagyon ritka a kutatások szerint, hogy maga az „áldozat” provokálja az agresszort. Igazolták, hogy az „erősek”, vagyis „a zaklatók hatalomra és áldozatuk kontrollálására törekcsenek, de nem azért, mert az áldozat másképp néz ki” (395. o.). Általában elmondható, hogy a gyermek agresszorok főleg fiúk, egójuk alulfejlett, de nagy az igényük mások kontrollálására és dominálására, mások érzelmeinek figyelembevétele nélkül. Könnyen létesítenek barátságokat, társaik támogatását, rokonszenvét élvezik agresszív cselekedeteik során, ezért a népszerűségi listát is vezethetik egy közösségen belül. Társadalmi státuszuk tehát a kortársak körében magas; tipikusan felülértékelik magukat és képességeiket, mégsem jeleskednek a tanulásban olyan jól, mint szelíd kortársaik. Az agresszív viselkedést mutatók inger-

lékenyek, azt gondolják, hogy az áldozat provokálta őket, nehezen alkalmazkodnak új helyzetekhez, az uralkodó hangulatuk negatív. A zaklató viselkedésű egyének – ha nem állítják le őket – megtanulják, hogy az agresszió/kegyetlenkedés jó módszer arra, hogy elérjék, amit akarnak, s ezt meg is ússzák, bomlasztva az iskolai fegyelmet, dominánsan egyesítve csoportokat másokkal szemben, még inkább bomlasztják a rendet, hogy teszteljék, meddig mehetnek el mind a tanároknál, mind pedig az iskolavezetésnél.

A családi kockázati tényezők kutatási eredményei szerint az agresszív, zaklató viselkedést mutató gyermek a családban találkozik először fizikai vagy egyéb erőszakos cselekedettel, és az átlagosnál kétszer nagyobb valószínűséggel válik családon belüli visszaélés áldozatává. A zaklató viselkedésű gyermekek sokszor egyedül élnek hideg és érzelmeket elfojtó, együttérzést hiányosan mutató édesanyjkkal. Megtanulják ebben a kapcsolatban mind az agresszor, mind pedig az áldozat szerepét. Az okok a szorongó-elkerülő kötődési mintázathoz vezethetők vissza. Amikor ugyanis a szülő emocionálisan nem involválódik vagy fizikailag nincs jelen, a gyermek számára hiányoznak a megfelelő határok, amelyek szükségesek a szociálisan elfogadható viselkedés és impulzuskontroll képességének megszerzéséhez. Az ilyen szülő az agresszív viselkedés tolerálásának üzenetét közvetíti a gyermeknek, és ezzel közvetetten meg is erősíti a nem megfelelő viselkedést. Bár igazolták a nem involválódó szülő és a gyermeki agresszió kapcsolatát is, a zaklató viselkedésű gyermek mégis többnyire agresszív családból származik. Olyan szülőkről van szó, akik nemcsak durva fegyvelmezési eszközökhöz folyamodnak otthon, hogy rendet teremtsenek, hanem egymással is így „kommunikálnak”. A gyermek tehát nem feltétlenül az egyetlen áldozata a családon

belüli agresszióknak. A gyermek ebben a környezetben képtelen pozitív önképet és önszabályozást kialakítani. Ehelyett késztetést érez arra, hogy másokat megtámadjon, mielőtt őt támadják meg, és saját haragját társain tölti ki. Ugyanakkor a szülő-gyermek kapcsolat jellege kulcs szerepet játszik a célponttá váló gyermek szociális, emocionális és viselkedésbeli fejlődésében. Az áldozatok szüleinek viselkedése túlságosan tolatkodó és követelőző, dominálják a szociális helyzeteket. Ennek a túltengő védő (protektív) szülői viselkedésnek az eredményeként a gyermek nem sajátítja el a hatékony szociális kapcsolat-teremtés technikáit, ami hozzájárul a passzív személyiség kialakulásához. Az áldozati szerepbe kerülő gyermek szülei sokkal involváltabbak gyermekük nevelésében, de gyerekük csak eleinte részeseül intenzív figyelemben, később visszautasítással szembeülhet. Ennek következtében kötődése a szülőhöz bizonytalan. Folyton azon dolgozik, hogy a szülő kedvében járjon, figyelmét elnyerje. Az ilyen szeretethullámokkal jellemezhető szülő-gyermek kapcsolat nemcsak egészségtelen, hanem megerősíti a gyermeket az áldozati szerepben.

A kortárskapcsolati rizikófaktor abban rejlik, hogy az agresszív gyermek olyanokkal szövetkezik, akik támogatják viselkedését, nem feltétlenül támogatják gyűlöletét, de azonosulnak antiszociális értékrendszerével és viselkedésével. Az ilyen pszeudotagok a perifériáról követik az eseményeket, és lemásolják az antiszociális viselkedést.

A zaklatás előfordulásának iskolai rizikófaktorai között említendő az olyan iskolai környezet, ahol a tanulók negatív viselkedése kap inkább figyelmet és visszajelzést a nevelőtestülettől. Ezt pozitív iskolai légkörrel lehet kivédeni, ahol az egymás tisztelete és magas szintű interperszonális viselkedés az elvárás. A zaklatást kis mértékben segíti elő az iskolában elszen-

vedett stressz, az iskolai osztályok térbeli és számbeli kiterjedése. Kimutatták, hogy a tanároknak csak négy százaléka érzi úgy, hogy fizikai vagy verbális agresszió esetén közbe kellene lépnie, holott elviekben mindannyian ellenzik az agressziót. A le nem állított agresszió újabb agressziót szül, mert önmagát megerősíti a szó tanuláslélektani értelmében. Az iskolai feladatok jelentéktelenségét átélő tanulók, akik nem tudnak azonosulni azok fontosságával, inkább mutatnak zaklató viselkedést. A zaklató viselkedés felismerése érdekében a nevelőket képezni kellene, mert sokszor nincsenek tudatában annak, hogy mit látnak az iskolai környezetben. A megelőzés része a korai intervenció, a gyermekek ellenálló képességének fejlesztése, a szülő bátorítása abban, hogy

szociális készségeket tanítsanak gyermeküknek, a gyermekek képessé tétele arra, hogy egymást támogassák, a viselkedés támogatása kiegyensúlyozott fegyelmezéssel, a pozitív iskolai légkör kialakításával. A biztonságos iskolai program individuális vetületeként a zaklató egyéni terápiaja is szükséges. A legfőbb változás pedig a zaklatás jelensége iránti attitűdök megváltoztatása az iskolában.

A 459 oldalas monográfiából ezúttal csak azokat az információkat emeltük ki, amelyek hazai kontextusban is relevánsak lehetnek. Aki az iskolai tömeges lövöldözésre, a szexuális abúzusra, illetve kezelésére, esetleg az amerikai iskolák helyzetére kíváncsi, annak mindenképpen ajánljuk a kötet elolvasását.