

DROGPREVENCIÓ ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS
AZ ISKOLÁBAN

NEMZETI DROGMEGELŐZÉSI INTÉZET

SZAKMAI FORRÁS SOROZAT

KUTATÁSOK XV.

Sorozatszerkesztő: Demetrovics Zsolt és Buda Béla

DROGPREVENCIÓ ÉS EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS AZ ISKOLÁBAN



Szerkesztette: Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt

L'Harmattan

Budapest, 2011

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
National Institute for Drug Prevention
1134. Budapest, Tüzér u. 33–35.
Tel: (+36 1) 237-6742, Fax: (+36 1) 237-6740

L'Harmattan France
7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20

L'Harmattan Italia SRL
Via Bava, 37
10124 Torino–Italia
T./F.: 011.817.13.88

© Szerzők és szerkesztők, 2011
© L'Harmattan Kiadó, 2011

ISBN 978 963 236
ISSN 1587-6071

A kiadásért felel Gyenes Ádám
A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel
megvásárolhatók: L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: 267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu

Olvasószerkesztő: Tiszóczy Tamás
A borítóterv Pacher Nóra, a nyomdai előkészítés Csernák Krisztina munkája.
A nyomdai munkákat a Robinco Kft. végezte, felelős vezető Kecskeméthy Péter.

A kötetben bemutatásra kerülő kutatások a Nemzeti Kutatás–Fejlesztési Program (NKFP) (projektszám: 1B/0001/2002), az Oktatási Minisztérium (OM) („Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról” és a „Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedések és reagálások vizsgálata” című kutatás), valamint a kábítószerügyi koordinációért felelős minisztérium (a kutatás idején az Ifjúsági, Családügyi, Szociális Esélyegyenlőségi Minisztérium, ICSSZEM) (a kutatás címe: A közoktatási intézményekben a 2005. évi, ICSSZEM–OM támogatásával folyó iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység értékelésére irányuló kutatás, monitoring rendszer kialakítása) és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet támogatásával készültek. A tanulmányok összerendezését és a fordítások elkészítését a Szociális és Munkaügyi Minisztérium (SZMM) (pályázati azonosító: KAB-KP-07-B-0015) támogatta.



KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kötetben szereplő kutatások során a prevenciós színtér számos szereplője volt segítségünkre. Köszönettel tartozunk mindazon prevenciós szolgáltatók és oktatási intézmények munkatársainak, akik kitöltötték a kutatások során alkalmazott, sokszor meglehetősen sok időt és fáradságot kívánó kérdőíveinket, illetve sok esetben időt szántak az adatok érvényességét javító tisztázó beszélgetésekre.

Köszönetet szeretnénk mondani továbbá Nyírády Adriennek, Nádas Eszternek és Arnold Petrának, akik munkájukkal nagyban segítették a kutatás megvalósulását. Ezúton szeretnénk megköszönni a munkájukat azoknak a kollegáknak, illetve pszichológia vagy szociológia szakos egyetemi hallgatóknak is, akik az adatfelvétel lebonyolítását végezték.

S végül, de nem utolsósorban köszönetet szeretnénk mondani a kötetben szereplő kutatásokat finanszírozó intézményeknek, valamint személyesen Topolánszky Ákosnak is, aki az ISM helyettes államtitkáráként 2001-ben a prevenciós programok körében az első hazai evaluációs kutatás létrejöttét szorgalmazta.



ÁTTEKINTŐ TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés (<i>Paksi Borbála</i>)	19
---------------------------------------	----

A MAGYARORSZÁGI ISKOLAI DROGPREVENCIÓS SZÍNTÉR LEÍRÁSA

2. Az iskolai szintéren jelen lévő drogprevenciós kínálat jellemzői (<i>Paksi Borbála, Nyírády Adrienn, Nádas Eszter, Buda Béla, Felvinczi Katalin és Demetrovics Zsolt</i>)	27
3. Az iskolák prevenciós aktivitása (<i>Paksi Borbála, Felvinczi Katalin és Schmidt Andrea</i>)	95

PROGRAMÉRTÉKELÉS: ELMÉLETI MEGFONTOLÁSOK

4. Az értékelés osztályozása (<i>Alfred Uhl</i>)	171
5. Az értékelő kutatás módszertanának minőségi standardjai (<i>David P. Farrington</i>)	191

PROGRAMÉRTÉKELÉS: HAZAI TAPASZTALATOK

6. Néhány hazai iskolai drogprevenciós program értékelése (<i>Paksi Borbála, Nádas Eszter, Felvinczi Katalin és Demetrovics Zsolt</i>)	215
7. Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében megvalósult iskolai egészségfejlesztési és drogmegelőzési tevékenység értékelése (<i>Paksi Borbála, Bozsonyi Károly és Demetrovics Zsolt</i>)	278

MELLÉKLET

A kötetben bemutatott kutatási eredmények módszertani háttere (<i>Paksi Borbála</i>)	319
--	-----



TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	19
2. AZ ISKOLAI SZÍNTÉREN JELEN LÉVŐ DROGPREVENCIÓS KÍNÁLAT JELLEMZŐI	27
Az iskolai szintén drogprenációs programmal megjelenő szolgáltatók	28
Az iskolai drogprenációs programkínálat tartalmi jellemzői	30
Diákokkal foglalkozó programok	31
Közvetlenül az iskolai prevenció végső célpopulációjára irányuló programok jellemzői	32
A közvetlen programok célpopulációja	32
A közvetlen programok célja, tematikája	34
A közvetlen programok módszerei	36
A közvetlen programok tipizálása	38
A kortárs-programok megvalósításának a megrendelőnél jelentkező költségei	40
Kortársképzéssel foglalkozó programok	40
A kortárs-programok célpopulációja	40
A kortárs-programok célja, tematikája	42
A kortárs-programok módszerei	43
A kortárs-programok meghívásának költségei	45
Pedagógusok és egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programok	45
A képzőprogramok közvetlen célpopulációja	45
A pedagógusképző programok célja, tematikája	46
A pedagógusképző programok módszerei	47
A képzőprogramok meghívásának költségei	49
Az iskolai drogprenációs programok humán erőforrás-összetétele	49
A prevenció programokban dolgozók létszáma	51
A drogprenációs programokban dolgozók összetétele foglalkoztatási viszony szerint	55
A drogprenációs szervezetek által foglalkoztatott fizetett alkalmazottak	55
Megbízási szerződéssel dolgozók	62
Önkéntesek	66

Az iskolai drogprevenciós programban dolgozók képzettsége	69
A programvezetők képzettsége	69
A programban dolgozó munkatársak képzettsége	75
Az iskolai drogprevenciós programok humánerőforrás-ellátottságával kapcsolatos adatok összegzése	79
Az iskolai drogprevenciós programkínálat humánerőforrás-összetételére vonakozó elemzés néhány gyakorlati folyamánya	84
A prevenciós kínálatban szereplő programok koherenciájának vizsgálata	87
A prevenciós programkínálat dinamikája	93
3. AZ ISKOLÁK PREVENCIÓS AKTIVITÁSA	95
Kompetenciák	95
Egyéni kompetenciák és kompetenciaérzetek	96
Egyéni kompetenciák és kompetenciaérzetek 2004-ben	96
Egyéni kompetenciák és kompetenciaérzetek változása 2004 és 2009 között	112
Intézményi kapacitások	113
Intézményi kapacitások 2004-ben	113
Intézményi kapacitások változása 2004 és 2009 között	117
A közoktatási intézmények prevenciós és egészségfejlesztési tevékenysége	120
A prevenciós és egészségfejlesztő programok megjelenése a közoktatási intézményekben	120
Az iskolák prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységbe való bekapcsolódásának időbeli alakulása	120
Az első iskolai prevenciós programok jellemzői	121
A közoktatási intézmények 2001 és 2004 közötti prevenciós/egészség- fejlesztési tevékenysége	126
A prevenciós/egészségfejlesztési tevékenység elterjedtsége az iskolákban 2001 és 2004 között	126
Az iskolák 2001 és 2004 közötti prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységének jellemzői	128
A prevenciós/egészségfejlesztési tevékenység tervszerűsége a 2004-es vizsgálat alapján	132
Az oktatási intézmények problémaszpecifikus intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolatai 2004-ben	133

A közoktatási intézmények utóbbi években végzett prevenciós/egészség- fejlesztési tevékenysége	136
Az iskolai prevenciós tevékenység elterjedtségének változása 2004 és 2009 között	136
A prevenciós tevékenység jellemzői az utóbbi három évben	138
Az ICSSZEM–OM-pályázatban részt vevő iskolák prevenciós tevékenységének főbb jellemzői	146
Az ICSSZEM–OM-PÁLYÁZAT keretében zajló beavatkozások jellemzői . .	147
Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló beavatkozások hossza	147
Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló beavatkozások tematikája .	148
Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló beavatkozások módszerei . .	150
Az ICSSZEM–OM-pályázatban részt vevő iskolák prevenciós tevékenységének főbb jellemzői a pályázatot megelőző években	152
Az iskolai egészségfejlesztési munkaközösségek tevékenysége	155
Az egészségfejlesztési munkaközösségek tevékenységének értékelése . .	155
Az iskolák prevenciós aktivitására vonatkozó kutatási adatok összegzése . .	159
Az iskolai prevenció expanzív időszakának jellemzői	159
Az iskolák prevenciós aktivitása az utóbbi 3 évben	162
Az iskolák/pedagógusok prevenciós aktivitásával kapcsolatos egyéb tapasztalatok	165
4. AZ ÉRTÉKELÉS OSZTÁLYOZÁSA	171
A felhasznált adatokon alapuló értékelés (adat-dimenzió)	171
Folyamatértékelés – eredményértékelés – hatásértékelés	171
Szervezeti adatok – folyamat-adatok – eredmény-adatok	172
A két kapcsolódó fogalmat egyesítő osztályozás	172
A program állapotán alapuló osztályozás (a program állapotának dimenziója) . .	172
Az eredmények ismeretelméleti jelentőségén alapuló osztályozás (módszertani dimenzió)	173
Az értékelést végző személyén alapuló osztályozás	175
Tudományos terminológián alapuló négydimenziós osztályozási koncepció	177

Tartalomra irányuló osztályozás	177
Etikai értékelés (Ethical evaluation)	178
Történeti értékelés (Historical evaluation)	180
Módszertani értékelés (Methodological evaluation)	181
Tervezésértékelés (Formative evaluation)	181
Megvalósíthatóságértékelés (Feasibility evaluation)	183
A nem várt, kedvezőtlen mellékhatások monitorozása (Monitoring of unexpected adverse side effects)	183
Hatékonyságértékelés (Efficacy evaluation)	184
A hatékonyság teljes körű bizonyítása	184
A hatékonyság részleges bizonyítása	185
A hatékonyság történeti következtetése	185
Minőségbiztosítás (Quality Assurance)	186
Szervezetértékelés (Structural evaluation)	187
Környezeti (kontextus) értékelés (Context evaluation)	187
Hatásértékelés (Impact evaluation)	188
A gazdasági hatékonyság értékelése	188
 5. AZ ÉRTÉKELO KUTATÁS MÓDSZERTANÁNAK MINŐSÉGI STANDARDJAI	191
Bevezetés	191
Módszertani minőségi kritériumok	193
A statisztikai következtetés validitása	193
Belső validitás	194
Megfigyelési validitás	195
Külső validitás	196
Deskriptív validitás	197
Módszertani minőségi skálák	198
SMS – Maryland Scientific Method Scale	199
Új módszertani minőségi skálák	203
Pawson és Tilley kritikája	205
Következtetések	210

6. Néhány hazai iskolai drogpreevenció program értékelése	215
A programok szervezeti hátterének értékelése	219
Az értékelés szempontjai	219
A nonprofit szervezetek által működtetett prevenció programok	
szervezeti hátterének jellemzői	220
Általános követelmények teljesülése	221
Elvárt szerepek/funkciók	221
Hátrányok/diszfunkciók	222
Gazdasági társaságok által működtetett prevenció programok szervezeti	
hátterének jellemzői	223
Egyéb szervezeti formában működtetett prevenció programok szervezeti	
hátterének jellemzői	208
Néhány általános megjegyzés a prevenció programok szervezeti hátteréről .	225
Folyamatértékelés – a programok kivitelezésének vizsgálata	227
A résztvevők bevonódásának mutatói	227
A program során interakcióba vont résztvevők aránya	
– az interaktivitás formális mutatói	228
A résztvevők által megélt bevonódás – az interaktivitás	
tartalmi mutatói	230
A tényleges beavatkozás viszonya a tervezetthez képest	232
Az interpretátorok véleménye a foglalkozás céljának/céljainak	
megvalósulásáról	232
A megfigyelők véleménye a foglalkozás céljának/céljainak	
megvalósulásáról	233
A résztvevők elégedettsége	235
A foglalkozásvezető személyének megítélése a résztvevők körében	236
A foglalkozások hitelességének megítélése	236
A programok információtartalmának megítélése a résztvevők körében .	237
A résztvevők elégedettségének a programjellemzőkkel való	
empirikus kapcsolata	238
Eredményértékelés	244
Az eredményértékelés során alkalmazott módszerek	244
Az adatfelvétel eszköze	245
Az adatfelvétel módja	246
A minta leírása	246
Elemzési mód	247

Az általános/végső célváltozók alakulása a prevenció beavatkozások	
végső célcsoportja körében	248
A fiatalok droggal kapcsolatos tudásának változása – az ismeretek	
szubjektív mutatója mentén történt elmozdulások	248
Az én-hatékonyság tekintetében bekövetkezett változások	255
Az „egészség-hit-modell” egyes dimenziói mentén tapasztalt változások	256
A drogfogyasztás kockázatának észlelt súlyossága	257
Észlelt kitettség	258
A prevenció akció végrehajtása során észlelt akadályok	263
Az általános célváltozók alakulása a prevenció beavatkozások közbülső	
célcsoportja körében	265
Az iskola drogproblémák csökkentésében betöltött szerepével	
kapcsolatos vélekedések változása	265
Az iskolai drogproblémák kezelésének különböző területein érzékelt	
kompetenciaváltozás	267
A droggal kapcsolatos ismeretek szubjektív mutatói mentén történt	
változások	269
Az én-hatékonyság tekintetében bekövetkezett változások	271
Drogfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés	272
Néhány hazai iskolai prevenció program értékelése alapján	
megfogalmazható tanulságok	275
 7. Az ICSSZEM–OM PÁLYÁZATI RENDSZER KERETÉBEN MEGVALÓSULT	
ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ-DROGMEGELŐZÉSI TEVÉKENYSÉG ÉRTÉKELÉSE	278
 Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében a diákok körében végzett	
prevenció/egészségfejlesztő tevékenység folyamatértékelése	278
A diákok elérése	279
A résztvevők bevonásának tartalmi mutatói	280
A tényleges beavatkozás résztvevők által percipált céljai	281
A résztvevők elégedettsége	283
Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében a diákok körében végzett	
prevenció/egészségfejlesztő tevékenység eredményessége	287
Az eredményértékelés módszere	287
A fiatalok ismeretei	291
Egészségmegőrzéssel kapcsolatos ismeretek	292
Legális szerekkel kapcsolatos ismeretek	293
Tiltott drogokkal kapcsolatos ismeretek	294
Az interaktivitás ismeretátadással való kapcsolatát vizsgáló modellek	295

Az „egészség-hit-modell” különböző dimenziói	297
A drogfogasztás kockázatának észlelt súlyossága	297
Észlelt kitettség	298
A prevenciók akció végrehajtása során észlelt akadályok	301
Megküzdés	301
Én-hatékonyság	303
Egészségkontroll-attitűd	304
Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében a diákok körében végzett prevenciók/egészségfejlesztő tevékenység értékelésének néhány tanulsága	306
IRODALOM	309
 8. MELLÉKLETEK: A KÖTETBEN BEMUTATOTT KUTATÁSI EREDMÉNYEK	
MÓDSZERTANI HÁTTERE	319
Az iskolai szinten kínált prevenciók feltárására és értékelésére irányuló kutatás	319
Az iskolák prevenciók tevékenységének leírására irányuló kutatások	322
2004-es vizsgálat	322
2009-es vizsgálat	326
Az ICSSZEM és az OM támogatásával folyó iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység áttekintésére és értékelésére irányuló kutatás	329
A pályázat keretében megvalósuló beavatkozások kataszterének összeállítása során alkalmazott módszerek	330
1. fázis: A pályázat megvalósulásában résztvevők, illetve az elért célpopuláció identifikálása	330
2. fázis: A pályázat keretében megvalósulásra kerülő beavatkozások jellemzőire vonatkozó adatgyűjtés	331
Az értékelő kutatási rész során alkalmazott módszerek	332
3. fázis: Az iskolai prevenciók kulcsszemélyek körében végzett kutatás	332
4. fázis: Az Egészségfejlesztési munkaközösség tagjai körében végzett adatfelvétel	334
5. fázis: A diákok körében végzett adatfelvétel	335



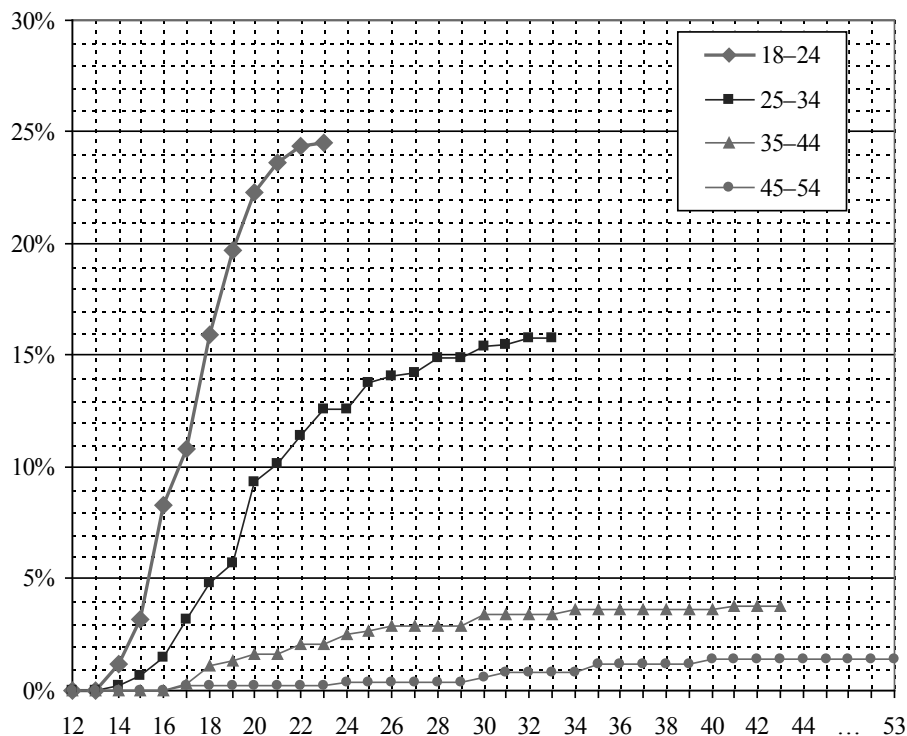
1. BEVEZETÉS

PAKSI BORBÁLA

A drogmegelőzésnek számos színtere létezik, amelyek más és más mechanizmusokon keresztül, eltérő funkciót betöltve szolgálgják a drogprobléma visszaszorítását. Talán nem túlzás azonban azt állítanunk, hogy az iskola több szempontból is a drogmegelőzés/egészségfejlesztés egyik kitüntetett színtere, s ezt a kijelentést nem csak az iskolában eltöltött idő mennyisége teszi indokolttá.

Az iskola kitüntetett prevenciós színtér egyrészt azért, mert – mint azt a drogepidemiológiai vizsgálatok (Paksi 2003a, 2003b; Paksi és Elekes, 2004; Paksi, 2007; Paksi és Arnold, 2007; Paksi, 2009a) első droghasználatra vonatkozó eredményei is mutatják – a mai felnőtt lakosság körében a drogokkal valaha kapcsolatba került személyek több mint fele középiskolás korában vagy azt megelőzően fogyasztott először valamilyen tiltott drogot. A drogokkal való kapcsolatba kerülés különböző korosztályokra vonatkozó kockázati adatai pedig még inkább a közoktatási intézményekben töltött életszakasz fontosságát hangsúlyozzák. A fiatalabb korosztályok felé haladva egyre nagyobb arányban tevődik az iskolás évekre a drogokkal való első találkozás, és korábban zárul a kockázatnövekedéssel jellemezhető periódus. A 35–44 éves korosztályban még 19 éves kor körül jelent meg a drogfogyasztás kockázata, s hosszabb időszakra elnyúló, mérsékelt kockázatnövekedéssel találkoztunk. A ma 18–24 éves korcsoport tagjai viszont – elkülönülve az idősebb korosztályoktól – korábban kezdik és az első években igen intenzíven élik meg a tiltott drogokkal való „ismerkedést”. A legfiatalabb felnőtt korosztályban 20 éves kor táján már jelentősen lecsökken, s a 25–34 éves korosztály első fogyasztására vonatkozó adatai alapján pedig úgy tűnik, hogy 25 éves kor után már minimalizálódik a tiltott drogokkal való kapcsolatba kerülés és az életprevalencia további növekedésének veszélye (Paksi és Arnold, 2007).

1. ábra. A tiltott drog-fogyasztás kumulált prevalenciagörbéje korcsoportonként, 2007-ben, országosan (az egyes korcsoportokba tartozó válaszolók százalékában)¹

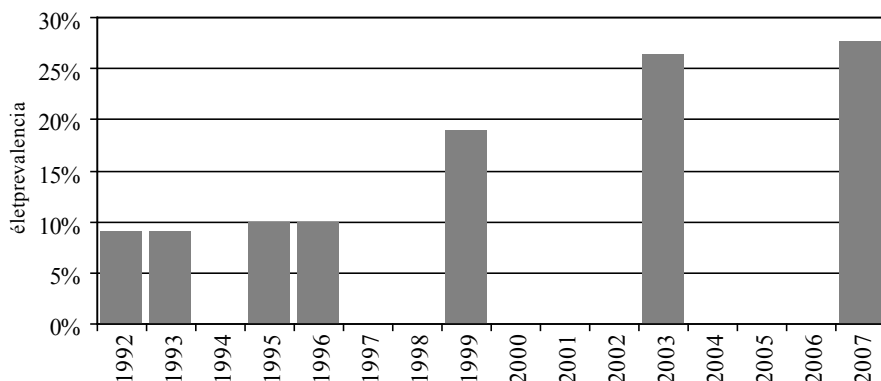


Forrás: Paksi és Arnold (2007)

Az elmúlt másfél évtizedben a középiskolás korosztályban készült drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes és Paksi, 1996, 2000, 2003; Paksi és Elekes, 2003; Elekes, 2009; Hibell és mtsai, 1997, 2001, 2004, 2009) is megerősítik a drogokkal való kockázatba kerülés életkori sajátosságai vonatkozásában az előzőekben leírtakat. Emellett ezek a vizsgálatok a középiskolás populáció drogérinthettségének közel egy évtizeden keresztül tartó növekedését, majd az utóbbi években az érinthettség változatlanságát mutatták, jelezve a közoktatási intézmények fokozódó, illetve nem csökkenő drogprevencióis szerepét. A 2007-ban készült országos középiskolás vizsgálat adatai szerint 10. évfolyamos korára átlagosan a diákok több mint egy-negyede túl van az első droghasználaton (Elekes, 2009).

¹ Az egyes korcsoportokra vonatkozó görbék meredeksége a drogokkal való kapcsolatba kerülés, vagyis az életprevalencia-érték növekedésének kockázatát mutatja különböző életkorokban.

2. ábra. A biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-értéke a 10. évfolyamos középiskolások körében, országosan²



Forrás: Elekes és Paksi (1996, 2000, 2003); Elekes (2009)

Az iskolás korosztály más, egészséget veszélyeztető magatartásmódok – alkohol-fogyasztás, dohányzás – kialakulása szempontjából is döntő fontosságú fejlődési periódusban lévő populáció (Aszmann, 1997, 2000, 2003; Hibell és mtsai, 1997, 2001, 2004, 2009).

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

Végül, az iskola társadalmi beágyazottsága, azaz más társadalmi intézményekhez való kapcsolódásai, illetve véleményformáló társadalmi potenciálja³ révén a közvetlenül elért populáción túlmutató prevenciós/egészségfejlesztő hatást is képes gyakorolni.

Ugyan az iskolai megelőzés általában vett hatékonyságát már többen megkérdőjelezték (Cogmans, 2006; Gorman és mások, 2007), a közelmúlt szakirodalmi áttekintései (EU-Dap tanulmány⁴; Soole, Mazerolle, Rombouts, 2005) pozitív

² Az 1992-es prevalenciaérték fővárosi, az 1993-as pedig különböző regionális, illetve helyi vizsgálatokban mért adat (Elekes és Paksi, 1996).

³ Itt az iskola társadalmi kompetenciahatáraival, külső világának kiterjesztésével foglalkozó – a harmincas évekre visszanyúló – megközelítésekre kívánunk utalni (lásd community school), ahol is az iskola a helyi társadalom részeként, annak közösségébe ágyazottan jelenik meg, azaz kompetencia-határai túlmutatnak az iskola falain (lásd pl. Perjés és Kovács, 2002).

⁴ Az Európai Bizottság által finanszírozott projektet és keresztértékelését hét országban, kilenc regionális központban és 143 iskolában hajtották végre, 7000 tanuló részvételével (3500 a kísérleti csoportban, ugyancsak 3500 a kontrollcsoportban). Az EU-Dap arról számolt be, hogy a kontroll-

eredményekről számoltak be, s az Unió valamennyi tagállamában a megelőzés egyik legfontosabb színtrének tekintik (EMCDDA, 2005). Az Európa-szerte működő drogprevenációs programokat egységes szempontrendszer szerint leírni és közzétenni hivatott EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) adatbázisában megtalálható programok négyötöde az iskoláskorú populációt célozza meg, és a programok fele az iskolai szintén jelenik meg. Hazánkban is az iskola a legnépszerűbb terepe a prevenációs aktivitásoknak.

A prevenációs programok növekvő kínálatát azonban nem követte a programokról képet adó leírások és eredményességre vonatkozó támpontok megszületése. A prevenációs programokról az ezredfordulót követően rendelkezésre álló hazai adatbázisok (Paksi, Demetrovics 2002a, 2002b, Droginfó, 2001, 2003, 2005; Infotár, 2008, 2009) kiterjedését és/vagy tartalmát tekintve csak részleges lefedettséggel jelenítették meg az iskolai szintén megjelenő prevenációs kínálatot, és/vagy nem a nemzetközi standardoknak, illetve nem a programválasztás mögötti döntéshozatal igényeinek megfelelően strukturált információkat tartalmaztak. Különösen kevés és szórványos hazai tapasztalattal rendelkezünk a prevenációs beavatkozások eredményessége, illetve a programokkal kapcsolatos befogadói viszonyulások vonatkozásában. Ezek az információk a prevenációs színtér minden szereplőjének folyamatosan hiányoznak: megnehezítik a felhasználóknak a programok közötti választást, eligazodást, a döntéshozók esetében az egészségpolitikai beavatkozások tervezését és az egyes programgazdák számára a programok fejlesztését, az igényekhez való igazítását. Hasonló problémákkal találkozhattunk más országokban is. Az EDDRA adatbázisán 2001-ben elvégzett elemzések (Burkhart, Crusellas, 2002) hasonló hiányosságokra hívták fel a figyelmet. Az adatbázis létrehozását követő években az országok a megadott szempontok – a programok általános és specifikus célja, az ezeket megalapozó elméleti megfontolások, a programok módszertani és humán erőforrás-háttere – mentén nem tudták a programokat az elvárásoknak megfelelő színvonalon vagy minőségben leírni. A programok megfelelő színvonalú strukturált leírása nélkül azonban azok értékelése terén sem tudunk előre lépni.

A programok leírása és értékelése területén megmutatkozó hiányosságok leküzdésére irányuló hazai törekvések első lépéseként a Budapesti Corvinus Egyetem Viselkedéskutató Központja – az Ifjúsági és Sportminisztérium kezdeményezésére – 2001-ben Budapesten elindított egy, a programfeltárásra és -értékelésre vonatkozó, nemzetközi standardoknak is eleget tevő feltárómunkát.⁵ Ezt követően az iskola világával, illetve drogprevenációval foglalkozó országos intézményekkel – a Nem-

csoporttal összehasonlítva a kísérleti csoportban lévő tanulók 26%-kal kisebb valószínűséggel dohányoztak napi rendszerességgel, 35%-kal kisebb valószínűséggel részegedtek le rendszeresen, és 23%-kal kisebb valószínűséggel használtak kannabiszt (EMCDDA, 2006; <http://www.eudap.net>).

⁵ Ennek eredményeit több helyütt közreadtuk, pl. Paksi, Demetrovics és Czákó, 2002a, 2002b; Paksi és Demetrovics 2002a, 2002b; 2003a, 2003b; Demetrovics, Paksi és Czákó, 2003.

zeti Drogmegelőzési Intézettel (NDI), az Országos Közoktatási Intézettel (OKI), valamint az Oktatási és Kulturális Minisztériummal (OKM) – együttműködve folytattuk az iskolai prevenciók színtér megismerésére irányuló kutatásainkat. A kötetben ezen kutatások eredményeiből válogattunk, bemutatjuk az iskolai drogprevenció helyzetének alakulását az iskolák és a szolgáltatók szemszögéből, majd két, a programértékeléssel kapcsolatos mérvadó tanulmány fordítását adjuk közre, s végül a hazai iskolai prevenciók programok értékelésére irányuló kutatásaink eredményeinek bemutatása zárja a kötetet. A mellékletben megtalálhatók a kutatások részletes módszertani jellemzői.

A MAGYARORSZÁGI ISKOLAI
DROGPREVENCIÓS SZÍNTÉR LEÍRÁSA



2. AZ ISKOLAI SZÍNTÉREN JELEN LÉVŐ DROGPREVENCIÓS KÍNÁLAT JELLEMZŐI⁶

PAKSI BORBÁLA, NYÍRÁDY ADRIENN, NÁDAS ESZTER,
BUDA BÉLA, FELVINCZI KATALIN ÉS DEMETROVICS ZSOLT

Mint azt már a bevezetőben említettük, a prevenció programokról rendelkezésre álló hazai adatbázisok az ezredfordulót követően is csak részleges lefedettséggel jelenítették meg a prevenció kínálatot, és/vagy nem a nemzetközi standardoknak, illetve nem a programválasztás mögötti döntéshozatal igényeinek megfelelően strukturált információkat tartalmaztak. Az ezredforduló éveiben hasonló problémákkal találkozhattunk más országokban is (Burkhart, Crusellas, 2002).

A Nemzeti Kutatás Fejlesztési Program (NKFP) támogatásával⁷ 2003 és 2005 között kutatást végeztünk az iskolai drogprevenció szintér kínálati oldalának feltárása és a programok értékelése céljából.

Első lépéseként a közoktatási intézményekben tanuló fiatalokat megcélzó, aktuálisan is működő, direkt drogprevenció vagy drogprevenció célzattal is dolgozó egészségfejlesztési programok feltárását és a nemzetközi standardoknak (pl. Bukovski, 1997; EMCDDA, 1998, 2001; Kröger és mtsai, 1998; Baker et al. 1998; Bury, 2000; Neaman, Nilson és Solberg, 2000; Morgan, 2000; Rácz, 2001; Nádas, 2004) megfelelő strukturált leírását végeztük el. A kutatás koncepciójának megfogalmazása és lebonyolítása a nemzetközi ajánlások mellett a 2001-ben Budapesten végzett iskolai prevenció programokra irányuló kutatás (pl. Paksi és Demetrovics, 2002a, 2002b; Paksi és mtsai, 2002a, 2002b) tapasztalatainak felhasználásával történt.

Iskolai programon azokat a programokat értettük, amelyek iskolai környezetben vagy az iskola által szervezett keretek között futnak. Így például iskolai programoknak tekintettük a tanórai keretek között zajló programok mellett az iskola által szervezett, külső szintén történő drogprevenció rendezvényeket és egyéb, iskolához kötődő programokat is. Szintén az iskolai prevenció tevékenységhez soroltuk azokat a programokat, amelyek nem közvetlenül a diákokra, illetve a diákokra nem mint végső célpopulációra irányulnak, hanem a diákokkal foglalkozó

⁶ A fejezet a következő tanulmány átdolgozásával és kibővítésével (bővítések: a programok koherenciájával, illetve humán erőforrás-ellátottságával foglalkozó részek) készült: Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K.: A magyarországi iskolai drogprevenció programok jellemzői. *Addiktológia*, 2006. 1–2. 5–36.

⁷ Pályázati azonosító: 1B/0001/2002.

pedagógusokra vagy egyéb, éppen a képzés révén iskolai keretek között dolgozó szakemberekre (felnőttekre vagy kortársakra), s így módon közvetve szolgálják az iskolai megelőzést (ilyen programok például a pedagógusképző, illetve a kortárs-oktatók, kortárssegítők képzésével foglalkozó programok).

Feltáró munkánk során többféle információs forrásra – egyrészt a *Droginfó* című kiadvány adataira (Droginfó, 2000, 2001), másrészt a különböző prevenciós tevékenységet támogató pályázati rendszerekben megjelenő szervezetek listáira, továbbá a felkeresett szervezetek kapcsolathálóira – támaszkodva több mint 900 szervezetet kerestünk meg.

Összességében országosan 136 olyan, az iskolai prevenciós színtér kínálati oldalán lévő szolgáltatót azonosítottunk,⁸ amely:

- közvetlenül a diákokra irányuló direkt vagy indirekt drogprevenciós, vagy az iskolai drogmegelőzéshez valamilyen módon (pl. iskolai kortárssegítők, kortársoktatók vagy pedagógusok képzése révén) kapcsolódó programot működtetett;
- a tevékenységet programszerűen (nem eseti jelleggel) végezte;
- a prevenciós szolgáltatást a kutatás idején aktuálisan is folytatta.

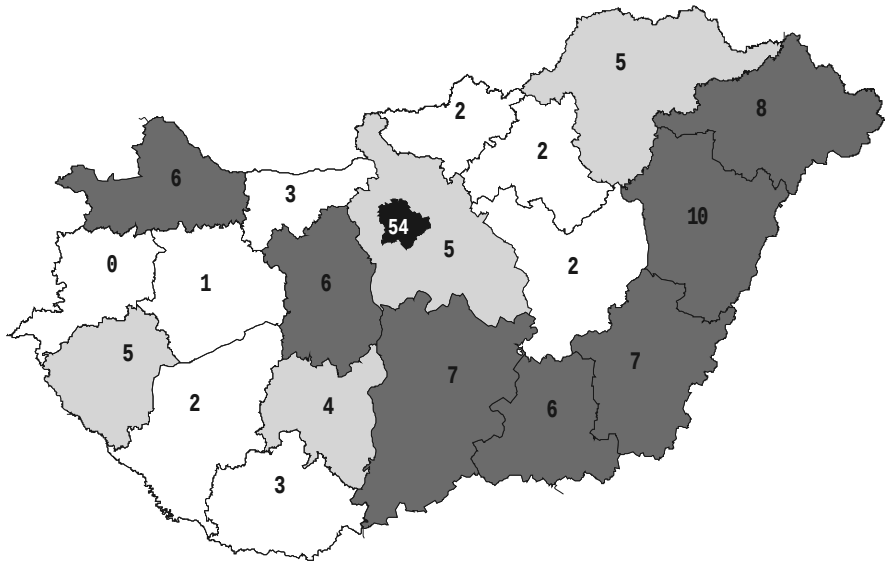
AZ ISKOLAI SZÍNTÉREN DROGPREVENCIÓS PROGRAMMAL MEGJELENŐ SZOLGÁLTATÓK

A prevenciós színtér megcélzott szegmensén azonosított 136 prevenciós szolgáltató mintegy kétötöde (54 szervezet) budapesti székhellyel működik. Vidéken átlagosan 4-5 – a nyugati országrészben ennél általában kevesebb, a déli-délkeleti országrészben ennél jóval több – drogprevencióval (is) foglalkozó szakmai szervezetet sikerült feltárnunk. (Térképet lásd a következő oldalon.)

Tevékenységüket tekintve a többség nem fő tevékenységként végzi a drogprevenciós vagy egészségfejlesztő munkát, hanem más segítő tevékenység vagy oktatási feladatok ellátása mellett, egyötödüknek a fő profilja pedig egészen más területre irányul. Kifejezetten drogprevenciós vagy egészségfejlesztési feladatok ellátására a feltárt szervezetek valamivel több, mint egynegyede, azaz országosan összesen 39 szolgáltató orientálódott.

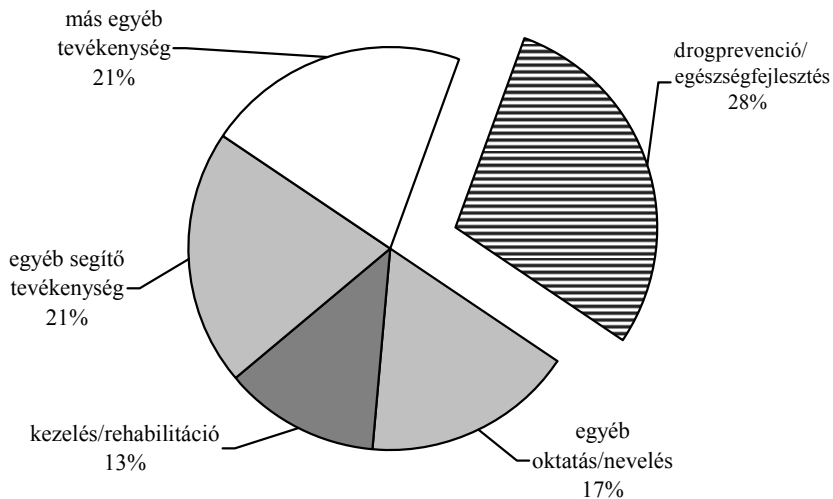
⁸ Adatbázisunk nem, illetve csak a hálózatot összefogó szervezeten keresztül tartalmazza azokat a szolgáltatókat, melyek országos hálózat részeként, annak területi képviselőiként végzik tevékenységüket.

3. ábra. A prevenciós szolgáltatók székhely szerinti eloszlása (az egyes megyékben lévő szolgáltatók számának feltüntetésével)



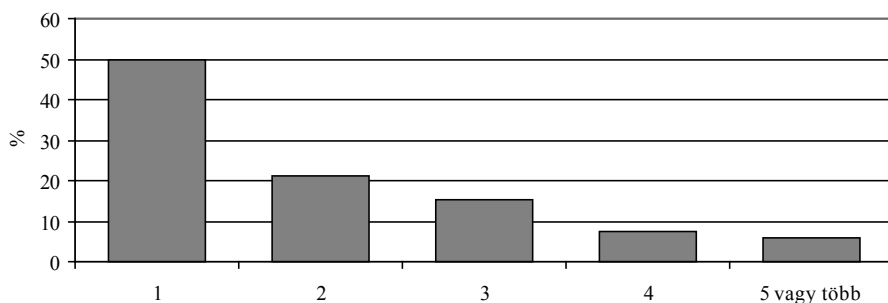
sötétszürke = átlag feletti; világosszürke = átlagos; fehér = átlag alatti

4. ábra. Az iskolai drogprenziós tevékenységgel foglalkozó szervezetek megoszlása fő tevékenység szerint (a feltárt szervezetek százalékában)



A vizsgált 136 szervezet aktuálisan összesen 280 iskolai drogprenvenációs céltelezéssel is dolgozó iskolai programot⁹ működtet. A szervezetek fele egy, másik egyötöde két programmal van jelen az iskolai prevenciós kínálatban, de közel minden hetedik-nyolcadik szolgáltatónak 4 vagy annál több programja is működik aktuálisan.

5. ábra. Az iskolai drogprenvenációs tevékenységgel foglalkozó szervezetek megoszlása az aktuálisan működtetett iskolai prevenciós programok száma szerint (a feltárt szervezetek százalékában)



AZ ISKOLAI DROGPREVENCIÓS PROGRAMKÍNÁLAT TARTALMI JELLEMZŐI

Az alábbiakban a nemzetközi adatgyűjtési és értékelési iránymutatások/standardok, illetve a hazai szakmai és a felhasználói igények főbb dimenziói mentén jellemezzük a magyarországi iskolai drogprenvenációs palettát. Bemutatjuk, hogy a közoktatási rendszerben elérhető fiatalokat közvetlenül vagy közvetve megcélzó prevenciós szervezetek/programok jelenleg hol, milyen számban, mekkora kapacitásokkal találhatók, mekkora lefedettséggel működnek. Emellett kitérünk olyan tartalmi struktúrák bemutatására is, hogy a Magyarországon működő drogprenvenációs be-

⁹ A kutatás során programnak azt a tevékenységet/projektet tekintettük, amely céljai, alkalmazott módszerei, illetve a megcélzott populáció tekintetében homogén, azaz e dimenziók együttese mentén minden programmegvalósulás során azonos jellemzőkkel írható le. Például: ha azonos célkitűzéssel dolgozó program fut évi egy vagy évi három alkalommal, esetleg az egész év során minden héten, sőt szerveznek nyári táborokat is, akkor ezek a verziók négy különböző (al)programot jelentenek. Vagy ha egyéb jellemzők állandósága mellett az interpretátor egyes esetekben tanár, más megvalósítások alkalmával kortársoktató, akkor ezek mind külön programnak számítanak (de természetesen ezek az interpretátorok előfordulhatnak egy programon belül is, ha mindenütt mindegyik típusú interpretátor jelen van). A 280 program a feltárt szervezetek által megnevezett programok/alprogramok összesített száma.

avatkozások milyen teóriák mentén szerveződnek, milyen közvetlen és közvetett céltételezéssel dolgoznak, milyen módszereket alkalmaznak.

A kutatásunk keretében feltárt 136 szolgáltató által kínált 280 iskolai drogprevenciós program több mint négyötödéről, azaz 234 programról rendelkezünk részletes információkkal.¹⁰ A következőkben az aktuális hazai prevenciós kínálatot mutatjuk be.

Az adatgyűjtés során megkülönböztettük az interveniálni szándékolt diákokra mint a prevenciós beavatkozás végső célpopulációjára irányuló ún. *közvetlen* programokat, valamint azokat, amelyek valamilyen, az iskolai szintén jelen lévő – felnőtt vagy diák – populáció prevenciós felkészültségének növelése révén *közvetetten* célozzák meg az interveniálni szándékolt diákok sokaságát. Ez utóbbiakat *közvetett vagy képzőprogramoknak* nevezzük. Ugyanakkor mivel a közvetett, képzőprogramok egy része is diákokkal – kortársoktatók, illetve kortárssegítők képzésével – foglalkozik, ezeken belül a közvetlenül elért célpopuláció típusa szerint megkülönböztettünk diákokkal foglalkozó programokat, valamint pedagógusok, illetve egyéb iskolai szintén (is) tevékenykedő szakemberek képzésével foglalkozó programokat. Tanulmányunkban – a prevenciós szintén megjelenő kereslet alapvető tipizálódását leképezendő – a feltárt programokat elsődlegesen a közvetlenül elért populáció típusát leképező struktúrában mutatjuk be. A diákokkal foglalkozó programokat azonban tovább bontjuk aszerint, hogy a végső célpopulációt jelentő diákok interveniálását közvetlenül vagy kortárssegítők, illetve kortársoktatók képzésén keresztül, közvetetten valósítják meg. A prevenciós kínálatnak a célpopuláció mentén, illetően módon létrejövő főbb csoportjait jelen tanulmányunkban az alábbi dimenziók mentén mutatjuk be:

- a célcsoportra vonatkozó további specifikációk;
- a programok céljára vonatkozó információk;
- a programok koncepciójára, filozófiájára vonatkozó információk;
- a célok megvalósítási módjára vonatkozó információk (alkalmazott módszerek, eszközök típusa, a program kivitelezőinek személyi összetétele).

DIÁKOKKAL FOGLALKOZÓ PROGRAMOK

A feltárt 234 iskolai szintén tevékenykedő drogprevenciós program többsége (183 program, vagyis az összes program több mint háromnegyede) diákok körében végzi tevékenységét, a végső célpopulációt képező diákok interveniálását közvetlenül

¹⁰ A 136 szolgáltató közül 33 szervezet – a tanulmány írásáig – nem töltött ki mindegyik programjáról ún. „Információs Adatlapot”, csak – a már kitöltött, más programjára vonatkozó adatlapjában – felsorolta megnevezett kataszter-szemponatoknak megfelelő programjait. Eszerint jelenleg 46 program esetében csak a program nevét ismerjük, részletes adataink ezekről nincsenek.

ellátva, vagy kortárssegítők, illetve kortársoktatók képzésén keresztül, közvetetten megvalósítva.

A közvetlenül az iskolai prevenció végső célpopulációjára irányuló programok jellemzői¹¹

A közvetlen programok célpopulációja

A tevékenységüket a diákok körében végző programok között négyből három – összesen 139 program – közvetlenül az interveniált végső célpopulációra irányul, azaz közvetlenül azokkal a diákokkal foglalkozik, akik körében a prevencióst cél el kívánja érni.

A programok – az adatszolgáltatók bevallása szerint – a 2001/2002-es tanévben 370 ezer, egy átlagos tanévben pedig összesen mintegy 310 ezer diákot értek el,¹² ami a közoktatási intézményekben tanuló diákok összlétszámát tekintve azt jelenti, hogy országosan az 1–12. évfolyamos diákok közül évente körülbelül – feltételezve, hogy az egyes programok által ugyanazon évben elért diákok között nincs vagy minimális a halmozódás – minden negyedik diák vesz részt valamilyen drogprevencióst célzattal (is) zajló programban.¹³ A közvetlenül a diákokra irányuló programok egyötöde (29 program) kizárólag felső tagozatos (5–8. évfolyamos) tanulókkal foglalkozik, másik 33 program pedig csak középiskolás (9–12. évfolyamos) diákok körében vállal iskolai prevencióst munkát. Kizárólag alsó tagozatos tanulókra specializálódott programmal elenyésző számban találkoztunk (4 program). A programok fele azonban ennél szélesebb korosztályt felölelő célpopulációra irányul. Legnagyobb számban (50 program) olyan programok találhatók a kínálatban, melyek a felső tagozatos és a középiskolás tanulók interveniálását vállalják, 11 program a teljes általános iskolai korosztályt, másik 12 program pedig általában a közoktatásban tanulókat (1–12. évfolyam) jelölte meg a program célpopulációjaként.

Az egyes korosztályok számára megjelenő prevencióst kínálatról összességében azt mondhatjuk, hogy a legnagyobb választék a felső tagozatosok részére szervezett programokban mutatkozik (országosan 102 program). Ennél valamivel kisebb a

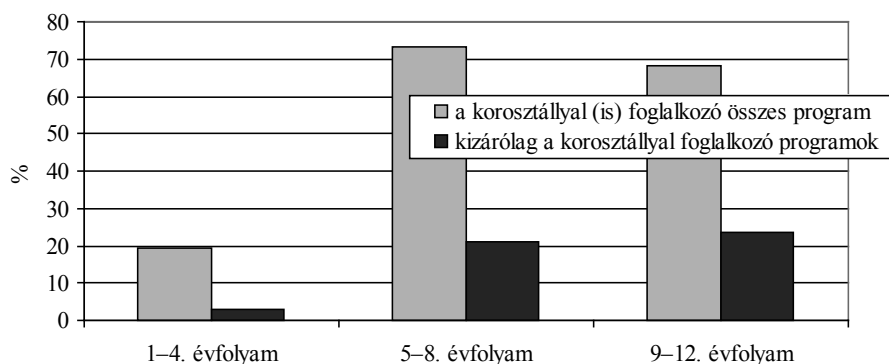
¹¹ Ezekben a prevencióst programokban a diákokkal közvetlenül a programot működtető szervezetek munkatársai, illetve az általa megbízott szakemberek foglalkoznak, a diákokkal foglalkozó programinterpretátoroknak a prevencióst szolgáltató a megbízója.

¹² A 2001/2002-es tanévre vonatkozóan 130, egy átlagos tanévre pedig 128 program adatait ismerjük. A fentiekben az elért populációra vonatkozóan közölt adat becslést érték, az egy program által átlagosan elérték számát vitettük az összes programra. A megfelelő mért értékek: 349 ezer, illetve 285 ezer.

¹³ Ezek az adatok megegyeznek az iskolai prevencióst felhasználói oldalán végzett vizsgálat alapján becslést adatokkal (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004).

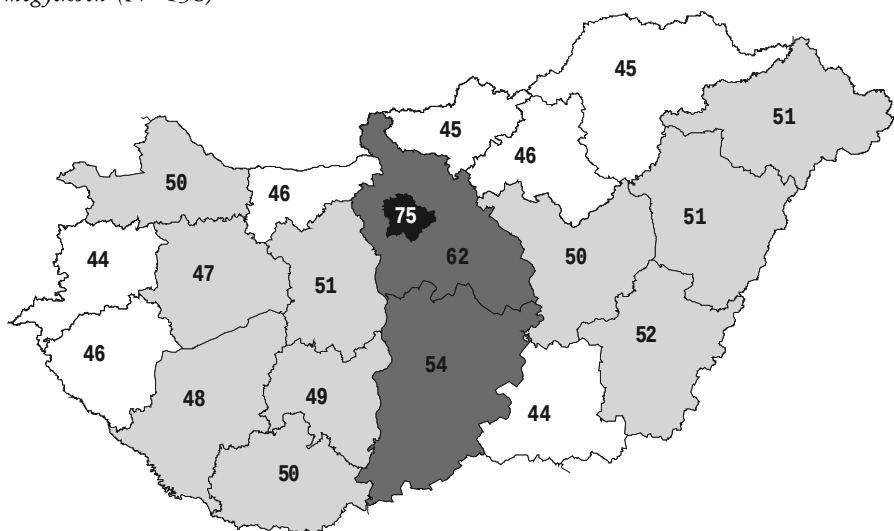
kínálat a középiskolásokra irányuló programokból (95 program), s ezektől messze elmarad az általános iskolák alsó tagozataiban választható programok kínálata (lásd a 6. ábrán).

6. ábra. A különböző korosztályokkal közvetlenül foglalkozó programok aránya a feltárt közvetlen programok százalékában (N=139)



A célpopuláció területi elhelyezkedése szerint vizsgálva a közvetlenül az interveniált populációra irányuló iskolai prevenciós programok kínálatát, azt mondhatjuk, hogy a programok számát tekintve a legnagyobb kínálat a fővárosban mutatkozik. A programok 54%-a (75 program) vállal prevenciós munkát a fővárosban (is). Az egyes megyékben ennél kisebb, de meglehetősen kiegyenlített az iskolai prevenciós szintéren kínált programok száma. Általában az országban fellelhető programok egyharmada (átlagosan 49 program) kínálja szolgáltatását egy-egy megyében a közoktatási intézmények számára. A fővárosban a kínálati oldalon jelentkező többlet azonban – figyelembe véve a fővárosban, illetve az egyes megyékben található iskolák számát (a fővárosban 3-4-szer több közoktatási intézmény található, mint egy-egy megyében átlagosan) – csak nagyobb választékot jelent és semmiképpen sem relatív túlkínálatot. (Lásd a 7. ábrát a következő oldalon.)

7. ábra. A közvetlenül az interveniált populációra irányuló programok száma az egyes megyékben (N=138)



sötétszürke = átlag feletti; világosszürke = átlagos; fehér = átlag alatti

A különböző korosztályok számára nyújtott prevenciós szolgáltatások esetében általában is a fővárosban találkozhatunk a legnagyobb kínálattal. Az általános iskolák alsó tagozatai 19, a felső tagozatok 55, a középiskolák pedig 52 program közül választhatnak Budapesten. Vidéken alacsonyabbak az értékek, azonban nem mutatkoznak kiugró területi különbségek. Az egyes megyékben általában 13–15 alsó tagozatos, 32–38 felső tagozatos és 28–36 középiskolai program közül választhatnak az iskolák. Pest megyében az átlagosnál valamelyest nagyobb a kínálat minden korosztály számára (a megfelelő értékek (17; 45; 41).

A közvetlen programok célja, tematikája

Tematikáját tekintve – a kutatás céljainak megfelelően – természetesen mindegyik feltárt program megfogalmaz drogprevenciós célkitűzéseket, azonban ezek eltérő hangsúlyt kapnak az egyes esetekben. Az iskolai drogprevenciós színtéren tevékenykedő, közvetlenül az interveniált populációra irányuló programok többsége (háromnegyede) direkt drogprevenciós program, egynegyedük pedig elsődlegesen egészségfejlesztéssel foglalkozik, s ezen célok teljesítésén keresztül, közvetetten kíván megvalósítani drogprevenciós célokat.

Kitűzött céljaikat, koncepcióikat tekintve az egyes programok rendkívül heterogén képet mutattak, nem illeszthetők tisztán a szakirodalomban szokásosan megjelenő típusokba.¹⁴ Tapasztalataink szerint a legtöbb hazai programgazda elsődlegesen nem elméleti megfontolásokból, alapvetésekből kiindulva, nem arra építve alkotta meg a saját programját, módszerét, hanem sokkal inkább a rendelkezésre álló tudás, módszer és (adott esetben szubjektív) elképzelés volt a döntő. A programok mögött álló elméleti koncepció meghatározása sok esetben – többnyire évekkel a program megkezdése után is – nehézséget okozott. Ily módon viszont a programok elsődlegesen nem egy előre meglévő, tiszta elméleti keretbe illeszkednek, hanem különböző tényezőkből, elméleti és gyakorlati megfontolásokból lettek összeállítva. Néhány esetben az elméleti háttér szinte teljes mértékben hiányzott, azaz a tényleges tevékenységet döntően a spontaneitás, a meglévő készségek/lehetőségek/kompetenciák adott helyzetben történő alkalmazása határozta meg. A tudatosabb programépítés esetén is a legtöbb programgazda több módszer és megközelítés együttes alkalmazását tekintette célravezetőnek, s tartózkodott attól, hogy egyetlen kizárólagos elméleti keretre építve alkossa meg a tevékenységet.

Mindezek következtében a programok koncepcióik alapján való típusokba sorolása helyett célravezetőbbnek tűnt az egyes programokban fellelhető modalitások azonosítása és a fellelhető modalitások előfordulási gyakorisága révén jellemezni a prevenciós kínálatot. Részben a fenti tipizálási standardokat követve, részben attól eltérve összegyűjtöttük azokat a főbb elméleti célkitűzéseket, szempontokat, amelyek legalább egy programban megjelentek. Az általunk azonosított, a programokban megjelenő célkitűzések a következők voltak:

1. drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos tárgyi ismeretek átadása
2. egészségfejlesztéssel kapcsolatos tárgytudás-átadás
3. önismeret-fejlesztés
4. egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés
5. visszautasítási technikák fejlesztése
6. egyéb szociális készsége fejlesztése
7. mindennapi életvezetési készségek fejlesztése

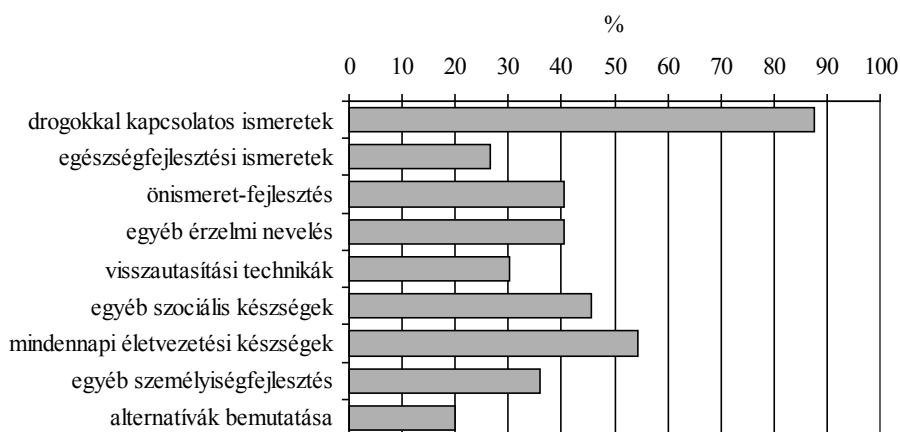
¹⁴ A tipológiákban általában megjelenő főbb szempontok, típusok a következők: 1. információközlés (ténybeli, esetlegesen elrettentő információk közlése a drogokról, hatásairól, a velük kapcsolatos veszélyekről); 2. érzelmi nevelés (az önértékelés, az életvezetési készségek többnyire csoportos tréning formájában történő fejlesztése); 3. társashatás-megközelítés (a társas befolyásolásnak, kortársnyomásnak, a tömegkommunikáció és a reklám hatásainak való ellenállás fejlesztése); 4. mindennapi készségfejlesztés (elsősorban a megküzdési készségek, döntéshozatali készségek és általános szociális készségek fejlesztése); 5. a drogok alternatívái (kockázatkereső és/vagy tudatállapot változást elősegítő alternatív lehetőségek nem droggal történő kielégítése); 6. egészségfejlesztés (a cél az életminőség javítása a viselkedés, az életstílus és a környezet s ezáltal az egészség befolyásolásán, javításán keresztül) (Rácz 1999).

8. egyéb személyiségfejlesztés
9. alternatívák megismertetése

A programok többsége esetében – mint azt már jeleztük – a fenti célkitűzések átfedésben vannak egymással. Mindössze 11 programnál találoztunk egyetlen cél megjelölésével. Ezek közül 9 kizárólag droggal kapcsolatos tárgyi ismeret átadást végez, s egy-egy program volt, amely csak érzelmi neveléssel, illetőleg alternatívák megismertetésével kapcsolatos célkitűzéseket fogalmazott meg. A fenti szempontok/célkitűzések közül a programok átlagosan 3,8 alkalmazását jelezték.

A magyarországi kínálatban megjelenő, drogprenenciós céltételezéssel is dolgozó preneneciós programok döntő többsége (87,5%-a) foglalkozik valamilyen mértékben droggal, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadásával. Négyből három programban jelenik meg célként a mindennapi készségek és/vagy egyéb szociális készségek fejlesztése, hasonlóképpen összességében a programok háromnegyede fogalmazott meg önismeret-fejlesztéssel és/vagy egyéb érzelmi neveléssel és/vagy egyéb személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket. Minden harmadik-negyedik program hangsúlyt helyez a visszautasítási technikák elsajátítására. Viszonylag ritkábban fordul elő – a programok negyedénél-ötödénél – az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tárgyitúdás-átadás említése, illetve az alternatívák szemléltetése vagy gyakorlaton keresztül történő megismertetésére való törekvés.

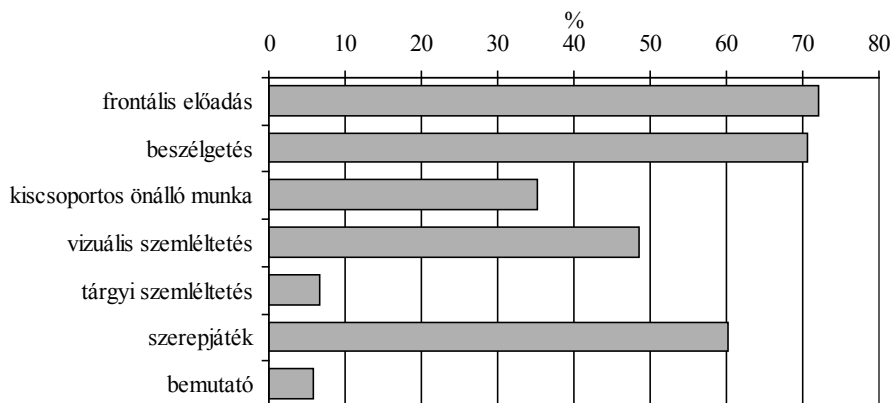
8. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a közvetlenül az interveniált populációra irányuló preneneciós programokban (a programok százalékában kifejezve, N=136)



A közvetlen programok módszerei

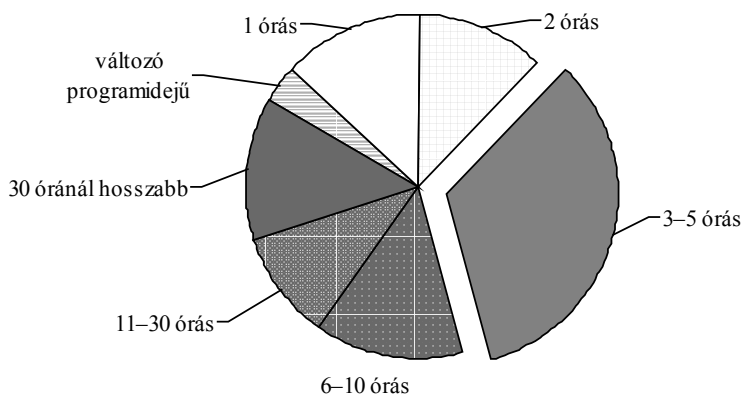
Az alkalmazott módszerek tekintetében a feltárt közvetlen drogprenvenációs programokra – a célok heterogenitásához hasonlóan – szintén a többféleség jellemző. Átlagosan egy-egy programban az általunk vizsgált hét módszer közül 3 kerül alkalmazásra. A programok nagy részében – közel háromnegyedében – az alkalmazott módszerek között szerepel a frontális előadás; hasonló arányban fordul elő a beszélgetés. Nagy népszerűségnek örvendenek a szituációs játékok, didaktikus játékok, szerepjátékok a prevenciós programok módszerbéli repertoárjában, a programok háromötöde használ ilyen elemeket. Minden második program esetében alkalmaznak vizuális szemléltetőeszközöket. Minden harmadik programban a diákok kiscsoportos, önálló munkájára (is) támaszkodnak a program működtetői. Ugyanakkor kevesebb mint tíz program tart bemutatókat a diákoknak, illetve használ közvetlen tárgyi, kézzelfogható szemléltető eszközöket (pl. drogtáska). Mindössze 6 olyan programmal találkoztunk, ahol a frontális előadás volt az egyetlen alkalmazott módszer a prevenciós program során, és emellett a szemléltetés vagy az interaktív módszerek egyike sem jelent meg.

9. ábra. A különböző módszerek megjelenése a közvetlenül diákokra irányuló prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve, N=136)



A programok egyharmada – az aktuális pályázati kritériumokhoz leginkább illeszkedően – 3–5 óráos időtartamú. A programok egynegyede ennél rövidebb időtartamban, 1–2 órában, több mint egyharmaduk pedig – örvendetes módon – legalább 6 órában, és minden negyedik program pedig 10 óránál is hosszabb időben kíván foglalkozni a diákokkal. Vidéken és a fővárosban e tekintetben gyakorlatilag megegyezik a prevenciós kínálat összetétele. (Lásd a 10. ábrát a következő oldalon.)

10. ábra. A közvetlenül az interveniált populációra irányuló programok eloszlása a program időtartama szerint (N=136)



A közvetlen programok tipizálása

Mint fentebb láttuk, a programok célkitűzéseik szerint annyira heterogének, hogy e szempont mentén nehéz őket tiszta típusokba besorolni. Így a következőkben bemutatásra kerülő csoportosításhoz több szempontot vettünk együttesen figyelembe (elsősorban a programok idő-jellemzőit, a célcsoport jellemzőit, illetve a program célkitűzését). Ezen dimenziók súlya – mint azt a következőkben látni fogjuk – az egyes kategóriák esetében eltérő lehet, így bizonyos esetekben a célcsoport valamely speciális jellemzője egyértelmű és kizárólagos besorolási szempontot jelentett, míg más esetekben az idő-tényezők vagy a célkitűzések kaptak nagyobb hangsúlyt. Ily módon a közvetlenül a diákokra irányuló programok besorolására az alábbi tíz kategóriát hoztuk létre:

- rövid idejű információátadó program
- rövid idejű egészségfejlesztő program
- változó idejű egészségfejlesztő program
- hosszú intervallumú egészségfejlesztő program
- hosszabb intervallumú integrált drogprenvenációs program
- drámapedagógia/színházi előadás
- veszélyeztetett csoportok számára végzett drogprenvenáció
- drog-, egészség- vagy bűnmegelőzési nap
- alternatív program
- kiállítás

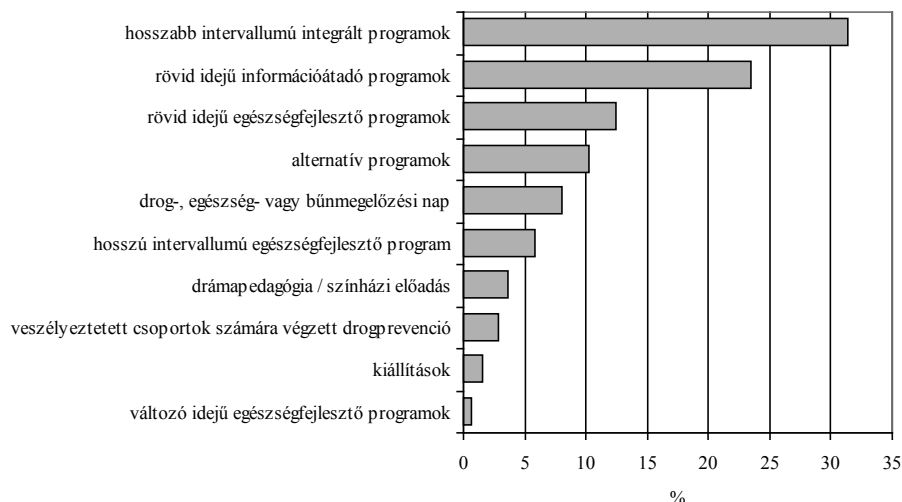
A feltárt programok közel egyharmada (43 program) a hosszabb intervallumú integrált drogprenvenációs programok kategóriájába sorolható. Ezek a programok többnyire direkt drogprenvenációs célkitűzéssel dolgozó, többszöri – leginkább 3–5 – találkozássra épülő, de az átlagosnál nagyobb arányban ennél hosszabb futamidejű programok. E programok esetében az átlagosnál nagyobb arányban jelennek meg szociális és egyéb, életvezetési készségek fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések. Módszereik között többnyire jelen vannak frontális elemek is, de az átlagosnál nagyobb arányban építenek kiscsoportos önálló munkára és dramatikus szituációs játékokra.

A következő leggyakrabban előforduló programtípus a rövid idejű információátadó programok kategóriája. A feltárt programok közel egynegyede (32 program) ebbe a csoportba sorolható. A kategória jellemzője, hogy többnyire egy, de legfeljebb néhány alkalomra épül, kivétel nélkül direkt drogprenvenációs, legnagyobb arányban információnyújtásra, illetve az átlagosnál nagyobb mértékben érzelmi nevelésre, visszautasítási technikák átadására irányuló célkitűzésekkel dolgozik. Módszereik között a frontális elemek dominálnak, de többnyire beszélgetés formájában lehetőséget adnak az interakcióra is.

A programok 12%-a rövid idejű egészségfejlesztő program. Ezek a programok idő-jellemzőikben nagyban hasonlók a rövid idejű információátadó programokhoz, azonban célrendszerük szerteágazóbb (egy programban átlagosan 4,5 célkitűzés jelenik meg), módszereikben pedig elsődlegesen a beszélgetés és a szemléltetés módszerei dominálnak.

A prevenciós kínálat további 10%-a elsődlegesen a drogfogyasztás alternatíváinak megismertetésére törekvő program. Másik 11 program (8%) kínál drog-, egészség- vagy bűnmegelőzési napot. Az összes többi programtípus a közvetlenül a diákokra irányuló iskolai prevenciós programkínálat meglehetősen alacsony hányadára, típusonként néhány százalékára terjed ki. (Lásd a 11. ábrát a következő oldalon.)

11. ábra. A közvetlenül a diákokra irányuló programok tipizálása (a programok százaléklékában, N=137)



A kortárs-programok megvalósításának a megrendelőnél jelentkező költségei

A programok kétharmada az iskolák számára ingyen kínálja a fentiekben jellemzett szolgáltatásokat, további 10%-uk legfeljebb a költségek egyharmadának a megtérítését kéri az iskolától. A prevenciós kínálatban szereplő programok közül ugyanakkor minden negyedik-ötödik a költségek nagyobb részét a szolgáltatást igénybevevő iskolákra hárítja (N=132).

Kortársképzéssel foglalkozó programok¹⁵

A kortárs-programok célpopulációja

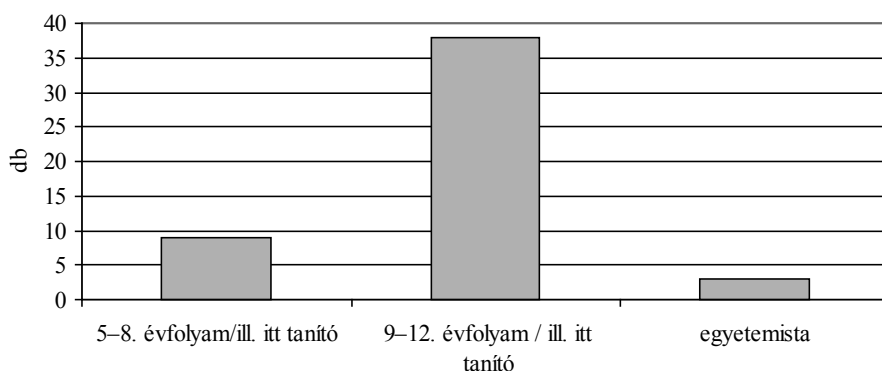
A diákokkal foglalkozó drogprenvenációs programok egynegyede – 44 program – csak közvetett kapcsolatban áll a prevenció végső célpopulációját képező diákokkal, azaz kortársoktatók vagy kortárssegítők képzésén keresztül közvetetten érik el az

¹⁵ Ezekben a programokban a prevenciós szolgáltató által kiképzett diákok a későbbiek során önállóan, nem a szolgáltató programja keretében, nem annak megbízásából foglalkoznak a prevenció végső célpopulációját képező diákokkal.

interveniálni szándékolt populációt. Végso céljuk ezen programoknak nem – illetve nem elsősorban – a közvetlenül elért diákok interveniálása, hanem a rajtuk keresztül közvetetten elérendő diákoké.

A kortársképzések többsége (42 program) a közoktatási intézményekben tanuló diákok számára – 86%-uk középiskolás diákoknak, egyötödük felső tagozatosoknak (is) – kínálja szolgáltatását, illetve 3 program egyetemista kortársak körében (is) végez képzést. A kortárs-programok többsége – tízből nyolc, azaz összesen 35 program – kortárssegítőket¹⁶ képez és csak 9 program foglalkozik kortársoktatókkal, azaz a diáktársaik körében a későbbiekben programszerűen tevékenykedő kortársak képzésével.

12. ábra. A kortársképző programok száma a közvetlen célpopuláció jellemzői szerint (db, N=44)

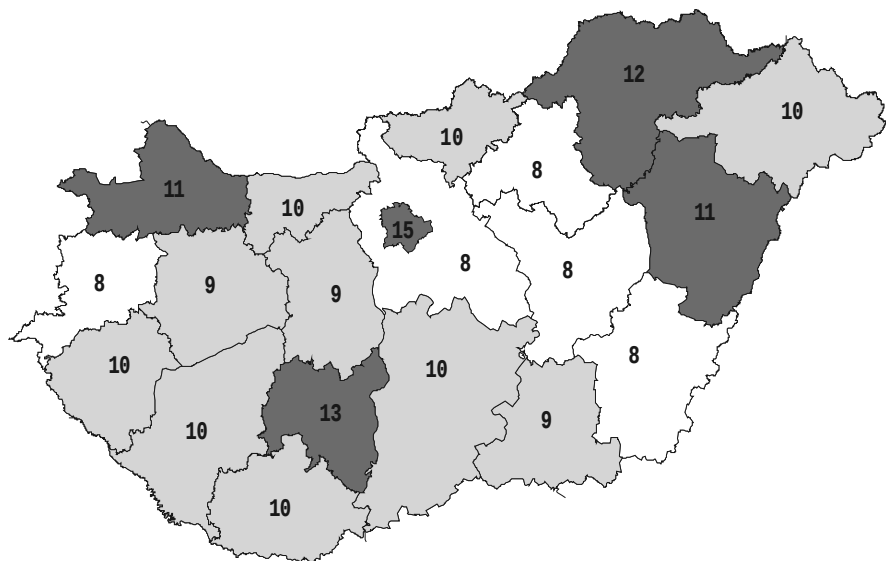


A prevenciós szolgáltatók egy átlagos tanévben – köztük a külön vizsgált 2001/2002-es tanévben is – összesen 2400–2500 kortárssegítőt és mintegy 500 kortársoktatót képeznek ki.

A kortársképző programok kínálatában csak igen kismértékű területi különbségek jelentkeznek. A programok egyharmada (15 program) vállal prevenciós munkát a fővárosban (is). Egy-egy megyében pedig általában az országban fellelhető kortársképző programok megközelítőleg ötöde (átlagosan 9–10 program) kínálja szolgáltatását. (Lásd a 13. ábrát a következő oldalon.)

¹⁶ A kiképzett kortársak nem végeznek programszerű munkát az iskolákban.

13. ábra. A kortársképző programok száma az egyes megyékben (N=44)



sötétszürke = átlag feletti; világosszürke = átlagos; fehér = átlag alatti

A kortárs-programok célja, tematikája

Tematikáját tekintve – a kutatás céljainak megfelelően – természetesen mindegyik program dolgozott drogprenvenációs célkitűzésekkel, a programok több mint háromnegyede (77,3%) direkt drogprenvenációs program.

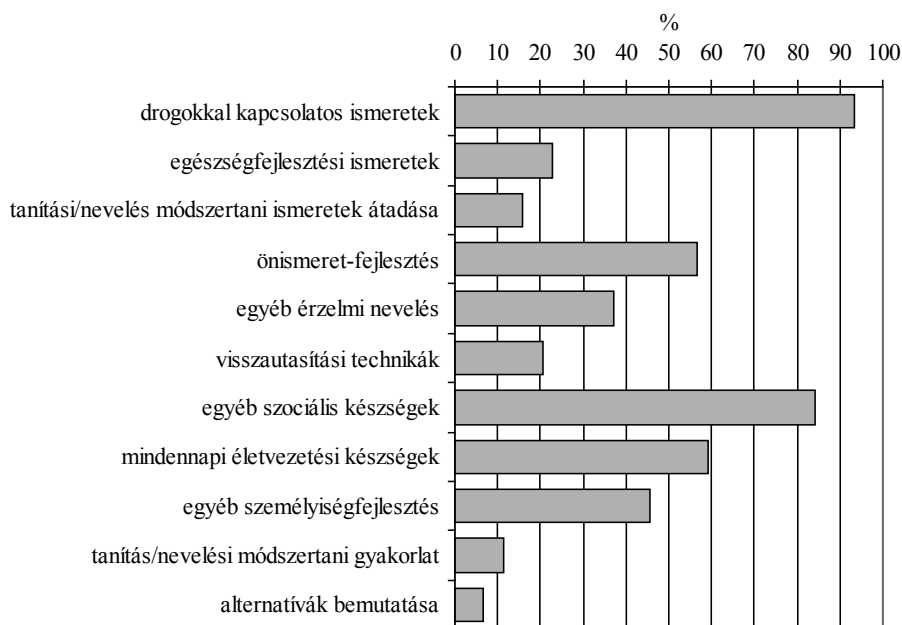
A kortársképző programok esetében az általunk azonosított, a programokban megjelenő célkitűzések a következők voltak:

- drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos tárgyi ismeretek átadása
- egészségfejlesztéssel kapcsolatos tárgytudás-átadás
- tanítási/nevelési módszertani ismeretek átadása
- önismeret-fejlesztés
- egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés
- visszautasítási technikák fejlesztése
- egyéb szociális készségek fejlesztése
- mindennapi életvezetési készségek fejlesztése
- egyéb személyiségfejlesztés
- tanítási/nevelési módszertani tapasztalatok átadása
- alternatívák megismertetése

A programok többsége esetében a fenti célkitűzése – a közvetlen programokhoz képest – még inkább átfedésben vannak egymással, tehát ezek a programok (feltehetően a hosszabb megvalósítási idő adta lehetőségek miatt is) komplexebb célrendszerrel dolgoznak. A fenti szempontok/célkitűzések közül a programok átlagosan 4,5 alkalmazását jelezték.

A kortársképző programok esetében a célok struktúrája nagyon hasonló a közvetlen prevenciós programok célkitűzéseiben megjelenő mintázathoz. Szinte mindegyik kortárs-program (41 program) foglalkozik valamilyen mértékben drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadásával, illetve hangsúlyos a szociális készségek fejlesztése (37 program). Gyakori célként jelenik meg továbbá a mindennapi készségek (26 program), az önismeret (25 program), illetve a személyiség fejlesztése (20 program).

14. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése a kortársképző programokban (a programok százalékában kifejezve, N=44)

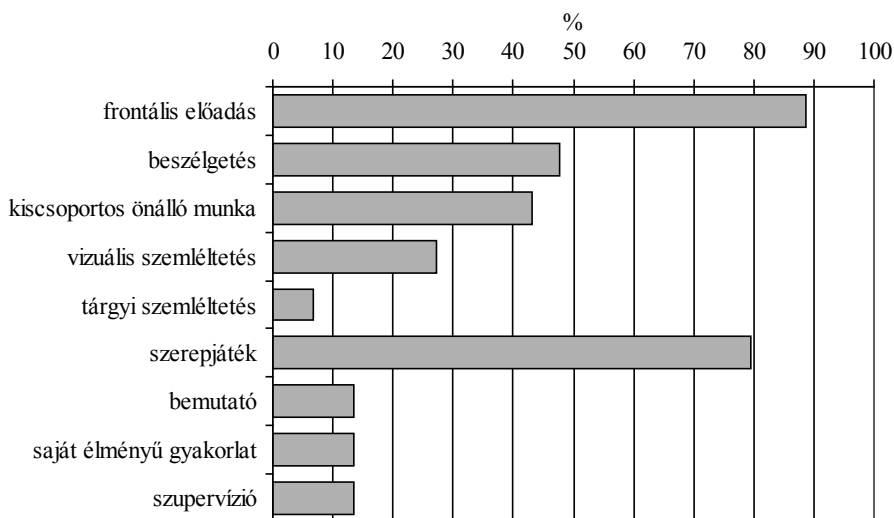


A kortárs-programok módszerei

A kortársképző programok az alkalmazott módszerek tekintetében is valamelyest összetettebbek a közvetlen programoknál. Átlagosan egy-egy programban az általunk vizsgált kilenc módszerből 3,3 kerül alkalmazásra. A kortársképző progra-

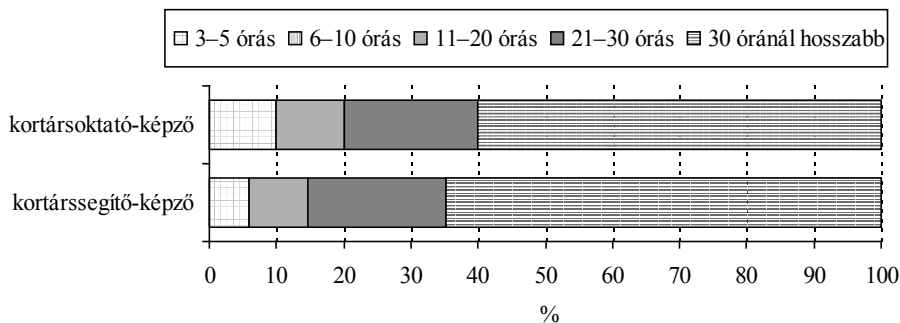
mokban alkalmazott módszerek között domináns a frontális előadás (39 program), illetve a szerepjáték (35 program), de ezek mellett jelentős arányban – a programok közel felénél – jelen van a beszélgetés és a kiscsoportos munka is.

15. ábra. A különböző módszerek megjelenése a kortársképző programokban (a programok százalékában kifejezve, N=44)



A diákok képzésével foglalkozó programok között többségben vannak a hosszú – 30 órát meghaladó – képzési idejű programok. Rövid idejű, 1–2 órás programok sem a kortársoktatókat, sem a kortárssegítőket képző programok között nem fordulnak elő, a képzések négyötöde több mint 20 órában zajlik.

16. ábra. A kortársképző programok eloszlása a program időtartama szerint (a programok százalékában kifejezve, N=43)



A kortárs-programok meghívásának költségei

A kortársképző programok 90%-a ingyenes a résztvevők/iskolák számára, s a három, részben fizetős programnál is minimális (10–15%) a költségterítés aránya. Mindössze egy olyan kortársképző programmal találkoztunk, ahol a képzés teljes költségeit az iskolák fizetik.

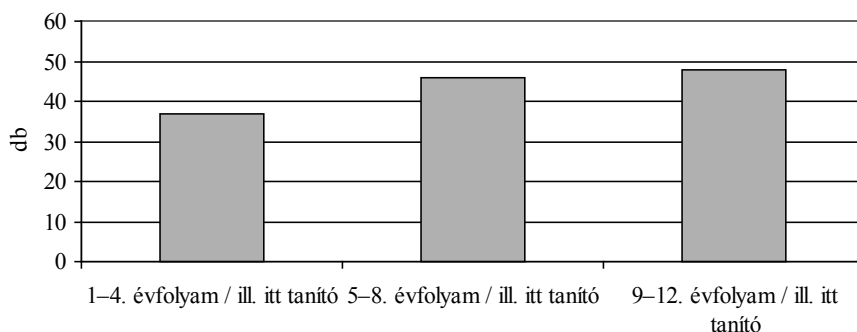
PEDAGÓGUSOK ÉS EGYÉB ISKOLAI SZÍNTÉREN DOLGOZÓ SZAKEMBEREK KÉPZÉSÉVEL FOGLALKOZÓ PROGRAMOK

A képzőprogramok közvetlen célpopulációja

Az iskolai prevenciós programok 22%-a (52 program) pedagógusok, ezen belül kétötöd részben az iskolai szintén dolgozó más szakemberek számára is kínálja tevékenységét,¹⁷ közel 60%-ban „csak” a pedagógusok/szakemberek probléma iránti érzékenyítését tűzve ki célul, 40%-ban pedig azt, hogy a kiképzettek a diákok körében programszerűen fejtsenek ki prevenciós munkát.

A legtöbb pedagógusképző program minden oktatási szinten kínálja szolgáltatását; nagyon alacsony (oktatási szintenként 2) azoknak a programoknak a száma, amelyek speciálisan valamilyen korosztállyal foglalkozó pedagógusok szűk spektrumában határozzák meg a közvetlen célpopulációjukat.

17. ábra. A pedagógusképző programok száma a közvetlen célpopuláció jellemzői szerint (db, N=52)



A pedagógusképző prevenciós szolgáltatók egy átlagos tanévben mintegy 15 ezer – a 2001/2002-es tanévben 17–18 ezer – pedagógust és egyéb iskolai szintén

¹⁷ A későbbiek során a programok e csoportjára a „pedagógusképző programok” kifejezést alkalmazzuk.

dolgozó szakembert értek el. A közoktatási intézményekben tanító pedagógusok összlétszámát tekintve ez azt jelenti, hogy évente országosan a pedagógusok mintegy 10%-a vesz részt valamilyen drogprenvenációs célzattal (is) zajló továbbképzésben.¹⁸

A pedagógusképző programok száma tekintetében igen kiegyenlített a helyzet az ország különböző területein. Mindössze a főváros ellátottsága emelkedik ki, ahol a programok több mint háromnegyede (41 program) fut. A megyék ellátottsága azonban szinte teljesen megegyező, az egyes megyékben az országos kínálat kétharmada (34–36 program) van jelen.

A pedagógusképző programok célja, tematikája

Tematikáját tekintve – a kutatás céljainak megfelelően – természetesen a képzőprogramok esetében is mindegyik program dolgozott drogprenvenációs célkitűzésekkel. Összességében a programok közel háromnegyede direkt drogprenvenációs program. Ezen belül a prenenációs program alkalmazására felkészítő pedagógusképzéseknél az elsődlegesen egészségfejlesztési célkitűzéssel dolgozó programok nagyobb arányban (36%) fordulnak elő.

A képzőprogramok esetében általunk azonosított, a programokban megjelenő célkitűzések a következők voltak:

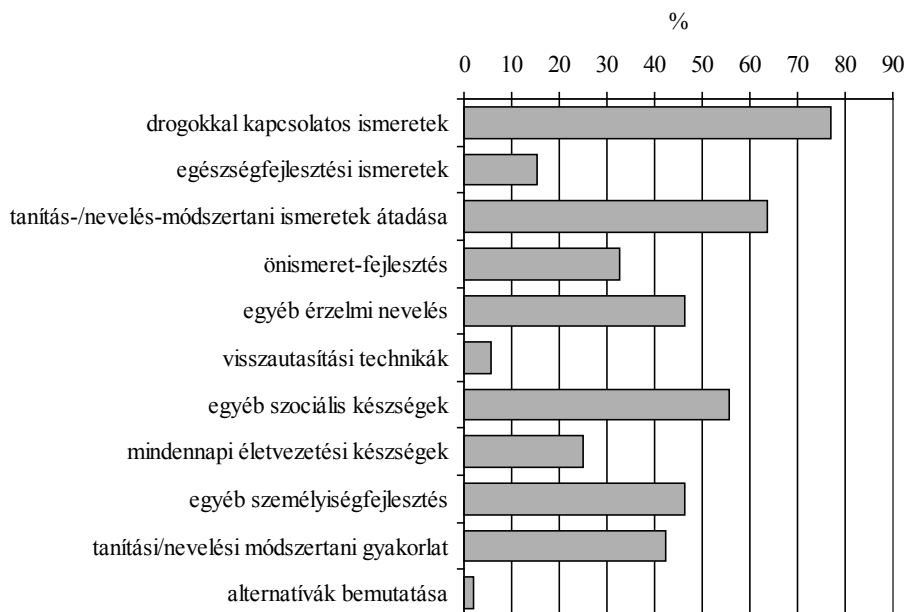
- drogokkal, drogfogyasztással kapcsolatos tárgyi ismeretek átadása
- egészségfejlesztéssel kapcsolatos tárgytudás-átadás
- tanítási/nevelési módszertani ismeretek átadása
- önismeret-fejlesztés
- egyéb érzelmi nevelés/fejlesztés
- visszautasítási technikák fejlesztése
- egyéb szociális készségek fejlesztése
- mindennapi életvezetési készségek fejlesztése
- egyéb személyiségfejlesztés
- tanítási/nevelési módszertani tapasztalatok átadása
- alternatívák megismertetése

A pedagógusképző programok fenti szempontok/célkitűzések közül átlagosan 4,1 alkalmazását jelezték. Ezen belül az érzékenyítő, illetve a prenenációs program alkalmazására felkészítő programok átlaga azonban jelentősen eltérő (3,7 és 4,7), éspedig az érzékenyítő programok alacsonyabb fokú komplexitása irányába. A programok

¹⁸ Ezek a képzések többnyire nem akkreditáltak. Akkreditált drogprenvenációs vagy egészségfejlesztéssel foglalkozó továbbképzésen mindösszesen a pedagógusoknak mintegy 10%-a vett részt az elmúlt hét évben (Paksi, Felvinczi és Smidt, 2004).

célrendszerében a tárgyi ismeretek átadása mellett (amely a programok több mint háromnegyede esetében jelenik meg) hangsúlyos a tanítási/nevelési ismeretek (33 program), tapasztalatok átadása (22 program), és – a szociális készségeken túlmenően – relatíve kisebb szerepet kap a különféle készségek fejlesztése.

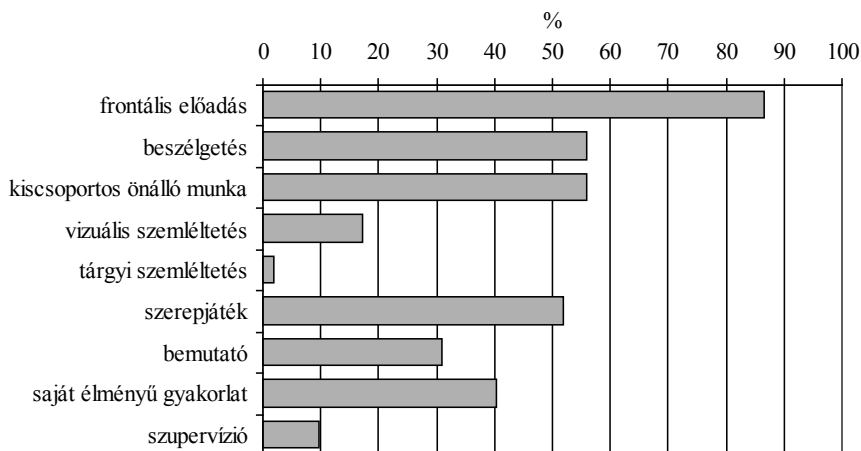
18. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése közvetett prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve, N=52)



A pedagógusképző programok módszerei

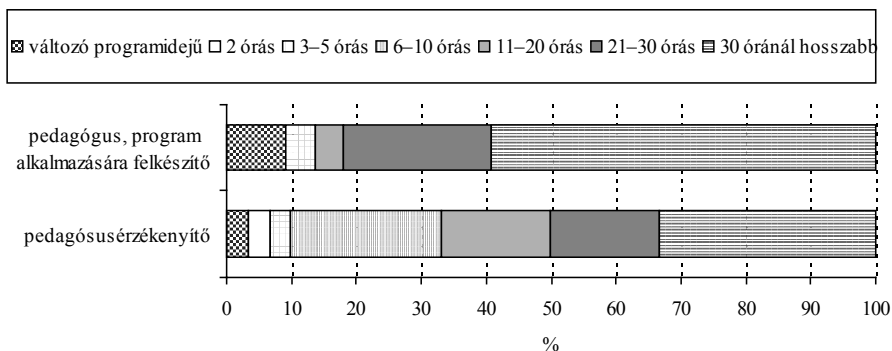
Átlagosan egy-egy programban az általunk vizsgált kilenc módszerből 3,5 kerül alkalmazásra. Igen gyakori (10-ből 9 programban jelen van) a frontális előadás, s emellett a programok több mint felében megjelenik a beszélgetés, a kiscsoportos munka, illetve a szerepjáték is, a képzések kétötödében pedig a saját élményű gyakorlat. Mindössze két olyan pedagógusképző programmal találkoztunk, ahol a frontális előadás az egyedüli alkalmazott módszer a képzés során. (Lásd a 19. ábrát a következő oldalon.)

19. ábra. A különböző módszerek megjelenése a közvetett prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve, N=52)



A prevenciós program alkalmazására felkészítő képzések között többségben vannak a hosszú – 30 órát meghaladó – képzési idejű programok. A pedagógusérzékenyítő képzések egyharmada viszont rövidebb mint tízóra. Az adatfelvétel tapasztalatai szerint az érzékenyítő képzések többnyire nem jelennek meg önálló közvetett programként a prevenciós piacon, csak a közvetlenül a diákokra irányuló programok kiegészítéseként.

20. ábra. A képzőprogramok eloszlása a program időtartama szerint (a programok százalékában kifejezve, N=52)



A képzőprogramok megvalósításának a megrendelőnél jelentkező költségei

A pedagógusképzésekre elsősorban a költségtérítéssel programok dominanciája jellemző, mindössze 18 programot kínálnak ingyenesen, s 19 program esetében pedig a program teljes költségeit a résztvevők, illetve az iskolák fizetik.

**AZ ISKOLAI DROGPREVENCIÓS PROGRAMOK
HUMÁNERŐFORRÁS-ÖSSZETÉTELE¹⁹**

Mint azt a prevenció programkínálat tartalmi vonatkozásaival foglalkozó részben láthattuk, a programleírások alapján úgy tűnik, hogy az adatfelvétel idején a prevenció tevékenység tartalmát jelentős mértékben a spontaneitás, a programok humán erőforrás-állományában meglévő készségek/lehetőségek/kompetenciák adott helyzetben történő alkalmazása határozta meg, azaz a programok tartalmi elemeinek meghatározása során az erőforrás korlátos működésmód jelei mutatkoztak. Ez indokoltá teszi a programok humán erőforrás-összetételének önálló témakörként való elemzését.

A következőkben a prevenció programok humán erőforrás-összetételét elemezzük az alábbi tematikában:

1. a prevenció programok stábmérete,
2. a prevenció stábjában dolgozók munkaviszony szerinti összetétele:
 - fő- és részállásban foglalkoztatottak,
 - megbízási szerződéssel dolgozók, és
 - önkéntes segítők
3. a prevenció programokban, a különböző munkakörben dolgozók képzettsége
 - programvezetők képzettsége
 - a stáb képzettségi összetétele – általános és szakirányú képzettségi jellemzői.

Elemzéseink során egyrészt – a vizsgált változó típusának megfelelően – Khi-négyzet-, illetve F-próbát, valamint Pearsons-féle lineáris-asszociáció-számítást alkalmaztunk. A létszámadatok variabilitásának magyarázatára a programjellemzők által képzett változószetten stepwise-módszerrel lineáris regressziós modelleket hoztunk létre,²⁰ illetve a programvezetők végzettségének becslésében található

¹⁹ A fejezet szerzője: Paksi Borbála. A tanulmány az ICSSZEM (pályázati azonosító: KAB-KT-05-009) támogatásával készült.

²⁰ A választott módszer lehetővé teszi, hogy egy-egy modellalkotási folyamat végén csak azok a változók maradjanak a modellben, melyek a modellvariációt $p < 0,05$ szignifikanciaszinten növelték; azok a változók pedig, amelyek a modellvariációt $p > 0,1$ szignifikanciaszinten csökkentették, kikerülnek a modellből.

programjellemzők meghatározására – szintén stepwise-módszerrel – diszkriminancia-analízist végtünk.

A leíró elemzések során felhasznált, illetve a modellalkotásaink során a modellekbe bevitt magyarázó változók a következők:

- I. a program típusa:
 - Közvetlen programok esetében: direkt drogprenvenációs program vagy egészségfejlesztő program
 - Kortársprogramok esetében: kortárssegítők vagy kortársoktatók képzését végző program
 - Pedagógusképző programok esetében: pedagógusérzékenyítő vagy pre-venációs program alkalmazására felkészítő program
- II. a program céljai
 - drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadása
 - egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása
 - önismeret-fejlesztés
 - egyéb érzelmi nevelés
 - visszautasítási technikák fejlesztése
 - egyéb szociális készségek fejlesztése
 - mindennapi életvezetési készségek fejlesztése
 - egyéb személyiségfejlesztés
 - a drogok alternatíváinak bemutatása
 - tanítás-/nevelés-módszertani ismeretek átadása (csak a képzőprogramok esetében)
 - tanítás-/nevelés-módszertani gyakorlat (csak a képzőprogramok esetében)
- III. a program célrendszerének komplexitása (hányféle cél jelenik meg a programban)
- IV. a program összóraszám
- V. a program időintervalluma
- VI. hány alkalomból áll
- VII. hányan tartják (egy megvalósítás során)
- VIII. a program során alkalmazott módszerek
 - frontális előadás
 - beszélgetés
 - kiscsoportos önálló munka
 - vizuális szemléltetés
 - tárgyi szemléltetés
 - szerepjáték / szituációs játék
 - bemutató
 - szupervízió (csak a képzőprogramok esetében)

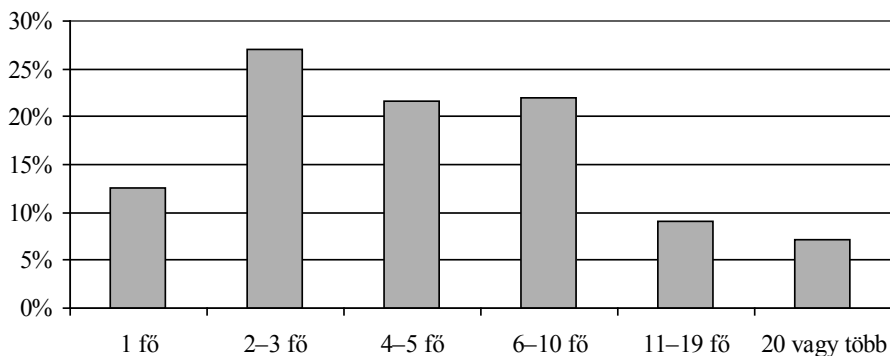
- IX. a program módszereinek komplexitása (hányféle módszer jelenik meg a programban)
- X. az elért populáció létszámára vonatkozó változók
 - egy átlagos évben elért populáció létszáma
 - az adatfelvételt megelőző évben elért populáció létszáma

Tekintettel arra, hogy a humánerőforrás elemzéséhez kiinduló adatokkal szolgáló kutatás célja a prevenciós programkínálat szakmai szempontok – célpopuláció, célok, eszközök, módszerek – mentén való bemutatása volt, a humánerőforrás-el látottsággal kapcsolatos kérdéseket is elsősorban adatgyűjtési egységenként, azaz programonként s nem pedig szervezetenként tudjuk vizsgálni. Ez ugyan nehezíti a más területeken tevékenykedő szervezetekkel való összehasonlítást, mindazonáltal ahol lehetőségünk adódik, adatainkat kontextuáljuk a magyarországi nonprofit szférában általában működő szervezetekre vonatkozó 2004-es KSH-vizsgálat (Bocz és mtsai, 2006) adataival.

A PREVENCIÓS PROGRAMOKBAN DOLGOZÓK LÉTSZÁMA

A vizsgált prevenciós programok átlagosan 6-7 fős stábbal dolgoznak. Azonban a programok között e tekintetben jelentős különbségek vannak (szórás: 5,2): több mint 10%-uk mindössze 1 fővel dolgozik, 7%-uknak pedig 20 vagy több munkatársa van. A programok leggyakrabban 2–3 fős team munkájára épülnek.

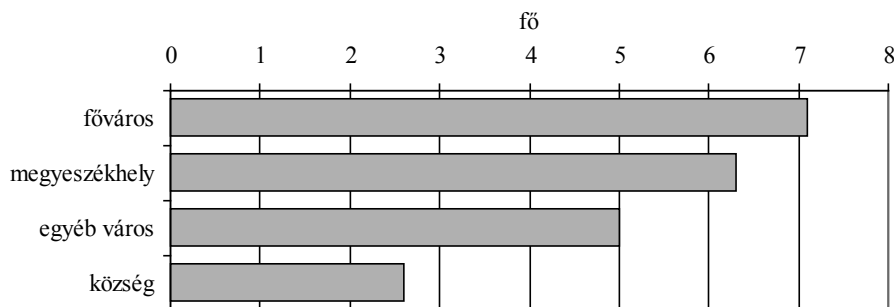
21. ábra. A programok eloszlása a munkatársak száma szerint (% , N=222, átlag=6,4)



Az, hogy a programgazda szervezet székhelye milyen településtípuson található, szignifikáns lineáris kapcsolatot mutat a programban dolgozók átlagos számával: a nagyobb településektől a kisebbek felé haladva csökken a programokban dolgozók

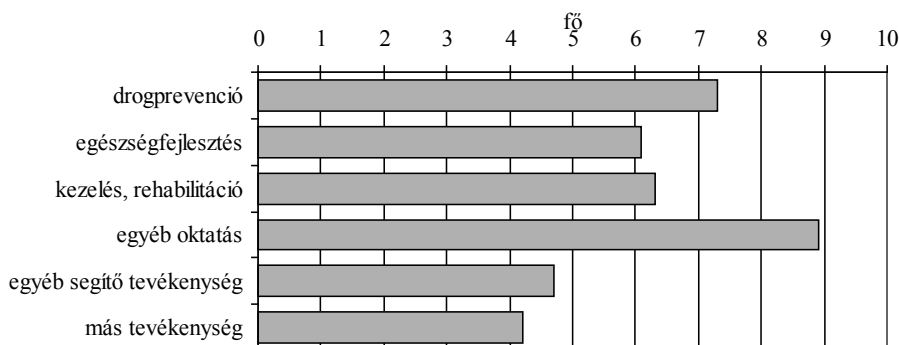
átlagos létszáma (Linear-by-Linear Association $p=0,42$). A budapesti székhelyű prevenciós szervezetek által működtetett programok átlagosan 7 fős stábbal dolgoznak, s a kisszámú, községekben székelő programok stábjainak kifejezetten alacsony az átlagos létszáma (2,6 fő).

22. ábra. A programokban dolgozó munkatársak átlagos száma a szervezet székhelye szerint (fő, $N=222$)



Tendencia jellegű különbségek ($p=0,77$) mutatkoznak a stáb méretében a programot működtető szervezetek fő tevékenysége szerint is. Azok a programok dolgoznak átlagosan a legnagyobb (átlagosan 9 fős) stábbal, melyeket fő tevékenységként valamilyen egyéb (nem prevenciós) oktatási-nevelési feladatot ellátó szervezet működtet. Szintén az átlagot meghaladó méretű (átlagosan 7,3 fős) team valósítja meg azokat a programokat, melyek mögött fő tevékenységként drogprevenciós munkát végző szervezet áll. Az átlagnál kisebb létszámmal dolgoznak viszont a drogprevenciót egyéb segítő vagy más egyéb profiljuk mellett végző szervezetek programjai.

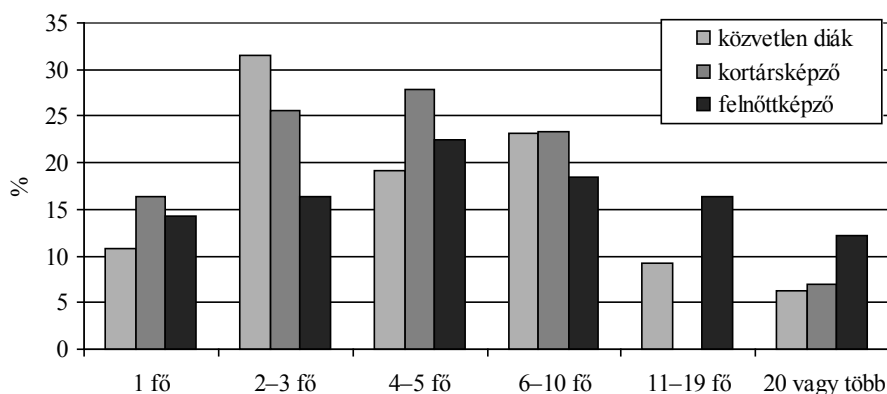
23. ábra. A programokban dolgozó munkatársak átlagos száma a szervezet fő tevékenysége szerint (fő, $N=219$)



Nem találtunk ugyanakkor kapcsolatot a stáb mérete és a programot működtető szervezet éves bevételének nagysága között ($p=0,483$), tehát az, hogy – fő- vagy részállásban, megbízással vagy önkéntesként – összesen hányan dolgoznak egy-egy programban, független a szervezet tőkeerősségével kifejezett szervezeti stabilitástól.

A célpopuláció jellege szerint elkülönített fő programtípusok (közvetlenül a végső célpopulációra irányuló, kortársképző vagy felnőttképző) szerint is szignifikáns ($p=0,037$) különbség mutatkozott a prevenciós programok stábméretében. Legnagyobb létszámmal a pedagógusok, illetve egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programok dolgoznak. Ezekben a programokban átlagosan 8-9 fő vesz részt a programok megvalósításában. A közvetlenül a diákokra irányuló programok átlagosan mintegy 6 fővel, a kortársképző programok pedig 5 fő létszámmal dolgoznak.

24. ábra. A programokban dolgozó munkatársak száma fő programtípusok szerint (% , $N=222$)



Az interveniált populáció nagyságával csak a kortársképző programok esetében mutat kapcsolatot a stáb mérete ($r=0,563$, $p<0,001$). Tehát a tanárképző, valamint a végső célpopulációval közvetlenül foglalkozó programok esetében a stáb mérete független (minden esetben $p>0,1$) attól, hogy hány fő körében végeztek egy átlagos évben, illetve az adatgyűjtést megelőző évben prevenciós munkát. Ez a programok keresletkorlátozás működésére utal, arra, hogy a tanárképzésben, valamint a végső célpopuláció körében működő programok a jelenlegi létszámmal vélhetően a megélvőnél nagyobb volumenű igényeket is ki tudnának elégíteni.

A programjellemzők és a stábméret kapcsolatát – a programjellemzőknek programtípusonként eltérő változók mentén definiált volta miatt – a fő programtípusok szerint elkülönítve vizsgáljuk.

- A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok esetében a program különböző jellemzői kevésbé befolyásolják a programokban dolgozók létszámát, és/vagy a stáb mérete nem meghatározó a program tartalmának meghatározása szempontjából. A stábméret variabilitásának magyarázatára a programjellemzők tartományán stepwise-módszerrel létrehozott lineáris regressziós modellünk szignifikáns ugyan, azonban mindössze az alternatívák bemutatásával kapcsolatos céltetelezés marad a modellben ($\beta=0,262$), és a modell magyarázó ereje kicsi: $R^2=0,060$.

Kétváltozós elemzéseink során is mindössze a többféle célt megfogalmazó, valamint az alternatívák bemutatására vonatkozó céltetelezéssel dolgozó programok mutattak az átlagnál szignifikánsan nagyobb stábméretet ($p<0,05$), és tendenciájában nagyobb létszámmal dolgoznak a többféle módszertani elemet alkalmazó, valamint a kiscsoportos önálló munkára (is) építő programok ($p<0,1$). A többi programjellemző – a célpopulációra, a program céljaira vonatkozó más ismérvek, illetve az alkalmazott egyéb módszerek – a kétváltozós elemzések során sem nem mutatott kapcsolatot a stáb méretével.

- A kortárssegítőket, illetve -oktatókat képző programok esetében inkább alkalmazkodik a stábméret a program sajátosságaihoz. A kortárs-programok stábméretének variabilitása – a közvetlen programok esetében tapasztalttól eltérően – jól magyarázható a programjellemzőkkel. A két lépésben stepwise-módszerrel a program típusára, céljára, módszerére vonatkozó (az I–IX. csoportba tartozó²¹) változók halmazán létrehozott Lineáris regressziós modell kifejezetten erős: $R^2=0,492$. A modellt – $p<0,025$ beléptetési feltétel mellett²² – a tanítás-/nevelés-módszertani ismeretek átadásával kapcsolatos céltetelezés dominálja.

1. táblázat. A kortárs-programokban dolgozók számának becslésére a programjellemzők alapján létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Tanítás-, nevelés-módszertani ismeretek átadása	0,629	<0,001
Módszer: beszélgetés	0,277	0,019

Amennyiben a fenti modellben szereplő magyarázó változószettet kiegészítjük – a kétváltozós korrelációk alapján szignifikánsnak mutató – a program

²¹ A változócsoportok felsorolását lásd a fejezet bevezető részében.

²² A beléptetési feltételt az elemzésbe vont programok számához képest a modellbe vont magyarázó változók nagy száma miatt – a szokásos 0,05-ös szignifikanciaszinthez képest – szigorítottuk. A kortársképző, valamint a felnőttképző programok esetében létrehozott regressziós modellek során a továbbiakban is rendre magasabb szignifikanciafeltételeket adunk meg.

által elért populáció méretére vonatkozóan rendelkezésre álló információkkal, akkor az egy évben átlagosan elért populáció mérete kiszorítja a beszélgetés-módszer változót, és a modell tovább erősödik: $R^2=0,504$.

2. táblázat. A kortárs-programokban dolgozók számának becslésére a programjellemzők és az elért populáció mérete alapján létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Tanítás-, nevelés-módszertani ismeretek átadása	0,524	<0,001
Hány főt képeztek ki egy átlagos évben	0,317	0,017

- A tanárképző és egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberekre irányuló programok esetében programjellemzők halmazán a stábméret variabilitásának magyarázatára – $p<0,025$ beléptetési feltétel mellett – 3 lépésben szintén erős lineáris regressziós modellt kapunk: $R^2=0,465$. A modellt a program módszertani jellemzői határozzák meg: a frontális technikát nem alkalmazó, a nagyobb óraszámú programok stábja nagyobb létszámú.

3. táblázat. A felnőttképző programokban dolgozók számának becslésére a programjellemzők és az elért populáció mérete alapján létrehozott lineáris regressziós modell

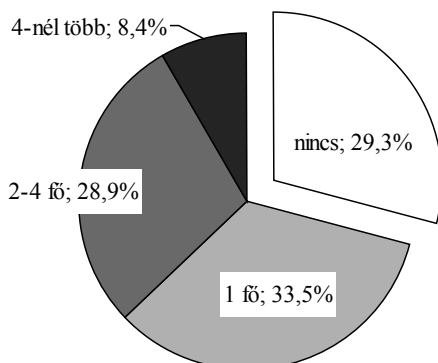
MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Módszer: frontális előadás	-0,605	<0,001
Összóraszám	0,593	<0,001
Cél: egyéb szociális készségek fejlesztése	-0,381	0,005

A DROGPREVENCIÓS PROGRAMOKBAN DOLGOZÓK ÖSSZETÉTELE FOGLALKOZTATÁSI VISZONY SZERINT

A drogpreevenációs szervezetek által foglalkoztatott fizetett alkalmazottak

Az egyes programokban átlagosan a stáb 42,5%-át alkalmazza a prevenciós programot működtető szervezet fő- vagy részállásban. Számuk egy programban átlagosan 2 fő (szórás: 3,4). A programok több mint egynegyedében (34 program) nem dolgozik a programot működtető szervezet által alkalmazott fizetett munkaerő, s mindössze minden tizedik programban van 4-nél több fő- vagy részállású alkalmazott. (Lásd a 25. ábrát a következő oldalon.)

25. ábra. A programok eloszlása a prevenciós szervezet által alkalmazott fizetett foglalkoztatottak száma szerint (% , N=215, átlag=2,0)



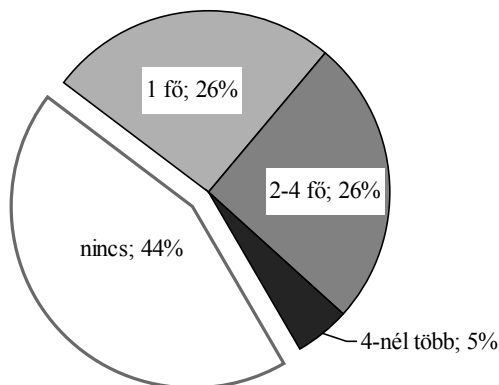
Amennyiben nem programokra, hanem az azokat működtető szervezetekre (N=120) számoljuk ki a létszámadatokat, az arány nem változik jelentősen. A prevenciós szervezetek 68%-ának van olyan programja, melyben fő- vagy részállásban foglalkoztatnak legalább egy munkatársat. Ez az arány jóval kedvezőbb a civil szférában általában jellemző aránynál: 2004-ben a hazai nonprofit szervezetek mindössze egyhatoda foglalkoztatott fizetett munkaerőt fő- vagy részállásban (Bocz és mtsai, 2006). Még inkább kedvezőnek ítéltethető a prevenciós szervezetekre számított arány, ha figyelembe vesszük, hogy az csak egy minimum aránynak tekinthető, mivel – a programokra értelmezett adatbázisunk miatt – valószínűsíthető, hogy vannak olyan prevenciós szervezetek,²³ amelyeknek van ugyan fizetett foglalkoztatottja, de az egyik vizsgált programban sem dolgozik, így a programonkénti információkból összeállított adatbázisunk őket nem tartalmazza. Tehát azt mondhatjuk, hogy a nonprofit szervezetekre jellemző 16,5%-os arányhoz képest a drogprevencióval (is) foglalkozó szervezetek legalább 68%-ában foglalkoztatnak fő- vagy részállású fizetett alkalmazottat. Tekintettel arra, hogy a fő- és részállású foglalkoztatottak számára vonatkozó mutatók jelzésértékűek a tekintetben, hogy a programnak mennyire stabil a szerkezeti háttere, mennyire képesek alkalmazottakat foglalkoztatni, azt mondhatjuk, hogy a drogprevenciós programok szervezeti háttere erősebb a civil szférára általában jellemzőnél.²⁴

²³ Emlékezzünk vissza, hogy a vizsgált prevenciós szolgáltatók kétharmadának-háromnegyedének nem a drogprevenció és/vagy az egészségfejlesztés a fő tevékenysége.

²⁴ A prevenciós szervezetek esetében kapott arányhoz hasonló a nonprofit szférán belül általában csak a közhasznú társaságok esetében tapasztalható (Bocz és mtsai, 2006). Adatbázisunk ugyan nem teszi lehetővé a szervezeti forma szerinti vizsgálatot, azonban tapasztalataink szerint a kht.-k nagy aránya nem jellemző a drogprevenciós szférában, tehát az itt kapott kedvező foglalkoztatási mutató nagy valószínűséggel nem a szervezeti forma speciális eloszlásának a következménye.

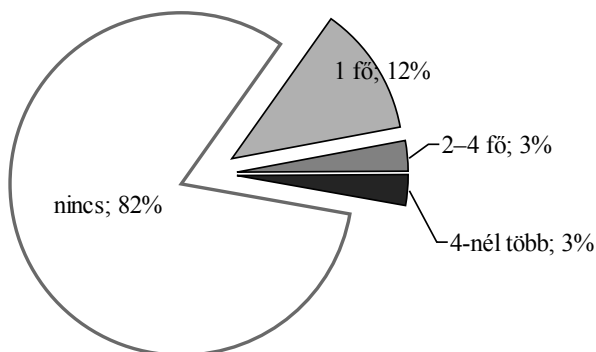
A foglalkoztatottakon belül főállású dolgozók aránya szintén információval szolgál a szervezet stabilitásának megítéléséhez. Fenti állításunkat a foglalkoztatottak alkalmazási mód szerinti struktúrája alapján is fenntarthatjuk: a drogprevenciós programokban a fizetett foglalkoztatottakon belül a főállásban dolgozók aránya a nonprofit szférában általában jellemzőhöz hasonló (Bocz és mtsai, 2006: 45.). Programonként átlagosan a foglalkoztatottak 78%-a dolgozik főállásban, ami a programokban dolgozók egyharmada. Létszámuk programonként átlagosan 1,3 fő. Azonban ez az átlag is meglehetősen nagy szórást mutat (2,1): a programok kétötödének egyetlen főállású munkatársa sincs. Másik negyedük-ötödük 1 főt alkalmaz főállásban, és 4 főnél több főállású munkatárssal csak mindössze 10 programnál találkoztunk.

26. ábra. A programok eloszlása a főállásban foglalkoztatott munkatársak száma szerint (%; N=126)



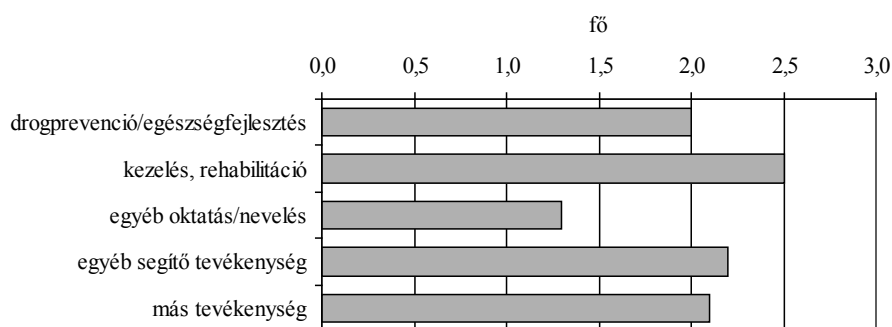
A részállású foglalkoztatás nem elterjedt alkalmazási forma a prevenciós programokban. Az egy programban részállásban foglalkoztatottak száma átlagosan mindössze 0,66 fő, s arányuk átlagosan nem éri el a programokban dolgozók tíz százalékát sem. A programok több mint 80%-ában nem dolgozik egyetlen részállású alkalmazott sem. (Lásd a 27. ábrát a következő oldalon.)

27. ábra. A programok eloszlása a részállású foglalkoztatottak száma szerint (% , N=126)



A prevenciós tevékenységet végző, de fő profilját tekintve különböző területen tevékenykedő szolgáltatók a prevenciós programjaikban átlagosan hasonló létszámban alkalmaznak fizetett munkaerőt, illetve azon belül főállású munkavállalókat. Mindössze azokban a programokban alacsonyabb az átlagosnál a fizetett alkalmazottak száma, melyeket fő tevékenységként valamilyen oktatási-nevelési feladatot ellátó szervezet működtet. Ez egybevág a civil szférában általában tapasztaltakkal, amit a szakirodalom azzal hoz összefüggésbe, hogy „ezek a szervezetek olyan intézményekhez kötődnek, melyek munkavállalói a nonprofit szervezet ügyeiben is eljárnak” (Bocz és mtsai, 2006).

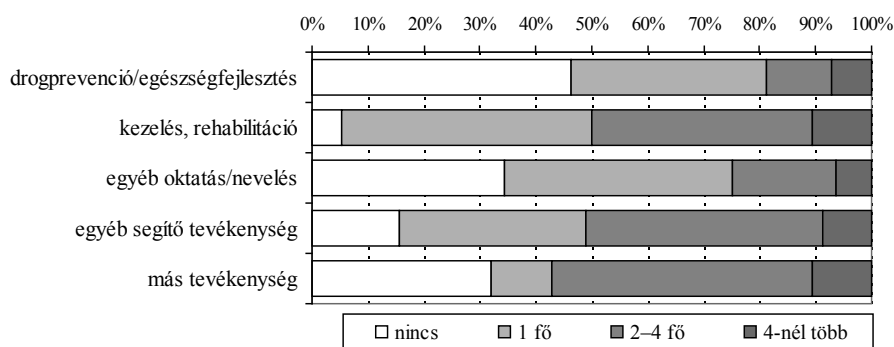
28. ábra. A programokban foglalkoztatott fizetett alkalmazottak átlagos száma a szervezet fő tevékenysége szerint (N=212)



A fizetett alkalmazottaknak a programot működtető szervezet fő tevékenysége mentén számított hasonló átlagléttszámait azonban eltérő szórások mellett jelentkeznek, éppen ezért, amennyiben nem az átlagokat, hanem a létszámeloszlásokat vizsgáljuk, szignifikáns ($p < 0,001$) különbségeket tapasztalunk a különböző profilú

szervezetek között. A fő profilként drogprevenciával/egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetek programjai között találunk a legnagyobb arányban olyanokat, melyekben nem dolgoznak fizetett alkalmazottak, azaz a drogprevenciót fő tevékenységként végző szervezetek programjai rendelkeznek a legkevésbé erős, intézményesült szervezeti háttérrel: ezeknek a programoknak közel a felében nincs fő- vagy részállású alkalmazott.²⁵ Őket követik az oktatási profilú szervezetek programjai, ahol ez a már említett – vélhetően társult – helyzet és nem a szervezeti instabilitás következménye. Leginkább stabil szervezeti háttérrel a fő tevékenységként a kezelés/rehabilitáció területén működő, illetve egyéb segítő tevékenységet végző szervezeti bázisra támaszkodó programok jellemezhetők: ezen a programok körében a foglalkoztatottal nem rendelkezők aránya minimális, és az átlagos 56%-hoz képest 70–75% a főállású dolgozókat foglalkoztató programok aránya is.

29. ábra. A programokban dolgozó fizetett alkalmazottak számának eloszlása a szervezet fő tevékenysége szerint (N=212)

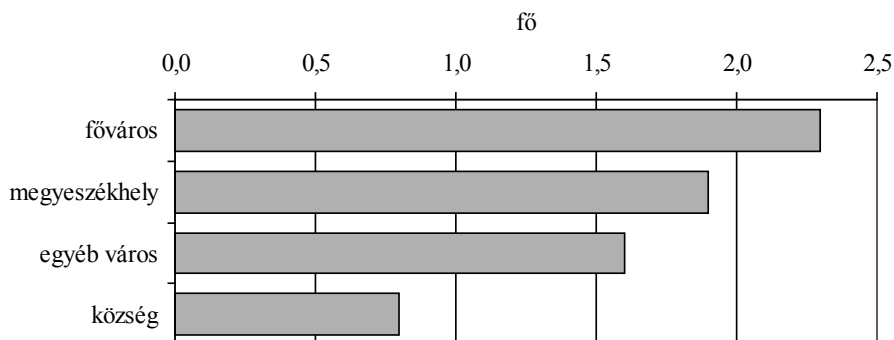


A fizetett alkalmazottak számában a programgazda szervezet székhelye szerint hasonló tendencia figyelhető meg, mint ami a stáb méretében szignifikánsan megmutatkozott: a nagyobb településektől a kisebbek felé haladva csökken a programokban dolgozó fizetett alkalmazottak átlagos létszáma. A budapesti székhelyű prevenciós szervezetek által működtetett programok átlagosan 2-3 főt alkalmaznak, s a községi székhellyel működő szervezetek programjaiban a fizetett foglalkoztatottak száma kifejezetten alacsony, átlagosan nem éri el az 1 főt. A foglalkoztatottak száma tekintetében a települési hierarchiát leképező tendencia általában is megfigyelhető a nonprofit szervezetek körében, de a drogprevenciós programok esetében tapasztalható képest valamivel kisebb mértékben. A fő- és részmunkaidős alkalmazottak mintegy kétharmadát a

²⁵ Ugyanakkor a legalább 20 fős stábbal dolgozó öt programból négyet két, drogprevenciós főprofilú szolgáltató működtet.

fővárosban és megyeszékhelyeken működő nonprofit szervezetek alkalmazzák (Bocz és mtsai, 2006). A drogprevenciós programokban alkalmazottként dolgozó munkatársak esetében a fővárosban foglalkoztatottak aránya 57%, a megyeszékhelyeken lévő szervezetek programjaiban pedig további közel egyharmaduk dolgozik, együttesen tehát tíz alkalmazottból kilenc a nagyvárosokban lévő prevenciós szervezetek által működtetett program stáb tagja.²⁶

30. ábra. A programok fizetett alkalmazottainak átlagos száma a szervezet székhelye szerint (N=215)



Ugyanakkor a főállásúak aránya a szokásos – a nonprofit szférában általában jellemző, illetve a drogprevenciós programok humán erőforrás-ellátottságának eddig vizsgált mutatói mentén jelentkező – tendenciával ellentétben enyhén növekszik a kisebb méretű települések felé haladva. Ez számbeli tendenciát nem jelent, tehát a szervezeti erősséggel szemben inkább azt jelezheti, hogy vélhetően a kistépüléseken székelő szervezeteknek kevesebb a lehetőségük a részfoglalkoztatásra, illetve arra, hogy – mint majd látni fogjuk – külső munkatársakat vonjanak be programjaik megvalósításába.

Ugyan a stáb méretéhez hasonlóan – a nonprofit szférában általában jellemző tendenciától eltérően²⁷ – a fizetett alkalmazottak száma sem mutatott szignifikáns kapcsolatot a szervezet éves bevételének nagyságával ($p=0,101$; lineáris kapcsolatra vonatkozóan pedig $p=0,326$)²⁸, azonban a szervezet forrásainak és a foglalkoztatottak arányának korrelációja (Pearsons-féle korrelációs együttható =

²⁶ Emlékezzünk rá, hogy a szervezetek 80%-a nagyvárosi (lásd a vizsgálatba vont szervezetek és programok leírásával foglalkozó fejezetben).

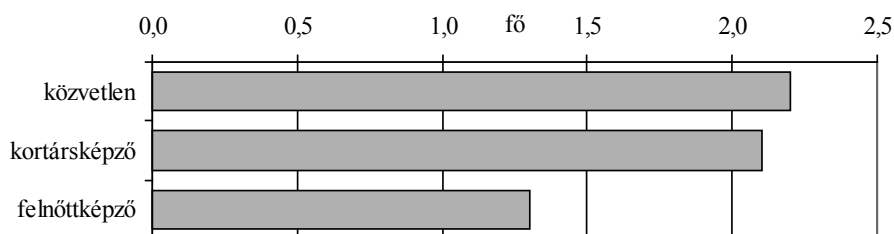
²⁷ Általában a nonprofit szférában foglalkoztatottak több mint kilencven százalékát a 8 millió forintnál nagyobb bevételű szervezetek alkalmazzák (Bocz és mtsai, 2006, 95. táblázatból számított érték).

²⁸ Ennél a kérdésnél igen nagy a válaszhiányok aránya: $N=109$.

0,254, $p=0,008$) azt mutatja, hogy a tőkeerősebb prevenciós szervezetek inkább dolgoznak programjaik során fizetett alkalmazottakkal.

A célpopuláció jellege szerint elkülönített alapvető programtípusok szerint is a stábmérettel ellentétes tendenciát figyelhetünk meg a fizetett alkalmazottak számát illetően. Míg a legnagyobb létszámmal a pedagógusok, illetve egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programok dolgoznak, addig ugyanezen programok esetében a legkisebb a programok szervezeti biztonságára utaló fő- vagy részállású alkalmazottak száma. A foglalkoztatottakon belül a főállásúak arányában nem mutatkozik szignifikáns különbség az alapvető programtípusok között.

31. ábra. A programok fizetett alkalmazottainak átlagos száma aszerint, hogy közvetlenül a végső célpopulációra irányul, vagy sem ($N=215$)



A programjellemzők és a fizetett alkalmazottak kapcsolatát vizsgálva a következő megállapításokat tehetjük:

- A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programokban a fizetett alkalmazottak számának becslésére a programjellemzők képezte változószetten létrehozott lineáris regressziós modell – a stábméret esetében kapott modellhez hasonlóan – gyenge magyarázó erővel bír: $R^2 = 0,106$. A modellben mindössze két változó szerepel: az alternatívák bemutatására, illetve a visszautasítási technikák fejlesztésére irányuló céltételezés; az előbbi nagyobb ($\beta=0,283$), az utóbbi kisebb ($\beta=-0,246$) stábméretet tételez a modell szerint.

A kétváltozós elemzések alapján azonban több változóval mutatkozik összefüggés: az átlagosnál szignifikánsan nagyobb az alkalmazottak létszáma az egészségfejlesztő programokban, illetve azokban, melyek önismeret-fejlesztésre, valamint az alternatívák bemutatására vonatkozó céltételezéssel dolgoznak. Ugyanakkor a visszautasítási technikák fejlesztésére (is) koncentráló programok stábmérete kisebb az átlagosnál. (ezekben az esetekben $p<0,05$).

- A kortárssegítőket, illetve -oktatókat képző programokban a fő- vagy részállásban alkalmazottak létszámának becslésre a programjellemzők teljes változószettjének bevonásával stepwise-módszerrel egy lépcsőben létrehozott lineáris regressziós modell a stábméret becslésére létrehozott modellnél kisebb

magyarázó erővel bír, közepesen erős: $R^2=0,239$. A modellben mindössze egy szignifikáns változó található, a stábméret becslésére létrehozott modellt is domináló változó: a tanítás-/nevelés-módszertani ismeretek átadására a fizetett foglalkoztatottak magasabb létszámával jár együtt.

4. táblázat. A kortárs-programokban dolgozók számának becslésére a programjellemzők és az elért populáció mérete alapján létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Cél: Tanítás-, nevelés-módszertani ismeretek átadása	0,509	0,001

- A tanárképző és egyéb iskolai szintűen dolgozó szakemberekre irányuló programok esetében a programjellemzők teljes változósztettjén létrehozott erős ($R^2=0,523$) modell alapján azokban a programokban nagyobb a fizetett alkalmazottal dolgozók létszáma, ahol a programokban egy-egy foglalkozást több interpretátor tart, viszont a módszertani elemek között a saját élményű gyakorlat, illetve a beszélgetéses módszer kevésbé van jelen.

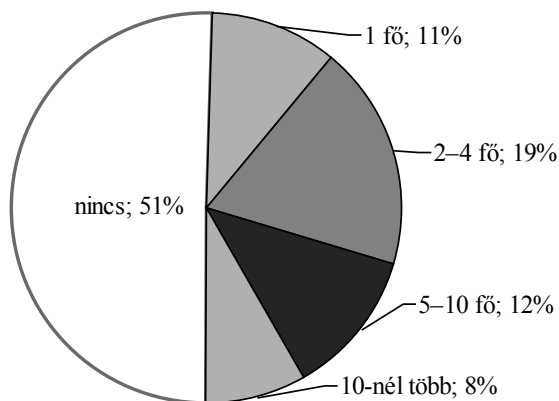
5. táblázat. A felnőttképző programokban dolgozók számának becslésére a programjellemzők és az elért populáció mérete alapján létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIG.
Hány személy tartja a foglalkozásokat	0,636	<0,001
Módszer: Saját élményű gyakorlat	-0,382	0,004
Módszer: Beszélgetés	-0,317	0,015

Megbízási szerződéssel dolgozók

Az állandó munkavállalókat alkalmazni nem tudó vagy nem akaró programok a munkához szükséges munkaerő egy részét megbízási szerződéses, külsős munkatársak révén biztosítják. Ugyan a programok felében nincsenek külsős munkatársak, mindazonáltal a programok összességében a legnagyobb létszámban megbízási szerződéssel foglalkoztatott munkatársakkal dolgoznak, átlagosan mintegy 3 fővel. A programok egyötödének munkájában legalább 5 külsős munkatárs vesz részt.

32. ábra. A programok eloszlása a megbízási szerződéssel dolgozó külsős munkatársak száma szerint (% , N=216, átlag: 3,1)

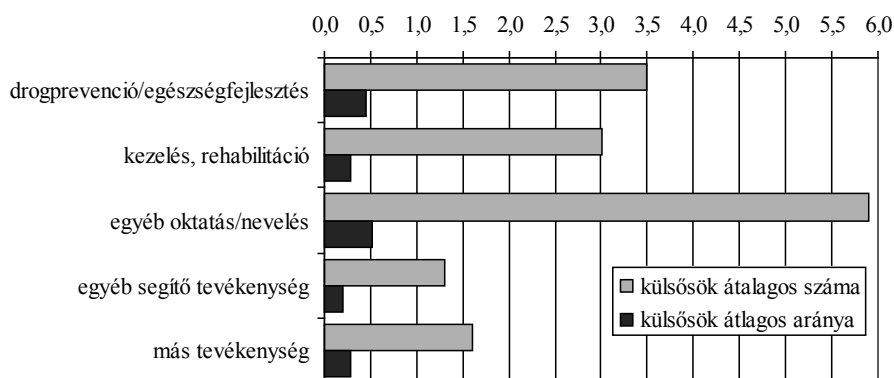


Amennyiben nem programokat, hanem az azokat működtető szervezeteket vizsgáljuk, valamelyest csökken a külsős munkavállalókat foglalkoztatók aránya. Azonban a kapott érték így is meglehetősen magas: a prevenciós szervezetek 43%-ának van olyan programja, amelyben szerződéses munkaviszonyban foglalkoztatnak legalább egy munkatársat, ami jóval kedvezőbb a civil szférában általában jellemző aránynál: 2004-ben a hazai nonprofit szervezetek mindössze 11%-ának volt megbízási jogviszony keretében foglalkoztatott munkatársa (Bocz és mtsai, 2006: 47.).

A prevenciós tevékenységet végző, de fő profilját tekintve különböző területen tevékenykedő szolgáltatók prevenciós programjaikban eltérő számban ($p=0,54$) és szignifikánsan eltérő arányban ($p=0,003$) dolgoznak külsős munkatársakkal. Kiugróan magas a külsősök átlagos száma a fő tevékenységként valamilyen egyéb oktatási-nevelési feladatot ellátó szervezet által működtetett programok esetében. Ez a nonprofit szférában általában is megfigyelhető jelenség: „2004-ben a nonprofit szférában tevékenykedő összes szerződéses munkavállaló közel fele a kultúra, az oktatás vagy a sport területén működő szervezetekben dolgozott” (Bocz és mtsai, 2006).²⁹

²⁹ A drogprevenciós programokban dolgozók 30%-a az oktatás területén működő szervezetekben dolgozik.

33. ábra. A programokban dolgozó külsős munkatársak átlagos száma, valamint aránya³⁰ a szervezet fő tevékenysége szerint (N=216, átlagos számuk = 3,1, átlagos arányuk = 0,36)

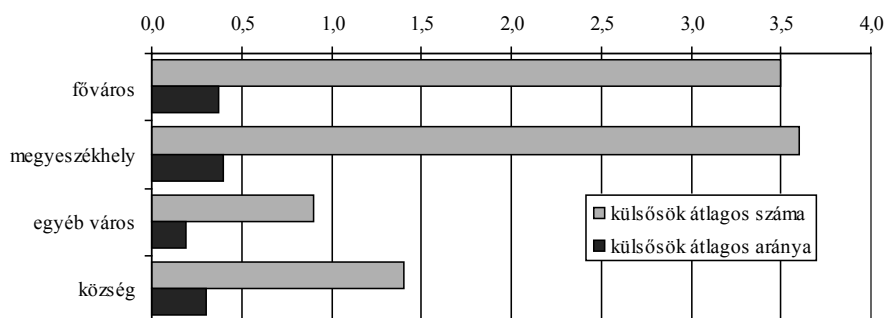


A fő tevékenységüket az oktatás/nevelés területén kifejtő szolgáltatók programjainak mindössze alig több mint egyharmadában (36%) nem dolgozik fizetett külsős munkatárs. Átlagosnál valamelyest nagyobb arányban dolgoznak még megbízási szerződéses stábtaggokkal a drogprenációt/egészségfejlesztést fő tevékenységként végző szervezetek is. Ugyanakkor – bár az egyéb segítő, illetve valami más tevékenységet végző szervezetek programjaiban találkozunk átlagosan a legkevesebb és az összes dolgozóhoz képest legkisebb arányú külsős munkatárssal – a kezelési/rehabilitációs profilú szervezetek programjai nélkülözik a leginkább a megbízással foglalkoztatott munkatársak alkalmazását. A rehabilitációs szervezetek programjainak mintegy 60%-ában nem vesz részt külső munkatárs.

A prevenciós programokban megbízással dolgozók döntő többségét nagyvárosi szervezetek alkalmazzák. A budapesti székhelyű prevenciós szervezetek által működtetett programok átlagosan 3-4 főt alkalmaznak, míg az ennél kisebb településen lévők átlagosan 1 főt. Összességében az iskolai prevenció területén tíz külsős munkavállalóból kilencen a nagyvárosokban (50,9% Budapesten, 38,8% valamelyik megyeszékhelyen) működő prevenciós szervezet programjában dolgoznak. A drogprenáció területén a külsős munkavállalók nagyvárosokban való tömörülése a nonprofit szférában általában tapasztalható nagyvárosi koncentrációnál is nagyobb mértékű: 2004-ben a nonprofit szervezeteknél megbízással dolgozók 77%-át alkalmazták nagyvárosi szervezetek (Bocz és mtsai, 2006).

³⁰ Külsős munkatársak aránya = külsős munkatársak száma / stábméret.

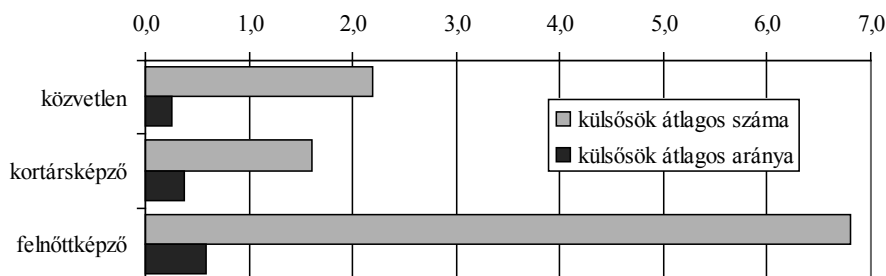
34. ábra. A programokban dolgozó külsős munkatársak átlagos száma, valamint aránya a szervezet székhelye szerint (N=216)



A nonprofit szférában jellemző azon tendencia (Bocz és mtsai, 2006), mely szerint a tőkeerősebb, nagyobb bevételű szervezetek foglalkoztatnak leginkább megbízási szerződéses munkavállalókat is, a drogprevenciós programok esetében nem mutatkozik meg. A szervezet éves bevételének nagyságával sem a programban dolgozó külsős munkavállalók száma, sem a stábon belüli aránya nem mutatott szignifikáns kapcsolatot.

A pedagógusok és más iskolai szinten dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programokban a külsős munkatársak átlagos száma szignifikánsan magasabb ($p < 0,001$), több mint kétszerese az összes programra jellemző átlagnak, és a stáb méretéhez képest is szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb a megbízási szerződéssel foglalkoztatottak aránya.

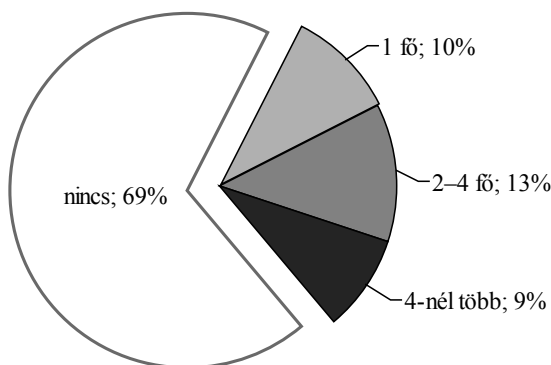
35. ábra. A külsős munkatársak átlagos száma és aránya aszerint, hogy közvetlenül a végső célpopulációra irányul, vagy sem (N=215)



Önkéntesek

A nonprofit szféra egyik meghatározó sajátossága az önkéntesség. A nonprofit szektor kilencvenes évek óta zajló, mind fokozottabb intézményesülése nyomán az önkéntesség egyre nagyobb szerepet kapott a nonprofit szervezetek működésében. 2004-ben a nonprofitok közel kétharmada (62%-a) rendelkezett önkéntes segítővel (Boc és mtsai, 2006). Ugyanakkor a drogprevenciós programok többségében nem dolgoznak önkéntesek. Tízből mindössze három program megvalósításában vesznek részt önkéntes segítőik, és csak a prevenciós szervezetek 27,5%-ának van olyan programja, amelyben legalább egy önkéntes dolgozik. Az önkéntesekkel rendelkező nonprofitok ilyen alacsony aránya – a 2004-es idézett nonprofit-kutatás szerint – egyetlen más tevékenységcsoportban sem jellemző: általában az oktatás területén a szervezetek 60%-a, az egészségügy területén működők 56%-a vesz igénybe működése során önkéntes munkát.

36. ábra. A programok eloszlása az önkéntes munkatársak száma szerint (% , N=216, átlag: 1,2 fő)



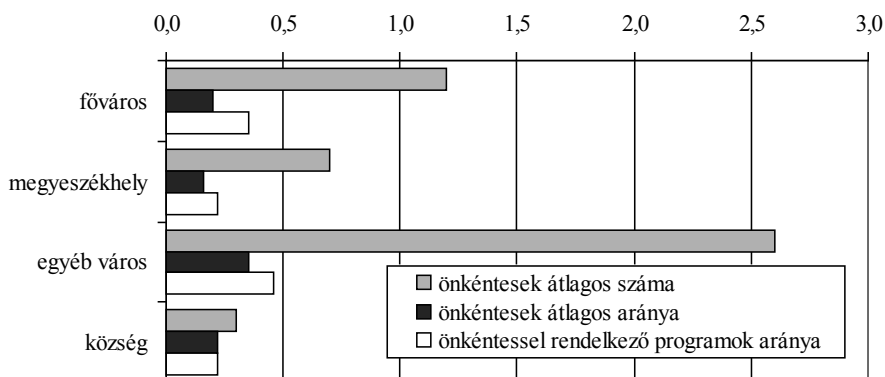
A prevenciós tevékenységet végző, de fő profilját tekintve különböző területen tevékenykedő szolgáltatók között az önkéntesek bevonása tekintetében nem tapasztalhatók szignifikáns különbségek ($p > 0,1$).

Az önkéntesen dolgozó munkatársak részvétele leginkább a kisebb városokban lévő szervezetek prevenciós programjaiban jellemző. A kisvárosi székhelyű programok közel felében dolgozik legalább egy, de átlagosan 2-3 önkéntes segítő, s ezeken a településeken átlagosan a stábtagok egyharmada önkéntes (az összefüggés minden esetben szignifikáns ($p < 0,5$)). Az önkéntes segítőmunka urbanizációs mintázata a nonprofit szférában általában is megjelenik valamelyest,³¹ azonban a prevenciós

³¹ A 2004-ben magyarországi nonprofit szférában az önkéntesekkel (is) dolgozó szervezetek

területen ez a mintázat sokkal kifejezettebb, bár az önkéntesekkel rendelkező programok aránya az egyéb városokban sem éri el a nonprofit szférában általában jellemző értékeket.

37. ábra. A programokban dolgozó külsős munkatársak átlagos száma és a stábtagok számához viszonyított aránya, valamint az önkéntes segítőkkel rendelkező szervezetek aránya a szervezet székhelye szerint (N=216)



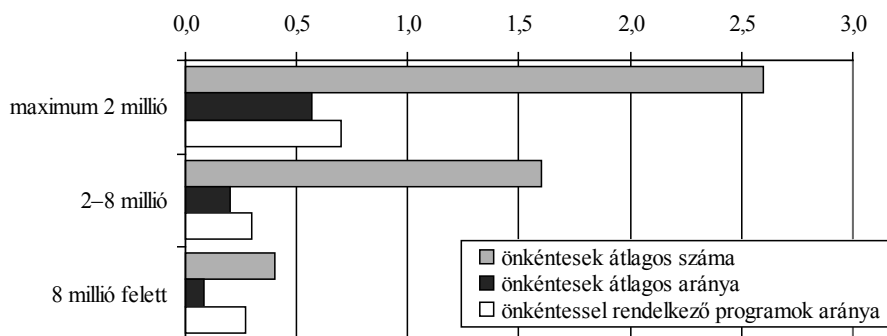
A nonprofit szférában jellemző, hogy a tőkeerős szervezetek között az átlagosnál kisebb az önkénteseket (is) foglalkoztató szervezetek aránya (Bocz és mtsai, 2006). Ehhez hasonló tendencia a drogprevenciós programok esetében is megmutatkozik: a 2 millió forint alatti árbevételű szervezetek által működtetett programok között találunk leginkább olyanokat, melyeknek munkáját önkéntesek is segítik. A drogprevenciós területen csak ezekben a programokban éri el az önkénteseket alkalmazó programok aránya a nonprofitokra általában jellemző értéket.³²

Ugyanakkor míg a nonprofit szférában általában a szervezet tőkeerősségével növekszik a foglalkoztatottakon belül az önkéntes segítők aránya, addig a prevenciós programok esetében a szervezet növekedésével az önkéntes munkások létszámaránya is csökken. A szervezet éves bevételének nagyságával a programokban dolgozó önkéntes segítők száma tendencia jellegű ($p=0,057$), az önkéntesek stábon belüli aránya pedig szignifikáns ($p=0,009$) fordított irányú kapcsolatot mutat (Pearsonsféle korrelációs együtthatók: $-0,182$, illetve $-0,284$). (Lásd a 38. ábrát a következő oldalon.)

aránya a fővárosban és a megyeszékhelyeken 60%, míg a kisebb településeken 63–64% volt (Bocz és mtsai, 2006).

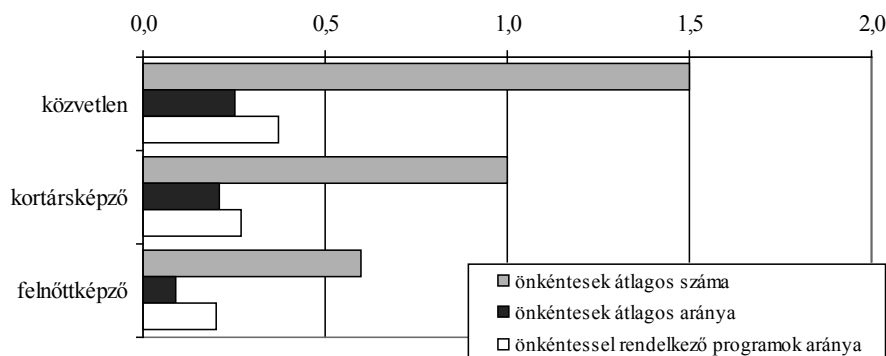
³² A nonprofit szektorban az 50 millió forint árbevételig az önkénteseket foglalkoztató szervezetek aránya meghaladja az 50%-ot, és 8 millió árbevételig pedig a kétharmadot (Bocz és mtsai, 2006).

38. ábra. Az önkéntes segítőkkel (is) dolgozó programok aránya a szervezet bevétele szerint (N=110)



A pedagógusok és más iskolai szintéren dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programokban az önkéntes munkatársak aránya szignifikánsan ($p=0,033$), az önkénteseket (is) foglalkoztató programok aránya pedig tendenciájában ($p=0,055$) alacsonyabb. Mindazonáltal az önkéntes segítőkkel (is) dolgozó programok aránya az önkénteseket a legnagyobb mértékben bevonó, a prevenció végső célpopulációjával közvetlenül foglalkozó programok esetében sem éri el a nonprofitokra általában jellemző értéket (ezeknek a programoknak is csak 37%-ában dolgozik legalább egy önkéntes).

39. ábra. A programokban dolgozó külsős munkatársak átlagos száma és a stábtagok számához viszonyított aránya, valamint az önkéntes segítőkkel rendelkező szervezetek aránya aszerint, hogy közvetlenül a végső célpopulációra irányul, vagy sem (N=215)



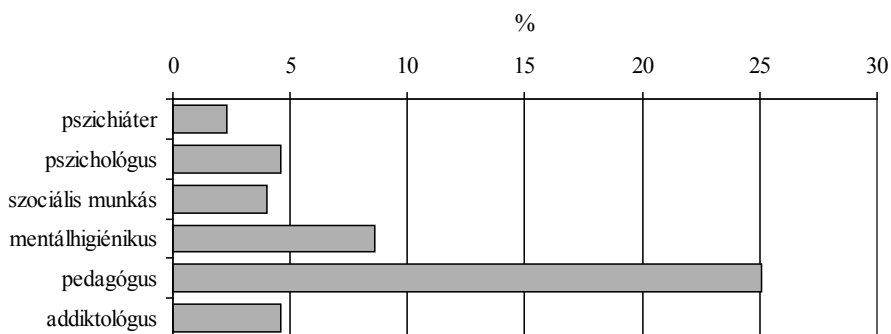
AZ ISKOLAI DROGPREVENCIÓS PROGRAMBAN DOLGOZÓK KÉPZETTSÉGE

A programvezetők képzettsége³³

A programvezetők 91%-a rendelkezik diplomával, többségük – kétharmaduk – egyetemi végzettséggel. A fennmaradó 9% legmagasabb iskolai végzettsége középiskolai érettségi.

A programvezetők kétharmadának (66%) van valamilyen szakirányú felsőfokú végzettsége, 42%-uk általunk nevesített – pszichiáter és/vagy pszichológus, és/vagy szociálismunkás, és/vagy mentálhigiénikus, és/vagy pedagógus és/vagy addiktológus – szakirányú diplomával rendelkezik. Ezek közül a leggyakoribb szakirányú felsőfokú végzettség a pedagógusdiploma: a programvezetők egynegyedének van pedagógusi képzettsége. Közel minden tizedik vezető pedig mentálhigiénikus. Az összes többi szakirányú diploma előfordulási aránya a vezetők között 5% alatt van. A legkevésbé gyakori a prevenciós programok vezetői körében a pszichiáter végzettség, illetve nem találtunk olyan programot, amely egyéb (nem pszichiáter) orvos vezetésével zajlik.

40. ábra. A különböző nevesített szakirányú diplomák előfordulása (% , N=175)



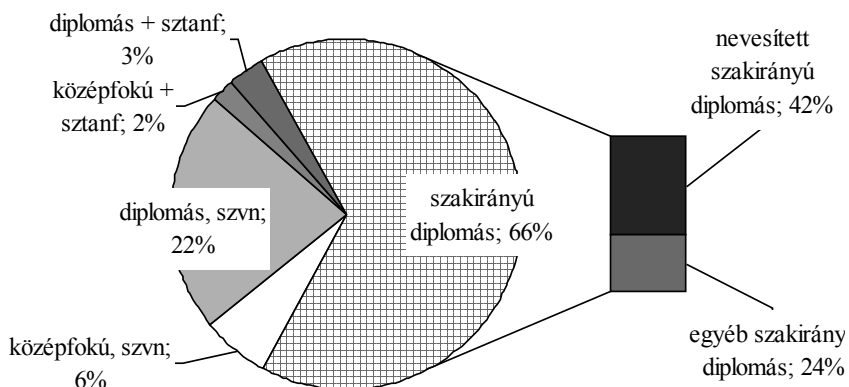
A programvezetők 22%-a vett részt valamilyen szakirányú továbbképzésen, megközelítően azonos arányban, maximum 60 óra vagy annál hosszabb tanfolyamon (12, ill. 13%). A szakirányú tanfolyamon részt vett vezetők döntő többsége azonban szakirányú diplomával is rendelkezik,³⁴ így a tanfolyami végzettséggel együtt a programvezetők 71%-ának van valamilyen szakirányú végzettsége (közülük 5%-nak csak tanfolyami szakirányú végzettsége). További 22% azoknak az aránya,

³³ A 234 vizsgált program közül 59 program esetében nincs információnk a programvezető végzettségére vonatkozóan.

³⁴ 39 programvezető végzett valamilyen szakirányú tanfolyamot, azonban háromnegyedüknek, 29 főnek van szakirányú diplomája is.

akiknek van valamilyen diplomája, de nincs semmilyen szakirányú képzettsége, s 11 olyan programvezetővel találkoztunk, aki nem rendelkezik diplomával, és szakirányú tanfolyamot sem végzett.

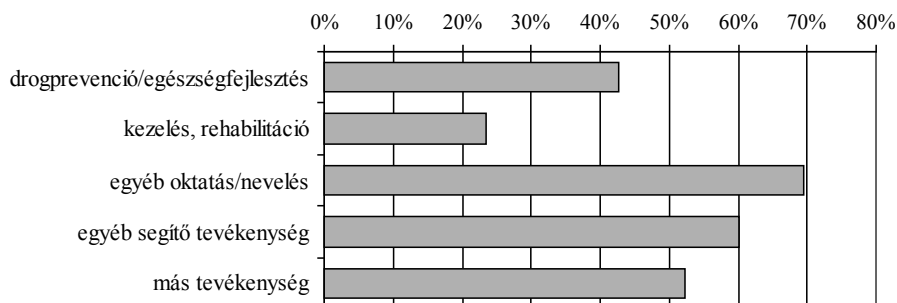
41. ábra. A programok vezetőinek eloszlása végzettségük szerint (% , N=175)



Tekintettel arra, hogy a szakirányú diplomások több mint egyharmada valami egyéb –általunk nem nevesített – szakirányú diplomával rendelkezik, a továbbiakban a különböző szervezeti és programjellemzőkkel való viszonyában csak az általunk nevesített, a programvezetők 47%-át magában foglaló, szakirányú végzettséggel (pszichiáter, pszichológus, szociális munkás, mentálhigiénikus, pedagógus, addiktológus, szakirányú tanfolyam) rendelkezők halmazát vizsgáljuk.

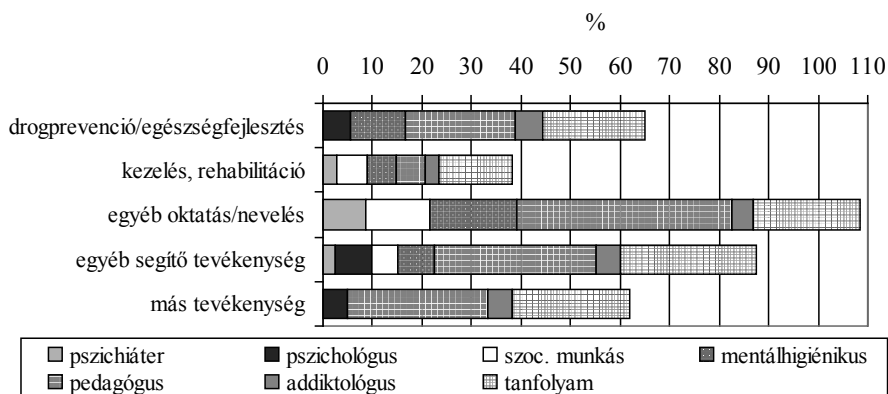
A prevenció tevékenységet végző, de fő profilját tekintve különböző területen tevékenykedő szolgáltatók esetében szignifikáns ($p=0,004$) eltérést figyelhetünk meg a szakirányú végzettséggel rendelkező vezetők aránya tekintetében. Az oktatási/nevelési profilú szervezetek programjaiban az átlagot jelentősen meghaladó, a kezelés/rehabilitáció területén dolgozó szervezetek programjai esetében viszont kevésbé jellemző a szakirányú végzettséggel rendelkező vezetők előfordulása.

42. ábra. A szakirányú végzettséggel (nevesített szakirányú diploma és/vagy tanfolyam) rendelkező programvezetők aránya a szervezet fő tevékenysége szerint (N=172)



Az oktatási profilú szervezetek programvezetői körében az addiktológiai konzultáns kivételével mindegyik szakirányú felsőfokú végzettség átlagon felüli arányban fordul elő, míg a rehabilitáció területén tevékenykedő szervezetekhez tartozó programok irányítói esetében a szociális munkásokon kívül mindegyik szakirány képviselése alulreprezentált. A vezetők végzettsége tekintetében pedagógusi diploma esetében szignifikáns, a szociális munkás végzettség vonatkozásában pedig tendencia jellegű különbségek mutatkoznak a programok között (a többi végzettség esetében minden esetben $p > 0,1$).

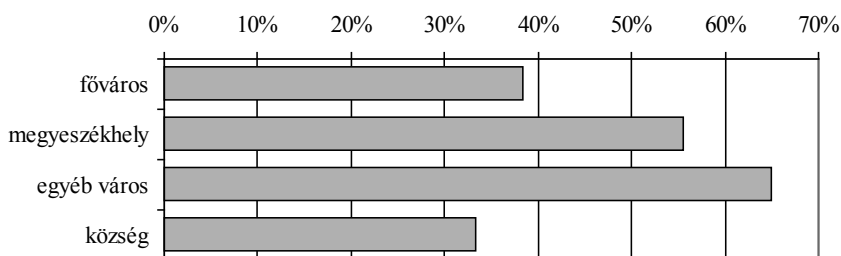
43. ábra. A különböző nevesített szakirányú végzettséggel rendelkező programvezetők aránya a szervezet fő tevékenysége szerint (% , N=172)³⁵



³⁵ Az összesített és végzettségfajtankénti adatokat ábrázoló diagramok egyes sávjainak eltérő értéke a végzettségek halmozódását jelzi.

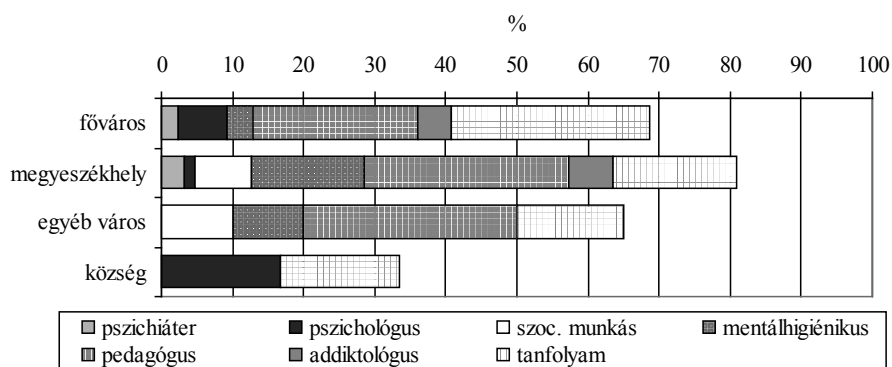
Az átlagosnál tendenciájában ($p=0,059$) nagyobb arányban találunk szakirányú végzettségű vezetőt a megyeszékhelyeken és a kisebb városokban lévő székhellyel rendelkező programok élén, míg a fővárosban lévő programok esetében az átlagot meghaladó a szakirányú végzettséggel nem rendelkező személyek által vezetett programok előfordulása.

44. ábra. A szakirányú végzettséggel rendelkező programvezetők aránya a szervezet székhelye szerint ($N=175$)



A megyeszékhelyeken és a kisebb városokban szociális munkás végzettségűekkel szignifikánsan ($p=0,041$), mentálhigiénikusokkal tendencia jelleggel nagyobb arányban találkoztunk a programvezetők között (a többi végzettség esetében itt is minden esetben $p>0,1$).

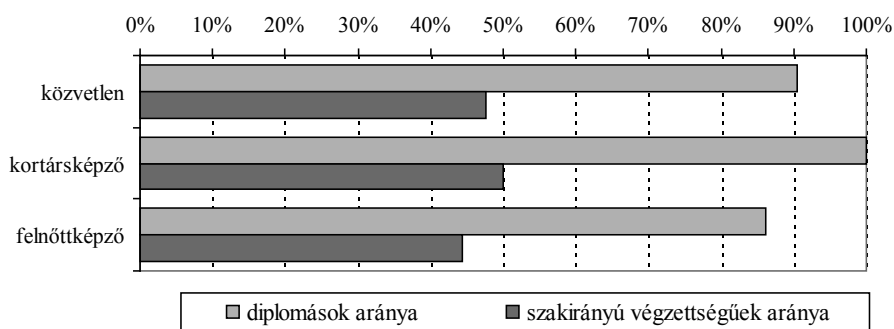
45. ábra. A különböző nevesített szakirányú végzettséggel rendelkező programvezetők aránya a szervezet székhelye szerint (% , $N=175$)³⁶



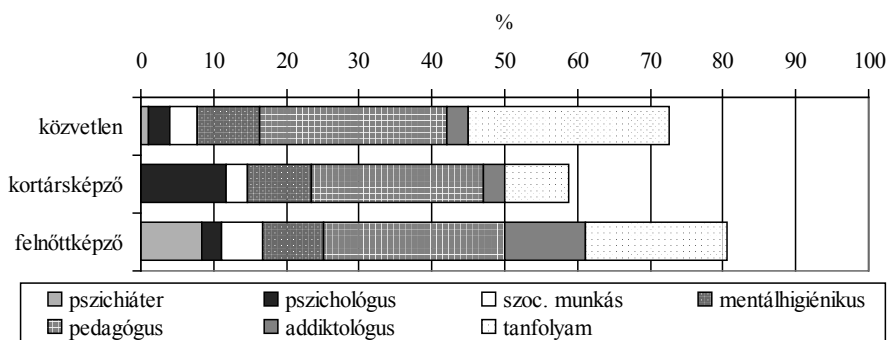
³⁶ Az összesített és végzettségfajtánkénti adatokat ábrázoló diagramok egyes sávjainak eltérő értéke ez esetben is a végzettségek halmozódását jelzi.

A kortársképző programokat kizárólag diplomások vezetik, s tendenciájában e programok vezetői körében vannak legkisebb arányban olyanok, akik valamilyen tanfolyamon (elsősorban 60 órás vagy annál rövidebb kurzuson) (is) szereztek szakirányú végzettséget, mindazonáltal a célpopuláció jellege szerint elkülönített alapvető programtípusok között összességében nem mutatkozik szignifikáns különbség a programvezetők általános és szakirányú képzettsége tekintetében. A pszichiáter végzettségű vezetők megjelenése elsősorban a pedagógusképző programokban jellemző, a pszichológusok pedig a kortárs-programok vezetői között felülreprezentáltak ($p < 0,1$).

46. ábra. A különböző végzettségtípusokba tartozó vezetők aránya a főbb programtípusokban ($N=175$)



47. ábra. A különböző nevesített szakirányú végzettséggel rendelkező programvezetők aránya a főbb programtípusokban (% , $N=175$)³⁷



³⁷ Az összesített és végzettségfajtankénti adatokat ábrázoló diagramok egyes sávjainak eltérő értéke ez esetben is a végzettségek halmozódását jelzi.

A programvezetők szakirányú végzettségének megléte vagy hiánya nem, azonban a programvezető általános végzettsége – diplomás vagy sem – tendencia jellegű ($p=0,076$) összefüggést mutat a szervezet forrásellátottságával. Azok a szervezetek, melyek diplomás programvezetővel dolgoznak, nagyobb arányban vannak jelen a 2 milliónál nagyobb éves bevételű szervezetekben, az évi 8 milliót meghaladó forrásállománnyal rendelkező szervezeteknél pedig kizárólag diplomás programvezetők dolgoznak.

A programjellemzők és a programvezetők képzettsége közötti összefüggések³⁸ vizsgálatára stepwise-módszerrel diszkriminancia-analízist végeztünk. Ennek alapján a következő megállapításokat tehetjük:

- A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programokon belül a programjellemzők teljes halmazán végzett diszkriminancia-analízis eredménye azt mutatja, hogy az önismeret-fejlesztéssel kapcsolatos céltételezések, módszerek tekintetében a vizuális szemléltetés megjelenése az, ami a szakirányú végzettségű programvezetők programjait megkülönbözteti a szakirányú végzettséggel nem rendelkező programvezetőkétől. E két programjellemző alapján 67%-os pontossággal azonosíthatjuk a szakirányú végzettségű, illetve ilyen végzettséggel nem rendelkező programvezetőket, ami a véletlenhez képest azonban csak mintegy 15%-kal javítja a besorolás pontosságát.³⁹

6. táblázat. A közvetlen programok vezetői esetében kapott standardizált kannonikus diszkrimináló függvény elemei

VÁLTOZÓK	STANDARDIZÁLT DISZKRIMINANCIA-EGYÜTTHATÓ
Cél: Önismeret-fejlesztés	0,618
Módszer: Vizuális szemléltetés	0,789

- A kortárssegítőket, illetve -oktatókat képző programok esetében a programjellemzők teljes halmazán négy lépésben végzett diszkriminancia-analízis segítségével 82%-os pontossággal azonosíthatjuk a szakirányú végzettséggel rendelkező és azzal nem bíró programvezetőket. A szétválasztó felületet képező négy programjellemző – a tanítás-/nevelés-módszertani tapasztalatok átadására vonatkozó céltételezés, a kiscsoportos önálló munka, a program egészségfejlesztő programnak definiált-e, kortárssegítő vagy kortársoktatók képzését végzi – a véletlen által biztosított 51%-os besorolási pontosságot jelentősen (31%-kal) javítja.

³⁸ Itt is megvizsgáltuk mindazokat a programjellemzőkkel való összefüggéseket, melyek az elemzésbe vont programok jellemzőinek leírásánál bemutatásra kerültek.

³⁹ A szakirányú végzettségűek aránya 52% a közvetlen programokban.

7. táblázat. A kortársképző programok vezetői esetében kapott standardizált kannonikus diszkrimináló függvény elemei

VÁLTOZÓK	STANDARDIZÁLT DISZKRIMINANCIA-EGYÜTTHATÓ
Kortársoktatók képzését végzi-e a program	0,937
Cél: tanítás-/nevelés-módszertani tapasztalatok szerzése	1,003
Módszer: kiscsoportos önálló munka	-0,635
Egészségfejlesztő program-e	0,733

- A tanárképző és egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberekre irányuló programok esetében pedig a programjellemzők teljes halmazán három lépcsőben végzett diszkriminancia-analízis eredménye azt mutatja, hogy a szakirányú végzettséggel rendelkező, illetve azzal nem bíró programvezetőket 79,4%-os pontossággal azonosíthatjuk, ami az 55,6%-os véletlen besorolási pontossághoz képest 23,8%-kal kedvezőbb. A szétválasztó felületet ezúttal 3 programjellemző képezi: az egyéb érzelmi neveléssel kapcsolatos, valamint a drogfogyasztással kapcsolatos ismeretátadási céltrételezés megjelenése, illetve egy átlagos évben a programmal elért populáció nagysága.

8. táblázat. A felnőttképző programok vezetői esetében kapott standardizált kannonikus diszkrimináló függvény elemei

VÁLTOZÓK	STANDARDIZÁLT DISZKRIMINANCIA-EGYÜTTHATÓ
Hány főt képeztek ki egy átlagos tanévben	0,751
Cél: Droggal, drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadása	0,582
Cél: Egyéb érzelmi nevelés, fejlesztés	0,999

A programban dolgozó munkatársak képzettsége

8 programban egyáltalán nincs diplomás munkatárs, 27 programban – a programok 12%-ában – a diplomások aránya nem éri el a programban dolgozók létszámának felét, 64%-ukban viszont minden munkatárs rendelkezik valamilyen felsőfokú végzettséggel. A programok munkatársainak átlagosan több mint négyötöde (83%-a) diplomás (N=219).

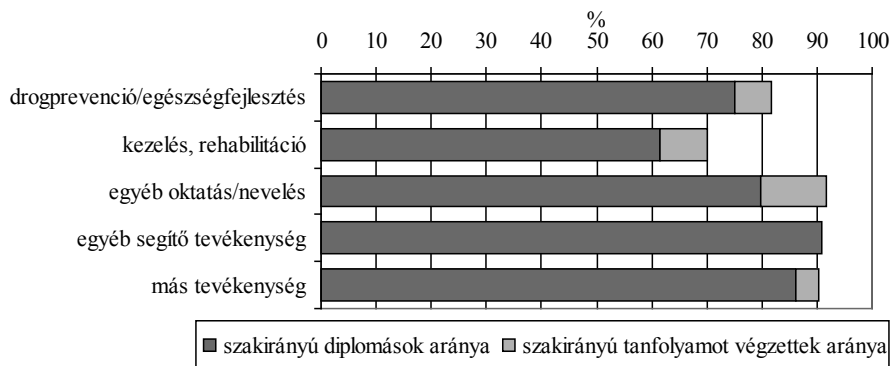
17 programban nincs szakirányú diplomával rendelkező munkatárs, 37 programban – a programok 18%-ában – a szakirányú diplomások aránya nem éri el a programban dolgozók felét. A programok 58%-ában viszont minden munkatárs

rendelkezik valamilyen szakirányú felsőfokú végzettséggel. Átlagosan az egyes programokban dolgozók 78%-ának van valamilyen szakirányú (pszichiáter, egyéb orvos, pszichológus, szociális munkás, mentálhigiénikus, pedagógus, addiktológus vagy egyéb) diplomája (N=208).

A szakirányú diplomás dolgozóval nem rendelkező programok közül 7-ben van szakirányú tanfolyamot végzett résztvevő. Összesen a programok 5%-ában (10 program) nincs egyetlen szakirányú végzettségű munkatárs sem, a programok 68%-ában pedig minden dolgozónak van valamilyen szakirányú képesítése (szakirányú diplomája, vagy részt vett szakirányú tanfolyamon). Átlagosan az egyes programokban dolgozók 84%-a rendelkezik valamilyen szakirányú képesítéssel.

A prevenciós tevékenységet végző, de fő profilját tekintve különböző területen tevékenykedő szolgáltatók esetében szignifikáns eltérést figyelhetünk meg a szakirányú diplomával ($p=0,001$) és összességében a szakirányú végzettséggel (szakirányú diplomás, vagy szakirányú tanfolyamon részt vett) ($p=0,004$) rendelkező munkatársak aránya tekintetében is. A kezelés/rehabilitáció területén dolgozó szervezetek programjai esetébenkevésbé jellemző a szakirányú végzettséggel rendelkező munkatársak előfordulása, az iskolai prevenciós tevékenységet egyéb segítő tevékenységük mellett végző szervezetek programjaiban pedig a szakirányú diplomával rendelkező munkatársak aránya meghaladja az átlagot.

48. ábra. A szakirányú végzettséggel rendelkező munkatársak átlagos aránya a szervezet fő tevékenysége szerint (% , N=205)⁴⁰

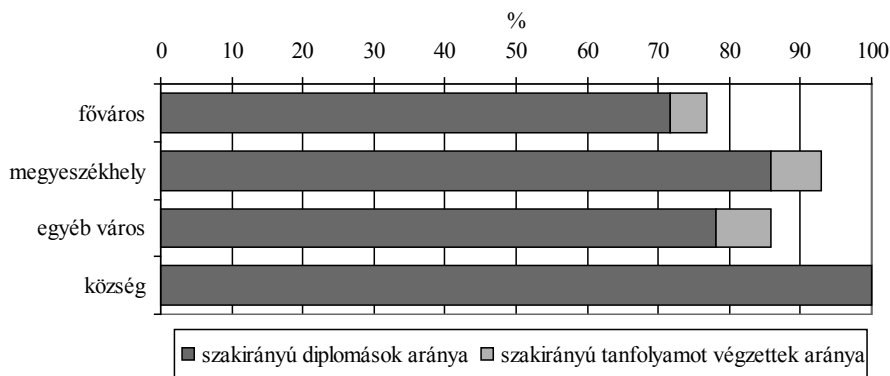


A fővárosban a szakképesítéssel rendelkező munkatársak aránya nem éri el az összes programra jellemző átlagot, és szignifikánsan nagyobb arányban találunk

⁴⁰ A szakirányú tanfolyamot végzettek aránya azokat jelzi, akiknek van szakirányú tanfolyamon szerzett végzettsége, de nincs szakirányú diplomája.

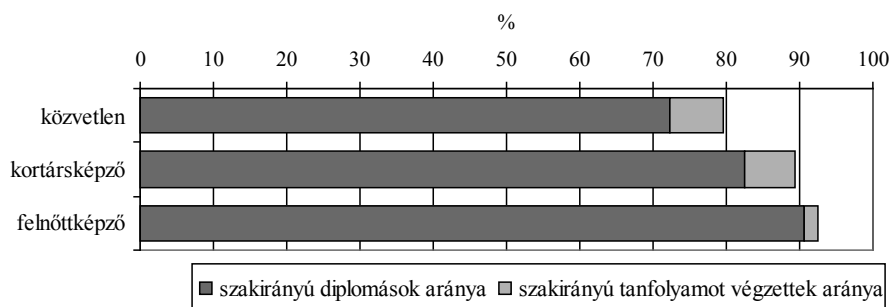
szakirányú végzettségű munkatársakat a kisebb településeken lévő szervezetek által működtetett programok stábjában ($p=0,001$).

49. ábra. A szakirányú végzettséggel rendelkező munkatársak átlagos aránya a szervezet székhelye szerint (% , $N=208$)



A célpopuláció jellege alapján elkülönített alapvető programtípusok munkájában szignifikánsan eltérő arányban vesznek részt szakirányú diplomás munkatársak ($p=0,004$). Legnagyobb arányban a pedagógusok és egyéb iskolai szintűen dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programokban dolgoznak szakirányú diplomával rendelkező munkatársak, míg a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programokban a legkevesbé. A szakirányú tanfolyamot végzett munkatársak fordított tendenciája ezt nem tudja ellensúlyozni, így a szakképzett munkatársak aránya is a felnőttképző programokban a legnagyobb és a közvetlen programokban a legkisebb ($p=0,017$).

50. ábra. A szakirányú végzettséggel rendelkező munkatársak átlagos aránya a főbb programtípusokban (% , $N=208$)



A programjellemzők és a stábtagok képzettségének kapcsolatát vizsgálva⁴¹ pedig a következő megállapításokat tehetjük:

- A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok esetében a szakirányú diplomások arányának becslésére a programjellemzők – módszertani részben felsorolt – teljes tartományán stepwise-módszerrel négy lépésben végzett lineáris regressziós elemzéssel erős magyarázó modellt tudunk felállítani: $R^2=0,341$. A modellben 4 szignifikáns változó szerepel, melyet a célkitűzések komplexitását kifejező változó, illetve az „egyszerű beszélgetésen” alapuló módszertani technikák mellőzése dominál.

9. táblázat. A szakirányú diplomások arányának becslésére létrehozott regressziós modell modellben maradt változói, a standardizált β és a szignifikancia feltüntetésével

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Célkitűzések száma	0,495	<0,001
Módszer: beszélgetés	-0,449	<0,001
Az alkalmazott módszerek száma	0,240	0,024
Cél: egyéb személyiségfejlesztés	-0,221	0,016

A csak szakirányú tanfolyami végzettséggel rendelkező munkatársak aránya általában nem követi a fentiekben leírt mintázatot, sőt esetenként ellentétes alakulásával azt eredményezi, hogy a valamilyen (felsőfokú vagy tanfolyamon szerzett) szakképesítéssel rendelkezők együttes arányában nem vagy kisebb mértékben jelentkeznek a jelzett összefüggések. A felsőfokú vagy tanfolyamon szerzett szakképesítéssel rendelkezők arányának becslésére az ugyanazon változószeretett létrehozott modell magyarázó ereje a szakirányú diplomások arányának becslésére létrehozott modellhez képest visszaesik $R^2=0,229$ -re. Önmagában a tanfolyami szakképesítéssel rendelkezők arányának magyarázatára pedig nem sikerült elfogadható erejű modellt kidolgozni ($R^2=0,027$).

- A kortárssegítőket, illetve -oktatókat képző programokban a szakirányú diplomások arányának a programjellemzők teljes halmazán végzett lineáris regressziós becslése 3 lépésben szintén erős ($R^2=0,382$), azonban csak nehezen interpretálható modellt eredményez.

⁴¹ Itt is megvizsgáltuk mindazokat a programjellemzőkkel való összefüggéseket, melyek az elemzésbe vont programok jellemzőinek leírásánál bemutatásra kerültek.

10. táblázat. A kortárs-programokban dolgozó szakirányú diplomás munkatársak arányának becslésére létrehozott regressziós modell modellben maradt változói, a standardizált β és a szignifikancia feltüntetésével

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Hány főt képeztek ki egy átlagos évben	-0,405	<0,004
Módszer: saját élményű gyakorlat	-0,419	0,003
Cél: visszautasítási technikák fejlesztése	-0,365	0,011

Amennyiben a modellt – elhagyva az elért populáció méretére vonatkozó információkat – csak a program céljára, módszerére jellemző (I–IX) programjellemzők halmazán értelmezzük, a modell magyarázó ereje jelentősen gyengül ($R^2=0,159$).

- A közvetlen programok esetében tapasztalathoz hasonló módon a csak szakirányú tanfolyamot végzett munkatársak aránya tekintetében a programjellemzők mintázata eltérő a fent leírtaktól: a létrehozott – ez esetben erős ($R^2=0,270$) – modellt egyetlen változó dominálja, a tanítás-módszertani gyakorlati tapasztalatok szerzésére irányuló céltételezés jelenléte ($\beta=0,538$).
- A tanárképző és egyéb iskolai szinten dolgozó szakemberekre irányuló programok esetében szakirányú diplomával, illetve a valamilyen szakirányú végzettséggel rendelkező munkatársak arányának becslésére a programjellemzők teljes halmazán létrehozott közepesen erős ($R^2=0,141$, illetve $0,155$) modellben mindössze egy változót találunk: a kiscsoportos önálló munka alkalmazása együtt jár a stáb kedvezőbb szakirányú képzettségi mutatóival ($\beta=0,425$).

AZ ISKOLAI DROGPREVENCIÓS PROGRAMOK HUMÁNERŐFORRÁS-ELLÁTOTTSÁGÁVAL KAPCSOLATOS ADATOK ÖSSZEGZÉSE

Tanulmányunkban – az országban 2003–2005 között működő – 136 prevenciós szolgáltató 234 iskolai drogprevenciós programjának humán erőforrás-ellátottságát elemeztük. A programok megvalósításában részt vevő stáb méretét, valamint foglalkozási viszony, általános képzettség, illetve szakirányú képzettség szerinti összetételét mutattuk be. Megvizsgáltuk azt, hogy a programokat működtető szervezetek különböző jellemzői (a szervezet profilja, területi elhelyezkedése, tőkeerőssége) mennyiben jelennek meg a programok humán erőforrás-összetételében, valamint hogy a programok humán erőforrás-ellátottságának sajátosságai mennyiben érhetők tetten a programok célkitűzéseiben, módszereiben, illetve egyéb jellemzőiben.

A vizsgált prevenciós programok átlagosan 6-7 fős, leggyakrabban 2-3 fős stábbal dolgoznak. Több mint 10%-uknak azonban mindössze egy, 7%-uknak viszont húsz vagy több munkatársa van. A nagyobb településektől a kisebbek felé haladva csökken a programokban dolgozók átlagos létszáma. Az átlagosnál nagyobb stábbal dolgoznak az oktatási-nevelési profilú szervezet által működtetett programok. A programok stábmérete ugyanakkor független a szervezet tőkeerősségével kifejezett szervezeti stabilitástól, valamint – a kortársképző programok kivételével – az interveniált populáció nagyságától is. Ez utóbbi a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló, illetve tanárok és egyéb szakemberek képzésével foglalkozó programok keresletkorlátos működésére utal.

A prevenciós szférában az alkalmazottal rendelkező programok, illetve szervezetek aránya jóval kedvezőbb a civil szervezetekben általában jellemző aránynál, ami azt jelzi, hogy a drogprevenciós programok szervezeti háttere erősebb a civil szférára általában jellemzőnél. Az egyes programokban átlagosan a stáb valamivel több mint kétötöde fő- vagy részállású alkalmazott. Egy programban átlagosan 2 főt, minden tizedik programban pedig legalább 4 főt alkalmaz a prevenciós programot működtető szervezet. A civil szférában általában jellemző tendenciához hasonlóan a fő tevékenységként oktatási feladatokat ellátó szervezet által működtetett programokban a legkisebb a fizetett alkalmazottak átlagos száma, s a drogprevencióval/egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetek programjai között található a legnagyobb arányban olyanok, melyekben egyáltalán nem dolgoznak fizetett alkalmazottak, azaz ezek a programok rendelkeznek a legkevésbé erős, intézményesült szervezeti háttérrel. A kezelés/rehabilitáció területén működő, illetve egyéb segítő tevékenységet végző szervezeti bázisra támaszkodó programok szervezeti háttere viszont az átlagosnál is kedvezőbb. A nonprofit szférában általában megfigyelhető tendenciákhoz hasonlóan – de annál meredekebben – a nagyobb településektől a kisebbek felé haladva csökken a programokban dolgozó fizetett alkalmazottak száma, továbbá a tőkeerősebb prevenciós szervezetek programjaiban nagyobb arányban dolgoznak fizetett alkalmazottak.

A drogprevenciós programokban a foglalkoztatottak alkalmazási mód szerinti struktúrája a nonprofit szférában általában jellemzőhöz hasonló. Programonként átlagosan a foglalkoztatottak 78%-a dolgozik főállásban. A részállású foglalkoztatás – a civil szféra más területeihez hasonlóan – a prevenciós programokban sem elterjedt alkalmazási forma. Egy programban átlagosan 1,3 fő dolgozik főállásban. A programok kétötödének nincs főállású munkatársa, másik negyedük-ötödük 1 főt alkalmaz főállásban, és 4 főnél több főállású munkatárssal kb. minden tizedik programnál találkoztunk. A részállásban foglalkoztatottak száma átlagosan egy programban mindössze 0,66 fő, s programok több mint 80%-ában nem dolgozik egyetlen részállású alkalmazott sem.

A prevenciós szervezetek 43%-ának van olyan programja, amelyben megbízási szerződéses munkaviszonyban foglalkoztatnak legalább egy munkatársat, ami – az alkalmazottak számához hasonlóan – szintén jóval magasabb a civil szférában általában jellemző aránynál. Ugyan a programok felében nincsenek külsős munkatársak, mindazonáltal a programok összességében a legnagyobb létszámban megbízási szerződéssel foglalkoztatott munkatársakkal dolgoznak, átlagosan mintegy 3 fővel. A programok egyötödének munkájában legalább 5 külsős munkatárs vesz részt. A nonprofit szférában általában is megfigyelhető tendenciával megegyezően kiugróan magas a külsősök átlagos száma a fő tevékenységként valamilyen oktatási-nevelési feladatot ellátó, illetve a nagyvárosi szervezetek által működtetett programok esetében. Ugyanakkor a programgazda szervezet tőkeerőssége – a nonprofit szférában megjelenő általános tendenciával ellentétben – a drogprevenció területén nem érezteti hatását sem a külsős munkavállalók számában, sem azok arányában.

A drogprevenciós programok többségében nem dolgoznak önkéntesek. Tízből mindössze három program megvalósításában vesznek részt önkéntes segítők, és csak a prevenciós szervezetek 27,5%-ának van olyan programja, amelyben legalább egy önkéntes dolgozik. Ilyen alacsony arányok a civil szférában egyetlen más tevékenységcsoportban sem jellemzőek: általában a nonprofit szférában az oktatás területén a szervezetek 60%-a, az egészségügy területén működők 56%-a vesz igénybe működése során önkéntes munkát. Az önkéntesen dolgozó munkatársak részvétele leginkább a kisebb városokban lévő szervezetek prevenciós programjaiban jellemző.

Tízből kilenc programban a vezető rendelkezik valamilyen felsőfokú, kétharmaduk szakirányú felsőfokú végzettséggel. További 5% azoknak az aránya, akik nem rendelkeznek szakirányú diplomával, de végeztek szakirányú tanfolyamot. Összességében a tanfolyami végzettséggel együtt tehát a programvezetők 71%-ának van valamilyen szakirányú végzettsége. További 22% azoknak az aránya, akiknek van valamilyen diplomája, de nincs semmilyen szakirányú képzettsége, s 11 olyan programvezetővel találkoztunk, aki nem rendelkezik diplomával, és szakirányú tanfolyamot sem végzett. A programvezetők legnagyobb arányban pedagógusdiplomával rendelkeznek, s a legkevésbé gyakori a prevenciós programok vezetői körében a pszichiáter végzettség, illetve nem találtunk olyan programot, amely egyéb (nem pszichiáter) orvos vezetésével zajlik. Az oktatási profilú szervezetek programvezetői körében – az addiktológiai konzultáns kivételével – mindegyik szakirányú felsőfokú végzettség átlagon felüli arányban fordul elő, míg a rehabilitáció területén tevékenykedő szervezetekhez tartozó programok irányítói körében a szociális munkásokon kívül mindegyik szakirány képviselése alulreprezentált.

A programok közel kétharmadában minden munkatárs rendelkezik valamilyen felsőfokú végzettséggel, 27 programban – a programok 12%-ában – a diplomások aránya nem éri el a programban dolgozók létszámának felét, 8 programban pedig egyáltalán nincs diplomás munkatárs. Szakirányú felsőfokú végzettséggel a programok 58%-ában rendelkezik minden munkatárs, 37 programban – a programok 18%-ában – a programban dolgozók kevesebb mint fele, 17 programban pedig egyetlen munkatárs sem rendelkezik szakirányú diplomával. A szakirányú diplomás dolgozóval nem rendelkező programok közül 7-ben van szakirányú tanfolyammal rendelkező résztvevő. Összesen a programok 5%-ában (10 program) nincs egyetlen szakirányú végzettségű munkatárs sem, a programok 68%-ában pedig minden dolgozónak van valamilyen szakirányú képzése (szakirányú diplomája, vagy részt vett szakirányú tanfolyamon). A programok munkatársainak átlagosan több mint négyötöde (83%-a) diplomás, 78%-ának van valamilyen szakirányú (pszichiáter, egyéb orvos, pszichológus, szociális munkás, mentálhigiénikus, pedagógus, addiktológus vagy egyéb) diplomája, s 84%-uk rendelkezik valamilyen szakirányú képzéssel. A kezelés/rehabilitáció területén dolgozó szervezetek programjaiban kevésbé jellemző a szakirányú végzettséggel rendelkező munkatársak előfordulása, az iskolai prevenciók tevékenységet egyéb segítő tevékenységük mellett végző szervezetek programjaiban pedig meghaladja az átlagot.

A célpopuláció jellege szerint elkülönített fő programtípusok (közvetlenül a végző célpopulációra irányuló, kortárs-, illetve felnőttképző programok) szerint a humánerőforrás-ellátottság legtöbb mutatója mentén szignifikáns különbségek mutatkoztak.

Legnagyobb létszámmal a pedagógusok, illetve egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programok dolgoznak. Ezekben a programokban átlagosan 8-9 fő vesz részt a programok megvalósításában. A közvetlenül a diákokra irányuló programok átlagosan mintegy 6 fővel, a kortársképző programok pedig 5 fős létszámmal dolgoznak.

A stábmérettel ellentétes tendenciát figyelhetünk meg a fizetett alkalmazottak számát illetően. Míg a legnagyobb létszámmal a pedagógusok, illetve egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programok dolgoznak, addig ugyanezen programok esetében a legkisebb a programok szervezeti biztonságára utaló fő- vagy részállású alkalmazottak száma. A foglalkoztatottakon belül a főállásúak arányában nem mutatkozik szignifikáns különbség az alapvető programtípusok között.

A pedagógusok és más iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programokban a külsős munkatársak átlagos száma szignifikánsan magasabb, több mint kétszerese az összes programra jellemző átlagnak, és

a stáb méretéhez képest is szignifikánsan nagyobb a megbízási szerződéssel foglalkoztatottak aránya.

A pedagógusok és más iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programokban az önkéntes munkatársak aránya szignifikánsan, az önkénteseket (is) foglalkoztató programok aránya pedig tendenciájában alacsonyabb. Azonban az önkéntes segítőkkel (is) dolgozó programok aránya az önkénteseket a legnagyobb mértékben bevonó, a prevenció végső célpopulációjával közvetlenül foglalkozó programok esetében sem éri el a nonprofitokra általában jellemző értéket.

A kortársképző programokat kizárólag diplomások vezetik, s tendenciájában e programok vezetői körében vannak legkisebb arányban olyanok, akik valamilyen tanfolyamon (is) szereztek szakirányú végzettséget, mindazonáltal a célpopuláció jellege szerint elkülönített alapvető programtípusok között összességében nem mutatkozott szignifikáns különbség a programvezetők általános és szakirányú képzettsége tekintetében.

A célpopuláció jellege alapján elkülönített alapvető programtípusok munkájában szignifikánsan eltérő arányban vesznek részt szakirányú diplomás munkatársak. Legnagyobb arányban a pedagógusok és egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberek képzésével foglalkozó programokban dolgoznak szakirányú diplomával rendelkező munkatársak, és a közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programokban a legkevésbé. A szakirányú tanfolyamot végzett munkatársak fordított tendenciája ezt nem tudja ellensúlyozni, így a szakképzett munkatársak aránya is a felnőttképző programokban a legnagyobb és a közvetlen programokban a legkisebb.

A programok tartalmában a humánerőforrás-ellátottság különböző jellemzői közül csak némelyek – és esetenként nehezen interpretálható irányban – éreztetik hatását. Az összefüggések az alapvető programtípusokban eltérőek.

A közvetlenül a végső célpopulációra irányuló programok esetében a stáb méretének és a fizetett alkalmazottak számának alakulása kevésbé érzhető tetten a programok jellemzőiben. Ezen létszámadatok variabilitásának magyarázatára a programjellemzők tartományán stepwise-módszerrel létrehozott lineáris regressziós modellünk mindkét esetben gyenge magyarázó erővel bír. A programban dolgozók szakképzettsége azonban már jóval erősebben megjelenik a programok tartalmában. A szakirányú diplomások nagyobb aránya a programok céljainak és módszereinek nagyobb komplexitásával jár együtt. Ugyanakkor a szakirányú tanfolyami végzettséggel rendelkező stábtagnak aránya nem jelenik meg a programok vizsgált jellemzőiben.

A kortárssegítőket, illetve -oktatókat képző programok esetében a program humánerőforrás-ellátottságának mennyiségi mutatói inkább tetten érhetőek

a program jellemzőiben. A stábméret becslésére kifejezetten erős, az alkalmazottak számának magyarázatára pedig közepesen erős modellt sikerült létrehozunk. A tanítás-/nevelés-módszertani ismeretek átadásával kapcsolatos céltételezés nagyobb stábbal és több fizetett alkalmazottal jár együtt. Emellett a programban dolgozók összlétszámát az elért populáció nagysága is meghatározza. A programvezető képzettsége is ezekben a programokban játssza a legnagyobb szerepet. A stáb – elsősorban felsőfokú végzettségre vonatkozó – szakmai összetételével kapcsolatos modellünk, bár a fentieknél gyengébb, szintén erős, azonban nehezen interpretálható összefüggéseket jelez.

Hasonlóképpen a tanárképző és egyéb iskolai szintén dolgozó szakemberekre irányuló programok esetében is erős modellt tudtunk létrehozni a stábméret, valamint a foglalkoztatott létszám variabilitásának magyarázatára, melyet a program módszertani jellemzői határoznak meg. Ugyanakkor a stáb végzettség szerinti összetétele ebben az esetben kevésbé érzékelhető hatását a program tartalmában.

Az iskolai drogprenenciós programkínálat humánerőforrás-összetételére vonatkozó elemzés néhány gyakorlati folyamánya

Kutatásunk alapján azt mondhatjuk, hogy a drogproblémával az iskolai szintén jelen lévő programokban összességében maximum mintegy 1500 személy foglalkozik.⁴² A foglalkoztatottak közül 1065 fő rendelkezik szakirányú diplomával, s további 50–60 munkatárs dolgozik a programokban szakirányú diploma nélkül, csak szakirányú tanfolyamon szerzett végzettséggel. Összességében azonban az iskolai drogprenenciós szintén dolgozók megközelítően egynegyedének, közel 400 drogprenenciós munkatársnak nincs semmilyen szakirányú végzettsége. Ez a képzési kapacitások és/vagy a motivációk támogatásának szükségességét jelzi. Ugyanakkor, mint azt a stáb szakmai összetételének a programok tartalmában való megjelenésében láthattuk, a csak szakmai továbbképzéseken, tanfolyamokon részt vevő munkatársak jelenléte kevésbé érhető tetten a programok célkitűzéseiben, megvalósítási módszereiben. Ennek alapján a jelenlegi képzési tartalmak mellett adataink inkább a felsőfokú szakirányú képzések prioritizálását erősítik, illetve azt jelzik, hogy a továbbképzések jelenlegi szakmai tartalma vélhetően jelentős módosításokat kíván.

⁴² Az itt közölt létszámadatok az összes programra vetített adatok (azaz N=234). A válaszhíányokat az átlagértékekkel pótoltuk. Tekintettel arra, hogy ezekben az adatokban az egyes programok létszámadatai összegeződnek, az adatok valamekkora halmozódást takarhatnak.

11. táblázat. Az iskolai drogprevenciós programokban dolgozók foglalkozási viszony és képzettség szerinti csoportjainak átlagos, és a kérdésre válaszoló programokra összesített létszáma országosan és a szolgáltatásukat helyi szinten kínáló programokban

	ORSZÁGOSAN ÖSSZESEN			HELYI PROGRAMOKBAN		
	ÁTLAG	ÖSSZ.	N	ÁTLAG	ÖSSZ.	N
A programban dolgozók száma	6,40	1420	222	5,22	710	136
Ebből:						
<i>Diplomások száma</i>	4,85	1062	219	4,39	588	134
<i>Szakirányú diplomások száma</i>	4,55	946	208	4,16	516	124
<i>Szakirányú tanfolyamot végzettek száma</i>	0,24	52	216	0,27	36	132
Főállásúak száma	1,33	288	216	1,36	178	131
Fizetett foglalkoztatottak száma	2,00	431	215	1,73	227	131
Önkéntesek száma	1,17	253	216	1,40	183	131
Külsősök száma	3,10	669	216	2,03	266	131

A programokban dolgozók közel fele (mintegy 700–750 fő⁴³) megbízási szerződéssel foglalkoztatott, külsős munkatárs, és közel egyharmaduk rész- vagy főállású (mintegy 470 fő) alkalmazott. Mint már említettük, a drogprevenció területén dolgozókon belül a fizetett alkalmazottak nagy aránya arra utal, hogy a programok szervezeti háttere a civil szféra átlagához képest kedvezőnek mondható, azaz a szintén aktuálisan jelen lévő programkínálat más – a civil szféra által dominált – területekhez képest stabilabbnak tekinthető, így a beavatkozások tervezése során biztosabban kalkulálható.

Ugyanakkor a prevenciós szervezetekre/programokra – általában a civil szférához képest – kevésbé jellemző az önkéntesség. Mindössze maximum 270 fő⁴⁴ dolgozik az ország területén az iskolai prevenciós programokban, s csak a prevenciós szervezetek 27,5%-ának van olyan programja, amelyben legalább egy önkéntes dolgozik. Mint említettük, ilyen alacsony arányok a civil szférában egyetlen más tevékenységcsoportban sem jellemzőek. Az önkéntesek alacsony száma összefügghet a civil szervezetek átlagosnál nagyobb szervezeti stabilitásával, azzal, hogy a fizetett foglalkoztatottak jelenléte a civil szférában tapasztalathoz képest inkább jellemző a drogprevenció területén. Ugyanakkor, mivel a fizetett alkalmazottak száma – a szokásostól eltérően – nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a programgazda szervezet tőkeerősségével, nem tételezhetjük azt, hogy ez – a szervezeti stabilitás szempontjából egyébként kedvező – helyzet annak a következménye, hogy a

⁴³ Szintén az összes programra vetített adat.

⁴⁴ Az adat halmozódást takarhat.

drogprevenció területén a programok inkább meg tudják finanszírozni működésük személyi bázisát. Inkább vélelmezhetjük azt, hogy az önkéntesek alacsony számú jelenléte egy kényszerhelyzet következménye. Ebben a helyzetben közrejátszhat a drogproblémával szemben jelen lévő kirekesztő, a problémát távolító társadalmi gondolkodás (Paksi, 2003; Paksi, Elekes, 2004; Elekes, Paksi, Lendvai, 2005; Paksi, 2009a). Ennek alapján, amennyiben a prevenciós programokban erősíteni kívánjuk a civil szféra egyébként hazánkban is egyre inkább meghatározóvá váló sajátosságának, az önkéntességnek a jelenlétét, szükségessé válik a drogfogyasztókkal kapcsolatos társadalmi gondolkodás alakítása.

A színtér átlagához képest a helyi programoknak/szervezeteknek⁴⁵ az önkénteseket mozgósító képessége nagyobb; ez jelezheti azt, hogy a drogprobléma kezelésének társadalmazása – a jelenlegi attitűdállapotok mellett – helyi szinten inkább kivitelezhető, tehát amennyiben fontosnak tartjuk a civil szféra bevonódását a problémakezelésbe, az rövid távon a helyi beavatkozások támogatása révén talán inkább megvalósítható. A helyi szolgáltatások fontosságát a 2000–2009 és a 2010–2018 közötti időszakra szóló drogstratégia is számos helyen, többek között az általános prevenció kapcsán is hangsúlyozza (Nemzeti Stratégia, 2001, 2010). Az iskolai prevenciós színtéren a vizsgálat idején kínált programok mintegy háromötöde helyben működő szervezet által kínált szolgáltatás volt. A helyi programok/szervezetek szerepe szempontjából azonban fontos lehet ezeknek a szervezeteknek a stabilitása és a szakmaisága. A helyi hatókörral működő programok mögött álló szervezeteknek a fizetett alkalmazottak arányával mért szervezeti stabilitása a színtéren jelen lévő szolgáltatások átlagánál valamelyest kedvezőbb, ami a beavatkozások tervezése során a helyi programokkal való fokozott kalkulálhatóságot jelentheti.⁴⁶ A helyi programok szakember-ellátottsága ugyan abszolút értelemben rosszabb, ezekben a programokban kisebb a szakirányú képzettséggel dolgozók átlagos létszáma, ugyanakkor – az alacsonyabb stábméret következtében – a helyi programok stábjában a szakirányú diplomával rendelkező munkatársak átlagos aránya jelentősen meghaladja a nagyobb hatókörű programokban tapasztaltét, tehát a helyi programok stábösszetétele – az abszolút értelemben kevesebb szakember részvétele mellett is – a programok szakmaiságát nem látszik veszélyeztetni.

⁴⁵ Helyi programoknak azokat tekintettük, melyek a székhelyükön túl maximum két megyében végeznek prevenciós munkát.

⁴⁶ E fokozott szervezeti stabilitás mellett azonban számolnunk kell azzal is, hogy, úgy tűnik, helyi források mozgósítására – a színtér eddigi fejlődéstörténete során – a helyi jellegű programok sem számíthatnak inkább, mint az országban működő prevenciós programok általában. A helyi hatókörral működő programok trendje ugyanis leképezi az országosan jellemző – a következő részben bemutatásra kerülő – trendet, azaz a társadalom drogérintettségének trendje által jelentett epidémiái kihíváshoz a helyi prevenciós kínálat dinamikája is csak a kormányzati finanszírozási források segítségével tudott felzárkózni.

A PREVENCIÓS KÍNÁLATBAN SZEREPLŐ PROGRAMOK KOHERENCIÁJÁNAK VIZSGÁLATA

A programok koherenciájának vizsgálata során az anonimizált programleírások egyes elemeinek (mint a programok általános és specifikus célja, az ezeket megalapozó elméleti megfontolások, a programok módszertani és humánerőforrás-hátttere) kifejtését és egymáshoz viszonyított adekvátságát, koherenciáját 12 előre meghatározott szempont mentén három szakértő véleményezte, ötfokozatú skálán.⁴⁷ Az értékelés szempontjai a következők voltak:

1. Mennyire világos (egyértelmű) a program végső célkitűzése?
2. Mennyire világos (egyértelmű) a specifikus (közbenső) célok meghatározása?
3. Mennyire reális (adekvát) a specifikus célok meghatározása a végső cél tükrében?
4. Mennyire koherens a megjelölt koncepció? Van-e a program mögött (meghivatkozott vagy a szakértők által ismert) szakirodalmi támogatottság, vagy csak hipotetikusak a feltételezések?
5. Mennyire illeszkedik a megjelölt koncepció a specifikus (közbenső) célokhoz?
6. Mennyire adekvátak a megjelölt módszerek a specifikus (közbenső) célok és a koncepció ismeretében?
7. Mennyire reális az egyes célok elérésére szánt idő meghatározása az adott cél és módszer ismeretében?
8. Mennyire reális a csoportok nagyságának meghatározása az adott cél és módszer ismeretében?
9. Mennyire reálisak/adekvátak az adott program célkitűzései a célpopuláció jellemzőihez (életkor, demográfiai jellemzők, droghasználati jellemzők stb.) viszonyítva?
10. Mennyire reálisak/adekvátak az adott program módszerei a célpopuláció jellemzőihez (életkor, demográfiai jellemzők, droghasználati jellemzők stb.) viszonyítva?
11. Mennyire adekvát forrásokból szerzi be a célpopuláció ismeretéhez szükséges információt a programgazda?
12. Mennyire megfelelő az alkalmazott stáb a célok és módszerek, illetve a program futási jellemzői ismeretében?

A programleírások a legkedvezőbb minősítést a végső célok világos (egyértelmű) megfogalmazása tekintetében kapták. Ettől minimálisan maradt csak el a programoknak a közbülső/specifikus célok tekintetében kapott értékelése. Összességében

⁴⁷ Az 1-es azt jelentette, hogy „értékelhetetlen, teljesen inadekvát”, az 5-ös pedig, hogy „kitűnő”.

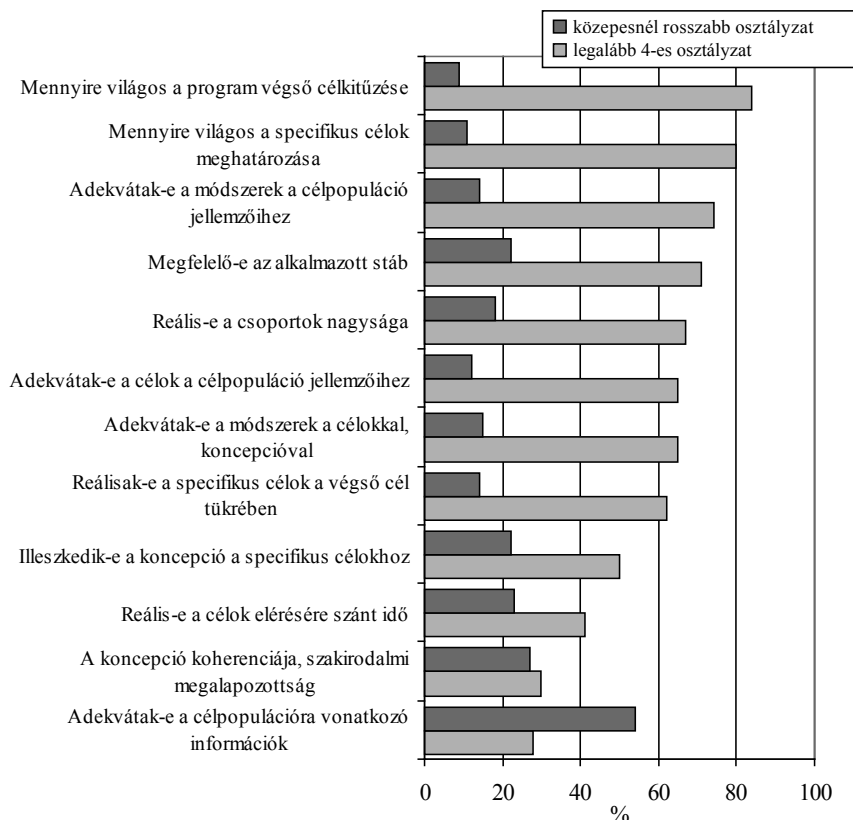
tehát azt mondhatjuk, hogy a szervezetek döntő többsége egyértelműen és világosan meg tudja fogalmazni programjának célkitűzéseit.

A leggyengébb elemnek pedig a célpopulációra vonatkozó információk adekváttsága, illetve a program mögötti koncepció kidolgozottsága bizonyult. A programleírások tanulsága szerint a programok több mint fele esetében a programgazda nem rendelkezik megbízható, érvényes forrásokból származó információkkal a célpopuláció különféle, a program szempontjából fontos jellemzőivel kapcsolatban. Hasonlóképpen, a programok mindössze alig egyharmada esetében értékelték a szakértők úgy, hogy a program mögött megfelelő, koherens koncepció áll, hogy a programnak van szakirodalmi támogatottsága. A programok több mint húsz százaléka esetében a program mögötti koncepció a program céljaival nem igazán harmonizált. Ehhez hasonló arányban, minden negyedik-ötödik program esetében a szakértői értékelések azt jelezték, hogy az egyes célok elérésére szánt idő a program céljainak és módszereinek figyelembevételével nem reális, illetve hogy az alkalmazott stáb különböző jellemzői (pl. végzettségi összetétel vagy létszám) tekintetében nem harmonizál a program céljaival, módszereivel vagy a futási jellemzőivel (bár ez utóbbi értékelési szempont esetében a programok hetven százaléka kedvező értékelést kapott). Általánosságban azt tapasztaltuk, hogy a különböző programjellemzők kapcsolatának koherenciájával, különösképpen a koncepcionális kérdésekkel kapcsolatos értékelési szempontok mentén a programok nagyobb arányban kaptak viszonylag gyenge osztályzatokat.

A programleírások értékelő áttekintése egyrészt megerősítette azt – a programok céljai/tematikája mentén való csoportosítása során már jelzett – hiányosságot, hogy a hazai szolgáltatók elsődlegesen nem elméleti megfontolásokból kiindulva, nem arra építve alkották meg a saját programjukat, hanem inkább a rendelkezésére álló tudás és (adott esetben szubjektív) elképzelés volt a döntő, azaz a program keretében zajló tényleges tevékenységet túlnyomórészt a spontaneitás, a meglévő készségek/lehetőségek/kompetenciák adott helyzetben történő alkalmazása határozta meg. Ily módon a programok elsődlegesen nem egy előre meglévő, tiszta elméleti keretbe illeszkednek, hanem különböző tényezőkből, elméleti és gyakorlati megfontolásokból, sok esetben nem igazán koherensen lettek összeállítva. De a programok koherenciája, illetve a koncepcionális kérdések tekintetében megmutatózó hiányosságok jelenthetik azt is, hogy a szolgáltatók számára a kutatás során megkívánt – az EMCDDA standardjait leképező – strukturált programleírás okoz nehézséget. Mint ahogy azt már a jelen kötet bevezetőjében említettük, hasonló problémákat fogalmazott meg az Európa-szerte működő programokat egységes szempontrendszer szerint leírni és közzétenni hivatott EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) adatbázisában található programok alapján 2001-ben elvégzett elemzés is (Burkhart, Crusellas, 2002). Az adatbázis létrehozásakor, illetve az azt követő években az országok a megadott szempontok mentén – me-

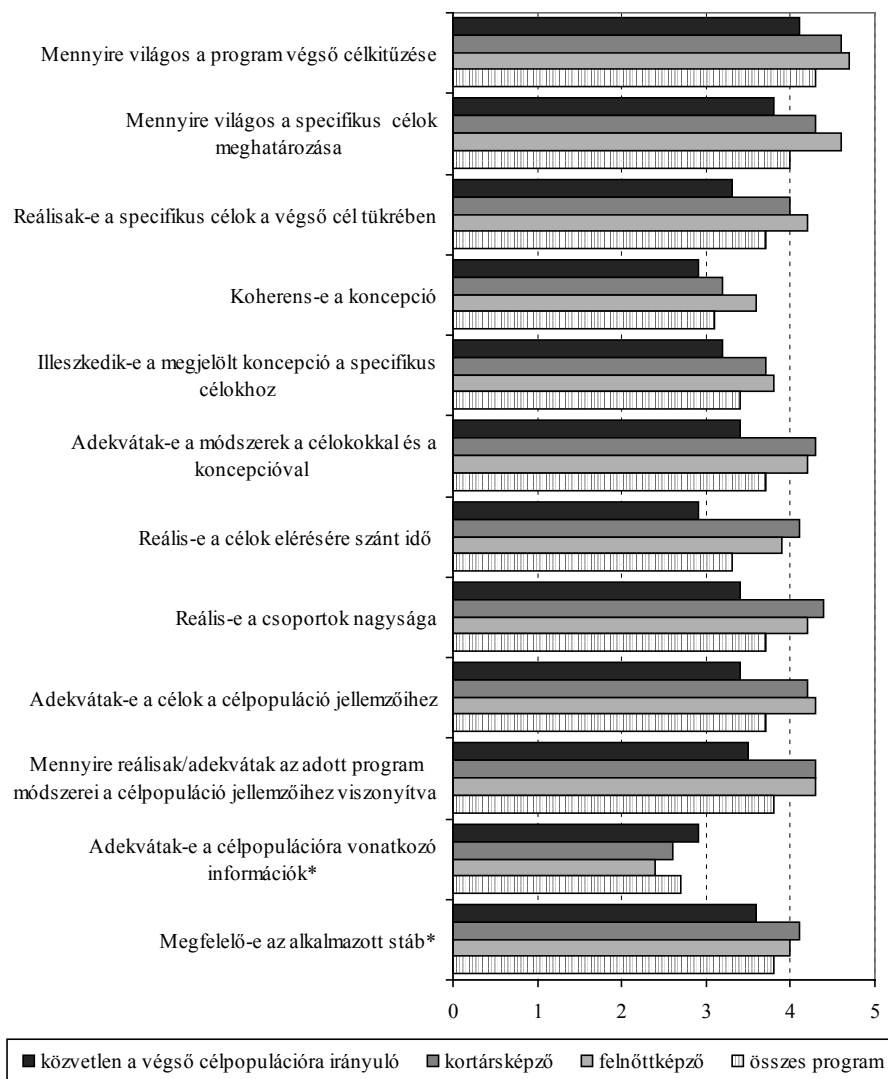
lyek nagy vonalakban megegyeznek azzal a szempontrendszerrel, amelyet mi is alkalmaztunk – nem tudták a programokat az elvárásoknak megfelelő színvonalon vagy minőségben leírni.

51. ábra. A programleírások különböző szempontok szerinti szakértői véleményezésének eredményei: azon programok aránya (%), ahol az értékelők által adott osztályzatok átlaga legalább 4-es (jó), illetve közepesnél rosszabb volt (N=234)



A programleírások koherenciája tekintetében többnyire szignifikáns ($p < 0,05$) különbségek mutatkoztak a különböző programtípusok (végső célpopulációra irányuló, kortárs-, illetve felnőttképző programok) között. A végső célpopulációra irányuló programok a célpopulációra vonatkozó információk adekvátsága kivételével minden egyéb programjellemző mentén kedvezőtlenebb képet mutatnak, mint a valamilyen közvetítő populációra irányuló beavatkozások. A kortársakra, illetve a felnőttekre irányuló prevenciós programok leírásának koherenciája tekintetében azonban csak elvétve mutatkozik különbség. (Lásd a 52. ábrát a következő oldalon.)

52. ábra. A programleírások különböző szempontok szerinti szakértői véleményezésének programtípusonkénti átlagértékei (N=234)



* csak tendencia jellegű különbség: $0,1 > p > 0,05$

Általában elmondható azonban, hogy szinte mindegyik értékelési dimenzióban jobb eredményt értek el azok a programok, amelyek humán erőforrás-hátterében nagyobb arányban vannak diplomás, illetve szakirányú diplomás munkatársak, illetve amelyeknél már volt vagy a közeljövőben terveztek programértékelést.

12. táblázat. A programok belső koherenciájára vonatkozó szakértői véleményezés és a stáb képzettsége közötti korrelációs együtthatók, valamint a korreláció szignifikanciaszintje

SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNYEZÉSI SZEMPONTOK		DIPLOMÁSOK SZÁMA	SZAKIRÁNYÚ DIPLOMÁSOK SZÁMA	SZAKIRÁNYÚ TANFOLYAMMAL RENDELKEZŐK SZÁMA
Mennyire világos a program végső célkitűzése	Pearson Correlation	0,1411	0,2130	-0,0683
	Sig.	0,0370	0,0020	0,3176
Mennyire világos a specifi- kus célok meghatározása	Pearson Correlation	0,1423	0,1738	-0,1074
	Sig.	0,0353	0,0120	0,1154
Reálisak-e a specifikus célok a végső cél tükrében	Pearson Correlation	0,1918	0,2128	-0,1667
	Sig.	0,0044	0,0020	0,0142
A koncepció koherenciája, szakirodalmi megalapozottság	Pearson Correlation	0,1384	0,1921	-0,1112
	Sig.	0,0408	0,0054	0,1033
Illeszkedik-e a koncepció a specifikus célokhoz	Pearson Correlation	0,1145	0,1605	-0,0992
	Sig.	0,0908	0,0206	0,1460
Adekvátak-e a módszerek a célokkal, konceptióval	Pearson Correlation	0,1348	0,1970	-0,0931
	Sig.	0,0462	0,0044	0,1730
Reális-e a célok elérésére szánt idő	Pearson Correlation	0,1522	0,2111	-0,0686
	Sig.	0,0242	0,0022	0,3154
Reális-e a csoportok nagysága	Pearson Correlation	0,0989	0,1354	-0,0701
	Sig.	0,1446	0,0511	0,3053
Adekvátak-e a célok a célpopuláció jellemzőihez	Pearson Correlation	0,2155	0,2786	-0,1285
	Sig.	0,0013	0,0000	0,0594
Adekvátak-e a módszerek a célpopuláció jellemzőihez	Pearson Correlation	0,1561	0,2175	-0,0889
	Sig.	0,0208	0,0016	0,1929
Adekvátak-e a célpopulációra vonatkozó információk	Pearson Correlation	0,0614	0,0648	-0,0110
	Sig.	0,3659	0,3526	0,8723
Megfelelő-e az alkalmazott stáb	Pearson Correlation	0,2608	0,2834	-0,2930
	Sig.	0,0001	0,0000	0,0000

13. táblázat. A programok belső koherenciájára vonatkozó szakértői véleményezés átlagértékei aszerint, hogy volt-e programértékelés, vagy van-e rá szándék a programban (N=234)

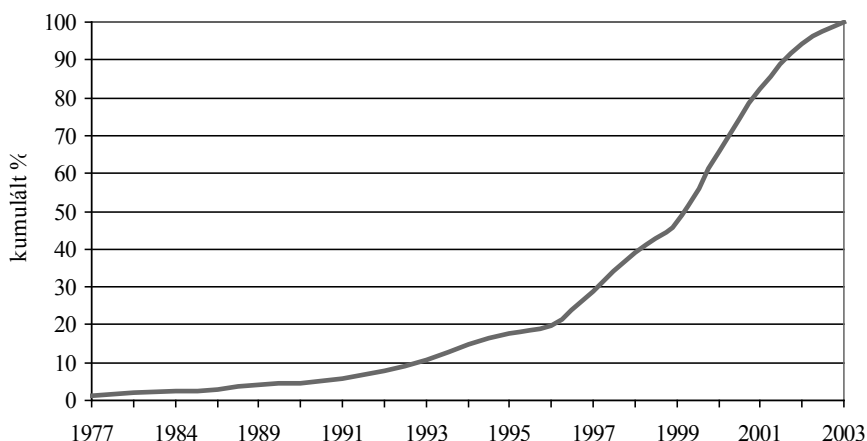
SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNYEZÉSI SZEMPONTOK	VOLT-E PROGRAMÉRTÉKELÉS?			TERVEZNEK-E PROGRAMÉRTÉKELÉST?		
	NEM VOLT	VOLT	SZIGN.	NEM TERVEZNEK	TERVEZNEK	SZIGN.
Mennyire világos a program végső célkitűzése	4,16	4,59	0,001	4,19	4,52	0,013
Mennyire világos a specifikus célok meghatározása	3,78	4,37	0,000	3,74	4,38	0,000
Reálisak-e a specifikus célok a végső cél tükrében	3,42	3,95	0,001	3,37	3,96	0,000
A koncepció koherenciája, szakirodalmi megalapozottság	2,76	3,47	0,000	2,75	3,43	0,000
Illeszkedik-e a koncepció a specifikus célokhoz	3,09	3,78	0,000	3,06	3,75	0,000
Adekvátak-e a módszerek a célokkal, koncepcióval	3,49	3,97	0,004	3,39	4,05	0,000
Reális-e a célok elérésére szánt idő	3,12	3,54	0,010	2,97	3,68	0,000
Reális-e a csoportok nagysága	3,57	3,94	0,046	3,46	4,05	0,001
Adekvátak-e a célok a célpopuláció jellemzőihez	3,51	4,02	0,001	3,43	4,06	0,000
Adekvátak-e a módszerek a célpopuláció jellemzőihez	3,60	4,09	0,003	3,55	4,13	0,000
Adekvátak-e a célpopulációra vonatkozó információk	2,58	2,91	0,061	2,46	2,98	0,003
Megfelelő-e az alkalmazott stáb	3,46	4,18	0,000	3,46	4,11	0,001

A programok legnagyobb részét kitevő végső célpopulációra irányuló programok szakértői véleményezésének eredményeit a különböző programjellemzők mentén is megvizsgáltuk. A programleírások koherenciája tekintetében az átlagosnál szignifikánsan ($p < 0,05$) kedvezőbb képet mutattak azok a programok, amelyeknek céljai között megjelentek a mindennapi életvezetési készségekkel és/vagy személyiségfejllesztéssel, illetve egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásával kapcsolatos célok is, ugyanakkor az érzelmi neveléssel foglalkozó programok koherenciája a szakértők véleményei alapján az átlagosnál rosszabbnak bizonyult.

A PREVENCIÓS PROGRAMKÍNÁLAT DINAMIKÁJA

Az iskolai szintén a vizsgálat idején aktuálisan megjelenő drogprenvenációs programok beindulása jellemzően a kilencvenes második felére tehető. A 2003-ban a prevenció kínálatba tartozó programok közül kb. minden huszadik működött a kilencvenes évek elején, tíz évvel ezelőtt pedig a mai programok egyhatoda volt jelen az iskolai prevenció programok kínálatában. Ezt követően évente folyamatosan bővült a kínálat, s különösen nagy léptékű növekedés következett be 2001-ben, illetve 2002-ben.

53. ábra. Az iskolai drogprenvenációs programok megjelenése (a feltárt programok kumulált százalékában kifejezve)

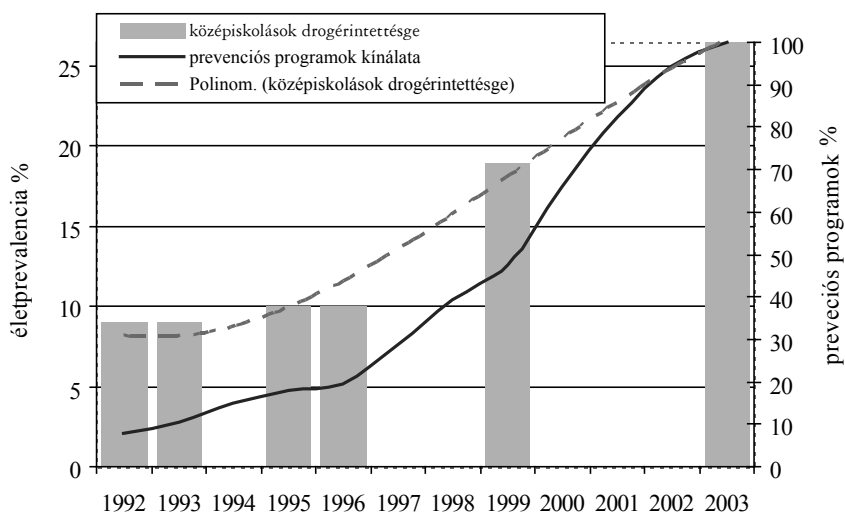


Ha a drogprenvenációs kínálat trendjét összevetjük a drogprobléma alakulására vonatkozó epidémiái adatokkal, egyrészt azt tapasztalhatjuk, hogy a kínálat bizonyos mértékig reagált az epidémiái változásokra. A drogepidemiológiai vizsgálatok a kilencvenes évek második felében – regionális és helyi jellegű vizsgálatok alapján 1997–1998-tól – jelezték a fiatalok drogérintettségének nagymértékű növekedését, s ezekben az években vett először nagyobb lendületet a prevenció kínálat növekedése is. Ugyanakkor, a jelenlegi állapotot mennyiségi értelemben egyensúlyi állapotnak feltételezve,⁴⁸ azt láthatjuk, hogy a prevenció szolgáltatók tevékenysége csak az

⁴⁸ A jelenlegi helyzet mennyiségi értelemben egyensúlyi állapotként való értelmezése abból a feltételezésből indul ki, hogy jelenleg az iskolák mintegy 90%-ában zajlik valamilyen prevenció tevékenység, az általunk 100%-nak tekintett prevenció kínálatban pedig csak a jelenleg aktív, működő programok szerepelnek.

ezredfordulót követően zárkózott fel a beavatkozás tematikája alapján annak célját jelentő jelenség epidémiájához, a középiskolások drogérintettségének alakulásához. A középiskolások populációjában végzett drogepidemiológiai vizsgálatok a kilencvenes évek végén, a jelenlegihez képest – azt 100%-nak tekintve – 72%-os drogérintettséget jeleztek, amikor is a programkínálat nem érte el a jelenleginek a felét (47,5%). Még inkább szembevetendő volt az iskolai szinten kínált szolgáltatások „lemaradása” a drogjelenség kiterjedéséhez képest a kilencvenes évek közepén, amikor is a prevalenciaértékek megközelítették a jelenlegi mutatók kétötödét, ám a programkínálat csak a jelenleginek egyötödére volt tehető. Úgy tűnik tehát, hogy bár a prevenciós programok kínálatának dinamikájában valamelyest leképeződött a probléma kiterjedésének változása, azonban volumenében az epidémiaili kihíváshoz a prevenciós kínálat csak 3-4 éves késéssel, az ISM–OM finanszírozásával megvalósuló, „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című projekt beindulásával tudott felzárkózni. Az iskolai prevenciós kínálat lemaradásának oka tehát vélhetően a források hiányában és/vagy az iskolák – részben vélt vagy valós költségkorlátok által dominált – alacsony prevenciós aktivitásában keresendő.

54. ábra. A középiskolások drogérintettségének (a biztosan droghasználati célú szerfogysztási életprevalencia-értéke a 10. évfolyamos középiskolások körében – bal oldali tengely), valamint drogpreneciós programok számának (a jelenleg működő programok százalékában – jobb oldali tengely) alakulása



Az epidemiológiai adatok forrása: Elekes és Paksi (1996, 2000) Paksi és Elekes (2003).

3. AZ ISKOLÁK PREVENCIÓS AKTIVITÁSA

PAKSI BORBÁLA, FELVINCZI KATALIN ÉS SCHMIDT ANDREA

KOMPETENCIÁK

2004 tavaszán a magyarországi közoktatási intézmények, illetve az ott tanító pedagógusok körében kutatást végeztünk az iskolai prevenció/egészségfejlesztési szintér befogadói oldalával kapcsolatos információk hiányosságok pótlására.⁴⁹ A kutatás célja az iskolai prevenció/egészségfejlesztési programok felhasználói oldalról való komplex megismerése volt. Tekintettel arra, hogy az iskola intézményének fenti dimenziók mentén leírt prevenció/egészségfejlesztési tevékenysége az iskola szervezeti válasza a nem fertőző betegségek, illetve az egészségkárosító magatartások terén jelentkező epidémiai kihívásra, a kutatás primer céljai között szerepelt annak feltárása is, hogy e reakálás milyen formális (intézménytípus, intézményméret, területi elhelyezkedés stb.) és nem formális szervezeti jellemzők (szervezeti nyitottság, szervezeten belüli viszonyok, a személyi összetétel egyes jellemzői stb.) mentén differenciálódik.

2009 tavaszán a kutatást megismételtük azzal a céllal, hogy nyomon kövessük a közoktatási intézmények drogprevenció/egészségfejlesztési tevékenységében s azt meghatározó jellemzőkben az évtized második felében történt változásokat.⁵⁰ A kutatásnak külön aktualitást adott az a tény, hogy a Nemzeti Drogstratégia 2009-ig megvalósítandó hosszú távú céljai között számos céltételezést fogalmazott meg az iskolai drogprevenció szintér vonatkozásában.

Az alábbiakban elsődlegesen a 2004-es, feltáró vizsgálat eredményeit mutatjuk be, a külön évszám nélküli közlések erre a vizsgálati időpontra vonatkoznak, a 2009-es adatok pedig a változásokra vonatkozó részekben szerepelnek.

⁴⁹ A 2004-es kutatás az Oktatási Minisztérium „Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról” címmel meghirdetett pályázata keretében készült, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI), a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (BCE MKI VK), valamint az Országos Közoktatási Intézet (OKI) együttműködésében (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004).

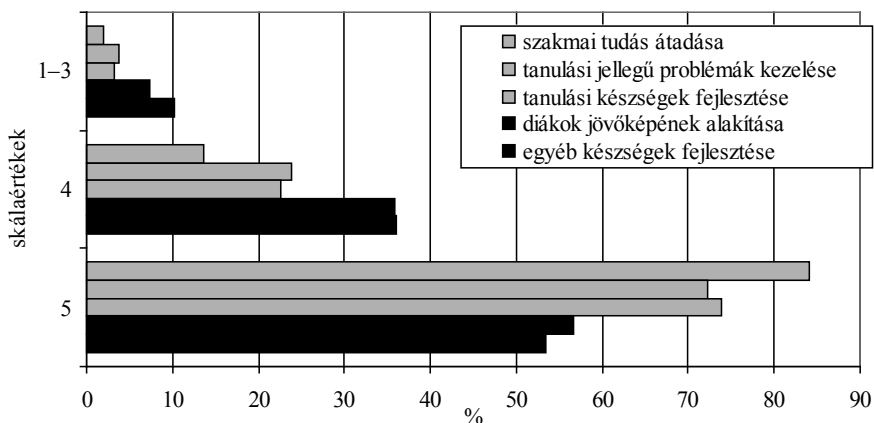
⁵⁰ A 2009-es kutatást az OKM és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) megbízásából és finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette (Paksi, 2009b).

EGYÉNI KOMPETENCIÁK ÉS KOMPETENCIAÉRZETEK

Egyéni kompetenciák és kompetenciaérzetek 2004-ben

Ebben a kérdéskörben megvizsgáltuk egyrészt, hogy a közoktatási intézményekben oktató pedagógusok mennyire tekintik általános, elvi szinten a pedagógusi feladatok közé tartozónak, a pedagógusi szerep részének az olyan, a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó, a tudásátadáson túlmutató feladatok ellátását, mint a diákok döntéshozási, érzelemfeldolgozási stb. készségeinek fejlesztése, jövőképeinek alakítása. A kvantitatív eredményeink azt mutatják, hogy a nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, inkább nevelési jellegű feladatok jelen vannak a pedagógusi szerepelvárások között a szakma gondolkodásában, a tudásátadáshoz kapcsolódó feladatokhoz képest azonban ezek az elvárások kevésbé hangsúlyosak egyértelműek (55. ábra).

55. ábra. A tudásátadáshoz közvetlenül kapcsolódó (szürkével jelölt) és az azon túlmutató (fekete) tevékenységek tanári feladatkörbe tartozásával kapcsolatos vélemények 2004-ben (a kérdésre válaszolók százalékában)⁵¹

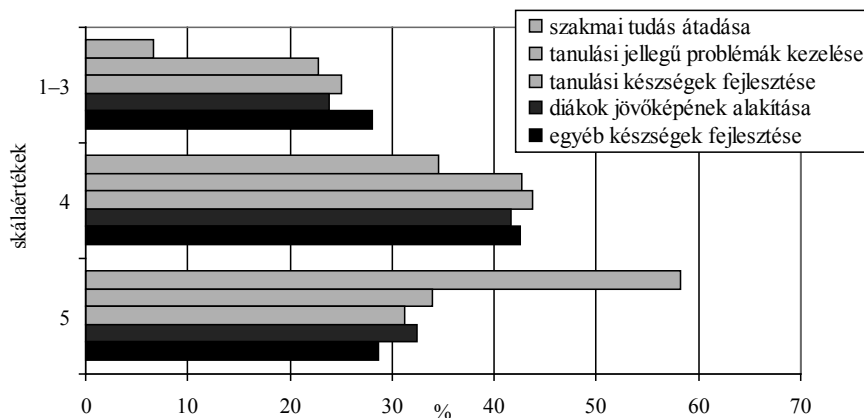


A tudásátadáson túlmutató feladatoknak a pedagógusi szerepelvárásokban megmutatkozó relatív háttérbe szorulása fokozottan megjelenik a szerepek gyakorlása során, azaz a tényleges pedagógusi munkában. Mindegyik vizsgált tevékenység vonatkozásában – ebben az esetben is – a pozitív tartományban mozgó válaszok túlsúlya jellemző, azaz a pedagógusok többségének tevékenysége valamilyen szinten

⁵¹ Az ábrán a következő kérdésre adott válaszokat ábrázoltuk: „Mennyire tartja egy tanár feladatkörébe tartozónak az alábbiakat?” A válaszokat 5 fokú skálán adták meg a kérdezettek, ahol az 1-es az „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig a „teljes mértékben” választ jelentette.

kiterjed a vizsgált tevékenységek mindegyikére, a szigorúan vett szakmaitudás-átadáson kívül azonban minden más feladat esetében az „egyértelműen igen” (5-ös válasz) válaszok aránya már nem vagy alig éri el az egyharmadot.

56. ábra. A tudásátadáshoz közvetlenül kapcsolódó (szürkével jelölt), és az azon túlmutató (fekete) tevékenységek aránya a tanári tevékenységben 2004-ben (a kérdésre válaszolóok százalékában)⁵²



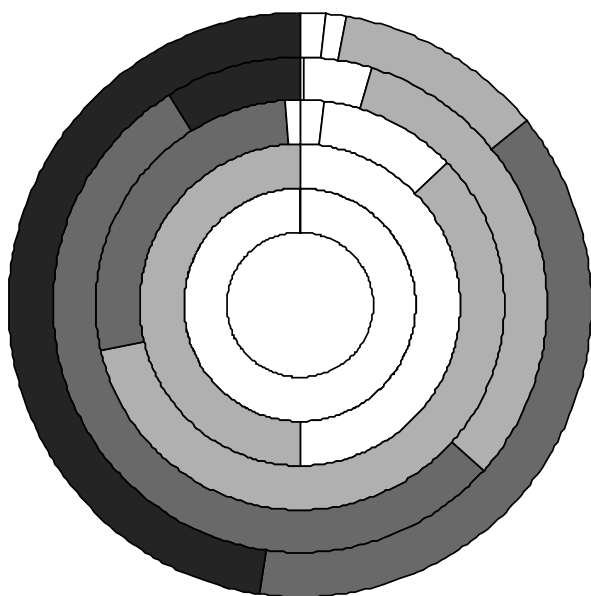
A pedagógusi szereppel kapcsolatban a szakma (a mintánkban reprezentált pedagógustársadalom) részéről megfogalmazott, az átlagpedagógusra értelmezett elvárások, illetve a pedagógusok mindennapi munkája során az egyes feladatok artikulálódása szétválnak, rendre a gyakorlat rovására. Ezt láthatjuk az 55. és 56. ábra viszonyából. Az eltérések iránya – és az, hogy ez az összefüggés nemcsak a tudásátadáshoz közvetlenül nem kapcsolódó feladatokban, hanem rendre az összes, szorosan értelmezett oktatói munka vonatkozásában is megjelenik – a magyar pedagógusszakma „általános túlterheltségére” hivatkozó magyarázatokat látszik mozgósítani. Ugyanakkor a pedagógusok leterheltségére vonatkozó nemzetközi összehasonlító elemzések (pl. Polónyi, Tímár, 2001: 46–47.) ezt nem támasztják alá.⁵³ A kutatás adatait tovább vizsgálva, a pedagógusi feladatok általános szinten való értelmezése, valamint a saját tevékenységre vonatkozó válaszok közötti

⁵² Az ábrán a következő kérdésre adott válaszokat ábráztuk: „Az Ön iskolai tevékenysége mennyire terjed ki ezekre a tevékenységekre?” A válaszokat 5 fokú skálán adták meg a kérdeztettek, ahol az 1-es az „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig a „teljes mértékben” választ jelentette.

⁵³ Az Education at a Glance 2000. évi, 1998-as tanévre vonatkozó adatai alapján (Polónyi, Tímár, 2001) a pedagógusterheltség egyik szokásos mutatója, a tanuló–pedagógus-arány nemzetközi összehasonlításban Magyarországon kifejezetten alacsonynak tekinthető, még a szintén átlag alatti svédországi értéket sem éri el.

erős összefüggés ($p < 0,001$) (az 57. ábrán erre láthatunk egy példát) azonban azt jelzi, hogy a pedagógusi szerephez kötődő egyéni elképzelések/elvárások tényleges tevékenységstruktúrát befolyásoló funkciója nem elhanyagolható. Tehát az, hogy egy pedagógus a különböző iskolai feladatok milyen széles körét tudja beiktatni a tevékenységébe, erős összefüggést mutat azzal, hogy milyen mértékben érzi az egyes tevékenységtípusokat általában a pedagógus feladat- vagy kompetenciakörébe tartozónak.

57. ábra. A diákok jövőképe alakítására vonatkozó szerepelvárások összefüggése azzal, hogy ténylegesen mennyire terjed ki erre a pedagógusok tevékenysége 2004-ben



Az ábrán a koncentrikus körök azt jelzik, hogy „mennyire tartja a tanár feladatkörébe tartozónak a diákok jövőképe alakítását”. A belső kör az 1-es: „egyáltalán nem”, a külső kör pedig az 5-ös: „teljes mértékben” válaszokat tartalmazza.

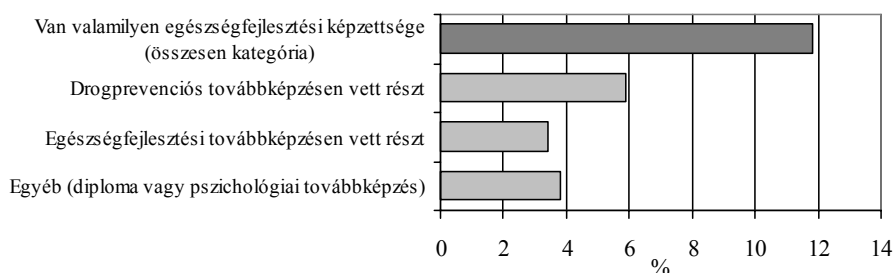
Az egyes körökön belül, pedig a „mennyire terjed ki erre a tevékenysége” válaszokat ábrázoltuk. A sötétebb színek fejezik ki a nagyobb értéket (azaz fehérrel jelöltük az egyáltalán nem, illetve az inkább nem [1+2] választ, világosszürkével a 3-ast, sötétszürkével a 4-est, és feketével az 5-ös választ).

A tudásátadáson túlmutató szerepekkel kapcsolatos elvárások relatíve kevésbé hangsúlyos voltának egyik lehetséges magyarázata az ismertátadáson túlmutató feladatok hátrításának hátterében meghúzódó képzettségi kompetencia hiánya és/vagy a pedagógustársadalom ilyen irányú hiányérzetei. Ez az érvelés a kvalitatív kutatásban is megjelent: „nem érzik magukat a pedagógusok felkészültnek e feladatok ellátására, gyakran még a szükségletek (értsd problématerületek) felismeréséhez szükséges elemi ismeretek is hiányoznak repertoárjukból”.⁵⁴ A kvantitatív vizsgálat képzettségre vonatkozó adatai e hiányosságok létét megerősítik. A megkérdezett

⁵⁴ A kvantitatív adatok árnyalására a kutatás során a pedagógusok körében fókuszcsoporthoz vizsgálatokat is végeztünk (lásd a Mellékletben szereplő módszertani leírást).

pedagógusok közül mindössze minden nyolcadik-kilencedik rendelkezik valamilyen – többnyire továbbképzés keretében szerzett – prevenciós/egészségfejlesztési végzettséggel. Ezen belül leginkább – a képzettséggel rendelkezők mintegy fele esetében – a vizsgált tematikának csak egy részterületét lefedő, drogprevenciós képzettség a jellemző.

58. ábra. A különböző prevenciós/egészségfejlesztési képzettséggel rendelkezők aránya 2004-ben (a megkérdezettek százalékában)



Ugyanakkor a képzettségi kompetencia hiányának a feladatok hátrításával kapcsolatos magyarázó szerepét a kutatás adatai nem igazolják. Azok, akik rendelkeznek valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési képzettséggel, nem tartják nagyobb arányban a pedagógus feladatkörébe tartozónak sem a diákok jövőképeének alakításával, sem a készségeik fejlesztésével kapcsolatos feladatok ellátását, s nem terjesztik ki az átlagnál nagyobb arányban ez irányba saját tevékenységüket sem (minden esetben $p > 0,1$). Tehát a speciálisan az oktatói munkán túlmutató nevelési dimenziókra fókuszáló képzések/továbbképzések révén nem válnak motiváltabbá és/vagy alkalmasabbá a résztvevők e feladatok felvállalására. A jelenlegi képzési/továbbképzési struktúra nem alkalmas a – pedagógustársadalom szubjektív érzeiben (is) megjelenő – képzettségi kompetenciahiány tartalmi orvoslására, a pedagógustársadalom egészségfejlesztési potenciáljának javítására, és/vagy dominánsan más tényezők húzódnak meg a pedagógusi feladatok ezen szegmensével szemben megnyilvánuló hátrítási mechanizmusok mögött, olyanok, melyekre az egészségfejlesztéssel kapcsolatos speciális képzések nincsenek hatással (14. táblázat).

A tudásátadáson túlmutató feladatokkal kapcsolatos pedagógusi gondolkodás és tevékenység nem mutat összefüggést azzal sem, hogy a kérdezett folytatott-e valaha tanulmányokat olyan intézményben, ahol a tanulmányok jellege miatt vélhetően nagyobb hangsúlyt fektettek (vagy kellett volna fektetni) a pedagógusi tevékenység nevelési összetevőire. Feltételezésünkkel szemben az egészségfejlesztést/prevenciót is magában foglaló tevékenységekkel kapcsolatos vélekedések/magatartások nem mutatnak kapcsolatot azzal sem, hogy a kérdezett mikor vett részt utoljára

felsőfokú képzésben, holott az utóbbi évtizedekben a fejlett világban egyre jellemzőbbé vált az ebben a kérdéskörben való szakmai és társadalmi gondolkodás.⁵⁵ Az adatok azt mutatják, hogy a pedagógusok képzésében részt vevő intézményeknek szakmai profil szerinti és időbeli strukturálódása nem érezteti hatását a jelenleg tanító pedagógusok ismeretátadási/nevelési prioritásokkal kapcsolatos gondolkodásában és tevékenységében. Ennek oka lehet az, hogy a pedagógusképzés ilyen irányú hatékonysága alacsony, vagy az, hogy sem időben, sem profil szerint nem mutatkoznak koncentrációs pontok az oktatási feladatokon túlmutató pedagógusi tevékenységek képzésbeli súlyában.

A következőkben azokat a további egyéni és intézményi tényezőket próbáljuk azonosítani, amelyek összefüggésben állnak a szorosan vett tudásátadáson túlmutató - tehát a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó - feladatköröknek a pedagógusi szerepfelfogásban, illetve a tényleges pedagógusi munkában betöltött súlyával. A befolyásoló tényezőket elsődlegesen a kvantitatív vizsgálat eredményei alapján azonosítjuk. Megvizsgáljuk, hogy a tudásátadáson túlmutató - a diákok jövőképeinek alakításával, illetve az egyéb (döntéshozási, érzelemfeldolgozási stb.) készségek fejlesztésével kapcsolatos – feladatok esetében a szerepfelfogás, illetve a tényleges tevékenység vonatkozásában kapott válaszok átlagértékei szignifikáns kapcsolatot mutatnak-e a pedagógusok különböző demográfiai, képzettségi, mentális jellemzőivel, az iskola szervezeti sajátosságaival, továbbá az iskola tanulóinak szociokulturális összetételével (14. táblázat).

⁵⁵ Itt jegyezzük meg, hogy az oktatás-nevelés témakörével vélhetően az átlagosnál elmélyültebben foglalkozó, a pedagógusok között a tudományosságot képviselő, fokozattal rendelkezők körében sem magasabb a tudásátadáson kívüli pedagógusi feladatok preferenciája.

14. táblázat. A tudásátadáson túlmutató feladatok megjelenése a pedagógusi szerepfelfogásban, illetve tevékenységben – különböző háttérváltozók mentén a 2004-es vizsgálatban⁵⁶

HÁTTÉRVÁLTOZÓK	KAPCSOLAT TARTALMA, IRÁNYA	SZEREPELFOGÁSRA VONATKOZÓAN KAPOTT P-ÉRTÉK ⁵⁶	TEVÉKENYSÉGRE VONATKOZÓAN KAPOTT P-ÉRTÉK
EGYÉNI HÁTTÉRVÁLTOZÓK			
Nem	Nők esetében nagyobb érték	0,021**	0,013**
Van-e egészségfejlesztési képzettsége	–	n. sz.	n. sz.
Van-e valamilyen, a nevelési feladatokat vélhetően jobban hangsúlyozó végzettsége	Óvodapedagógusi, gyógypedagógusi, általános iskolai tanító/tanár	n. sz.	n. sz.
Urolső felsőfokú végzettség szerzésének éve	11–20 évvel ezelőtt befejezett tanulmányok esetében az átlagnál kedvezőtenebb érték	n. sz.	n. sz.
Van-e tudományos fokozata	–	n. sz.	n. sz.
Alsó tagozatban tanít-e	Igen esetén kedvezőbb érték	0,030**	0,045**
Felső tagozatban tanít-e	Igen esetén kedvezőbb érték	0,006**	n. sz.
9–12. évfolyamon tanít-e	Igen esetén kedvezőtenebb érték	<0,001*	0,020*
Pályán eltöltött évek száma	Pozitív lineáris kapcsolat	0,001*	<0,001*
A jelenlegi iskolában eltöltött évek száma	Negatív lineáris kapcsolat	0,004*	0,003*
Kitégés összpontszáma	Összességében és alsóként is szignifikáns negatív összefüggés	<0,001*	<0,001*
Önértékelés	Pozitív lineáris kapcsolat	0,004*	<0,0001*
Én-hatékonyság	Pozitív lineáris kapcsolat	<0,001*	<0,001*

⁵⁶ A 0,05-nél kisebb p-érték szignifikáns, a 0,1–0,5 közötti érték pedig tendencia jellegű kapcsolatot jelöl. n. sz. = nem szignifikáns.

14. táblázat folytatása

HÁTTÉRVÁLTOZÓK	KAPCSOLAT TARTALMA, IRÁNYA	SZEREPPÉLFOGÁSRA VONATKOZÓAN KAPOTT P-ÉRTÉK	TEVÉKENYSÉGRE VONATKOZÓAN KAPOTT P-ÉRTÉK
INTÉZMÉNYI/SZERVEZETI JELLEMZŐK			
Az intézményben milyen oktatási típusok/programtípusok vannak	Általános iskolai oktatást is végző intézményekben kedvezőbb	<0,001**	0,006**
Tantestület mérete	Kisebb tanterületben kedvezőbb	<0,001**	0,001**
Hol helyezkedik el az iskola	Vidéken kedvezőbb	0,055**	0,003**
A szervezeti légkör jellemzői (oldottság, haladó szellem, nagyvonalúság, rugalmasság, ösztönző légkör)	Minden esetben pozitív lineáris kapcsolat	<0,001*	<0,001*
A szervezeti bizalom különböző dimenziói (9 dimenzió, részletesen lásd a szövegben)	Szinte minden dimenzióban a várt irányú lineáris kapcsolat (kivételek képez a kontroll eredményezte kiszámíthatóság, illetve a merev szabálytartás)	<0,001* (kivételek: n. sz.)	<0,005*
AZ ISKOLÁBA JÁRÓ DIÁROK TANULÁSI, MAGATARTÁSI JELLEMZŐI			
Év végi tanulmányi eredmények	Pozitív korreláció: a jobbnak ítélt iskolai tanulmányi teljesítmény kedvezőbb célváltozó-értékekkel jár	<0,001*	<0,001*
Továbbtanulási arányok	Pozitív korreláció	0,002*	<0,0001*
Tanulók fegyelmezettsége	Pozitív korreláció	<0,001*	<0,001*
Hiányzás, lógás, fegyelmezetlenség, rongálás, dohányzás, alkoholfogyasztás	Negatív lineáris kapcsolat: a nevelési feladatok nagyobb preferenciája a problémák alacsonyabb gyakoriságával jár együtt	<0,001*	<0,001*
Drogfogyasztás, lopás	Negatív lineáris kapcsolat	n. sz.	0,001*
Fizikai bántalmazás, magatartási zavarok	–	n. sz.	n. sz.

14. táblázat folytatása

HÁTTÉRVÁLTOZÓK	KAPCSOLAT TARTALMA, IRÁNYA	SZEREPELFÖGÁSRÁ VONATKOZÓAN KAPOTT P-ÉRTÉK	TEVÉKENYSÉGRE VONATKOZÓAN KAPOTT P-ÉRTÉK
Az iskolába járó diákok szociokulturális jellemzői			
Szülők iskolai végzettsége	–	n. sz.	n. sz.
Szülők iskolai aktivitása	Pozitív lineáris kapcsolat	0,022*	<0,001*
Szülők szociális helyzete	Munkanélküli, nyugdíjas szülők, nehéz anyagi helyzetben élők elfordulási gyakorisága	n. sz.	n. sz.
Családi problémák elfordulási gyakorisága	–	n. sz.	n. sz.

* a kétváltozós korreláció szignifikanciaszintje

** Chi-négyzet-próbához tartozó szignifikanciaszint

A tudásátadáson kívüli pedagógusi feladatok vonatkozásában jelentkező preferenciák – mint azt láthattuk – nem kötődnek a pedagógusokat képző intézményekhez, azok profiljához. Ugyanakkor a gyakorlatban eltöltött évekkkel, a közoktatási intézmények különféle jellemzőivel rendre erős szignifikáns kapcsolatot mutatott e feladatok elvi és gyakorlati felvállalása egyaránt.

A kvantitatív adatok és a kvalitatív vizsgálat tapasztalatai egybecsengenek abban a tekintetben, hogy az iskola területi elhelyezkedése – illetve az ez által indukált szociokulturális miliő – kapcsolatot mutat a tudásátadáson túlmutató pedagógusi tevékenységek gyakoriságával. A kvantitatív adatok szerint a vidéki iskolákban tanító pedagógusok fontosabbnak tartják ezeket a feladatokat, és tevékenységüket szignifikánsan nagyobb arányban fordítják ezekre. A kutatás keretében készült fókuszcsoporthozos beszélgetések során is elsősorban a községekben tanítók vélekedtek úgy, „hogy jelentősen megnőttek az iskolák terhei e tekintetben az utóbbi időben, mivel a családok többsége nem látja el elsődleges szocializációs funkcióját, a gyerekek úgy érkeznek az iskolába, hogy a legalapvetőbb viselkedési, együttélési szabályokkal sincsenek tisztában, képtelenek az iskolában tőlük elvárt fegyelmre, nem ismerik az ott követendőnek minősített közösségi szabályokat (ezekre az összefüggésekre még szintén visszatérünk). Az iskolában addig nem tud »beindulni a szakmai munka« (értsd ismeretátadás), amíg a gyerekek nem tanulják meg a szabályokat, nem alakulnak ki a közösségi normák. Csak ezt követően lehet elkezdni a tényleges munkát, az ismeretek és képességek fejlesztését”.⁵⁷

Szignifikáns különbség mutatkozik a kvantitatív adatok alapján a pedagógusok oktatáson túlmutató feladatokkal kapcsolatos vélekedéseiben és magatartásában egyaránt aszerint is, hogy milyen korcsoportba tartozó gyermekeket tanítanak. Az 1–4. évfolyamon (is) tanító pedagógusok között kaptunk ebből a szempontból leginkább kedvező értékeket; ennél valamelyest alacsonyabb, de az átlagosnál nagyobb elvi nevelési affinitás mutatkozott a felső tagozaton is tanítók körében. A 9–12. évfolyammal is foglalkozó tanárok esetében az átlagnál kisebb ezen tevékenységek szerepe mind elvi, mind gyakorlati szinten. (Ezzel összefüggésben ismét megjegyezzük, hogy nem mutatott összefüggést a célváltozóval, hogy a pedagógus milyen életkori csoportba tartozó gyerekek tanítására felkészítő tanulmányokat folytatott.) A fókuszcsoporthozos beszélgetések is e gyakorlati megközelítést erősítik. Az általános iskolákban tanító pedagógusok úgy vélték, hogy „ebben a szakaszban a diákok életkora, de kiváltképpen családi háttere (erre a kérdéskörre még visszatérünk) jelentősen szükségessé teszi a nevelési hiányok pótlását, az elemi kulturális technikák elsajátíttatását”. Megítélésük szerint, „gyakran ennek a tevékenységnek, feladatnak az ismeretek növelésével szemben is elsőbbséget szükséges biztosítani”.⁵⁸

⁵⁷ Forrás: fókuszcsoporthozos nyerselemzése.

⁵⁸ Forrás: fókuszcsoporthozos nyerselemzése.

A középiskolákban markánsan más a helyzet, a fókuszcsoport-jegyzőkönyvek alapján ebben a szakaszban már az ismeretek átadása kerül előtérbe. A középiskolákban tanító pedagógusok körében egyetértés mutatkozott a szakmai munka, az ismeretátadás elsődlegességét illetően.

A fentiekben leírtaknak megfelelően intézményi szinten azon iskolákban, ahol általános iskolai képzés is folyik, a pedagógusok inkább a pedagógusi feladatkörök közé tartozónak tartják az ismeretátadason túlmutató feladatokat, és ez az összefüggés tevékenységükben is szignifikánsan megjelenik. Hozzáteesszük, hogy az intézmény programtípusával csak e tekintetben mutatkozik kapcsolat,⁵⁹ ez azonban erősebb, mint hogy az adott pedagógus mely évfolyamokon tanít. Ez azt jelzi, hogy a kvalitatív információkkal ellentétben a nevelési affinitást elsődlegesen nem a diákok életkora, hanem inkább az intézmény diákok életkorából (is) következő szerepfelfogása, nevelési légköre befolyásolja.

A kvalitatív kutatási tapasztalatok alapján különbségek mutatkoztak az „elit” (jó továbbtanulási arányokat produkáló) gimnáziumok és a szakképesítést adó közoktatási intézmények esetében az oktatási és nevelési feladatok prioritásának megítélésében. A fókuszcsoportos beszélgetések alapján a szakképesítést adó intézményekben „mintegy szükséges rosszként ugyan, de fontosabb iskolai feladatként jelentkezik a viselkedésformálás, a magatartási szabályok elsajátíttatása, a rend és fegyelem megteremtése, a közösségi normák kialakítása és készségszintre emelése, mint a szakmai – de elsősorban a humán – tárgyak oktatása”.⁶⁰ Ennek okaként a fókuszcsoportban résztvevők azt a más kontextusban is felvetődött összefüggést említik, hogy a gimnáziumokban általában a céltudatosabb, kedvezőbb családi háttérrel rendelkező, kedvezőbb szociokulturális körülményből érkezett fiatalok tanulnak, míg a szakképesítést nyújtó intézményekben az ott tanuló fiatalok családi háttere, jövőre vonatkozó aspirációi lényegesen szerényebbek. A kvantitatív adatok ezeket a pedagógusok által érzékelt különbségeket, a nevelési feladatoknak tulajdonított jelentőség mögötti racionalizálási, objektivizálási törekvéseket, magyarázatokat, az oktatási/nevelési feladatok közötti hangsúlyok igények általi, mintegy adottságként jelentkező meghatározottságát nem támasztják alá.

Adatbázisunkban nem mutatkozott meg a tudásátadason túlmutató feladatok priorálása sem elvi, sem gyakorlati szinten azokban az iskolákban, ahol az év végi tanulmányi eredmények vagy a továbbtanulási arányok gyengébbek a tanárok megítélése szerint. Sőt, a diákok tanulmányi teljesítményére vonatkozó tanári értékelések pozitív korrelációt mutatnak az ismeretátadason túlmutató feladatok fontosságának megítélésével. Azokban az iskolákban tehát, ahol a pedagógusok inkább fontosnak

⁵⁹ Az ismeretátadason kívüli tevékenységek priorálása aszerint nem különbözik, hogy gimnáziumi vagy szakképzés folyik-e az iskolában. Erről lásd a következő bekezdést is.

⁶⁰ Forrás: fókuszcsoportok nyerselemzése.

tartják a diákok jövőképeinek formálását, készségeinek fejlesztését, és inkább fejtenek ki ilyen irányú aktivitásokat, a tanárok megítélése szerint a tanulói teljesítmények is kedvezőbbek. Különösen figyelemreméltó ez az összefüggés annak alapján, hogy a fókuszcsoportos beszélgetések tapasztalatai szerint a pedagógusok számára az iskola nevelési és oktatási feladata egyértelműen szétválík. A megfogalmazások rendkívül informatívak, a fókuszcsoportos beszélgetések alapján ugyanis az tűnik ki, hogy a nevelési feladatok, az elemi kulturális technikák átadása nem minősül szakmai munkának. A kétféle tevékenységet a pedagógusok csak egymás kárára tartják megvalósíthatónak; szinte utalás sem található arra vonatkozóan, hogy az oktatási tevékenység sajátos nevelési potenciált is hordoz(hat) (ez alább, a kvantitatív adatokban jelentkező összefüggések egyik értelmezéseként is megmutatkozik). A tudásátadáson túlmutató feladatok negatív kontextusban, mintegy „szükséges rosszként”, pluszteherként jelennek meg.

Nem találtunk a fókuszcsoportokban megjelenő érvelésnek megfelelő irányú összefüggést a célváltozókkal a tanulók szociokulturális háttére, illetve magatartási jellemzői mentén sem (14. táblázat). Sőt, a tanulók különböző problémás viselkedésformáinak iskolai előfordulására vonatkozó pedagógusi percepciók és az ismeretátadáson túlmutató feladatok priorálása között az elvégzett elemzések fordított összefüggést jeleznek. A fókuszcsoportos beszélgetéseken elhangzó racionalizálási magyarázatokban megjelenő összefüggésekkel ellentétben azokban az iskolákban szentelnek nagyobb figyelmet a pedagógusok a nevelési feladatoknak, ahol – megítélésük szerint – ritkább a rendszeres hiányzás, a lógás, az órai fegyelmezetlenség. Hasonló kapcsolat mutatkozik a különböző egészségkárosító magatartásformák – dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás – előfordulási gyakorisága és a nevelési feladatok elvi és gyakorlati priorizálása között is. Ugyanezt az összefüggést más oldalról megfogalmazva azt is mondhatjuk, hogy ahol inkább szentelnek figyelmet a nevelési feladatoknak, ott ezek a problémák ritkábban jelennek meg. E tekintetben ok-okozati összefüggések vizsgálatára a kutatás – keresztmetszeti jellege miatt – nem ad lehetőséget, mindazonáltal a megmutatkozó összefüggések inkább az iskolai tanulmányi teljesítmények és magatartási jellemzők eredményváltozó jellegét engedik sejteni. Tekintettel arra, hogy mind a tanulmányi, mind a magatartási, illetve a háttérjellemzők csak a pedagógusok percepcióin keresztül állnak rendelkezésünkre, elképzelhető az is, hogy ez az eredmény csak a pedagógusok érzékelésében jelenik meg. Adataink – ezen értelmezési kísérleteket szem előtt tartva, s leszámítva azt az irracionális magatartást, mely szerint az eleve kevésbé problematikus „gyermekanyaggal” találkozó iskolákban kap inkább elsődlegességet az oktatáson túlmutató feladatok köre – azt az összefüggést hordozzák, hogy azokban az iskolákban, ahol az iskolai légkörben inkább jelen van az oktatáson túlmutató feladatok fontosságának elismerése, ahol a pedagógusok inkább kiterjesztik ilyen irányba is tevékenységüket, ott a diákok teljesítménye/magatartása

és/vagy a pedagógusok erre vonatkozó percepciója – igazolási intenciókkal vagy anélkül – kedvezőbb. Az intézményi légkör meghatározó szerepét látszik igazolni az az adatainkban megjelenő összefüggés is, mely szerint a különböző dimenziók mentén kedvezőbbnek mutató iskolai/szervezeti légkör rendre a pedagógusok szignifikánsan kedvezőbb mentális jellemzőivel jár együtt (Paksi és Schmidt, 2006).

Az iskolai légkör szerepe a fentiekben több helyütt is felvetődött a lehetséges magyarázatok között. Kutatásunk során e tényezőt több szempont szerint is nagyító alá vettük, vizsgáltunk néhány általános légkör-mutatót, a szervezeti nyitottság, valamint a szervezeti bizalom kérdéskörét. A vizsgált szervezeti jellemzők túlnyomó többsége mentén szignifikáns pozitív korrelációt mértünk azzal, hogy a pedagógusok mennyire tartják fontosnak és mennyire iktatják be tevékenységeik közé az egészségfejlesztés/prevenció témakörét is hordozó, ismeretátadáson túlmutató feladatokat.

Azokban az iskolákban, ahol a tantestületi légkörre inkább jellemző az oldottság és/vagy a nyitottság és/vagy a nagyvonalúság és/vagy a rugalmasság, ahol a hangulat inkább ösztönző, mint visszahúzó, a pedagógusok szignifikánsan (minden esetben $p < 0,001$) nagyobb fontosságot tulajdonítanak az oktatáson kívüli feladatoknak, és szignifikánsan nagyobb arányban terjesztik ki azokra saját tevékenységüket (14. táblázat).

A szervezet jellemzői között különös figyelmet szenteltünk a bizalom kérdéskörének vizsgálatára. A szervezeten belüli bizalom jelenségének vizsgálata a 60-as, 70-es években kezdődött. Az érdeklődés a nyugati kultúrákban előtérbe került „ijesztő” individualizációra reagált. A személyközi bizalommal kapcsolatos kutatások a társas rendszerek működési feltételének tekintették a bizalmat, amelynek minimális szintje szükséges a társadalom hatékony működéséhez és a túléléshez. A bizalom fogalmának szerteágazó értelmezése számos, a jelenség vizsgálatának hasznát látó érvelést mutat be (Sass, 2005). A bizalom közvetlenül csökkenti a tranzakciók költségét, ezáltal feleslegessé téve az ellenőrző mechanizmusokat (pl. a szerződések kimunkálását, a folyamatos kontrollt). A „bizalom mint társadalmi tőke” közvetett pszichológiai költségcsökkentő hatással bírhat. A bizalom spontán szociabilitást, kooperációt növelő szerepe egyrészt szintén költségcsökkentő, másrészt a szervezeti tagokat ösztönző hatást eredményezhet, elősegíti az együttműködést, mivel támogatja a pozitív személyközi és munkakapcsolatokat, illetve csökkenti a hatékonyság szempontjából káros konfliktusokat. Közforrások szűkülése esetén a bizalmon alapuló reciprocitás-elvárás befolyásolja az egyéni, felelős önkorlátozást. Bizonytalanság, változás és krízis esetén a bizalom az adaptációt, a hatékony választ segítheti.

Az általunk alkalmazott mérőeszköz (Sass, 2005) 9 dimenzió mentén vizsgálja a vezetővel kapcsolatosan, a szervezet működésében, a munkatársak közötti kapcsolatokban, illetve az intézményen belüli szakmaiság vonatkozásában percipiált bizalmi szintet:

1. Igazságos, beosztottakat bevonó vezető
Ebben az összetevőben az egyéni beleszólást lehetővé tevő, személyes célokat figyelembe vevő vezetői hozzáállás, a vezetői támogatás, az igazságos bánásmód tartalmak jelennek meg.
2. Integritás a szervezeti működésben
A szervezeti működésre vonatkozó tételek egy része a kiszámíthatóságra, az elfogadott szabályoknak megfelelő működésre, valamint a bizalommal való visszaélés hiányára vonatkozik. Integritáson a bizalomadó által is elfogadott elvek szerinti működést értjük.
3. Szakmaikompetencia-orientáltság
Ebben az összetevőben a szervezet azon sajátosságai jelennek meg, amelyek a szervezeti tagok szakmai fejlődésével, önkitaljesítésével vannak kapcsolatban, arra adnak lehetőséget.
4. Kölcsönös munkatársi törődés
Ebben a bizalom-összetevőben olyan tartalmi kategóriák jelennek meg, melyek a munkatársi kapcsolatok szakmai és ezen belül érzelmi kapcsolati oldalára utalnak. A munkavégzés felelősségteljes, elkötelezett voltára és a munkakapcsolatok önzetlen, segítő, a másik problémáira odafigyelő jellegére utalnak. A szervezeti tagok számíthatnak a másik felelős, színvonalas munkavégzésére és önzetlen segítségére a munkában.
5. Kontroll eredményezte kiszámíthatóság
Az idesorolt tételek a szervezeti működés szabályozottságának magas szintjére utalnak. Olyan tartalmak kapcsolódnak össze, mint a rögzített ütemterv szerinti munka, a határidő betartása, az indokolt szabályszegés. Attól függően, hogy ez a szabályozottság milyen mértékű, lehet pozitív jelentésű a kiszámíthatóság, stabilitás, világos elvárások felmutatása révén, ugyanakkor túlzott mértékben káros, rigid túlszabályozottsághoz vezethet. A szervezeti bizalom részeként természetesen ennek mérsékelt szintje fogadható el.
6. Munkatársi visszaélés hiánya
Az itt megjelenő tartalmak a munkatársi kapcsolatban, a munkavégzésben, illetve érzelmi-kapcsolati szinten a kihasználás, illetve a visszaélés, negatív szándék hiányára, azaz a megbízhatóságra, jóindulatra utalnak. Olyan tételek jelennek itt meg, mint a bizalmas közlés lehetősége, megbízható munkavégzés, a kihasználás veszélyének hiánya.
7. Az önfeltárás akadályozottsága
Ezek a tételek a szervezet azon aspektusára utalnak, hogy mennyire teszi lehetővé tagjai számára gyengeségeik, bizonytalanságuk vállalását. Erre egyrészt olyan szervezetben van mód, ahol nem élnek vissza az ilyen önfeltárási információval, ami magas szintű, érzelmi kötelékre utaló, hitszintű bizalmat takar, másrészt ott jelenhet ez meg, ahol a szervezeti bizalmatlanság tudato-

sított, esetleg felvetődik a változtatás igénye. Ahol tehát magas az önfeltárás akadályozottsága, ott hiányzik a magas szintű érzelmi alapú bizalom, vagy nem néz szembe a szervezet a bizalmatlansággal.

8. Munkatársi munkamorál kétsége

Ebben az összetevőben a munkatársak munkavégzéssel kapcsolatos megbízhatóságának kétsége jelenik meg. Ellenőrizni, figyelni kell a másik munkavégzését, hiányzik a „szavahihetőség”, ami nehezíti a kooperációt, óvatosságot von maga után. A viselkedésszintű megbízhatóság hiányában nem léphet a kapcsolat tovább a másik jóindulatába vetett hit szintjére.

9. Merev szabálybetartatás

E dimenziót a szabályozás mértékbeli eltérésének jelentősége különbözteti meg az 5-ös pont alatt említett kontroll eredményezte kiszámíthatóságtól. Itt már a bizalomhiányra utaló merev szabálybetartatással jellemezhető szervezeti működés jelenik meg: elvárt szabálybetartás, kijelölt munka végzése.

Kutatási eredményeinkben a bizalomra utaló dimenziók mentén – az 5. dimenzió, a kontroll eredményezte kiszámíthatóság kivételével – rendre pozitív korreláció mutatkozott a célváltozókka, a bizalmatlanságra utaló dimenziók mentén pedig – várakozásainknak megfelelően – negatív összefüggés jelentkezett. Azokban az iskolákban tehát, ahol a szervezeti tagok percepciójában az intézmény vezetésében a beosztottakat bevonó, az egyéni beleszólást lehetővé tevő, személyes célokat is respektáló, igazságos bánásmód inkább jellemző, ott a pedagógusok gondolkodásában és munkájában nagyobb prioritást kapnak az ismeretátadáson túlmutató feladatok. Hasonlóképpen inkább jellemző az egészségfejlesztés témakörét is hordozó feladatok elvi és gyakorlati felvállalása azokban az iskolákban, ahol a szervezet működésére a tanárok által is elfogadott szabályok mentén való kiszámíthatóság jellemző, és/vagy ahol a szervezet lehetővé teszi a tagok számára önmaguk – gyengeségeikkel együtt való – vállalását, illetve ahol kevésbé jellemző a merev szabálybetartás. Kedvezőbb értékek mutatkoztak a kutatás célváltozóiban azokban az intézményekben tanító pedagógusok esetében is, ahol a tanárok közötti kapcsolatokra inkább jellemzőek az önzetlen, segítő, egymásra odafigyelő, felelősségteljes, a negatív szándékoktól (kihasználástól) mentes munkakapcsolatok, ahol a munkatársak munkavégzéssel kapcsolatos megbízhatósága kevésbé kérdőjeleződik meg. S végül jótékony hatással vannak a célváltozókra a szervezet szakmaisággal kapcsolatos jellemzői, az, hogy az iskola mennyire ad teret a pedagógusok szakmai fejlődésével, önkitaljesítésével kapcsolatos ambícióinak.

Ezek a szervezeti jellemzők – mint azt már említettük – nemcsak a direkt célváltozóinkkal, hanem a pedagógusoknak az egészségfejlesztés szempontjából fontos személyes kompetenciáival is rendre szignifikáns kapcsolatot mutattak. A továbbiakban e személyes kompetenciák alakulását vesszük nagytó alá, egyrészt

normálpopulációs kontextusba helyezve, másrészt a direkt célváltozókkal való kapcsolatukban.

Az irodalmi adatok felhívják a figyelmet az én-hatékonyssággal (self-efficacy [Schwarzer R., 1992]) kapcsolatos hiedelmek fontosságára mint olyan tényezőre, melynek jelentős befolyása van a mentálisegészség-promóció mibenléte szempontjából (Bukovski, 1997). Az én-hatékonyság ezen természetének köszönhetően a skála idővel az egészséghit-modell részévé vált (Becker, 1974; Brown, DiClemente, Reynolds, 1991; Hochbaum, 1970). Kutatási eredmények szerint az önmagukat hatékonynak érző, problémáikkal való megküzdést pozitívan megélt személyek kitettsége kisebb az egészségkárosító magatartásokkal szemben, s nagyobb hatékonysággal képesek az egészséggel kapcsolatos pozitív gondolkodást képviselni.

Adataink alapján a pedagógusok én-hatékonyságukkal kapcsolatos vélekedéseinek átlagértéke 3,078,⁶¹ ami – tekintettel a mérőeszköz 4 fokú skálán mérő voltára⁶² – igen magas, és a pedagógustársadalom prevenciós kompetenciája szempontjából kedvező értéknek tekinthető. Az adatainkon végzett keresztelemzések pedig igazolják az én-hatékonyság és a tudásátadáson túlmutató feladatok felvállalása, illetve ellátása közötti kapcsolatot. Azok, akik inkább tartják a pedagógus feladatkörébe tartozónak a diákok jövőjének alakításával, valamint a készségeik fejlesztésével kapcsolatos feladatok ellátását, illetve az átlagnál nagyobb arányban terjesztik ki ezen irányba saját tevékenységüket, szignifikánsan magasabb én-hatékonyági átlagértékkel bírnak. A két változó között mindkét esetben szignifikáns ($p < 0,001$) lineáris kapcsolat mutatkozik. Az én-hatékonyság növelése tehát általában fontos tényező lehet a pedagógusok egészségfejlesztési feladtvállalása tekintetében – ezt a vizsgálatunkban mutatkozó összefüggések is megerősítik. Mindazonáltal a pedagógustársadalomra vonatkozóan a kutatás során mért kedvező én-hatékonyági érték ismeretében feltehetően nem ez a leginkább hatékony – a fejlesztés/fejlődés szűk keresztmetszetét elimináló – útja a pedagógusok körében a prevenciós/egészségfejlesztő aktivitások fokozásának.

A fentiekhez hasonló megfontolások miatt a személyes kompetenciák között vizsgáltuk továbbá a pedagógusok Rosenberg-féle önértékelés skálán⁶³ mért átlagértékének nagyságát (Rosenberg, 1965),⁶⁴ illetőleg annak összefüggését a tudás-

⁶¹ A kutatásban alkalmazott 10 ítemes self-efficacy skála reliabilitási mutatója a vizsgált populációban kiváló, a Cronbach-alfa értéke 0,87. A normálpopulációs érték a „Hungarostudy 2002” vizsgálatban 0,83 volt, ami szintén kiemelkedően jó eredménynek számít (Rózsa és mtsai, 2003).

⁶² Az ítemek egyirányúak, pozitív megfogalmazásúak. Az értékelés 4 fokú skálán történt, ahol az 1-es az „egyáltalán nem”, a 4-es pedig a „nagyon jellemző” választ jelöli.

⁶³ A skála 10 (5 pozitív és 5 negatív megfogalmazású) ítemet tartalmaz. A válaszadás ez esetben is 4 fokú skálán történt, ahol az 1-es a „nagyon egyetértek”, a 4-es pedig a „nagyon nem értek egyet” választ jelöli. A negatív ítemek megfordítását követően kapott átlagérték összességében fordított mutató, azaz a kisebb skálapontérték nagyobb önértékelést fejez ki.

⁶⁴ A skála reliabilitási mutatója alapján a skála a vizsgált populáción működőképes, megfelelő belső konzisztenciával rendelkezik, a Cronbach-alfa értéke 0,77.

átadáson túlmutató feladatok pedagógusi szerepkörbe, valamint saját aktivitások közé való tartozásával. A megkérdezettek körében kapott átlagérték 1,86, ami a normálpopulációs értékhez képest szintén igen kedvező. Egy 2003-ban készült lakossági reprezentatív vizsgálatban⁶⁵ a 23–53 éves népesség körében a skála átlagértéke 2,52 volt. Tehát jelen vizsgálatban az önértékelés tekintetében – mint ahogy az én-hatékonyság skála esetében is – a pedagógusok körében kiemelkedően kedvező értéket mértünk. Ebben az esetben azonban, mivel a normál lakossági eredmények saját vizsgálati adatok, lehetőségünk nyílt jelen adatbázisunk mérési értékeinek más adatfelvétel hasonló populációjával való összevetésére. Az eredmények azt jelzik, hogy jelen vizsgálatban – vélhetően az iskolai környezetben történő adatfelvétel, illetve a kutatás tartalmi kontextusa miatt⁶⁶ – a szokásosnál erősebb megfelelési mechanizmusok léptek működésbe. A 2003-as lakossági mintán mind az „oktatás, kultúra, tudomány” területén, mind a „beosztott diplomás szellemi” munkakörben dolgozók önértékelési skálán elért átlagértéke ugyan az országos átlagnál kedvezőbb (2,48, illetve 2,41) volt, a jelenleginél azonban jóval kedvezőtlenebb. A skála alkalmazásának helyzetfüggősége mindazonáltal nem befolyásolja a standard felvételi körülmények között nyert önértékelési adatok adatbázison belüli összehasonlító elemzését. Nem csökkentik tehát azon állítás érvényességét, amely szerint a pedagógusok önértékelése tendencia jellegű ($0,05 < p < 0,1$) kapcsolatot mutat a diákok jövőképeinek formálásával, illetve a készségeik fejlesztésével kapcsolatos feladatok pedagógusi feladatkörbe helyezésével, és szignifikáns összefüggést az ezekre irányuló tevékenységekkel ($p = 0,001$, illetve $p < 0,001$). Mindazonáltal a mérés helyzetfüggősége hatással van ezen állítás következményeire. Adatbázisunk szerint ugyanis azt mondhatnánk, hogy az önértékelés és az egészségfejlesztéssel kapcsolatos aktivitás összefüggése ellenére a pedagógustársadalom prevenciós/egészségfejlesztési aktivitásának feltételezhetően nem a leghatékonyabb módja az önértékelés növelése, hiszen annak értéke a kedvező, szélső tartományban helyezkedik el. A torzító tényezők ismeretében azonban ezt az állítást úgy finomíthatjuk, hogy a pedagógustársadalom az önértékelés tekintetében nem rendelkezik kompetenciadeficittel, tehát elképzelhető, hogy más, az egészségfejlesztési aktivitással hasonlóan szignifikáns kapcsolatot mutató, ám nagyobb hiányokkal jellemezhető terület fejlesztése jelentheti a szűk keresztmetszetek feloldását. Amennyiben a fokozott megfelelési késztetést általánosnak tekintjük jelen vizsgálat adatfelvétele során, akkor a fentiekben az én-hatékonysággal kapcsolatban megfogalmazott állításunkat is hasonlóképen kell puhítanunk.

⁶⁵ Az ADE 2003 vizsgálatot a BCE Viselkedéskutató Központja készítette (Paksi 2003b; Paksi és Elekes, 2004).

⁶⁶ A jelen kutatás az egészség témája körül mozgott, míg a lakossági vizsgálat elsődleges célja az alkohol- és drogfogyasztási szokások, illetve a munkában való akadályoztatottság kérdéskörének feltárása volt.

Egyéni kompetenciák és kompetenciaérzetek változása 2004 és 2009 között

A 2004-es vizsgálat adataival összehasonlítva 2009-re elsősorban a pedagógusi szerepfelfogás tekintetében tapasztaltunk változásokat. A változások iránya alapján úgy tűnik, hogy a pedagógustársadalom a szerepelvárások és a tényleges pedagógusi tevékenység – 2004-ben tapasztalt – ellentmondását a szerepelvárások csökkentésével próbálta orvosolni az elmúlt 5 évben. Kivétel nélkül mindegyik vizsgált feladat esetében azt tapasztaltuk, hogy a pedagógusi feladatkörbe tartozás mértékéről alkotott pedagógusi vélemények átlaga rendre szignifikánsan csökkent ($p < 0,001$). A tevékenység szintjén azonban a csökkenés csak a – szerepelvárások tekintetében korábban is kevésbé hangsúlyos (a 15. táblázatban szürke mezővel jelölt) – tudásátadáson túlmutató feladatok esetében mutatkozott meg, tehát ezen feladatok esetében nem csökkent a szerepelvárások és a tényleges pedagógiai tevékenység távolsága, és növekedett a tudásátadással kapcsolatos tevékenységekhez képest eddig is megjelenő hátránya.

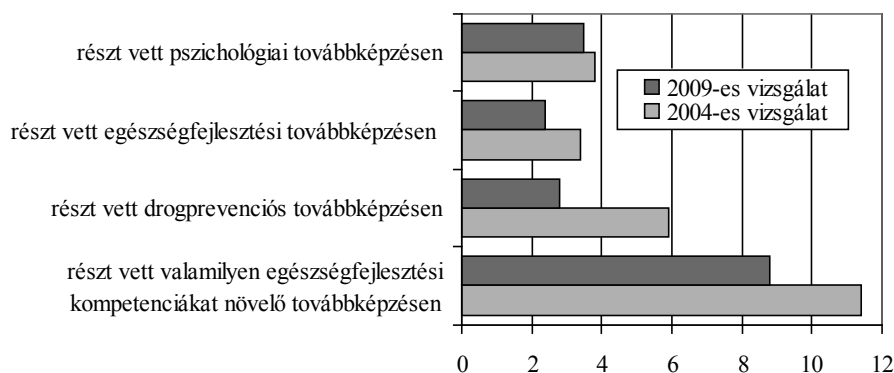
15. táblázat. A különböző tevékenységek tanári feladatkörbe tartozásával kapcsolatos vélemények, valamint a tanári tevékenységben való szerepének változása 2004 és 2009 között (5 fokú skálán kapott átlagértékek⁶⁷)

FELADAT	2004	2009	szign.
Tudásátadás	4,82	4,73	$p < 0,001$
Tanulási jellegű problémák kezelése	4,68	4,58	$p < 0,001$
Tanulási készségek fejlesztése	4,70	4,60	$p < 0,001$
Diákok jövőképekének alakítása	4,49	4,38	$p = 0,001$
Egyéb készségek fejlesztése	4,43	4,29	$p < 0,001$
TEVÉKENYSÉG			
Tudásátadás	4,51	4,44	$p = 0,52$
Tanulási jellegű problémák kezelése	4,08	4,09	$p > 0,1$
Tanulási készségek fejlesztése	4,02	4,02	$p > 0,1$
Diákok jövőképekének alakítása	4,03	3,94	$p = 0,027$
Egyéb készségek fejlesztése	3,95	3,84	$p = 0,016$

⁶⁷ A táblázatban a következő kérdésekre adott válaszok szerepelnek: „Mennyire tartja egy tanár feladatkörébe tartozónak az alábbiakat?”, illetve hogy „Az Ön iskolai tevékenysége mennyire terjed ki ezekre?”. A válaszokat 5 fokú skálán adták meg a kérdezettek, ahol az 1-es az „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig a „teljes mértékben” választ jelentette.

A korábbi évekhez képest a pedagógusok között tendenciájában⁶⁸ csökkent a prevenció/egészségfejlesztési kompetenciákat növelni hivatott továbbképzésen résztvevők aránya. A megkérdezettek kevesebb mint tíz százaléka vett részt a 2004 óta eltelt 5 évben egészségfejlesztési és/vagy drogprevenció és/vagy pszichológiai jellegű továbbképzésen. A drogprevenció továbbképzések tekintetében a csökkenésre vonatkozó állítás azonban 95,5%-os biztonsággal is kijelenthető.

59. ábra. A valamilyen prevenció/egészségfejlesztési területtel foglalkozó továbbképzésen részt vett pedagógusok aránya (a megkérdezettek százalékában)



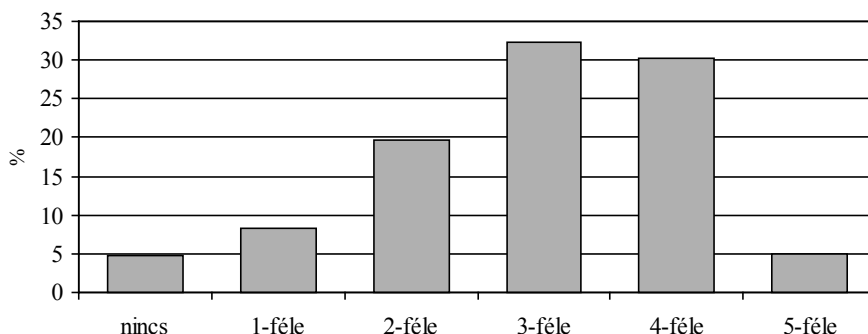
INTÉZMÉNYI KAPACITÁSOK

Intézményi kapacitások 2004-ben

A vizsgált közoktatási intézmények 95,3%-a rendelkezett 2004-ben valamilyen – iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, fő- vagy részállású, de az iskolában rendszeresen jelen lévő orvos, védőnő – személyi kapacitással az iskolai prevenció/egészségfejlesztési feladatok, illetve azok valamely részterületének ellátására. Az iskolák többségében egynél több, kétharmadukban legalább háromféle ilyen pozíciót/funkciót tartottak fenn. (Lásd a 60. ábrát a következő oldalon.)

⁶⁸ A tendencia jelleggel megfogalmazott állítások kétharmados megbízhatósági szint mellett hibahatáron túli változásokat takarnak.

60. ábra. Hányféle betöltött prevenció/egészségvédelmi funkció van az iskolában? (az intézmények százalékában, 2004-ben)



Egészségnevelő, az iskolát rendszeresen – döntő többségben heti egy alkalommal – látogató védőnő, illetve orvos a vizsgált intézmények háromnegyedében volt. Az ezt követő leggyakoribb betöltött prevenció/egészségvédelmi funkció az iskolákban a drogügyi koordinátoré, amiről az intézmények mintegy fele számolt be, iskolapszichológus azonban csak minden nyolcadik helyen dolgozott 2004-ben.

61. ábra. A betöltött különböző prevenció/egészségvédelmi funkciók aránya a vizsgált iskolákban (az intézmények százalékában) 2004-ben



Az iskolák prevencióval/egészségvédelemmel kapcsolatos személyi kapacitásai, betöltött funkciói között – elsősorban az iskolapszichológusi, drogügyi koordinatori és a főállású orvos esetében – szignifikáns eltérések mutatkoznak az iskola programtípusa, mérete szerint, illetve aszerint, hogy az iskola vidéken vagy a fővárosban

található (16. táblázat).⁶⁹ Érdekes módon ezek irányultsága éppen fordított azzal, mint amilyen mintázat az egyéni kompetenciákban az intézményi háttérváltozók mentén kirajzolódott.

Azokban az intézményekben, ahol van érettségit adó képzés (is), rendre nagyobb arányban és többféle egészségfejlesztéssel/prevenációs szakemberrel találkozhatunk. Ezen iskolák szignifikánsan nagyobb hányadában (70%-ában) van drogügyi koordinátor (átlag 51%), és az átlagos, 12%-os aránnyal szemben minden ötödik érettségit adó képzéssel is foglalkozó intézményben van iskolapszichológus, egyharmadukban főállású ifjúsági orvos. A legkevésbé jól ellátott képzési típusú intézmények azok, ahol csak általános iskolai képzés folyik. Ezeknek az iskoláknak csak 8,7%-ában van pszichológus, kétötödükben drogkoordinátor, és az átlagosan jellemző minden hatodik iskola helyett csak minden tizenharmadik-tizennegyedik „tisztá általános iskolában” működik főállású iskolaorvos.

A fővárosi és a vidéken lévő iskolák szakember-ellátottsága között különösen éles különbségek mutatkoznak. Budapesten tízből 4 iskolában találunk iskolapszichológust, míg vidéken az iskolák mindössze 7%-ában. Budapesten az iskolák orvosi ellátása is kedvezőbb, csaknem 30%-ukban van főállású iskolaorvos, míg a vidéki oktatási intézményekben ennek a felét sem éri el az arány, és az iskolát rendszeresen látogató háziorvosok is ritkábban – általában csak hetente egyszer – vannak jelen. A fővárosban szinte minden iskolában van rendszeresen jelen lévő védőnő, míg a vidéki iskoláknak csak kevesebb mint háromnegyed részében.

S végül talán nem meglepő, de a kis létszámú, legfeljebb 30 fős tantestülettel bíró iskoláknak úgy tűnik, hogy nincs, illetve csak ritkán van kapacitása egészségfejlesztéssel/prevenációval kapcsolatos funkciók fenntartására. Ezeknek az intézményeknek csak 7-8%-ában van pszichológus, kétharmadukban drogkoordinátor, 60%-ukban védőnő, és gyakorlatilag elenyésző arányban találunk olyan kisebb iskolát, ahol lenne főállású ifjúsági orvos. (Lásd a 16. táblázatot a következő oldalon.)

⁶⁹ A szervezeti működésnek olyan puhább és a személyi kompetenciák vonatkozásában fontosnak bizonyult jellemzői mentén, mint a szervezet légköre, bizalmi viszonyai, nem mutatkoznak eltérések az iskolák személyi kapacitásában.

16. táblázat. A betöltött különböző prevenció/szegélyvédelmi funkciók arányában az iskola formális jellemzői (típusa, mérete, székhelye) szerint jelentkező különbségek (a kapcsolat szignifikanciaszintjei) 2004-ben

HÁTTÉRVÁLTOZÓK	AZ INTÉZMÉNYBEN VAN-E ÉRETT-SÉGÍT ADÓ KÉPZÉS, VAGY SEM	A TANTESTÜLET MÉRETE	HOL HELYEZKEDIK EL AZ ISKOLA (Bp./VIDÉK)
Van-e iskolapszichológus	0,009	0,092	<0,001
Van-e drogügyi koordinátor	<0,001	0,003	n. sz.
Van-e az iskolát rendszeresen látogató védőnő	n. sz.	0,025	<0,001
Van-e az iskolában főállású orvos	<0,001	<0,001	0,013

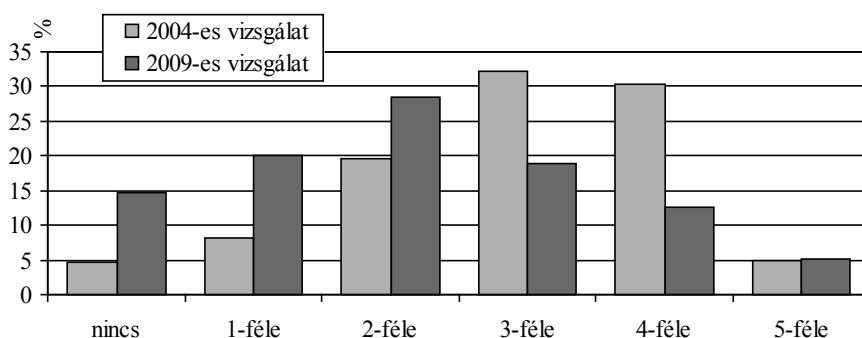
A pedagógusok egyéni kompetenciáinak, kompetenciaérzeteinek – korábbi részben leírt – jellemzői, valamint az intézmények elkülönített személyi kapacitásainak, azaz a betöltött egészségvédelemmel/prevencióval kapcsolatos funkcióknak a formális intézményi jellemzők mentén mutatkozó ellentétes mintázata miatt adódott az a hipotézis, hogy esetleg kétféle problémamegoldási mechanizmussal állunk szemben. Amennyiben az iskolában inkább léteznek ezen feladatok ellátására elkülönített pozíciók/státusok, akkor a pedagógusok kevésbé érzik feladatuknak a tudásátadás-túlmutató teendők ellátását, és tevékenységüket is kevésbé terjesztik ki ilyen irányba, mintegy a pozicionált hatókörébe utalva a problémát, és/vagy amennyiben az iskolavezetés azt érzékeli, hogy a tantestület ez irányú affinitása/tevékenysége kevésbé jellemző, akkor inkább mutat hajlandóságot az egészségvédelmi feladatok ellátására elkülönített funkciókat létrehozni. Éppen ezért ezen feltételezés ellenőrzésére megvizsgáltuk, hogy a megkérdezett pedagógusok ismeretátadás-túlmutató feladatokkal kapcsolatos vélekedéseinek és tevékenységének iskolánkénti átlaga milyen kapcsolatban áll a betöltött egészségvédelmi/prevenció státusokkal. Azt tapasztaltuk azonban, hogy a pedagógusoknak az egészségfejlesztés témaköreit is magukba foglaló tevékenységekkel kapcsolatos elvi és gyakorlati feladatvállalása – a sokasági szinten ellentétes mintázat ellenére – nem mutat szignifikáns összefüggést azzal, hogy mennyire léteznek az iskolában elkülönített prevenció/szegélyfejlesztési funkciók (minden esetben $p > 0,1$). Tehát a pedagógusi kompetenciaérzetek, aktivitások nem állnak semmilyen, így helyettesítő viszonyban sem azzal, hogy mennyire jellemzően vannak ezeknek a feladatoknak az intézményben felelősei.

Intézményi kapacitások változása 2004 és 2009 között

A közoktatási intézmények között az öt évvel korábbi állapothoz képest 2009-ben szignifikánsan nagyobb arányban találtunk olyan iskolákat, ahol a prevenció/s/egészségfejlesztési feladatok ellátására nem rendelkeznek semmilyen intézményi kapacitással, ahol aktuálisan sem iskolapszichológus, sem drogügyi koordinátor, sem egészségfejlesztő, sem ifjúsági orvos, sem az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő nincsen. A 2004-es helyzethez képest ma – hibahatáron túli mértékben – nagyobb arányban vannak olyan iskolák is, ahol a felsoroltak közül mindössze egy pozíciót tartanak fenn a prevenció/s/egészségfejlesztési feladatok ellátására. Ezen tendenciákkal párhuzamosan csökkent azoknak az iskoláknak az aránya, ahol legalább 3féle prevenció/s/egészségfejlesztési funkcióban találunk munkatársakat. Mindezeket a tendenciákat 95,5%-os megbízhatósági szinten állíthatjuk.

A 2009-es tanévben a vizsgált közoktatási intézmények 85,3%-ában van valamilyen személyi kapacitás – iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, ifjúsági orvos vagy az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő – az iskolai prevenció/s/egészségfejlesztési feladatok, illetve azok valamely részterületének ellátására. Ezek közül az iskolák felében egy-kettő, valamivel több, mint egyharmadukban azonban legalább háromféle ilyen pozíciót/funkciót tartanak fenn.

62. ábra. Az iskolák eloszlása a betöltött prevenció/s/egészségvédelmi funkciók (iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, ifjúsági orvos vagy az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő) száma szerint 2004-ben és 2009-ben (az intézmények százalékában)



A korábban szignifikáns mintázatot mutató intézményi jellemzők (az intézmény képzési típusa, földrajzi elhelyezkedése, illetve a tantestület mérete) mentén ma is szignifikáns mintázat mutatkozik a betöltött prevenció/s/egészségvédelmi funkciók száma tekintetében, sőt a korábbi különbségek ma még inkább markánsan kirajzolódnak. Az e tekintetben a 2004-es vizsgálat során is deficittel jellemezhető

vidéki és/vagy általános iskolai képzést (is) folytató, illetve kis létszámú (30 fő alatti, valamint kisebb mértékben a 31–50 fő közötti) tantestülettel rendelkező intézményekben volt tapasztalható az elmúlt 5 évben a legnagyobb mértékű csökkenés.

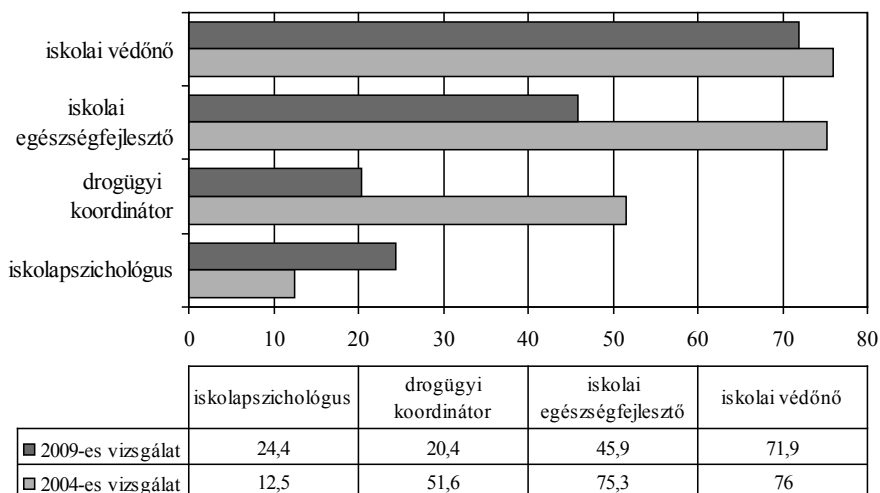
17. táblázat. A betöltött prevenció/egészségvédelmi funkciók számának változása az iskola formális jellemzői (típusa, mérete, székhelye) szerint 2004 és 2009 között (5-féle funkció vonatkozásában kapott átlagértékek)

AZ ISKOLA TELEPHELYE	2004	2009	VÁLTOZÁS
Budapest	3,48	3,14	-0,34
Vidék	2,78	1,90	-0,88
KÉPZÉSTÍPUSOK			
Van az intézményben általános iskolai képzés	2,81	1,84	-0,97
Van az intézményben szakképzés	3,05	2,70	-0,35
Van az intézményben érettségit adó képzés	3,19	2,75	-0,44
TANTESTÜLET MÉRETE			
30 fő alatti	2,59	1,64	-0,95
31–50 fő közötti	3,10	2,24	-0,86
50 fő feletti	3,23	2,91	-0,32

Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy a funkciók csökkenése nem csak ezekben a korábban is kevésbé ellátott intézménycsoportokban következett be: valamilyeni intézményi csoportban csökkent a betöltött, egészségfejlesztéssel kapcsolatos funkciók száma.

Az iskolát rendszeresen – átlagosan heti 10,5 órában – látogató védőnő az intézmények mintegy 70%-ában van ma is. Az ezt követő leggyakrabban betöltött funkció az egészségnevelésért/egészségfejlesztésért felelős pedagógusé, azonban ilyen szerepet betöltő pedagógust az iskolák korábbi háromnegyedével szemben ma már csak kevesebb mint felében találunk. Jelentősen visszaszorult a drogügyi koordinátor szerepe is az iskola világában: míg korábban az iskolák több mint felében volt drogkoordinátor, ma tíz iskolából csak kettőben találkozhatunk ezzel a funkcióval. Kedvező fejlemény azonban, hogy míg 5 évvel ezelőtt iskolapszichológus csak minden nyolcadik iskolában dolgozott, ma már minden negyedik iskolában jelen van.

63. ábra. A betöltött különböző prevenció/szegélyvédelmi funkciók aránya a vizsgált iskolákban 2004-ben és 2009-ben (az intézmények százalékában)



A 2009-es kutatásban – a Nemzeti Drogstratégia percepció-analízisét elvégző kvalitatív vizsgálat szakemberei által megfogalmazott javaslattal összhangban, amely szerint „az iskolai szociális munkás (a drogtügyi koordinátor helyett) legyen az iskolai prevenció kulcsfigurája” (Vitrai, 2009: 19.) – megvizsgáltuk, hogy az iskola világában milyen mértékben van jelen iskolai szociális munkás. Az ilyen irányú szakmai igénynek azonban egyelőre csak az egyik oldala látszik „teljesülni”: a drogtkoordinátorok száma – mint a fenti ábrán láthatjuk – szignifikánsan csökkent az utóbbi 5 évben, szociális munkással azonban ma is nagyon ritkán (2,9%) találkozhatunk az iskola világában.

A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEK PREVENCIÓS ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGE

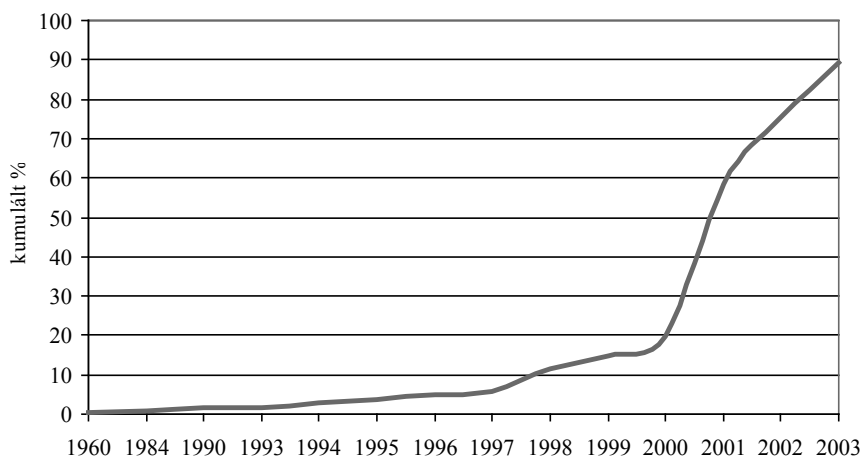
A PREVENCIÓS ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMOK MEGJELENÉSE A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEKBEN

Az iskolák prevenciós/egészségfejlesztési tevékenységbe való bekapcsolódásának időbeli alakulása

Az iskolai prevenciós tevékenység beindulása jellemzően a kilencvenes évek végére tehető. Ezt megelőzően csak szórványosan, mindössze az iskolák 6,5%-ában, többnyire a speciális oktatási intézmények tevékenységi repertoárjában szerepelt ilyen irányú aktivitás. Az 1998/99-es tanévben azonban megduplázódott a prevenciós tapasztalattal rendelkező iskolák száma; ebben a tanévben annyi intézmény kezdett prevenciós/egészségfejlesztési programokat alkalmazni, mint a korábbi mintegy 15 évben összesen. Az 1998 és 2000 közötti években a prevencióba kapcsolódó, vagy azzal próbálkozó 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 ISM–OM finanszírozásával megvalósuló támogatási rendszer beindulásával azonos időben – vett igazán lendületet, amikor is az iskolák további kétötöde indított valamilyen prevenciós programot, aminek eredményeként összességében már az iskolák kétharmada túl volt az első prevenciós tapasztalaton (64. ábra). Ezt követően 2002/2003-ban az iskolák további egyötöde, majd a 2003/2004-es tanévben a még „érintetlen” intézmények háromötöde kapcsolódott be a prevenciós/egészségfejlesztési munkába.⁷⁰

⁷⁰ Itt tartjuk szükségesnek megjegyezni azonban, hogy bár a kutatás a prevenciós/egészségfejlesztő programok elterjedtségének feltárására irányult, talán célszerűbb ehelyett iskolai prevenciós aktivitásról beszélnünk. A kvalitatív vizsgálat során – melynek egyik célja a prevencióval kapcsolatos kvantitatív információk validálása volt – azt tapasztaltuk, hogy az iskolák prevencióval/egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalomhasználata nagyon heterogén, illetve nem feltétlenül képezi le a szakmai standardokat, konvenciókat. A pedagógusok szinte az összes, iskolában zajló prevenciós tevékenységet programszerű tevékenységként emlegették. A legkülönbözőbb kezdeményezéseket minősítették programnak: ezek felölelik 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. A fókuszcsoporthoz beszélgetések során olyan iskolával, ahol eltervezetten, valamilyen módon az iskola oktatási programjának részeként, esetleg egészségnevelési/-fejlesztési órákon történik a diákok egészségmagatartásának alakítása, nem találkoztunk. A programszerűség, mint megkülönböztető szempont, nem bírt érdemi jelentőséggel a megkérdezettek körében, következésképp inkább prevenciós aktivitásról beszélhetünk, mint programszerű tevékenységről, tehát amikor a program kifejezést használjuk, azt a szokásosnál szélesebb értelemben tesszük.

64. ábra. A közoktatási intézmények bekapcsolódása az iskolai prevenció/szegélyfejlesztő tevékenységbe (a megkérdezett iskolák kumulált százalékában kifejezve)



Az iskolák prevenció/szegélyfejlesztő tevékenységbe való bekapcsolódása és az intézmények szervezeti jellemzői, illetve a pedagógusok szerepfelfogásának intézmények szerinti különbségei mentén általában nem tapasztaltunk szignifikáns eltéréseket. Mindössze a fővárosi és a vidéki székhelyű iskolák között jelentkezett némi eltérés. Egyrészt 1990 előtt csak a fővárosi iskolák mutattak ezen a területen némi aktivitást, 2003-ban a fővárosban azonban már jelentősen csökkent az új belépők aránya, míg a vidéki iskolák újabb 15%-a kapcsolódott be a prevenció/szegélyfejlesztő munkába. Mindez nem a budapesti iskolák korábbi telítődésének a következménye, a fővárosban ugyanis jelenleg is mintegy 20% azoknak az iskoláknak az aránya, akik még soha nem végeztek prevenció/szegélyfejlesztő munkát, míg vidéken ennek kevesebb mint fele az aktuálisan is „érintetlen” iskolák aránya (9%).

Az első iskolai prevenció/szegélyfejlesztő programok jellemzői

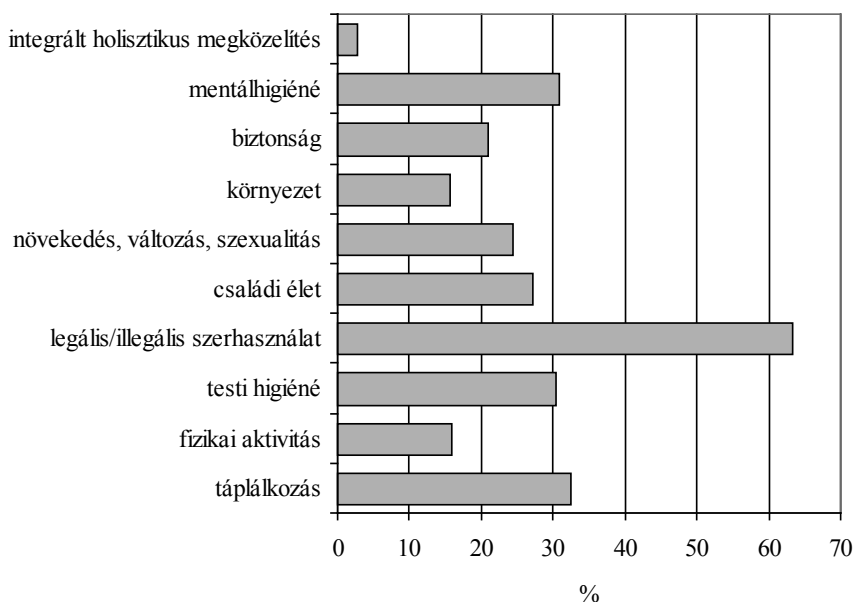
Az első prevenció/szegélyfejlesztő programok megvalósítása többnyire – az esetek háromnegyedében – külső szolgáltatók bevonásával zajlott. Az iskolák közel 60%-ában a szolgáltatók önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül végezték a prevenció/szegélyfejlesztő tevékenységet. E tekintetben nem találtunk különbséget az intézmények között sem a formális (programtípus, méret, földrajzi elhelyezkedés), sem a tantestületi légkörre utaló jellemzők mentén.

A közoktatási intézmények valamivel több, mint felében (54,6%) ez első prevenció/szegélyfejlesztő programok csak 1-1 prevenció/szegélyfejlesztő területtel foglalkoztak. Ezeknek több mint

felében, vagyis az iskolák 30%-ában kizárólag a legális és/vagy illegális szerhasználat befolyásolását határozták meg a prevenciós tevékenység céljaként. Az iskolák másik közel 50%-ában az első prevenciós aktivitásokra a területek nagyfokú heterogenitása volt jellemző, ezek a programok átlagosan – a vizsgált 10 területből – mintegy 5-6 féle prevenciós területet öleltek fel.⁷¹

Az első prevenciós programokban megcélzott területek közül összességében is a legálisszer-/illegálisszer-használat az, ami a leginkább kiemelkedő volt. A programok közel kétharmada dolgozott drogprevenciós céltételezéssel (is). Az ezt követő leggyakrabban előforduló interveniált területeket az iskolák mintegy 30-30%-ában – többnyire más területekkel együtt – említették. Ilyenek a táplálkozás, a mentál-, illetve a testi higiéné – ezek önállóan megcélzott területként azonban csak minden 15–25. programban fordultak elő. Egyáltalán nem jelent meg, vagy legfeljebb csak az esetek 1-1%-ában, önálló prevenciós célként a környezet, illetve a fizikai aktivitás, valamint a családi élet.

65. ábra. A különböző prevenciós területek megjelenése az első prevenciós programokban (a programok százalékában kifejezve)



⁷¹ Az összes prevenciós aktivitás esetében az iskolánként felölelt területek átlagos száma 2,6 volt.

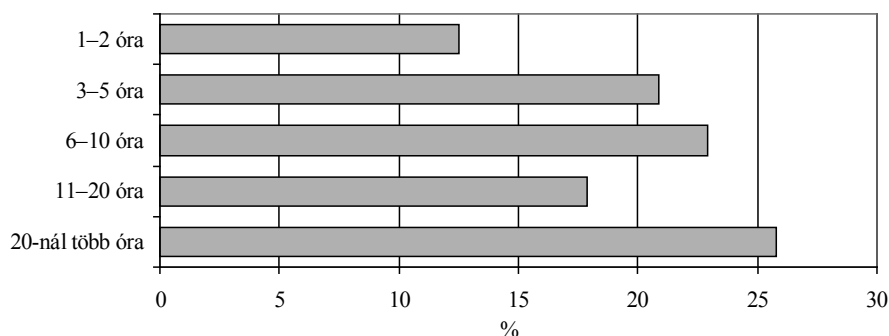
A különböző területekre irányuló programokban az iskolák pedagógusai az átlagosan jellemző részvételi aránytól eltérő mértékben mutattak aktivitást. A drogprevenációs programok esetében volt leginkább jellemző külső szolgáltató bevonása. A fókuszcsoportos beszélgetések szerint erre azért van szükség, mert „a drogkérdéshez a pedagógusok nem értenek”. A legális és/vagy illegális szerhasználatra (is) irányuló programok megvalósítása az esetek több mint négyötödében külső szolgáltató igénybevételével, többnyire – az iskolák közel kétharmadában – a pedagógusok részvétele nélkül történt. Legnagyobb arányban a fizikai aktivitással, illetve kisebb mértékben a testi higiénével (is) foglalkozó programokat oldják meg az iskolák saját szakmai forrásból, vagy arra is támaszkodva. A külső szolgáltatók és az iskolák együttműködése pedig leginkább az integrált holisztikus megközelítésű programok esetében, illetve a környezettel, biztonsággal, táplálkozással, családi élettel is foglalkozó programok esetében jellemző (mindegyik esetben $p < 0,001$).

Némelyik terület esetében az intézmény programtípusa és/vagy székhelye mentén szignifikáns eltérések mutatkoznak. Így a drogtematika tendenciájában ($p = 0,06$) kisebb arányban jelent meg az általános iskolai képzéssel (is) foglalkozó intézményekben, míg a táplálkozás, a testi higiéné, a biztonság témájának megjelenése inkább erre a képzési típusra jellemző. Az utóbbival, valamint a növekedéssel, változással, szexualitással és a környezettel foglalkozó programok tendenciájában inkább vannak jelen a vidéki, az integrált holisztikus szemléletet képviselők pedig a fővárosi iskolákban.

Az iskolák első prevenció/egészségfejlesztési próbálkozásai között viszonylag alacsony arányban (minden nyolcadik esetben) fordultak elő a kifejezetten rövid idejű, 1–2 órában zajló beavatkozások, ami különösen annak fényében öröndetes jelenség, hogy, a rendelkezésre álló információk alapján, a kínálati oldalon ezek a programok jóval erőteljesebben vannak jelen (lásd. 3. fejezet, illetve Paksi és Demetrovics, 2002a, 2002b, 2005; Paksi és mtsai, 2004, 2006).⁷² Az első iskolai prevenció beavatkozások zöme (87,5%-a) ennél magasabb óraszámban zajlott, s az iskolák több mint kétötöde első alkalommal 10 óránál több időt fordított a prevenció/egészségfejlesztési célok megvalósítására. (Lásd a 66. ábrát a következő oldalon.)

⁷² A prevenció kínálatban a rövid idejű – 1, maximum 2 órá – programok aránya 2001-ben Budapesten 30%, 2003-ban országosan pedig 25% volt.

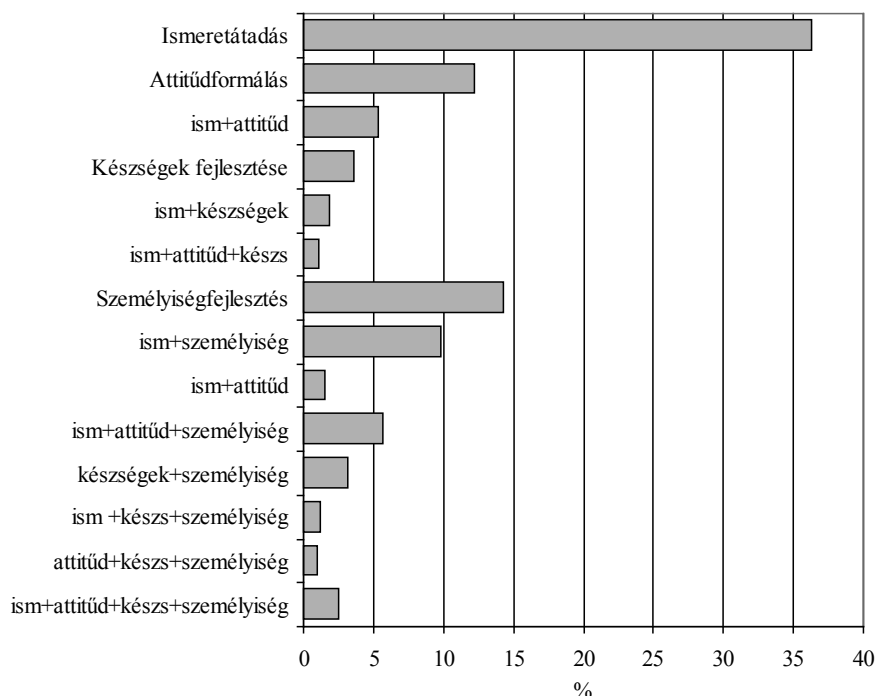
66. ábra. Az első prevenciós programok eloszlása aszerint, hogy hány órában zajlott (a programok százalékában kifejezve)



Az egyes prevenciós területeken belül igen nagy szórást mutatott a programok időtartama, éppen ezért e tekintetben nem mutatkozott szignifikáns különbség a területek között. Mindazonáltal a leghosszabb időt átlagosan az integrált holisztikus megközelítést alkalmazó, illetve a fizikai aktivitással foglalkozó programok vettek igénybe. Szignifikáns különbségek jelentkeztek viszont aszerint, hogy kik végezték a prevenciót ($p=0,011$). Általában az iskola pedagógusai és a külső szolgáltatók által közösen megvalósított prevenciós tevékenységek voltak a leghosszabbak, majd ezt követték a külső szolgáltatók által önállóan végzett programok. Amennyiben az iskola pedagógusai önállóan végezték a prevenciót, azok átlagosan rendszerint rövidebbek voltak. Az iskolák jellemzői – székhelye, típusa, mérete – szerint nem találtunk szignifikáns különbségeket a programra fordított időben.

A közoktatási intézményekben elsőként alkalmazott programok több mint fele – függetlenül a megcélzott területek milyenségétől ($p>0,1$) – ismeretátadásra és/vagy attitűdformálásra koncentrált, s ezen belül is többségében kizárólagosan (36%) csak ismeretátadásra. Az iskolák egyharmadában jelent meg a prevenciós/egészségfejlesztő tevékenységében a személyiségfejlesztés, s minden hetedik-nyolcadik iskolai program esetében (az iskolák 13,5%-ában) koncentráltak a készségek/jártasságok fejlesztésére is (67. ábra). E tekintetben sem jelentkezett jellegzetes mintázat az intézmények jellemzői mentén. Mindössze a „tisza gimnáziumok” (csak ebben a képzési típusban oktató intézmények) esetében tapasztaltuk az ismeretátadó programok kisebb és a személyiségfejlesztéssel is foglalkozó programok nagyobb – az átlagot mintegy kétszeresen meghaladó – arányú jelenlétét.

67. ábra. Az első prevenciós programok eloszlása aszerint, hogy ismeretátadásra, attitűdformálásra, készség- vagy személyiségfejlesztésre, illetve ezek milyen kombinációira koncentráltak (%)



A korábbi szórványos kutatási visszajelzésekkel ellentétben⁷³ az iskolák többségében (tízből kilencben) az iskolavezetés elégedettségét fejezte ki az első prevenciós tapasztalataival kapcsolatban. Mindössze három iskolában talákoztunk a programok egyértelműen negatív értékelésével. A teljes mértékben elégedettek aránya 62% volt. A programok jellemzőinek többsége mentén – a vélemények nagyfokú homogenitása miatt – nem mutatott szignifikáns különbségeket az iskolavezetés elégedettsége. Mindössze a táplálkozással, illetve a fizikai aktivitással foglalkozó programok keltettek az átlagnál szignifikánsan kedvezőtlenebb benyomást, és a

⁷³ Egy 1998 végén, a középiskolai pedagógusok körében végzett vizsgálatban (Magyar Gallup Intézet, 1998) a pedagógusok mintegy háromnegyede a drogmegelőzési tevékenységet csak kismértékben, 17%-uk pedig egyáltalán nem tartotta hatékonynak.

Egy 2002-es drogepidemiológiai vizsgálat melléktermékeként rendelkezésünkre álló kutatási adat szerint pedig a fővárosi iskolákban a megkérdezett osztályok osztályfőnökeinek egyharmada-két-ötöde inkább negatív véleményt fogalmazott meg az iskolai prevenciós programok hatékonyságával kapcsolatban (Paksi, 2004).

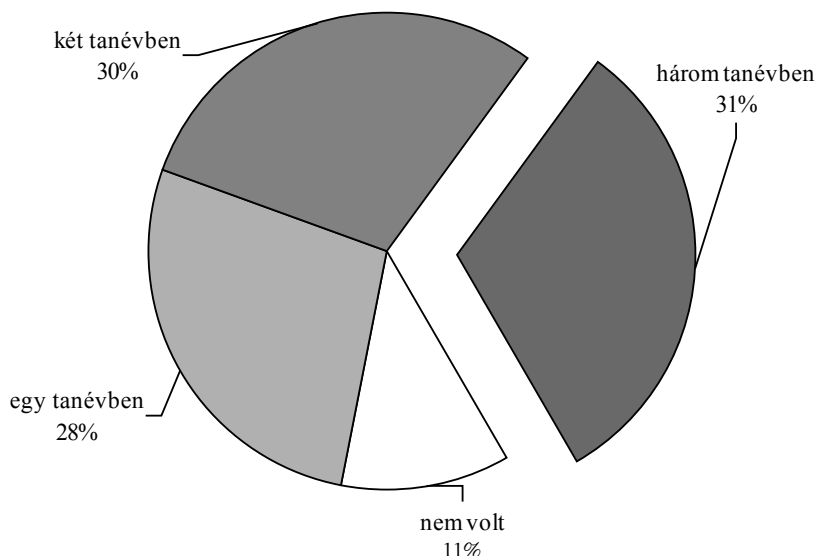
környezettel foglalkozó, valamint az integrált holisztikus szemléletet képviselő programok vívtak ki az átlagosnál nagyobb elismerést (ezekben az esetekben $p < 0,05$). Tendencia jellegű különbség mutatkozott még ($p = 0,089$) a programok megítélésében aszerint, hogy azt külső szolgáltató végezte, vagy részt vettek benne valamilyen szinten az iskola pedagógusai is. A külső szolgáltatók által önállóan lebonyolított programok nagyobb arányban nyerték el az iskolavezetés tetszését. Az összes többi dimenzió – így a program időtartama vagy az, hogy pl. elsősorban ismeretátadásra vagy készségfejlesztésre koncentrál – nem mutatott kapcsolatot a programról kialakult véleménnyel. Nemcsak a programok, de többnyire az alkalmazó intézmények jellemzői mentén sem jelentkezett szignifikáns mintázat, mindössze az általános iskolák körében mutatkozott az átlagosnál is kedvezőbb vélemény.

A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEK 2001 ÉS 2004 KÖZÖTTI PREVENCIÓS/EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGE

A prevenciós/egészségfejlesztési tevékenység elterjedtsége az iskolákban 2001 és 2004 között

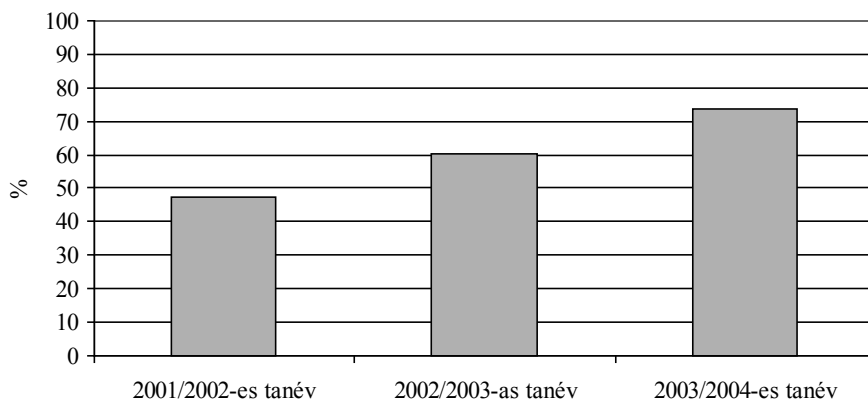
A 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es tanévek valamelyikében az általános és középiskolák 89%-a végzett valamilyen prevenciós vagy egészségfejlesztő tevékenységet, többségükben – az iskolák háromötödében – többször, közel egyharmadukban minden évben (68. ábra). Az iskolák jellemzői mentén e tekintetben – mint ahogy az első prevenciós tevékenység tekintetében is – csak az iskola székhelye szerint mutatkozott szignifikáns mintázat. A fővárosi iskolák ezekben az években összességében szignifikánsan ($p = 0,025$) kisebb aktivitást mutattak, egyötödükben ez idő alatt nem volt semmilyen prevenciós vagy egészségfejlesztő tevékenység. Ugyanakkor azokban a budapesti iskolákban, ahol volt ilyen irányú aktivitás, az rendszeresebbnek mutatkozott, mint a vidéki intézményekben ($p = 0,008$). Kétötödükben minden évben volt valamilyen prevenciós/egészségfejlesztő program, s 100, prevencióba már bekapcsolódott iskolából csak 12-ben korlátozódott egy tanévre a prevenciós megnyilvánulás. Vidéken az iskolák viszonylag egyforma arányban végeztek egy, két vagy három alkalommal prevenciós/egészségfejlesztő munkát a vizsgált években.

68. ábra. A 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es tanévek közül hány tanévben volt prevenció/egészségfejlesztés az iskolában (az iskolák százalékában)



Összességében az egymást követő – a 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es – tanévekben nemcsak a már prevenció tapasztalattal rendelkező, de az adott tanévben prevenció aktivitást mutató iskolák aránya is folyamatosan és egyenletesen növekedett (69. ábra). E tekintetben meglehetősen hasonló változások történtek mindegyik programtípusban. Szignifikáns különbségeket az iskolák egyéb jellemzői mentén sem tapasztaltunk, csak enyhe mintázatok mutatkoztak. A nagyobb tantestületi létszámú iskolák inkább bekapcsolódtak már 2001-ben a prevenció munkába, a 2003/2004-es tanévre azonban a különböző méretű iskolákban már kiegyenlítetté vált a helyzet. A fővárosban a 2002/2003-as tanévben volt nagyobb a prevenció aktivitás, azonban 2003/2004-ben a vidéki iskolák háromnegyede, míg a budapestieknek csak kétharmada végzett valamilyen prevenció/egészségfejlesztő tevékenységet. (Lásd a 69. ábrát a következő oldalon.)

69. ábra. A prevenció aktivitást mutató iskolák aránya az egyes tanévekben (az iskolák százalékában)



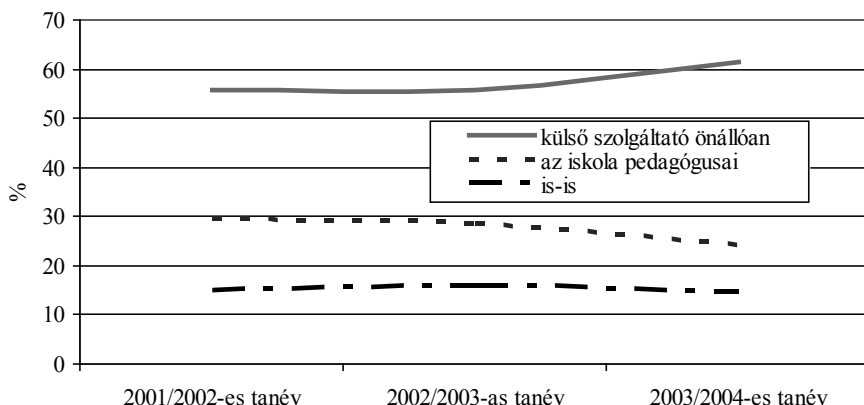
Az iskolák 2001 és 2004 közötti prevenció/egészségfejlesztési tevékenységének jellemzői

Az iskolák prevenció/egészségfejlesztő tevékenysége a 2001 és 2004 közötti években is többnyire és enyhén növekvő arányban külső szolgáltatók bevonásával zajlott. A 2002/2003-as tanévben megvalósult prevenció beavatkozások háromötödében a szolgáltatók önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül végezték a prevenció tevékenységet. A fókuszcsoporthoz beszélgetések alapján általánosan jellemzőnek tűnik, hogy ahol az iskola pedagógusai is részt vállaltak az iskolában zajló prevenció tevékenységekben, ez ott is csak a pedagógusok kisebbségére jellemző, a tantestület egésze szinte sehol nem vesz részt a programokban, „néhány elhivatott egészségnevelő, drogkoordinátor vagy iskola-egészségügyben foglalkoztatott elkötelezettségének és egyszerűségének okán vannak jelen ezek a kezdeményezések, események az iskola életében”.⁷⁴ A drogkoordinátorok és egészségnevelő tanárok általában hiányolták a tantestület támogatását, vagy nem tartották kielégítőnek. A pedagógusok a fókuszcsoporthoz beszélgetések során megfogalmazták – mint ahogy a korábbi fejezetben már jeleztük – a prevenció/egészségfejlesztő tevékenységgel kapcsolatos kompetenciahatáraikat. Bizonyos – a jelenlegi palettán domináns – tematikák esetében a kompetenciahatárok élesebben fogalmazódtak meg. Az általános iskolákban tanító pedagógusok közül többen úgy vélték, hogy „a drogzásról a pedagógusok nem értenek, és ezért van szükség külső szakértő bevonására”.⁷⁵

⁷⁴ Forrás: fókuszcsoporthoz nyerselemzése.

⁷⁵ Forrás: fókuszcsoporthoz nyerselemzése.

70. ábra. A 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es tanévekben kik végezték a prevenciós tevékenységet az iskolában (a programok százalékában kifejezve)

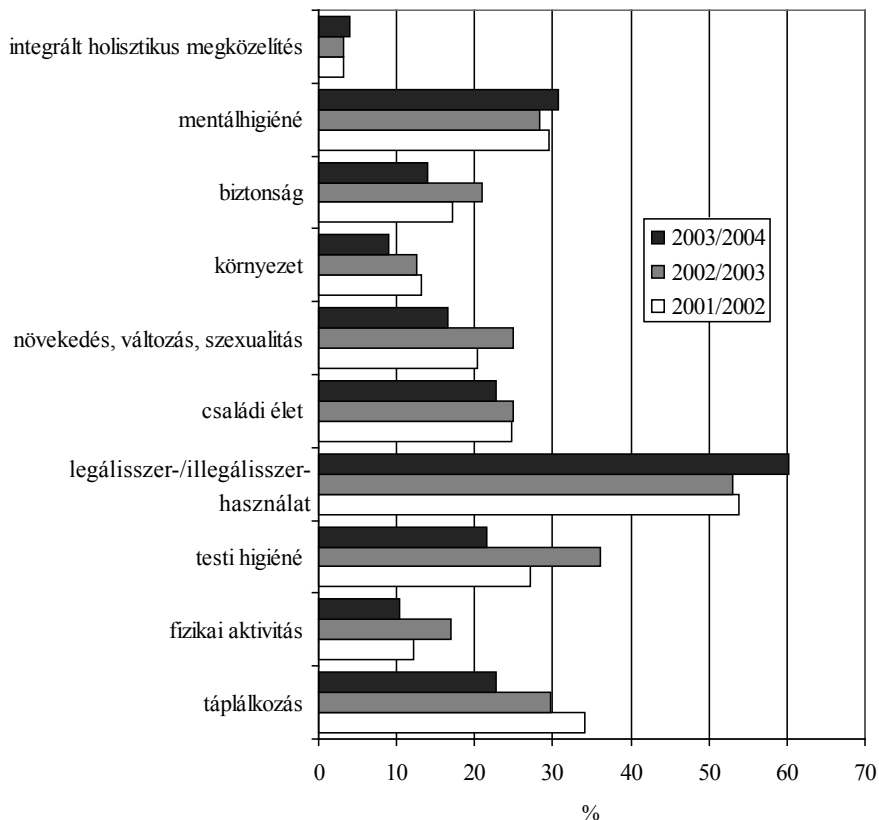


Hasonlóan az első prevenciós próbálkozásokhoz, a 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es tanévekben is a legális/illegális szerhasználat az, ami a leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül. A programok fele–háromötöde dolgozott ezekben az években drogprevenciós céltételezéssel (is). Ugyanakkor a fókuszcsoporthoz tartozó pedagógusok közül néhányan azt jelezték, hogy „túlhajtottnak tartják a drogokkal való foglalkozást”, gyakran az a benyomásuk, hogy „a témával való foglalkozás – különösen a fiatalabb korcsoportokban – csak az érdeklődést kelti fel, nem segít hozzá a probléma érdemi és hatékony kezeléséhez”.⁷⁶

A drogtematikát követő leggyakrabban előforduló, az iskolák mintegy negyedében–harmadában interveniált területek viszonylag stabilan a testi és a mentálhigiéné, a családi élet, valamint a táplálkozás (71. ábra). Ez különösen figyelemreméltó annak fényében, hogy – mint azt fentebb láthattuk – az első prevenciós tevékenységek során e tematikák némelyike az átlagosnál szignifikánsan kedvezőtlenebb benyomást keltett. Ugyanakkor nem láttunk aránynövekedést az átlagosnál kedvezőbb megítélést kiváltó – a környezettel foglalkozó, illetve az integrált holisztikus megközelítést alkalmazó – tematikák esetében. Ez arra utal, hogy a már lezajlott prevenciós beavatkozásokról alkotott kép nem igazán befolyásolta a későbbi prioritásokat, s hogy az iskolák programválasztása kevésbé átgondoltan történt és/vagy nem tekinthető tényleges választásnak. (Lásd a 71. ábrát a következő oldalon.)

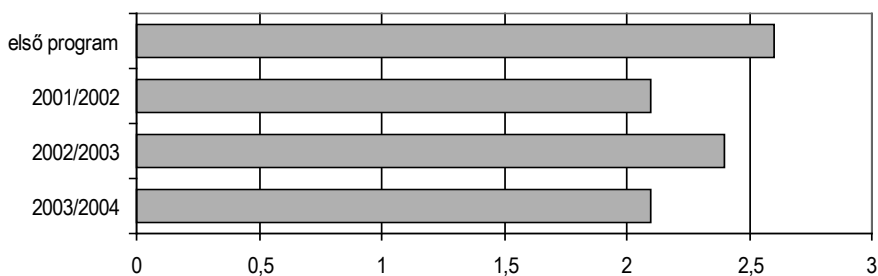
⁷⁶ Forrás: fókuszcsoporthoz nyerselemzése.

71. ábra. A különböző prevenciós területek megjelenése a prevenciós programokban a 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es tanévekben (a programok százaléklékában kifejezve)



Az iskolák prevenciós aktivitásában nem látszik elmozdulás az integrált szemlélet irányába, sőt, a különböző területek együttes kezelésének növekedésében sem mutatkozik meg a komplexitás növekedése: az egy programra számított átlagos interveniált terület száma az első programokhoz képest és a 2001/2002-es, a 2002/2003-as, illetve a 2003/2004-es tanévekben összességében inkább valamelyest csökkent (72. ábra).

72. ábra. Az egy programban átlagosan megcélzott területek száma az egyes tanévekben



Már az első programokkal kapcsolatosan igen pozitív véleményeket fogalmaztak meg az iskolavezetők. A 2001–2004 közötti tanévekben a programokkal kapcsolatban az iskolavezetés részéről kinyilvánított elégedettségben sem jelentkezett jelentős változás, mint ahogy a prevenció tevékenység egyéb jellemzőiben sem. Minden évben rendre minimális a programokkal szemben negatív véleményt megfogalmazó iskolaigazgatók aránya. A kvalitatív vizsgálat tapasztalatai szerint arra a kérdésre, hogy látják-e hasznát ezeknek a foglalkozásoknak, a tipikus válasz az, hogy „minden, ami az iskolában történik, a diákok életére, gondolkodására hat, ezért ha nincs is eszköz a programok, események hatásának mérésére, biztosak abban, hogy az eredményekkel jár”.⁷⁷

A fókuszcsoporthozos beszélgetések során azonban e mellett a vélemény mellett egyfajta hátráltat/önfeloldozást sejtető motívum is megjelent a nagyfokú és stabil elégedettség mögött. A pedagógusok úgy vélték, hogy a „jelenleginél nincs többre lehetősége az iskolának, a maguk részéről mindent megtesznek, amit csak lehet”.⁷⁸ Ugyanakkor a kvalitatív vizsgálatban megfogalmazódtak bizonyos hiányosságok is. A tanárok megítélése szerint a kínálat a közösségi, csoportos foglalkozások szintjén elegendő, ugyanakkor azonban több egyéni foglalkozásra lenne szükség,⁷⁹ amit viszont időhiány miatt nem tudnak biztosítani. Itt utalnánk arra, hogy, amint láttuk, az intézményi kapacitások vizsgálata során az iskolák igen kis százalékában van jelen egyéni problémakezelésre alkalmas szakember (2004-ben csak minden nyolcadik iskolában volt iskolapszichológus).

A kvalitatív vizsgálatban jelentkező problémák, kettősségek mellett a survey adataiból kirajzolódó pozitív viszonyulások mögött a problémák meglétét jelezheti, és óvatosságra intheti az olvasót az is, hogy évről évre jelentősen növekedett a prevenció programokkal szemben véleményt nem nyilvánító, bizonytalan vezető

⁷⁷ Forrás: fókuszcsoporthozos nyerselemzése.

⁷⁸ Forrás: fókuszcsoporthozos nyerselemzése.

⁷⁹ Hogy mi lehetne az egyéni foglalkozás tartalma, azt nem sikerült érdemben feltárni.

aránya, ami szintén egyik jele lehet az intézményi feladathárításnak, s talán ezzel függ össze az, hogy mindössze az intézmények egyharmadában talákoztunk strukturált, részletesen megfogalmazott jövőre vonatkozó prevenciók elképzelésekkel.

A prevenció/egészségfejlesztési tevékenység tervszerűsége a 2004-es vizsgálat alapján

Megvizsgáltuk közvetlen mutatók mentén is, hogy az iskolák prevenció/egészségfejlesztési tevékenységére mennyire jellemző a kiszámíthatóság, a tervszerűség. E tekintetben az egészségfejlesztés területén kedvezőbb a helyzet. Tízből hét iskolában talákoztunk kidolgozott egészségnevelési, és csak valamivel több, mint felében (55%) drogstratégiával.

Azok az iskolák, ahol rendelkeztek egészségnevelési, illetve drogstratégiával, szignifikánsan ($p=0,008$, illetve $p=0,001$) nagyobb arányban végeztek az elmúlt három évben prevenció/egészségfejlesztési tevékenységet, bár figyelemre méltó, hogy ezek között az intézmények között is 6-7% esetében nem folyt ez irányú munka az elmúlt években, és a stratégiával bíró iskolákban sem volt magasabb a rendszeresen, minden évben zajló prevenció tevékenység előfordulása. A prevenció aktivitások jellemzőiben, az azzal való elégedettségben sem találtunk különbségeket a stratégiával rendelkező, és nem rendelkező iskolák között.

Néhány intézményi jellemző mentén azonban eltéréseket tapasztaltunk. Az általános iskolai programtípusban is tanító intézményekben szignifikánsan ritkább ($p=0,06$), az érettségis is adó képzési formákban pedig az átlagosnál gyakoribb ($p=0,4$) volt az egészségfejlesztési/prevenció aktivitások stratégiai keretbe foglalása. Vidék–Budapest viszonylatban, illetve az iskola mérete szerint viszont nem mutatkozott különbség.

Tendencia jellegű pozitív kapcsolat mutatkozott az egészségfejlesztési stratégia léte, illetve aközött, hogy az iskolákban a pedagógusok milyen mértékben terjesztik ki tevékenységüket a tudásátadáson túlmutató feladatok irányába. Természetesen az adatbázis nem ad lehetőséget a kapcsolat irányultságának, azaz annak tisztázására, hogy a stratégia van jótékony hatással a pedagógusok nevelési aktivitására, vagy az egyébként is nagyobb aktivitás könnyebben szerveződött stratégiába. Hasonlóképpen összefüggést tapasztaltunk a szervezet bizalmi viszonyai, illetve a stratégiai gondolkodás megjelenése között. Azokban az iskolákban, ahol a szervezeti viszonyok inkább adnak lehetőséget a szakmai kompetencia, az önkiteljesítés megvalósítására, illetve ahol a szervezet életére a kiszámíthatóság inkább jellemző, az átlagosnál nagyobb arányban rendelkeztek kidolgozott egészségfejlesztési vagy drogstratégiával.

Az oktatási intézmények problémaszpecifikus intézményekkel, szervezetekkel való kapcsolatai 2004-ben

Az iskola a prevenció/egészségfejlesztő tevékenységben nem „magára hagyott”, elszigetelt intézményként fogható fel, hanem egy-egy közigazgatási egységben működő prevenció intézményrendszer részeként. A kvantitatív vizsgálat során felkínált intézmények – iskola-egészségügyi szolgálat, KEF (Kábítószerügyi Egyeztető Fórum), családsegítő, nevelési tanácsadó, helyi önkormányzat, rendőrség, egyéb szakmai szervezetek – mindegyikének szerepe lehet az iskola ez irányú tevékenységének támogatásában, a folyamat különböző állomásain, illetve az esetleg jelentkező problematikus helyzetek kezelésében. A kvantitatív kutatás adatai szerint az iskolák szinte valamennyi vizsgált szervezettel általuk intenzívnek minősített kapcsolatot tartottak fenn, első helyen – a helyzet jellegéből adódóan – a kapcsolódó intézmények preferenciájában az iskola-egészségügyi szolgálat állt, ezt követte a családsegítő, a nevelési tanácsadó, az önkormányzat, a rendőrség és az egyéb szakmai szervezetek (18. táblázat).

A kvalitatív vizsgálat tapasztalatai ezt megerősítik. Az iskolák a prevenció/egészségfejlesztési tevékenység tartalmának meghatározásában, a programok szervezésében a legtöbb segítséget az iskola-egészségügyi hálózat munkatársaitól kapták, illetve a kapcsolati hálóban a beszélgetések során az ÁNTSZ munkatársait, valamint a prevenció szolgáltatókat említették az iskolai egészségfejlesztési munka támogatóiként. Sokban befolyásolja az iskola prevenció/egészségfejlesztési tevékenységének alakulását az is, hogy az önkormányzat, illetve a fenntartó miként viszonyul a problémához. Volt olyan település, ahol az önkormányzat hangsúlyosan definiálta az iskola idevonatkozó feladatait. Ott, ahol markáns az önkormányzati elköteleződés, az iskola egésze aktívan vett részt az ilyen típusú tevékenységekben, például egészségfejlesztési terv kimunkálásában. Azokon a helyeken, ahol nincs hangsúlyos önkormányzati szerepvállalás, ott – értelemszerűen – kisebb az intézményvezetői és tantestületi elköteleződés, részvétel. A tanárok beszámolóí szerint a védőnők és az iskolaorvosok felkérés nélkül is vállalkoznak ismeretterjesztő előadások megtartására. A különböző kereskedelmi programok még mindig viszonylag sok helyütt vannak jelen az iskolákban. Volt olyan iskola, amelyik semmilyen külső szervezet támogatását nem igényelte az egészségfejlesztési tevékenység tartalmának kialakításában: úgy vélték, hogy saját belső erőforrásaik megszervezésével és felhasználásával ezt meg tudják oldani. Egy iskolában az „Életvezetési ismeretek” óravázslatai alapján tartották meg a foglalkozásokat a tanárok, egy másik iskolában pedig az internetről, az OM honlapjáról kértek le segédanyagokat az órák megtartására.

A többi vizsgált szervezet mögött messze elmaradt a kapcsolat intenzitása tekintetében a KEF.⁸⁰ Ez utóbbi tapasztalat önmagában is meglepő, hiszen az egészségfejlesztés gondolatísága szempontjából a KEF-nek kellene a leghangsúlyosabb, stratégiai partnernek lennie. Még inkább meglepővé teszi ezt az eredményt az a körülmény, hogy a KEF-ek mindegyikében felülreprezentáltak a közoktatási intézmények, sok esetben a fórumba delegált szervezetek 2/3-a közoktatási intézmény; számos esetben a KEF-ek saját feladatmeghatározásuk szerint főként az iskolai prevenciós tevékenység támogatását és kezdeményezését tartják fő küldetésüknek. Figyelemre méltó az az adat is, miszerint a rendőrséggel intenzívebb kapcsolatot tartottak az iskolák, mint az egyéb szakmai szervezetekkel, holott éppen a már többször említett GYISM–OM pályázati rendszer széles körű elterjedtsége következtében is a prevenciós tevékenység az esetek jelentős hányadában valamilyen prevenciós szolgáltató részvételével zajlik.

A kapcsolat hivatalos vagy informális jellegével összefüggésben említésre méltó, hogy az iskolák felének–kétharmadának megítélése szerint valamennyi vizsgált, potenciális kapcsolódó intézménnyel volt hivatalos kapcsolata, tehát azok a formális csatornákon keresztül is elérhetőnek bizonyultak (18. táblázat).

A kapcsolódó intézmények többsége esetében azonban a kvantitatív vizsgálat adatai szerint nem mutatható ki összefüggés az iskola prevenciós tevékenysége és a kapcsolatok intenzitása között. Mindössze a rendőrséggel, illetve az iskola-egészségügyi szolgálattal való kapcsolattartás esetében mutatható ki annak pozitív hatása az iskola prevenciós aktivitására (a rendőrség esetén $p=0,005$, az iskola-egészségügyi szolgálat esetében pedig $p=0,014$). Az önkormányzatokkal való kapcsolat vonatkozásában pedig az adatok arra utalnak, hogy ezek inkább a prevencióval kapcsolatos küzdelmeket jelenítik meg, mintsem a segítő együttműködést, tekintettel arra, hogy azokban az iskolákban, ahol volt valamilyen prevenciós tevékenység, szignifikánsan kevésbé intenzív kapcsolatot tartottak fenn az önkormányzattal.

⁸⁰ A KEF-ek szakmai tanácsadó testületek, melyek nem rendelkeznek jogi személyiséggel, az önkormányzatokkal való együttműködés teremti meg gyakorlati működésük alapját. Feladataikat a „Nemzeti stratégia kábítószer-probléma visszaszorítására” határozza meg, ennek értelmében ezek a tanácsadó testületek a drogp probléma helyi szintű kezelésének előmozdítására, annak artikulálására jöttek létre. A KEF-ek pénzügyi támogatását – a helyi források mellett – a tárca, szakmai támogatásukat a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet biztosítja.

18. táblázat. A prevenció tevékenység szempontjából jelentőséggel bíró intézmények és az iskolák kapcsolatainak jellegzetességei (a válaszadó iskolaigazgatók százaléklában kifejezve)

	ISKOLA- EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT	HELYI KEF	CSALÁDSEGÍTŐ SZOLGÁLAT	NEVELÉSI TANÁCSADÓ	ÖNKORMÁNYZAT	RENDŐRSÉG	EGYÉB SZAKMAI SZERVEZET
A KAPCSOLAT INTENZITÁSA							
1 Egyáltalán nincs	6,9	53,3	4,2	6,9	11,4	12,1	41,5
2	2,4	10,4	5,0	6,5	7,0	12,1	3,3
3	9,9	10,9	16,6	21,9	17,6	23,0	11,4
4	16,9	8,4	22,8	21,4	22,4	19,9	16,1
5 Intenzív kapcsolatuk van	62,9	13,3	51,3	42,6	41,0	32,3	25,8
Nem tudja	1,0	3,8	0,3	0,7	0,7	0,6	1,9
Összesen	100	100	100	100	100	100	100
A KAPCSOLAT JELLEGE							
Inkább hivatalos	49,5	64,9	54,0	56,8	61,6	68,1	51,4
Inkább informális	4,4	6,6	6,3	5,5	3,2	2,6	10,5
Mindkettő	45,7	26,5	39,7	37,2	34,7	29,3	38,1
Nem tudja	0,4	1,9	–	0,5	0,5	–	–
Összesen	100	100	100	100	100	100	100

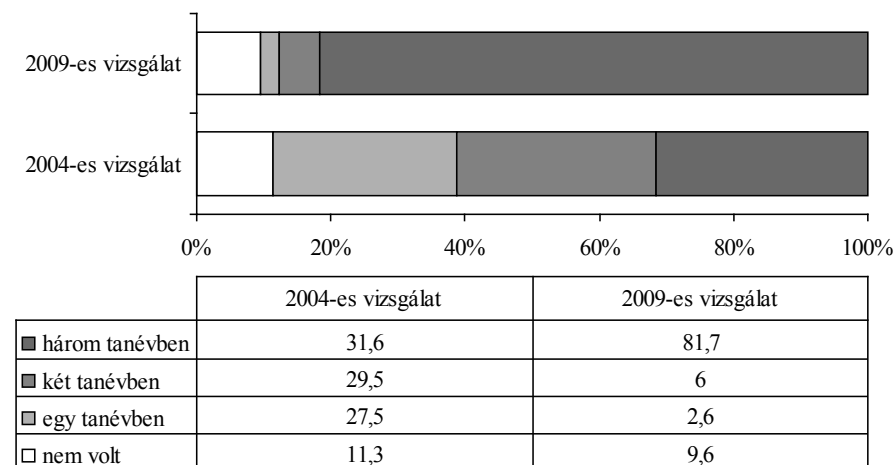
A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEK UTÓBBI ÉVEKBEN VÉGZETT PREVENCIÓS/EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGE

Az iskolai prevenciós tevékenység elterjedtségének változása 2004 és 2009 között

A 2009 tavaszán készült kutatásunk egyik fő célkitűzése annak vizsgálata volt, hogy az utóbbi években hogyan alakult az iskolák prevenciós aktivitása, illetve miként írhatók le a különféle jellemzők mentén a közoktatásban jelen lévő prevenciós/egészségfejlesztő programok.

Az utóbbi három tanév (a 2006/2007-es, a 2007/2008-as és a 2008/2009-es) valamelyikében az általános és középiskolák 90,4%-a végzett valamilyen prevenciós vagy egészségfejlesztő tevékenységet, döntő többségükben – az iskolák negyötödében – minden évben. A 2004-es vizsgálathoz képest nem változott azoknak az iskoláknak az aránya, ahol a vizsgálatot megelőző 3 évben semmilyen prevenciós aktivitás nem zajlott (stabilan az iskolák egytizede sorolható ide), azonban a prevenciós tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: a korábbi mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlik valamilyen prevenciós beavatkozás.

73. ábra. Az elmúlt három tanévből hányban volt prevenció/egészségfejlesztés az iskolában (az iskolák százalékában)

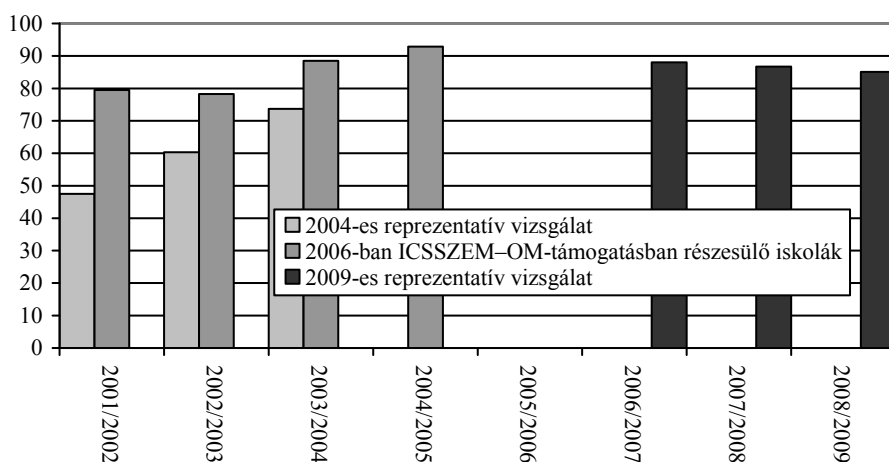


Mint azt az előző részben láthattuk, a prevenciós programok az iskolai szintén a 2001-es évtől jelentek meg nagyobb számban. Az ezt követő években dinamikusan növekedett a programok kínálata és az azokat alkalmazó iskolák száma is.

Az utóbbi években a prevenció tevékenységet aktuálisan is folytató iskolák aránya meglehetősen stabilitást mutat, az iskolák 85–88%-ában van valamilyen prevenció program az egyes tanévekben.

A rendszeres prevenció aktivitás általánossá válása következtében ma már a korábbi enyhe intézményi mintázatok sem jelennek meg a prevenció programok elterjedtsége, illetve gyakorisága tekintetében: nem találunk szignifikáns különbséget az iskolák között sem területi elhelyezkedés, sem képzéstípus, sem intézményméret mentén.

74. ábra. A prevenció aktivitást mutató iskolák aránya az egyes tanévekben (az iskolák százalékában)



Mint említettük, az utóbbi három tanévben évente az iskolák 85–88%-a végzett valamilyen prevenció tevékenységet. Az iskolák felében – az intézményvezetők erre vonatkozó becslése alapján – nagyobb volt ugyan a részvételi arány 70–80%-nál, mindazonáltal átlagosan a diákoknak csak valamivel több, mint kétharmada vett részt az egyes években a prevenció programokon. Figyelembe véve az egyes években országosan a közoktatási intézményekben tanuló diákok létszámát (KSH, 2009), azt mondhatjuk, hogy az utóbbi három évben évente átlagosan mintegy 800 ezer diák vett részt az iskolai szinten valamilyen prevenció programban. (Lásd a 19. táblázatot a következő oldalon.)

19. táblázat. Az iskolai prevenciós programokban részt vevő diákok aránya és becsült száma az egyes tanévekben és átlagosan 2006 és 2009 között

TANÉVEK	PREVENCIÓT VÉGZŐ ISKOLÁK ARÁNYA	RÉSZTVEVŐK BECSÜLT ARÁNYA		DIÁKOK SZÁMA ORSZÁGOSAN	PREVENCIÓBAN RÉSZT VEVŐ DIÁKOK BECSÜLT SZÁMA ORSZÁGOSAN
		MEDIÁN	ÁTLAG		
2006/2007	88,0	70	67,1	1 401 455	827 531
2007/2008	86,7	74	67,1	1 384 167	805 729
2008/2009	85,1	80	68,6	1 362 409	794 776
Átlagos év	86,6	75	67,6	1 382 677	809 401

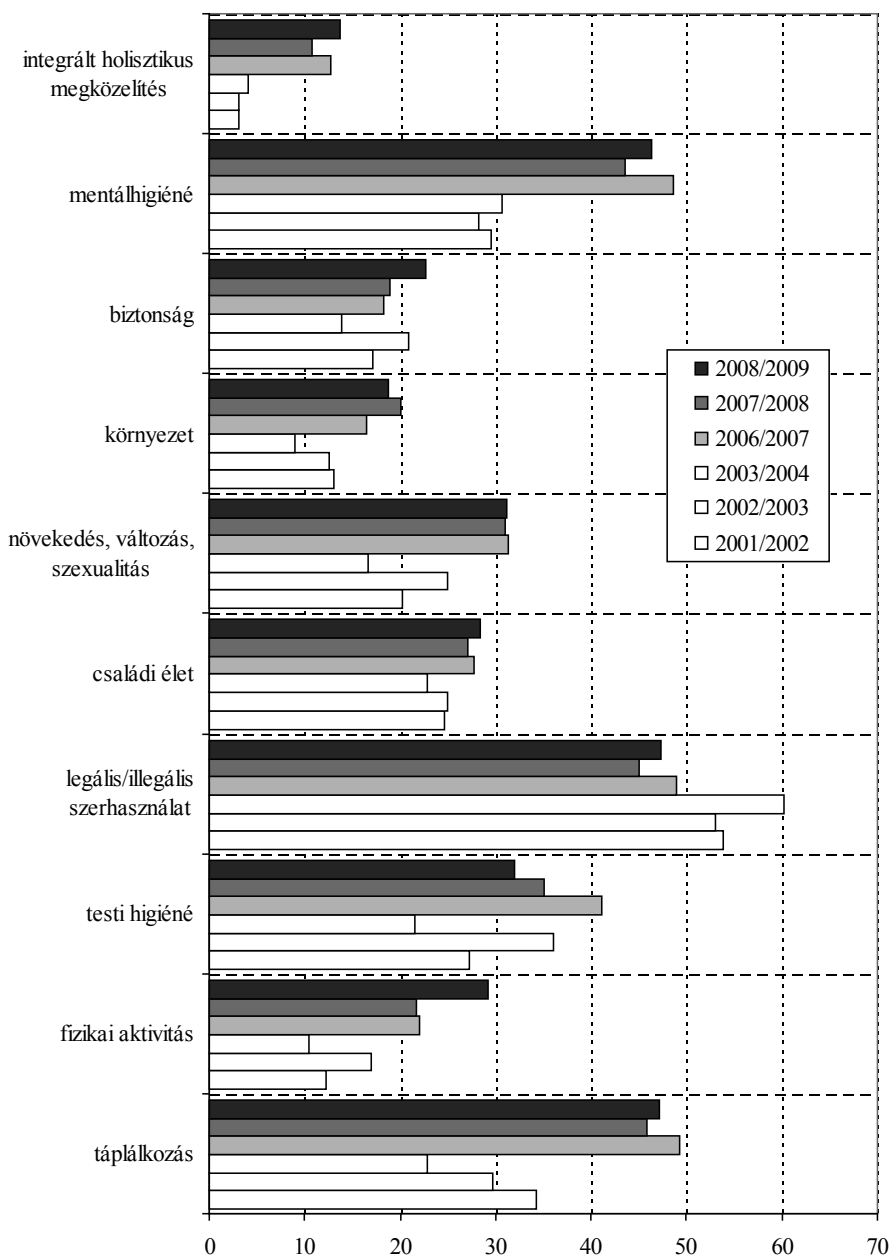
A prevenciós tevékenység jellemzői az utóbbi három évben

Felölelt területek

Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami a leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül – a programok fele–háromötöde dolgozott ezekben az években drogprevenciós céltételezéssel (is) –, ma már a drogprevenciós programokkal azonos arányban szerepelnek az iskolai szintén mentálhigiénével, valamint táplálkozással foglalkozó prevenciós intervenciók. A vezető témák átstrukturálódása úgy következett be, hogy a drogtematika szerepe – a korábbi növekedést követően – az utóbbi években valamelyest csökkent, míg a mentálhigiénével, illetve a táplálkozással foglalkozó programok előfordulása növekedett az iskola világában. Ezek mellett még kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy növekedett néhány olyan, korábban alacsonyan priorizált terület szerepe, mint a környezet, biztonság, növekedés/változás/szexualitás, illetve szignifikánsan nagyobb arányban fordul elő a felölelt területek között a „fizikai aktivitás”, illetve az integrált holisztikus megközelítés.

Ma tehát a leggyakrabban előforduló, az iskolák közel felében megjelenő interveniált területek viszonylag stabilan a mentálhigiéné, a táplálkozás, illetve a legális-vagy illegális szerhasználat, s az iskolák negyedében, harmadában foglalkoznak a testi higiéné, növekedés/változás/szexualitás, illetve a fizikai aktivitás területeivel. Az integrált holisztikus prevenciós megközelítések – újabban megfigyelhető térhódításuk ellenére – ma is csak kis szerepet kapnak az iskola világában.

75. ábra. A különböző prevenció terület megjelenése az iskolai prevenció programokban 2001 és 2003, valamint 2006 és 2009 között (a prevenciót végző iskolák százalékában, iskolánként több választ megengedve)



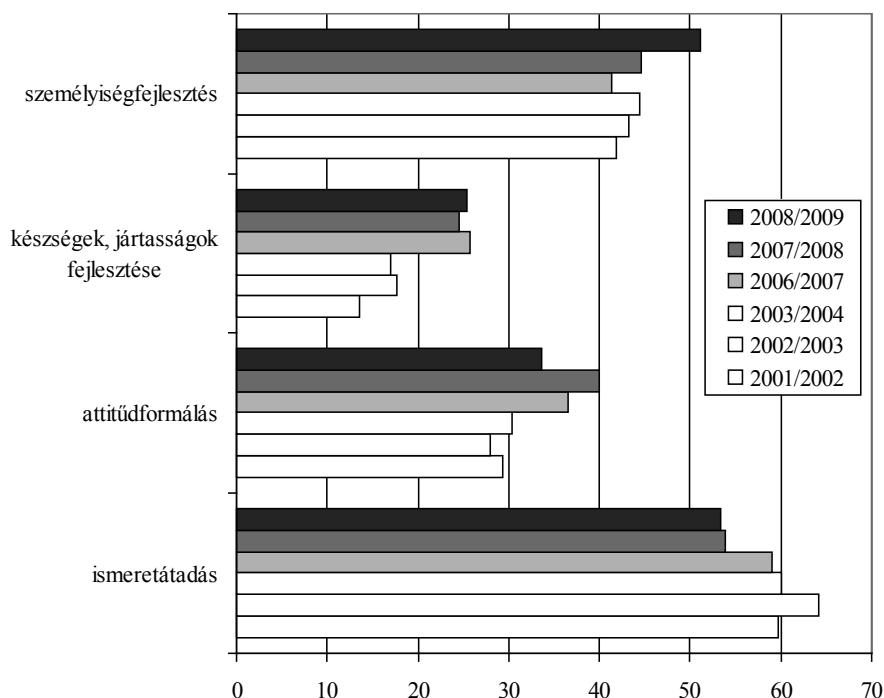
A programok tematikája mentén a fentiekben bemutatott prevenciós struktúra meglehetősen egységesnek mondható a 2009-ben prevenciós tevékenységet folytató iskolákban. Az iskolák képzéstípusa, mérete és területi elhelyezkedése szerint általában nem mutatkozik szignifikáns mintázat a felölelt területek tekintetében: mindössze a biztonság és a fizikai aktivitás tematika fordul elő szignifikánsan ($p < 0,05$) gyakrabban a fővárosi iskolákban, és tendencia jelleggel ($p = 0,078$) az általános iskolai képzést is folytató iskolák gyakrabban foglalkoznak a prevenciós beavatkozások során a legális/illegális szerhasználattal.

A beavatkozások során priorizált prevenciós megközelítések

Az iskolákban az utóbbi években zajló prevenciós/egészségfejlesztési beavatkozások több mint felében – a korábban jellemző prioritásokhoz hasonlóan – ma is jelen vannak ismeretátadásra vonatkozó célkitűzések. E megközelítés dominanciája azonban a legutóbbi években tapasztalható változások fényében megszűnni látszik. Kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy az ismeretátadásra (is) koncentráló megközelítések szerepe 2006 és 2009 között csökkent, míg az összes többi irányzat esetében azok fokozott jelenléte irányába mutató tendencia mutatkozik. Mindezek következtében az ismeretátadásra (is), illetve a személyiségfejlesztésre (is) koncentráló megközelítések ma már gyakorlatilag azonos mértékben vannak jelen az iskolai beavatkozásokban. Mindazonáltal továbbra sincs egyetlen megközelítésnek sem önálló célkitűzésként akkora súlya az iskolai programokban ma sem, mint az ismeretátadással kapcsolatos céloknak: a kizárólag ismeretátadásra fókuszáló, más megközelítést nem alkalmazó programok ma is a beavatkozások egynegyedét teszik ki. A legkevésbé elterjedtek pedig változatlanul a készségek, jártasságok fejlesztésével (is) kapcsolatos megközelítések (76. ábra).

A prevenciós megközelítések tekintetében – a 2009-es kutatási adatok alapján – szintén meglehetősen homogénnek tekinthető az iskola világa: a különböző képzéstípusokban oktató, illetve eltérő méretű iskolák között nincs különbség abban a tekintetben, hogy milyen arányban alkalmaznak egyes prevenciós megközelítéseket. A fővárosi és a vidéki székhelyű iskolákban is többnyire azonos arányban jelennek meg a különböző intervenciós irányzatok, kivéve az attitűdformálással kapcsolatos céltételezéseket, melyek szignifikánsan ($p < 0,05$) gyakrabban vannak jelen a fővárosi iskolákban.

76. ábra. A különböző prevenciós megközelítések/irányzatok előfordulási gyakorisága az iskolai prevenciós programokban 2001 és 2003, valamint 2006 és 2009 között (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve, iskolánként több választ megengedve)

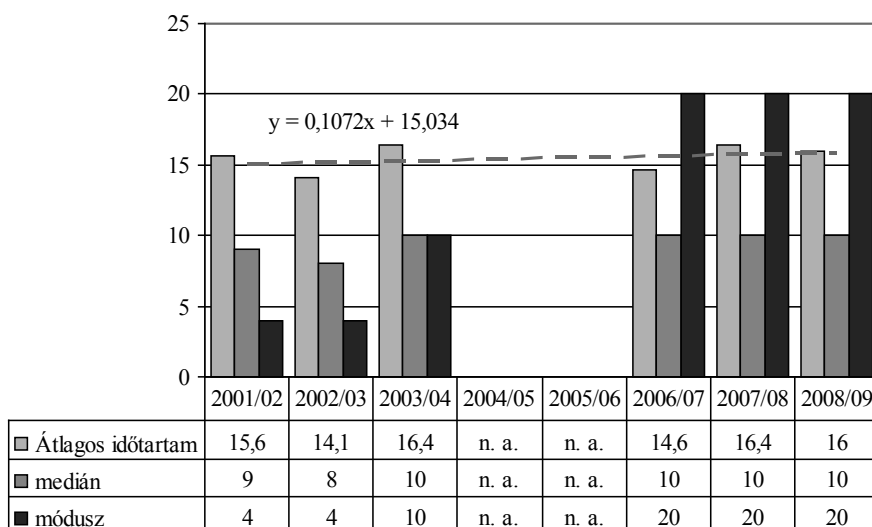


A beavatkozások időtartama

Az iskolai prevenciós beavatkozások évi átlagos időtartama meglehetősen stabilan 15 óra körül ingadozik az iskolákban az ezredforduló óta. Nagyon kismértékű növekedés figyelhető csak meg az átlagos óraszámban: amennyiben az ezredforduló óta az egyes években jellemző átlagos óraszámra egy lineáris trendet szerkesztünk, akkor azt láthatjuk, hogy évente 0,1 órával (azaz 6 perccel) növekszik átlagosan az iskolákban a prevencióra fordított idő (lásd a 25. ábrán szereplő függvényt, melynek meredeksége 0,1072). Ha azonban nem az átlagokat, hanem a leggyakrabban előforduló óraszámokat vizsgáljuk, már jelentősebb változásokat tapasztalunk. Míg 2001–2002-ben a prevenciós beavatkozásokat az iskolák legtöbbször évi 4 órában végezték, az utóbbi 3 évben a prevenciós programok leggyakrabban előforduló hossza 20 óra. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a többség ilyen hosszú prevenciót végez: 2001 és 2002 között az iskolák fele 8–9 órát vagy annál kevesebb

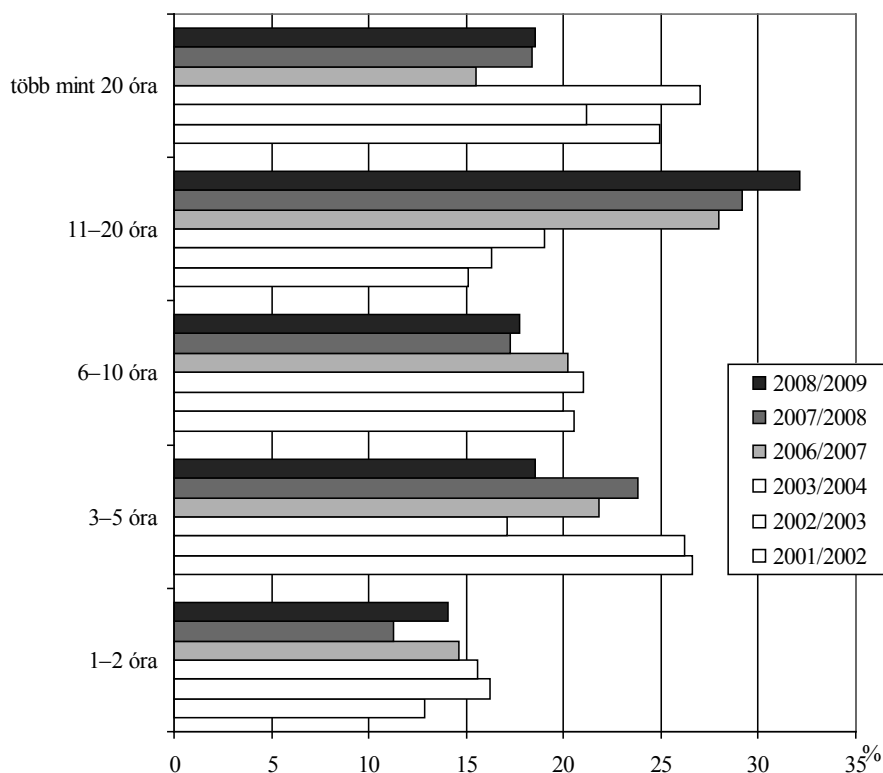
időt fordított prevencióra évente, majd a 2003/2004-es tanévben a prevenciós foglalkozások mediánja 10 órára növekedett, és azóta stabilan ennyi a prevencióra fordított maximális éves óraszám az iskolák felében (vagy másként fogalmazva, az iskolák felében az utóbbi években több mint évi 10 órában zajlik prevenciós beavatkozás). A középértékek kedvező tendenciájával és azzal párhuzamosan, hogy az iskolákban, a legnagyobb arányban ma már nem 3–5 órás, hanem 11–20 órás prevenciós beavatkozások zajlanak, az utóbbi években a 20 óránál hosszabb beavatkozások aránya csökkent.

77. ábra. Az iskolákban zajló prevenciós beavatkozások időtartamának átlaga, középértéke, valamint a leggyakrabban előforduló időtartam az egyes tanévekben



n. a. = nincs adat

78. ábra. A prevenció beavatkozás időtartama (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve)



A prevencióra fordított óraszám tekintetében a programok tartalmi vonatkozásai közül csak néhány jellemző mentén tapasztaltunk eltéréseket a 2009-es adatok alapján: a felölelt területek, illetve a prevenció megközelítések többsége esetében az átlagos óraszám nem különbözik szignifikánsan ($p > 0,1$) az összes programra számított átlagtól. A felölelt területek közül a testi higiénével (is) foglalkozó, illetve a növekedés/változás/szexualitás vagy a környezet témáját (is) felölelő programokra fordítanak az átlagosnál szignifikánsan, a családi élettel/kapcsolatokkal (is) foglalkozó programokra pedig tendenciájában több időt. A prevenció megközelítések közül pedig mindössze a személyiségfejlesztésre (is) koncentrálnak programok időráfordítása magasabb, ahol az átlagos óraszám szignifikánsan ($p = 0,005$), 4,4 órával magasabb az összes program átlagánál (20,4 óra), és ezeknek a programoknak a fele több mint 18 órában zajlik.

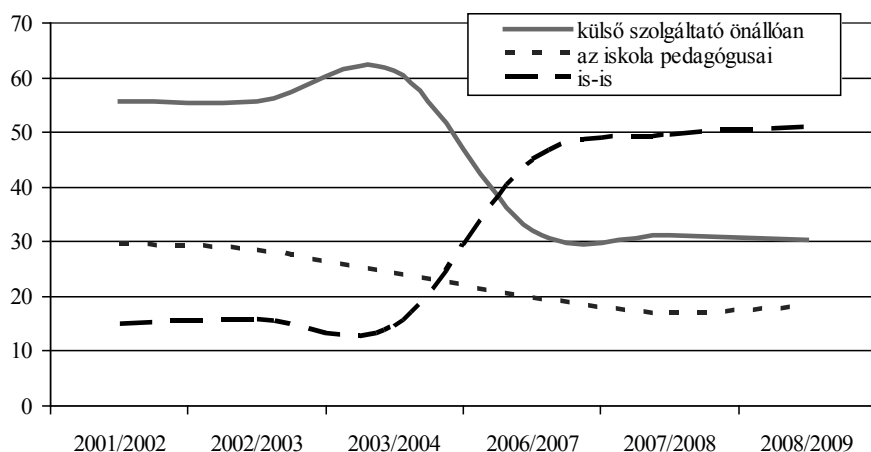
20. táblázat. Az átlagostól eltérő programidejű prevenciós területek (az adott területre kiterjedő programok átlagos programideje és a területtel nem foglalkozó programok átlagától való eltérés szignifikanciaszintje) a 2009-ben prevenciót végző iskolákban

FELŐLELT TERÜLETEK	ÁTLAG	SZIGNIFIKANCIASZINT
Testi higiéné	21,08	p=0,022
Növekedés, változás, szexualitás	20,97	p=0,037
Környezet	22,94	p=0,035
Családi élet, kapcsolatok	20,55	p=0,054

Az iskola pedagógusainak részvétele a prevenciós beavatkozásokban

Amíg a 2003/2004-es tanévben megvalósult prevenciós beavatkozások háromötödében a szolgáltatók önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül végezték a prevenciós tevékenységet, addig ez ma már az iskolák kevesebb mint egyharmadában fordul elő, s az utóbbi években jellemzően – a prevenciót végző iskolák felében – a külső szolgáltató az iskola pedagógusaival együtt végzi a megelőzést.

79. ábra. Kik végezték a prevenciós tevékenységet az iskolában (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve)



Ugyanakkor a „csak legális és/vagy illegális szerhasználattal” foglalkozó programokkal szemben a pedagógusok ma is fenntartással viseltetnek: a csak erre a területre kiterjedő programok háromnegyede esetében a programokat ma is külső

szolgáltatók végzik, önállóan. A felőlt terület többsége esetében azonban nem különbözik szignifikánsan az átlagtól a pedagógusok részvétele az intervencióban ($p > 0,1$). Mindössze a táplálkozással, fizikai aktivitással, illetve a környezettel (is) foglalkozó iskolai programokban vállalnak nagyobb szerepet a pedagógusok, bár jórészt azokat sem önállóan végzik.

21. táblázat. A pedagógusok bevonódása tekintetében a prevenciót végző iskolák egészére jellemző arányoktól szignifikánsan ($p < 0,5$) eltérő prevenciós területek a 2009-ben prevenciót végző iskolákban

FELŐLT TERÜLETEK	KÜLSŐ SZOLGÁLTATÓ ÖNÁLLÓAN	AZ ISKOLA PEDAGÓGUSAI	IS-IS
Táplálkozás (is)	17,3	19,2	63,5
Fizikai aktivitás (is)	15,6	9,4	75,0
Környezet (is)	14,3	14,3	71,4
Csak legális/illegális szerhasználat	75,0	12,5	12,5
Összes program	30,3	18,3	50,9

AZ ICSSZEM–OM-PÁLYÁZATBAN RÉSZT VEVŐ ISKOLÁK PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGÉNEK FŐBB JELLEMZŐI⁸¹

Mint azt az előzőekben láthattuk, az iskolák prevenciós aktivitása az oktatási intézmények drogprevenciós, egészségfejlesztési és egészségnevelési tevékenységének előmozdítása s ezen keresztül az intézményekben folyó megelőzési tevékenység fejlesztése céljából 2001-ben életre hívott – a kábítószerügyeket felügyelő tárca, illetve az OM által működtetett – „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című pályázati program elindításakor, a 2000/2001-es tanévben vett igazán lendületet (lásd: 3. fejezet, 64. ábra).

A 2005/2006-os tanévben a közoktatásban tanuló körülbelül minden tizenharmadik diák „Az alap- és középfokú oktatási intézmények számára iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” az ICSSZEM és az OM által kiírt pályázat segítségével vett részt iskolai prevencióban. A pályázat keretében zajló tevékenység volumene, továbbá az, hogy a pályázat meghatározó módon alakítja az iskolai prevenciós színtér arculatát, fontossá teszi, hogy információt szerezzünk a támogatási projekt keretében zajló beavatkozások jellemzőiről, megvalósulásának folyamatáról és eredményességéről.⁸²

A pályázat keretében megvalósuló programok leírása során – az Országos Drogprevenciós Adattár létrehozásakor alkalmazott módszerekhez hasonlóan (lásd Paksi és Demetrovics, 2005; valamint e kötet 3. fejezetét) – a nemzetközi programleírási standardokat (EMCDDA, 1998, 2001; Kröger és mtsai, 1998; Baker et al. 1998; Neaman et al. 2000; Bury, 2000; Morgen, 2000; Nádas, 2004; Rác, 2001) tartottuk szem előtt.

A kutatás keretében a pályázaton nyertes 313 iskola közül 277 iskola (88,5%) esetében sikerült az iskolákban zajló prevenciós beavatkozásokat megvalósító szolgáltatók, szakemberek vagy szakmai teamek körében elvégeznünk az adatgyűjtést. A 277 iskolában 187 prevenciós szakmai teamet azonosítottunk, ebből 64 a prevenciós színtéren egyébként is jelen lévő önálló szolgáltató, 123 pedig a nyertes pályázó (az iskola) szervezésével a pályázat végrehajtására létrejött, „alkalmi” szakmai team. A 187 prevenciós szakmai team 229 különböző prevenciós beavatkozást

⁸¹ A fejezet szerzői: Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt.

A tanulmány alapját képező „A közoktatási intézményekben a 2005. évi, ICSSZEM–OM támogatásával folyó iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység értékelésére irányuló kutatás, monitoring rendszer kialakítása” című kutatás az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium megbízásából és finanszírozásával készült. A kutatás célja a 2005/2006-os tanévben „Az alap- és középfokú oktatási intézmények számára iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” az ICSSZEM és az OM által kiírt pályázat keretében megvalósult programok áttekintése, illetve értékelése volt.

⁸² Az erre vonatkozó eredményeket a „Programértékelés: hazai tapasztalatok” című részben mutatjuk be.

valósított meg az ICSSZEM–OM-pályázat keretében. Az alábbiakban ennek a 229 beavatkozásnak a főbb dimenziók (program hossza, céljai, módszerei) mentén való leírását adjuk, elhelyezzük azokat a prevenciós programok országos kínálatában, továbbá összevetjük a pályázat keretében megvalósuló tevékenység leíró jellemzőit a pályázati prioritásokkal. Mindezek révén egyrészt láthatóvá válnak a prevenciós kínálat mentén lehetséges, illetve az abban szükséges elmozdulások irányai, továbbá a pályázati kiírások hatásának minőségi aspektusai.

AZ ICSSZEM–OM-PÁLYÁZAT KERETÉBEN ZAJLÓ BEAVATKOZÁSOK JELLEMZŐI

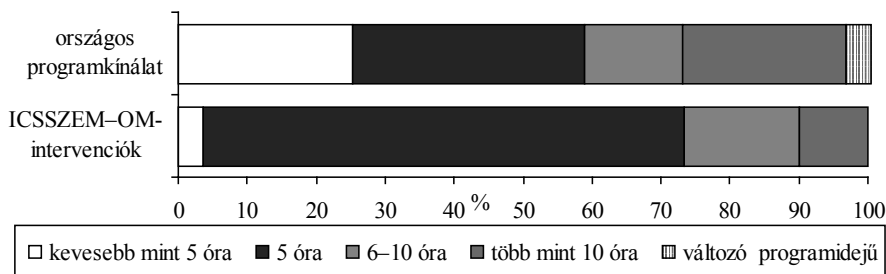
Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló beavatkozások hossza

A pályázat keretében megvalósult prevenciós beavatkozások 70%-a – a pályázati kritériumokhoz illeszkedően – 5 órás időtartamú volt. A beavatkozások egynegyede ennél hosszabb: 17%-uk 6–10, másik 10%-uk ennél is több órában zajlott. A vizsgált 229 beavatkozás közül 8 esetben viszont a pályázati előírásokhoz képest rövidebb időtartamban végezték az intervenciót.

A nyertes iskolákban megvalósult intervenciók 60%-a 1–5 hónap közötti időintervallumban zajlott le egy-egy tanulócsoporthoz. A beavatkozások egyötöde esetében ennél rövidebb időt, másik egyötödük esetében pedig fél éven át vagy annál hosszabb időszakon keresztül foglalkoztak egy-egy csoporttal.

A pályázati kiírásban megfogalmazott elvárások között szerepelt, hogy „egy tanulócsoporthoz egy napon csak egy foglalkozás szervezhető, maximum 2x45 percben”. A pályázat keretében megvalósuló tevékenységek több mint háromnegyede eleget tett ennek a követelménynek. Körülbelül minden hatodik prevenciós beavatkozás esetében azonban – a program teljes időtartama és az alkalmak száma alapján számított – átlagos foglalkozási idő 2–3 óra között volt, 5%-ukban pedig ennél hosszabb foglalkozásokat is tartottak.

80. ábra. Az ICSSZEM–OM-pályázaton nyertes iskolákban zajló prevenciós beavatkozások és az országos programkínálatban szereplő prevenciós programok eloszlása a program időtartama szerint



Az országban 2003–2005 között azonosított, közvetlenül a végső célpopulációt jelentő diákokra irányuló iskolai prevenciós programok időtartama az ICSSZEM–OM-pályázat keretében megvalósuló beavatkozásokhoz képest szélesebb skálán mozog. Az országos kínálatban szereplő programok azon egynegyede, amelyek mindössze 1–2 órában végzik az intervenciót, természetesen a jelen pályázati rendszerben nem lettek megszólítva. Azonban annak ellenére, hogy a pályázati kiírás csak minimumkövetelményt fogalmazott meg a beavatkozások időtartama vonatkozásában, a kínálatnak nem csak a rövid futamidejű elemei szorultak ki az iskolákból a pályázat keretében. A nyertes iskolákban zajló intervenciók között ugyanis az országos programkínálathoz képest jóval kisebb arányban jelentek meg az 5 óránál hosszabb futamidejű programok is.

Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló beavatkozások tematikája

Tematikáját tekintve – a pályázat céljainak megfelelően – természetesen mindegyik beavatkozás megfogalmazott drogprenziós célkitűzéseket, azonban ezek eltérő hangsúlyt kaptak az egyes esetekben. A pályázat keretében zajló beavatkozások kisebbik része (37,6%-a) definiálta tevékenységét direkt drogprenziós beavatkozásnak, többségük (62,3%-uk) pedig elsődlegesen egészségfejlesztéssel foglalkozott, s ezen célok megvalósulásán keresztül, közvetetten kívánta megvalósítani a drogprenziós célokat. Az országos prevenciós kínálatban fordított arányokkal találkozhatunk: az iskolai drogprenziós színtéren drogprenziós célzattal (is) tevékenykedő, közvetlenül az interveniált populációra irányuló programok többsége (háromnegyede) direkt drogprenziós program volt. A pályázat keretében zajló beavatkozásoknak a kínálathoz képest való eltolódása e dimenzióban vélhetően jelentős részben azon pályázati követelmények következménye, amely szerint „a korszerű szemlélet a drogprenziót az egészségfejlesztés (health promotion) kérdéskörében helyezi el” (a pályázati kiírás melléklete). Ugyanakkor a pályázat keretében zajló prevenciós beavatkozások közül tízből kilenc közvetlenül megcélozta a tiltott és/vagy legális szereket, és mindössze 9,3% foglalkozott csak közvetetten a különböző drogokkal.

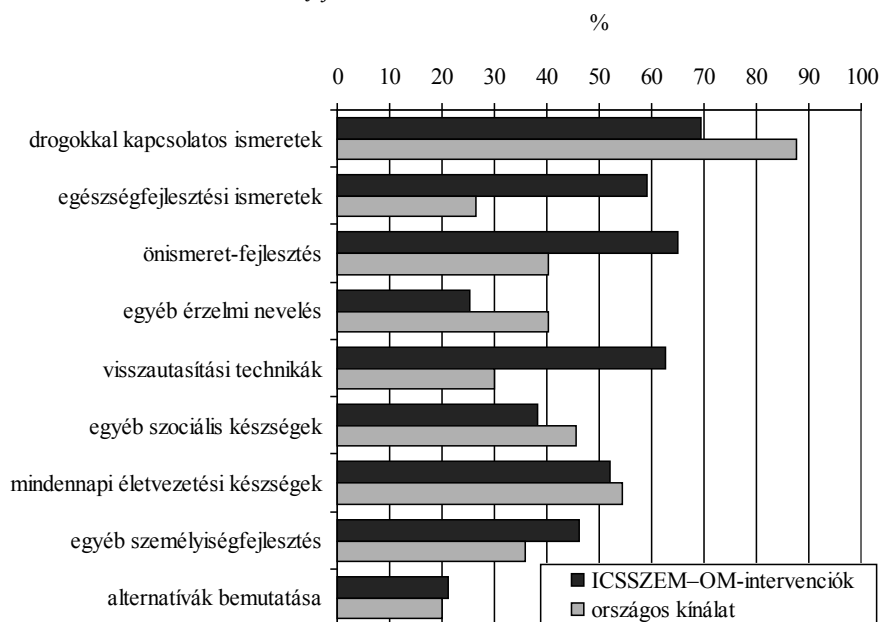
A pályázati kiírásban prioritásként jelent meg a legális és illegális drogok együttes kezelése. A pályázat keretében zajló beavatkozások 94%-a eleget tett ennek a követelménynek, közvetlenül és/vagy közvetve a legális és tiltott szerekek egyaránt foglalkoztak. Mindössze 10 esetben talákoztunk olyan beavatkozással, ahol közvetlenül és közvetetten is csak a tiltott drogokat célozták meg, 3 esetben pedig csak a legális szerekekkel foglalkoztak.

A második fejezetben bemutatott adatok szerint az országos kínálatban megjelenő programok a céljaikat tekintve rendkívül heterogén képet mutatnak, nem

illeszthetőek tisztán a szakirodalomban megjelenő típusokba (lásd az előző, a programkínálattal foglalkozó fejezetben, illetve Paksi és mtsai, 2006). Az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósult beavatkozások esetében még inkább átfedésben voltak egymással a különböző célkitűzések: a nyertes iskolákban zajló prevenciós beavatkozások során – az általunk vizsgált 10 céltételezésből – az országos átlagnál (3,8) több, átlagosan 4,4 célkitűzést jelöltek meg. Mindössze 2 esetben talákoztunk egyetlen cél megjelölésével. A megjelölt célok száma a beavatkozások négyötöde esetében 3 és 6 között mozgott.

Az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben zajló prevenciós beavatkozások célkitűzései között leggyakrabban a drogokkal, valamint az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása, az önismeret-fejlesztés, valamint a visszautasítási technikák fejlesztése jelent meg. A beavatkozások mintegy háromötöde–kétharmada dolgozott ezekkel a céltételezésekkel. 40–50%-a foglalmazott meg mindennapi készségek és/vagy szociális készségek fejlesztésével, illetve személyiségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket, összességében azonban kétharmaduknál megjelent valamilyen készségfejlesztéssel kapcsolatos célkitűzés. Az egyéb érzelmi nevelés és az alternatívák bemutatása a legritkábban előforduló modalitás; ezeket a pályázat keretében zajló beavatkozások negyede-ötöde említette.

81. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése az országos programkínálatban és az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben zajló prevenciós beavatkozások során (a programok/beavatkozások százalékában kifejezve)

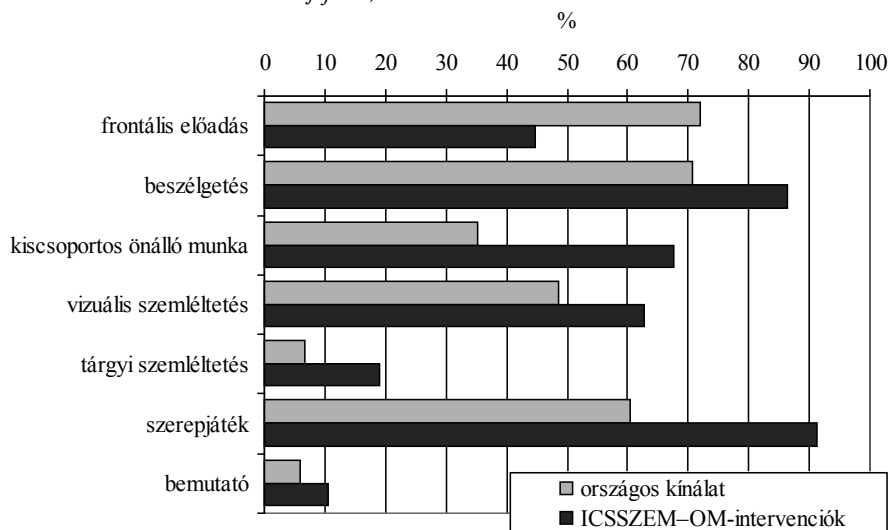


Az országos kínálattal összehasonlítva egyrészt azt tapasztaltuk, hogy az ismeretátadás során az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló beavatkozások inkább fókuszáltak az egészségfejlesztésre, mint a drogfogyasztással kapcsolatos információkra. Másrészt nagyobb szerepet kapott a visszautasítási technikák hangsúlyozása, valamint az önismeret-fejlesztés. Ugyanakkor az országos kínálatban jelen lévő programokhoz képest – a pályázati kiírás hangsúlyai ellenére – a pályázat keretében zajló beavatkozások során valamivel kisebb arányban jelent meg a célok között a szociális készségek, illetve a mindennapi készségek fejlesztése.

Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló beavatkozások módszerei

Az alkalmazott módszerek tekintetében a pályázati rendszerben megvalósuló beavatkozásokra szintén a többféleség jellemző. Átlagosan egy-egy beavatkozás során az általunk vizsgált hét módszer közül 3,8 került alkalmazásra, döntő többségében – tízből kilenc esetben – az alkalmazott módszerek között szerepelt a szerep-, szituációs vagy dramatikus játék módszerének alkalmazása. Hasonló arányban fordul elő a beszélgetés. Nagy népszerűségnek örvend továbbá a pályázat keretében zajló prevenciós beavatkozások módszerbéli repertoárjában a kiscsoportos önálló munka, illetve a vizuális szemléltetés; a prevenciós beavatkozások kétharmada használt ilyen elemeket. Ezek az elemek az országos kínálatban szereplő programokhoz képest is jóval gyakrabban fordulnak elő a pályázat keretében megvalósuló beavatkozások során, és – a pályázati kiírás interaktivitásra vonatkozó kívánalmaival összhangban – más módszerekhez, illetve az országos programkínálatban való előfordulásához képest háttérbe szorultak a frontális elemek.

82. ábra. A különböző módszerek megjelenése az országos programkínálatban és az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben zajló prevenciós beavatkozásokban (a programok/beavatkozások százalékában kifejezve)

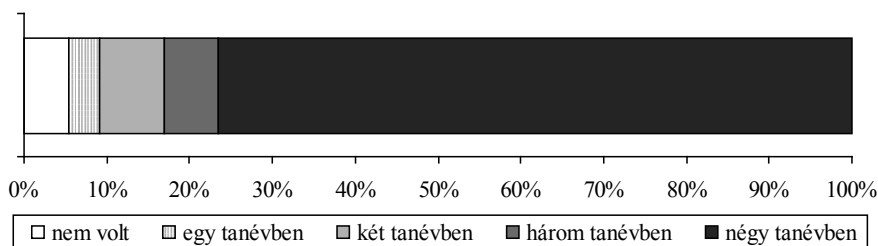


Szintén a módszertani kérdések körébe tartozik a pályázati kiírás azon eleme, mely szerint a prevenciós foglalkozásokon „egy-egy csoport létszáma az átlagos osztálylétszámot nem haladhatja meg. A pályázat keretében zajló programok 97%-a eleget tett ennek a kívánalomnak. Sőt a programok 13%-a esetében csak osztálynál kisebb csoportmérettel dolgoztak, másik 13% esetében osztály és kiscsoport szinten egyaránt zajlottak foglalkozások. Összesen 7 olyan beavatkozással találkoztunk, ahol az osztálynál nagyobb csoportokban, 5 esetben évfolyam szinten (is), 2 esetben pedig részben vagy egészben iskolai szinten zajlott a prevenció.

Az ICSSZEM–OM-PÁLYÁZATBAN RÉSZT VEVŐ ISKOLÁK PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGÉNEK FŐBB JELLEMZŐI A PÁLYÁZATOT MEGELŐZŐ ÉVEKBEN⁸³

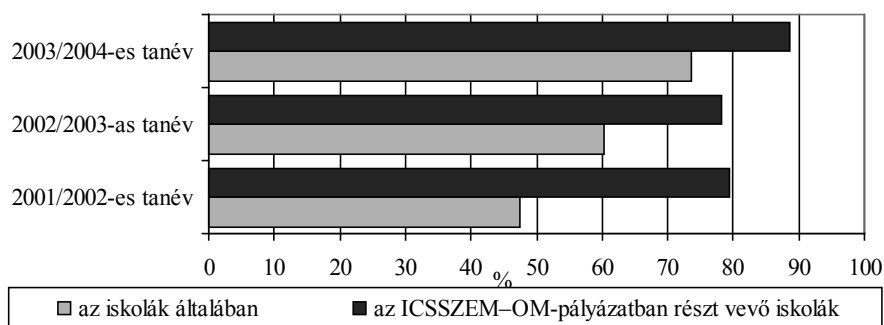
A 2005-ös ICSSZEM–OM-pályázaton nyertes iskolák döntő többsége (95%-a) a diákok körében a megelőző négy tanév valamelyikében is végzett valamilyen prevenciós és/ vagy egészségfejlesztő tevékenységet, az iskolák háromnegyede pedig minden évben.

83. ábra. A pályázaton nyertes iskolák eloszlása aszerint, hogy a megelőző négy tanévből hányban volt prevenció/egészségfejlesztés (%)



Ha a nyertes iskoláknak a pályázati éveket megelőző tanévekben kifejtett prevenciós aktivitását összehasonlítjuk a magyarországi közoktatási intézményekre jellemző – a fejezet korábbi részeiben leírt – aktivitással, azt mondhatjuk, hogy a 2005. évi ICSSZEM–OM-pályázaton nyert iskolák a korábbi években (is) jóval nagyobb arányban végeztek a diákok körében egészségfejlesztési/prevenciós munkát, mint általában az iskolák, tehát a pályázati rendszer az egyébként is nagyobb aktivitású iskolákat tudja megszólítani.

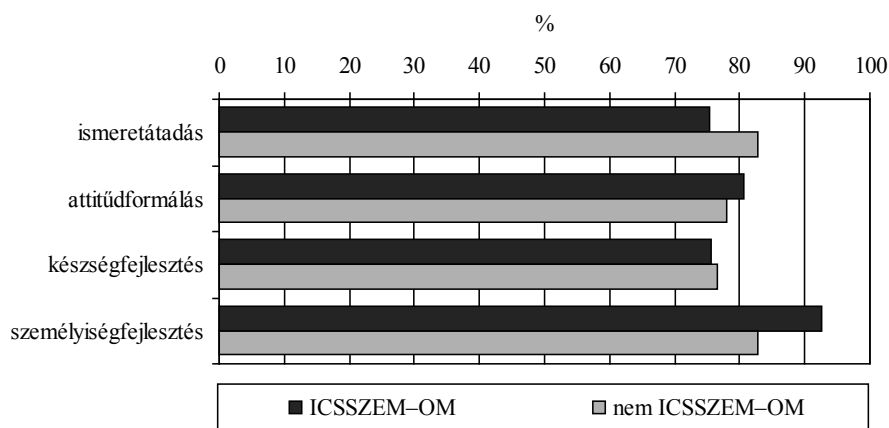
84. ábra. Az egyes tanévekben prevenciós aktivitást mutató iskolák aránya az elmúlt négy évben általában a közoktatási intézményekben és a nyertes iskolák körében (%)



⁸³ A további elemzések alapját a pályázatban részt vevő iskolák mintegy 30%-ára, 95 iskolára kiterjedő adatfelvétel adatai képezik.

A 2005/2006-os tanévben a nyertes iskolák közel 30%-ában az ICSSZEM–OM finanszírozásával folyó prevenciós tevékenység mellett más prevenciós program is zajlott. Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében megvalósuló beavatkozásokban a korábbi és a 2005/2006-os tanévben nem ICSSZEM–OM finanszírozással megvalósuló prevenciós tevékenységhez képest – a pályázati kiírásban meghatározott prioritásokkal összhangban – valamelyest kisebb arányban koncentráltak az ismeretátadásra, és nagyobb mértékben a személyiségfejlesztésre.

85. ábra. Mire koncentráltak az iskolák a 2005/2006-os tanévben az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben, ill. az azon kívül megvalósított prevenciós tevékenység során (%)



Az ICSSZEM–OM pályázati program keretében megvalósuló prevenciós/egészségfejlesztési beavatkozások 43%-ában jelent meg az integrált holisztikus megközelítés, ami – a pályázati prioritások közötti hangsúlyozottsága ellenére⁸⁴ – a programban részt vevő iskolák korábbi, illetve az aktuális évben más forrásból finanszírozott prevenciós tevékenységében általában jellemző aránnyal gyakorlatilag megegyező.⁸⁵

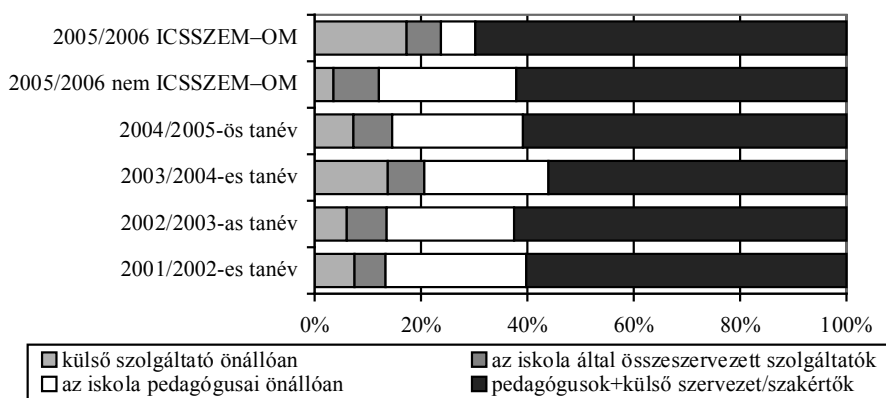
Az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben végzett prevenciós/egészségfejlesztő tevékenység az iskolák döntő többségében (93,5%-ában) külső szolgáltatók (prevenciós szervezetek, ill. szakértők) bevonásával történt. A nem ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében zajló prevenciós tevékenység során az iskola és a külső szakmai szolgáltatók között jellemző munkamegosztáshoz képest az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló programok megvalósítására kevésbé vállalkoztak a pedagógusok önállóan (mindössze az iskolák 6,5%-ában végezték a diákok interveniálását önál-

⁸⁴ „A legjobbak azok a dropprevenciós módszerek, melyek [...] az egészségfejlesztés egész-szerű (holisztikus) modelljét alkalmazzák.” (Lásd: pályázati kiírás.)

⁸⁵ A legkisebb értékkel jellemezhető évek adatától is csak kétharmados biztonsággal különbözik szignifikánsan.

lón). A külső szolgáltató munkáját igénybe vevő iskoláknak azonban csak kisebb részében, körülbelül minden negyedik iskolában bízták a pályázat megvalósítását a kizárólag külső szolgáltatókra vagy az iskola által meghívott szakértőkre. Nagyobb részben – 70%-ban – a pedagógusok a külső szolgáltatók közreműködése, szakmai irányítása mellett, de maguk is részt vállaltak a diákok körében végzett prevenció/szervezésfejlesztő munkában.

86. ábra. Kik végezték a prevenció tevékenységet a pályázaton nyertes iskolában a különböző tanévekben? (az iskolák %-ában)



Az iskolák 90%-a olyan prevenció szakmai szolgáltatóval vett részt a pályázaton, akivel volt korábban valamilyen kapcsolata.⁸⁶ Az iskolák 70%-a esetében több szálon is kapcsolatban állt az iskola a kiválasztott szolgáltatóval. A szolgáltató kiválasztásával kapcsolatos döntés meghozatalában a pályázat keretében zajló prevenció/szervezésfejlesztési munkát összefogó személy, az egészségfejlesztő tanárok, illetve az iskola vezetése vett részt, a diákok, illetve a szülők bevonása az iskolák döntő többségében nem jellemző. A szolgáltató kiválasztásával kapcsolatos döntés meghozatalában – a prevenció kulcsszereplők válasza alapján – elsősorban a szolgáltató programjának az iskola igényeihez való illeszkedése, illetve a megelőző személyes tapasztalat játszott szerepet. Jellemzően „inkább nem” befolyásolták az iskola döntését az anyagiak, illetve a prevenció tevékenységben az iskola tehermentesítésére irányuló szempontok.

Az adatok arról is informálnak, hogy a közoktatási intézmények többnyire elégedettek a prevenció szolgáltatókkal. Az iskolák több mint háromnegyedéről

⁸⁶ Itt jegyezzük meg, hogy mintánkban mindössze 4 olyan iskolával találkoztunk, akiknek egyáltalán nem volt ez idáig egyetlen szakmai szolgáltatóval sem kapcsolata, ugyanakkor 10% pályázott olyan szolgáltatóval, akivel nem volt korábban kapcsolatban.

elmondható, hogy kevésbé kötött pályázati feltételek mellett sem változtatna a szakmai szolgáltatón. Ugyanakkor a pályázati finanszírozás elmaradása esetén az intézmények több mint fele nem venne igénybe külső szolgáltatót.

AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MUNKAKÖZÖSSÉGEK TEVÉKENYSÉGE⁸⁷

Az iskolák egyharmadában a 2005/2006-os év folyamán (főleg október–november hónapban), míg valamivel több, mint minden második iskolában ennél régebben – többnyire a pályázati évet megelőző két-három évben – alakult meg az Egészségfejlesztési munkaközösség, melynek munkájában, iskolánként jelentős különbségekkel, átlagosan 6 fő vett részt.

A munkaközösségek tagjainak több mint fele ezen funkciója mellett valamilyen szaktárgyat is tanított az iskolában, s közülük tízből heten egyben osztályfőnökök is voltak. Az egyéb, speciális iskolai funkciókat viselők előfordulási aránya a munkaközösségi tagok között 10%-ot alig meghaladó vagy annál alacsonyabb volt. Az iskolai egészségnevelők meglehetősen alacsony (8%) arányban, mindössze 30 iskolában, összesen mintegy 40-en vettek részt a munkaközösségben. Valamivel jobb a helyzet a gyermek- és ifjúságvédelmi felelősök és az iskolai drogügyi koordinátorok esetében. Előbbiek közül 60 iskolában 65 fő vett részt az Egészségfejlesztési munkaközösség munkájában, míg utóbbiak közül 56 fő 52 iskola munkaközösségében tevékenykedett. Az iskolaorvosok, iskolapszichológusok csak elvétve (összesen a tagok 1%-a) képviseltetik magukat az egészségfejlesztési munkaközösségekben.

A munkaközösségek összetételét elsődlegesen az egészségfejlesztés iránti elkötelezettség, illetve az e területen szerzett ismeretek, valamint a tapasztalat és a gyakorlat határozta meg. Szerepet játszott mindazonáltal az önkéntesség is, illetve hogy egy adott személy milyen egyéb funkciókat tölt be az iskolában.

Az egészségfejlesztési munkaközösségek tevékenységének értékelése

Az egészségfejlesztési munkaközösség ülésezési gyakoriságát az iskolák döntő többségében (tízből 8–9 iskolában) az elvégzendő feladatok határozták meg, akkor is, ha volt elvileg meghatározott ülésezési rend. Az iskolák többségében a munkaközösségek 2–6 alkalommal – leginkább jellemzően 3–4-szer – üléseztek a 2005/2006-os

⁸⁷ Az egészségfejlesztési munkacsoporttal kapcsolatos kutatási fázis során 94 iskolában 489 munkaközösségi tag megkérdezésére került sor.

tanévben.⁸⁸ Három iskolában viszont a tagok egyöntetűen úgy nyilatkoztak, hogy az adatfelvétel időpontjáig⁸⁹ még nem ült össze a munkaközösség.

A munkaközösségek tevékenysége – a tagok vélekedése szerint – meglehetősen szerteágazó: az általunk felsorolt 16 lehetséges tevékenység mindegyike esetében a skála középértékénél (2,5) magasabb érték mutatkozott. Általánosságban úgy tűnik, hogy a munkaközösségek figyelmének a fókuszát a diákok jelentették, illetve a pályázat által kötelező elvárásként megfogalmazott egészségfejlesztési, illetve drogstratégia elkészítése. A leghátrébb a szülőkre, illetve a saját továbbképzésre vonatkozó tevékenységeket sorolták. A munkaközösségek tevékenysége szempontjából meghatározó tényezőnek bizonyult, hogy van-e az iskolában valamilyen egészségfejlesztéssel kapcsolatos funkció (iskolapszichológus, drogkoordinátor, egészségnevelő stb.).

22. táblázat. A különböző célok megjelenése az egészségfejlesztési munkaközösségek tevékenységében⁹⁰

CÉLOK	ÁTLAGOS SKÁLAPONTÉRTÉK
Az egészségfejlesztés/prevenció gondolatkörének népszerűsítése a diákok körében	3,71
Az iskola egészségfejlesztési, ill. drogstratégiájának elkészítése	3,63
Az iskolai egészségfejlesztési/prevenációs tevékenység koordinálása	3,51
Az egészségfejlesztési/prevenációs lehetőségek megismerése	3,44
Cselekvési terv elkészítése	3,38
Szervezési feladatok ellátása	3,38
A munkaközösség végzi a diákok körében a prevenációs munkát	3,34
Egészségfejlesztési/prevenációs programok kidolgozása	3,32
Pályázatok figyelése	3,28
Az egészségfejlesztési/prevenációs programok kiválasztásával kapcsolatos döntések	3,26
Az egészségfejlesztés/prevenáció gondolatkörének népszerűsítése a pedagógusok körében	3,25
Az iskolai egészségfejlesztés/prevenáció operatív irányítása	3,23
Szakmai szervezetekkel való kapcsolattartás	3,22

⁸⁸ Az ülések számát meglehetősen nagy szórással adták meg a tagok egy-egy munkaközösségen belül.

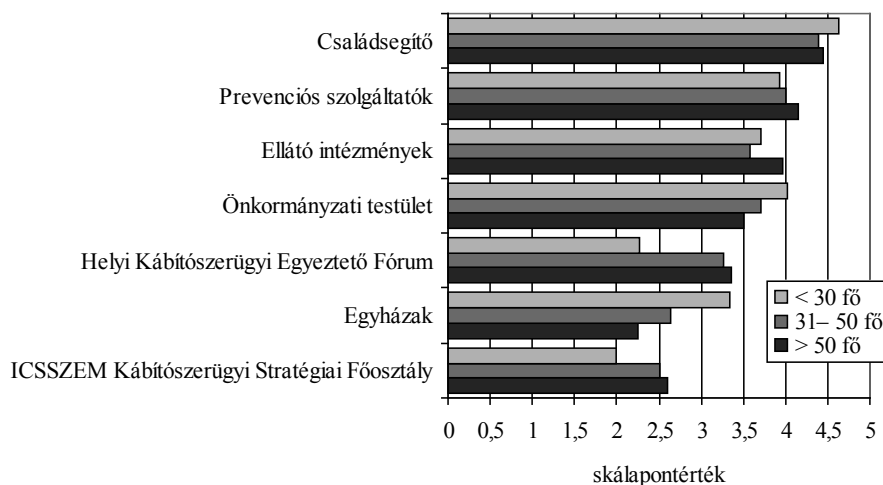
⁸⁹ Az adatfelvétel 2006. április–május hónapban, tehát már a tanév végéhez közel történt.

⁹⁰ A megkérdezettek a válaszaikat 4 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy a vizsgált cél „egáltalán nincs” jelen a munkaközösség tevékenységében, a 4-es pedig, hogy „nagy-mértékben” jelen van.

Az egészségfejlesztés/prevenció gondolatkörének népszerűsítése a szülők körében	3,16
A munkaközösségi tagok tudásának elmélyítése, folyamatos karbantartása	3,12
Egészségfejlesztési/prevenációs továbbképzések kiválasztása	2,93

A munkaközösségek a családsegítőkkal, az iskola-egészségügyi szolgálatokkal, valamint a nevelési tanácsadókkal ápták a legszorosabb szakmai kapcsolatot, míg az ICSSZEM Kábítószerügyi Stratégiai Főosztályával vagy az egyházakkal alig-alig. A tantestületek mérete több esetben szignifikáns összefüggést mutatott a különböző szervezetekkel történő kapcsolattartással: az egyházakkal, illetve az önkormányzati testülettel a kisebb tantestületek lényegesen intenzívebb viszonyt ápolnak, míg például a minisztériummal vagy a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokkal pontosan ellentétes a helyzet.

87. ábra. Milyen mértékben van szakmai kapcsolata az egészségfejlesztési munkaközösségeknek az egyes intézményekkel a tantestületek méretének függvényében⁹¹



A munkaközösségi tagok véleményeiben – azon túl, hogy a vizsgált dimenziók többségében kedvező értékeket kaptunk – az tükröződött, hogy általános elvi szinten fontos és hasznos dolognak tartják a munkaközösségeket, az azokban végzett tevékenységeket, szívesen vesznek részt annak a munkájában, és a külső szakértők/ szolgálatok tevékenységével elégedettek. Ugyanakkor a tagoknak a munkaközösség iskolai elismertségére, illetve hatására vonatkozó percepciói már kevésbé egyértel-

⁹¹ Az 1-es érték azt jelentette, hogy „egyáltalán nincs kapcsolat”, az 5-ös pedig azt, hogy „intenzív” a kapcsolat.

műek. Hasonlóképpen kisebb az egyetértés a munkaközösségnek a tagok szakmai fejlődésére gyakorolt hatásával kapcsolatban.

23. táblázat. A tagok véleménye az Egészségfejlesztési munkaközösség tevékenységéről (az állításokkal való egyetértés mértékét kifejező skálapontértékek átlagai)⁹²

ÉRTÉKELÉSI DIMENZIÓK	ÁTLAGOS SKÁLAPONTÉRTÉK	SZÓRÁS
A TAGOK SZAKMAI FEJLŐDÉSÉVEL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK		
Sokat tanulok ezeken az összejöveteleken	3,97	0,97
Sok olyan kérdésre kaptam választ, ami már régóta foglalkoztatott	3,65	1,05
Amióta a munkaközösség munkájában részt veszek, sok mindenről megváltozott a véleményem	2,84	1,17
A MUNKAKÖZÖSSÉG TEVÉKENYSÉGÉNEK HATÁSÁVAL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK		
A munkaközösség jótekonny hatással van a közvetlenül részt vevő kollégákra	3,98	0,96
Az iskolában a többiek fontosnak tartják a munkánkat	3,50	1,02
A munkaközösség jótekonny hatással van a közvetlenül részt nem vevő kollégák tevékenységére	3,37	1,02
A munkaközösségnek van beleszólása az iskola életébe	3,75	1,02
ÁLTALÁNOS, ELVI ÉRTÉKELŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK		
Fontos, hasznos dolognak tartom a munkaközösség létrejöttét	4,51	0,80
Fontos és hasznos dolognak találok, amit a munkaközösségben csinálunk	4,49	0,81
Szívesen veszek részt a munkaközösség munkájában	4,34	0,89
Nem igazán értek egyet a munkacsoport tevékenységével	1,63	1,18
A KÜLSŐ SZAKÉRTŐK/SZOLGÁLTATÓK TEVÉKENYSÉGÉVEL KAPCSOLATOS VÉLEMÉNYEK		
A munkaközösségben részt vevő külső szakértőt felkészültnek találok	4,49	0,75
A szakmai szervezet figyelembe veszi iskolánk sajátosságait	4,23	0,85

⁹² A megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es érték azt jelentette, hogy az adott állítással „egáltalán nem értek egyet” az 5-ös pedig, hogy „teljes mértékben egyetértek”.

AZ ISKOLÁK PREVENCIÓS AKTIVITÁSÁRA VONATKOZÓ KUTATÁSI ADATOK ÖSSZEGZÉSE

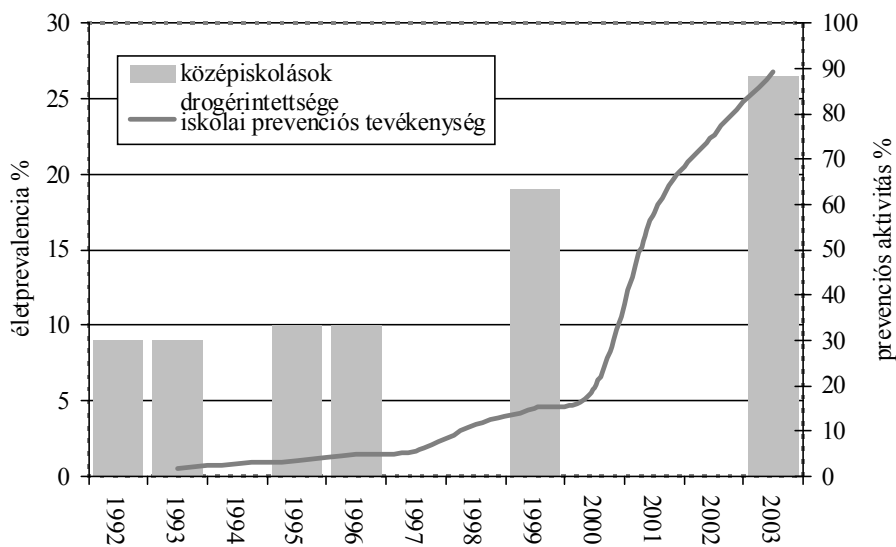
Az iskolai prevenció expanzív időszakának jellemzői

A kilencvenes évek végéig csak elvétve zajlott prevenció/szegélyfejlesztő tevékenység a közoktatási intézményekben, s az ezredfordulón is csak az iskolák egyötöde szerzett ilyen irányú tapasztalatot. Igazi lendületet az iskolai prevenció/szegélyfejlesztés a 2001/2002-es tanévben vett, amikor is – feltehetően éppen az ISM–OM-finanszírozással megvalósuló, „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című projekt keretében – az iskolák további kétötöde indított valamilyen (többször a legális és/vagy illegális szerhasználat interveniálását [is] célul kitűző) prevenció programot. A 2003/2004-es tanévben már tíz iskolából kilenc rendelkezett valamilyen prevenció tapasztalattal, s az iskolák háromnegyede végzett aktuálisan is valamilyen prevenció/szegélyfejlesztő tevékenységet.

Összességében az iskolák prevenció tevékenységbe való bekapcsolódásának dinamikája alapján a 2001 és 2004 közötti periódust az iskolai prevenció expanzív időszakának tekinthetjük. Tartalmi/minőségi változásokat ebben az időszakban nem nagyon tapasztaltunk: a megcélzott területek, a programok tartalma, az alkalmazott modalitások vagy az iskolák bevonódása tekintetében egyaránt meglehetősen stabilitás jellemzi az évezred első éveit.

A prevenció programok elterjedésének első éveiben, a 2001–2003 közötti időszakban az iskolai prevenció/szegélyfejlesztési tevékenység által messze a leggyakrabban megcélzott terület a legális és/vagy illegális szerhasználat volt. Ha a közoktatási intézmények prevenció/szegélyfejlesztő munkába való bekapcsolódásának trendjét összevetjük az intervenciók dominánsan megcélzott területére, a drogprobléma alakulására vonatkozó epidémiailati adatokkal, azt láthatjuk, hogy az iskolák prevenció tevékenysége megkésve reagált a beavatkozás tematikája alapján annak célját jelentő jelenség epidémiájára, a középiskolások drogérzékenysége alakulására. A középiskolás populációban végzett drogepidemiológiai vizsgálatok (Elekes és Paksi, 1996, 2000) már a kilencvenes évek második felében – regionális és helyi jellegű vizsgálatok alapján vélhetően 1997–1998-tól – a fiatalok drogérzékenysége ugrásszerű növekedését jelezték. Erre az epidémiailati kihívásra a közoktatási rendszer csak 3–4 éves késéssel, az ISM–OM finanszírozásával megvalósuló támogatási rendszer beindulásával azonos időben kezdett reagálni. Ez azt jelzi, hogy az iskolák prevenció tevékenysége kevésbé 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 drogtematika dominanciájában – is megjelent. (Lásd a 88. ábrát a következő oldalon.)

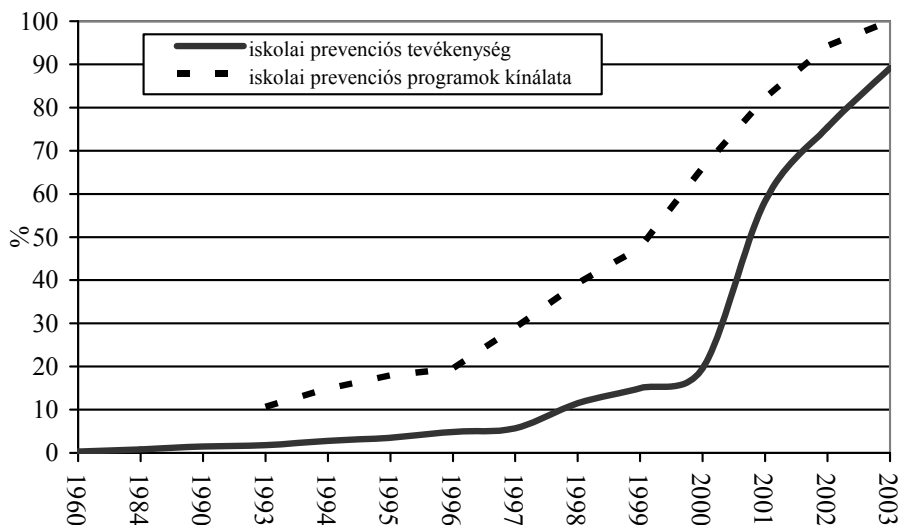
88. ábra. A középiskolások drogérzékenysége (a biztosan droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia-értéke a 10. évfolyamos középiskolások körében – a bal oldali tengely), valamint az iskolák prevenció aktivitásának alakulása (az iskolák százalékában – jobb oldali tengely)



Az epidemiológiai adatok forrása: Elekes és Paksi (1996, 2000, 2003)

Ha a közoktatási intézmények prevenció aktivitásának trendjét összevetjük az előző fejezetben bemutatott iskolai drogprevenció szintjén jelen lévő szolgáltatások kínálatának trendjével, azt láthatjuk, hogy az iskolák a prevenció szintjén kevésbé aktív szereplői, prevenció aktivitásuk inkább a kínálatot követő, mintsem azt meghatározó módon alakult.

89. ábra. A közoktatási intézmények bekapcsolódása az iskolai prevenció/szegélyfejlesztő tevékenységbe (az iskolák kumulált százalékában kifejezve), valamint a prevenció szolgáltatások megjelenésének alakulása (a jelenleg ismert programok indítási éve alapján)



Az iskolai prevenció expanzív időszakában az iskolák prevenció tevékenysége elsősorban nem saját kapacitásokkal, hanem külső szolgáltatók bevonásával zajlott. Az iskolák a prevenció szintér kevésbé aktív szereplőinek mutatkoztak ezekben az években. A közoktatási intézmények prevenció aktivitásának az iskolai drogprevenció szintjén jelen lévő szolgáltatások kínálatát kifejező trenddel való összevetése arra utal, hogy az iskolák prevenció aktivitása inkább a kínálatot követő, mintsem azt meghatározó módon alakult.

Mint említettük, ezt az időszakot a prevenció tevékenységnek az iskolai szintjén való elterjedése, mennyiségi növekedése jellemezte, s az alkalmazott programok tartalmi/minőségi jellemzői tekintetében érdemleges változásokat nem tapasztaltunk. A különböző programjellemzők közül egyedül a programok időtartama tekintetében mutatkozott a 2003/2004-es tanévben a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő irányba való elmozdulás a korábbiakhoz képest. Ez egyrészt azt jelentette, hogy az iskolák programválasztásaiban nem voltak megfigyelhetők az olyan, a szakma elvárásait inkább leképező irányba való elmozdulások, mint az interaktív oktatási módszerek alkalmazása (Tobler, 1997; Tobler és Stratton, 1997), vagy a normatív hiedelmek megváltoztatására irányuló (Flay, 2000; Taylor, 2000; Reis és mtsai, 2000), illetve a szociális befolyásolást, a társas kompetenciákat javító tartalmak (Hansen, 1992; Dusenbury és Falco, 1995; Paglia és Room, 1999; Tobler és mtsai, 2000; Tobler, 2001; Soole, Mazerolle, Rombouts, 2005) térhódítása. Hasonlóképpen nem ta-

pasztaltunk a komplex, integrált szemléletű programok irányába való elmozdulást sem. Ugyanakkor nem csökkent az ismeretátadásra fókuszáló programok aránya, holott a szakirodalom ma már ezeket a beavatkozásokat nem tekinti hatékony megközelítéseknek (Werch és Owen, 2002; Soole, Mazerolle, Rombouts, 2005), sőt azok „a nem kívánt hatások kockázatát is” magukban rejthetik (EMCDDA, 2008: 33.). 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, amelyeket a korszerű szakirodalom nem tart hatékonynak (EMCDDA, 2005).

A programok tartalmi jellemzőinek változatlansága azt is jelentette, hogy az iskolák által alkalmazott prevenciós beavatkozások kiválasztása során nem mutatkoztak spontán evaluatív folyamatok beindulására utaló elemek: a megvalósult prevenciós beavatkozások tapasztalatai, az azokkal kapcsolatos vélemények nem tükröződtek a későbbi programválasztásokban. Úgy tűnik, mintha a prevenciós színtér kínálatkorlátozott piacként jelent volna meg az iskolák számára. Ennek egyik oka lehetett a strukturált programleírások hiánya, a prevenciós programok kínálatát illetően az iskolák alulinformáltsága, az információhiány dominálta „kényszerválasztás”.

Az iskolai prevenciós tevékenység szükségletekre, illetve szakmai trendekre egyaránt kevésbé reagálásának oka lehet az is, hogy a prevenciós tevékenységek megválasztása nem tartozik a magasan priorizált iskolai döntések közé. Adataink azt jelezték, hogy a nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, inkább nevelési jellegű feladatok jelen vannak ugyan a pedagógusi szerepelvárások között a szakma gondolkodásában, a tudásátadáshoz közvetlenül kapcsolódó feladatokhoz képest azonban ezek kevésbé hangsúlyosak, egyértelműek. E feladatoknak a szerepelvárásokban megmutatkozó viszonylagos háttérbe szorulása fokozottan megjelenik a szerepek gyakorlása során, azaz a tényleges pedagógusi munkában. A pedagógusok értelmezése szerint a nevelési feladatok, az elemi kulturális technikák átadása nem minősül szakmai munkának, nem hordoz oktatási potenciált.

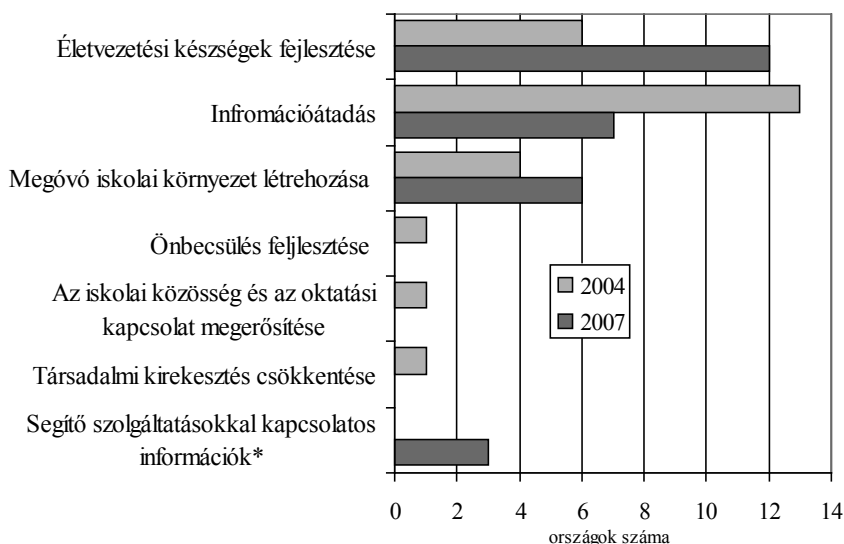
Az iskolák prevenciós aktivitása az utóbbi 3 évben

Az iskolák prevenciós tevékenységbe való bekapcsolódásának extenzív időszakaként jellemzett, 2001–2004 között időszak végén tíz iskolából kilencben már aktuálisan is folyt valamilyen prevenciós tevékenység. Ez az arány az utóbbi években stabilizálódni látszik, az egyes tanévekben az iskolák 85–88%-ában zajlik valamilyen prevenciós beavatkozás, melynek következtében azt mondhatjuk, hogy – az ezredfordulót követő évekhez képest – az utóbbi 3 évben a prevenciós tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: az ezredforduló első éveiben jellemző mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlik valamilyen

prevenciós beavatkozás. A beavatkozások rendszeressé válása minőségi változásra utaló tendenciaként értelmezhető, tekintettel arra, hogy a szakirodalom szerint (Soole, Mazerolle, Rombouts, 2005) a beavatkozások hatásosságát növeli, ha egy éven belül ismétlésre vagy a beavatkozás bizonyos elemeinek felfrissítésére kerül sor.

Az utóbbi években megszűnni látszik az ismeretátadásra koncentrálni megközelítés dominanciája az iskolák prevenciós tevékenységében: kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy ismeretátadásra (is) koncentrálni megközelítések szerepe 2006 és 2009 között csökkent, míg az összes többi irányzat esetében azok fokozott jelenléte irányába mutató tendencia mutatkozik. Mindazonáltal az iskolákban zajló prevenciós/egészségfejlesztési beavatkozások több mint felében ma is jelen vannak ismeretátadásra vonatkozó célkitűzések, s a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat javító tartalmak előfordulási aránya ma is csak felére tehető az ismeretátadási tartalmak előfordulásának. Ugyanakkor az EMCDDA által a tagállamok szakértői körében gyűjtött kvalitatív adatok arra engednek következtetni, hogy „az elmúlt években az egyetemes iskolai drogprevenció célkitűzései terén Európában történt némi hangsúlyváltás. 2007-ben a prevenciós 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.) (lásd 90. ábra). Összességében azt mondhatjuk, hogy a hazai iskolák világában a programok tartalma vonatkozásában tapasztalt struktúra ma sem tekinthető a szakirodalom és a nemzetközi gyakorlat alapján (EMCDDA, 2008) korszerű programstruktúrának. Bár az utóbbi években megfigyelhető elmozdulások kedvezőek. (Lásd a 90. ábrát a következő oldalon.)

90. ábra. Az iskolai megelőzés elsődleges célkitűzéseinek változása Európa országában (2004-ben N=26; 2007-ben N=28)



* 2004-ben nincs adat.

Forrás: a 2004-es adatok: EMCDDA, 19 Standard tábla; a 2007-es adatok: MUSTAP, 22 kérdés

Az iskolai prevenciós beavatkozások időtartamának jellemzőiben már az excesszív időszak utolsó évében mutatkoztak kedvező változásokra utaló tendenciák: míg 2001 és 2002 között az iskolák fele 8–9 órát vagy annál kevesebb időt fordított prevencióra évente, a 2003/2004-es tanévben a prevenciós foglalkozások mediánja 10 órára növekedett, és azóta is stabilan az iskolák felében több mint évi 10 órában zajlik prevenciós tevékenység. A leggyakrabban előforduló időtartamok alapján pedig azt mondhatjuk, hogy az utóbbi három évben a kedvező változások folytatód-
tak: a legnagyobb arányban ma már nem 3–5 órás, hanem 10–20 órás prevenciós beavatkozások zajlanak.

Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül, ma már a drogprevenciós programokkal azonos arányban szerepelnek az iskolai szintén a mentálhigiénével, valamint a táplálkozással foglalkozó prevenciós intervenciók. Talán a tematika ilyenén megvál-
tozása, a pedagógusok által – kompetenciahatárookra való hivatkozással – erőteljesen hátrított⁹³ drogprevenciós téma háttérbe szorulása is közrejátszhatott abban, hogy

⁹³ A drogprevenciós programokról folytatott beszélgetések során a korábbi vizsgálat alkalmával a pedagógusok közül többen úgy vélték, hogy „a drogkérdéshez a pedagógusok nem értenek, és ezért van szükség külső szakértő bevonására”.

az iskolákban zajló prevenció/egészségfejlesztő programok ma már nem elsősorban külső szolgáltatók által lebonyolított beavatkozások. Míg az ezredfordulót követő években a prevenció beavatkozások háromötödében a szolgáltatók önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül végezték a prevenció tevékenységet, addig az utóbbi években jellemzően a külső szolgáltató az iskola pedagógusaival együtt végzi a megelőzést.

Az iskola világában alkalmazott prevenció beavatkozások tartalmi jellemzőinek az utóbbi években tapasztalt kedvező irányú elmozdulása mellett azonban az iskolai kompetenciák/kapacitások területén kedvezőtlen irányú elmozdulásokat tapasztaltunk. A 2009-es kutatási eredményeink – a korábbi vizsgálat tapasztalataihoz hasonlóan – azt mutatják, hogy a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó, nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, inkább nevelési jellegű feladatok a tudásátadáshoz közvetlenül kapcsolódó feladatokhoz képest ma is kevésbé hangsúlyosan vannak jelen a pedagógusok szerepfelfogásában s a tényleges pedagógusi munka során. A 2004-es vizsgálat adataival összehasonlítva 2009-re elsősorban a pedagógusi szerepfelfogás tekintetében tapasztaltunk változásokat. A változások iránya alapján úgy tűnik, hogy a pedagógustársadalom a szerepelvárások és a tényleges pedagógusi tevékenység korábban tapasztalt ellentmondását az utóbbi években inkább negatívan, a szerepelvárások csökkentésével próbálta orvosolni.

A korábbi évekhez képest a pedagógusok között tendenciájában csökkent a prevenció/egészségfejlesztési kompetenciákat növelni hivatott továbbképzésen résztvevők aránya is.

Az öt évvel korábbi állapothoz képest 2009-ben szignifikánsan nagyobb arányban találtunk olyan iskolákat, ahol a prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására nem rendelkeznek semmilyen intézményi kapacitással. Az e tekintetben a korábbi vizsgálat során is deficittel jellemezhető – vidéki és/vagy általános iskolai képzést (is) folytató, illetve kis létszámú tantestülettel rendelkező – intézményekben volt tapasztalható a legnagyobb mértékű csökkenés az elmúlt 5 évben.

Jelentősen visszaszorult a drogügyi koordinátor szerepe is az iskola világában: míg korábban az iskolák több mint felében volt drogkoordinátor, ma tíz iskolából csak kettőben találkozhatunk ezzel a funkcióval.

Az iskolák/pedagógusok prevenció aktivitásával kapcsolatos egyéb tapasztalatok

Az iskolai kompetenciák/kapacitások területén tapasztalt hiányosságok és kedvezőtlen irányú elmozdulások megértése, illetve kezelése szempontjából a kutatás fontos tapasztalatát jelentik az ezen a területen mutatkozó összefüggések. Ilyen összefüggés a pedagógusi szerepfelfogás és a pedagógusi gyakorlat között megmu-

tatkozó kapcsolat. Az, hogy a pedagógus a különböző iskolai feladatok milyen széles körét tudja beiktatni a tevékenységébe, a kutatás adatai alapján erős összefüggést mutat azzal, hogy milyen mértékben érzi az egyes tevékenységtípusokat általában a pedagógus feladat-, avagy kompetenciakörébe tartozónak. Tehát a pedagógusi szerep személyes értelmezése befolyásolja, hogy a pedagógus valójában milyen területekre koncentrál a tényleges tevékenysége során, hogy a napi munkájában milyen tevékenységek túlsúlyát észleli, hogy miről számol be. Ez azt jelzi, hogy a pedagógusok képzése/továbbképzése kapcsán a pedagógusi szerepkörrel kapcsolatos vélemények formálása jótékony hatással lehet a pedagógusok oktatáson túlmutató tevékenységekben való személyes szerepvállalása szempontjából.

A fentiekben megfogalmazott tapasztalat különösen fontos lehet annak fényében, hogy az adatok azt mutatták, az oktatói munkán túlmutató nevelési dimenziókra fókuszáló képzések/továbbképzések révén nem válnak motiváltabbá és/vagy alkalmasabbá az azokon résztvevők e feladatok felvállalására. Az adatok alapján megkockáztathatjuk azt az állítást, hogy a jelenlegi képzési/továbbképzési struktúra nem alkalmas a – pedagógustársadalom szubjektív érzeteiben (is) megjelenő – képzettségi kompetenciahiány tartalmi orvoslására, a pedagógustársadalom egészségfejlesztési potenciáljának javítására, és/vagy dominánsan más tényezők húzódnak meg a pedagógusi feladatok e szegmensével szemben megnyilvánuló hátrítási mechanizmusok mögött, olyanok, melyekre az egészségfejlesztéssel kapcsolatos speciális képzések nincsenek hatással.

A tudásátadáson túlmutató pedagógusi feladatok tekintetében jelentkező preferenciák – a jelenlegi képzési tartalmak, struktúrák mellett – kevésbé a pedagógusokat képző intézményekhez, azok profiljához kötődnek, sokkal inkább a gyakorlatban eltöltött évekhez, a közoktatási intézmények jellemzőihez (mint például az intézménynek a diákok életkorából [is] következő szerepfelfogása vagy nevelési légköre). Úgy tűnik, hogy a pedagógusi szerepfelfogás és -gyakorlás szempontjából a képző intézmények pályaszocializációs potenciálja elmarad a munkahely sajátos szocializációs lehetőségeitől.

A pedagógusképzési/-továbbképzési tartalmak vonatkozásában egy lehetséges kompetencianövelési út az én-hatékonysággal kapcsolatos hiedelmek alakítása. Az irodalmi adatok is felhívják a figyelmet az én-hatékonysággal kapcsolatos hiedelmek fontosságára, mint olyan tényezőre, amelynek jelentős befolyása van a mentálisegészség-promóció mibenléte szempontjából. Az én-hatékonyság növelése általában fontos tényező lehet a pedagógusok egészségfejlesztési feladatvállalása tekintetében, ezt a vizsgálatunkban mutatkozó összefüggések is megerősítik. Mindazonáltal a kutatásunk során mért kedvező én-hatékonysági érték ismeretében feltehetően nem ez a leginkább hatékony – a fejlesztés/fejlődés szűk keresztmetszetét elimináló – útja a pedagógusok körében a prevenció/egészségfejlesztő aktivitások fokozásának.

Hasonlóképpen, a pedagógusok önértékelése is erős szignifikáns kapcsolatot mutat az egészségfejlesztéssel kapcsolatos felfogásukkal és aktivitásukkal. Azonban – mivel a pedagógustársadalom az önértékelés tekintetében sem rendelkezik kompetenciadeficittel – feltételezhető, hogy az önértékelés növelése sem tartozik prevenció/szervezésfejlesztési aktivitásuk növelésének leghatékonyabb módjai közé. Elképzelhető, hogy más, az egészségfejlesztési aktivitással hasonlóan szignifikáns kapcsolatot mutató, ám nagyobb hiányokkal jellemezhető terület fejlesztése jelentheti a szűk keresztmetszetek feloldását.

Az elemzések rámutatnak egy rendkívül fontos, azonban a prevenció/szervezés előmozdítására tett kezdeményezések során nem kellő súllyal kezelt tényezőre, nevezetesen, hogy a szervezeti bizalmat leíró jellemzők túlnyomó többsége mentén szignifikáns pozitív korreláció mutatkozik azzal, hogy a pedagógusok mennyire tartják fontosnak, és mennyire iktatják be tevékenységeik közé az egészségfejlesztés/prevenció témakörét is hordozó, ismeretátadáson túlmutató feladatokat. Azokban az iskolákban, ahol a szervezeti tagok percepciójában az iskola vezetésében a beosztottakat bevonó, az egyéni beleszólást lehetővé tevő, személyes célokat is respektáló, igazságos bánásmód inkább jellemző, ott a pedagógusok gondolkodásában és munkájában nagyobb prioritást kapnak az ismeretátadáson túlmutató feladatok. Hasonlóképpen, ahol a szervezet működésére a tanárok által is elfogadott szabályok mentén való kiszámíthatóság jellemző, és/vagy ahol a szervezet lehetővé teszi a tagok számára önmaguk vállalását, illetve ahol kevésbé jellemző a szabályok merev betartása, azokban az iskolákban inkább jellemző az egészségfejlesztés témakörét is hordozó feladatok elvi és gyakorlati felvállalása. Ez figyelhető meg azokban az intézményekben is, ahol a tanárok közötti kapcsolatokra inkább jellemzőek az önzetlen segítő, egymásra odafigyelő, felelősségteljes, a negatív szándékoktól mentes munkakapcsolatok, ahol a munkatársak munkavégzéssel kapcsolatos megbízhatósága kevésbé kérdőjeleződik meg. S végül jótekingő hatással vannak az oktatáson túlmutató feladatok felvállalására a szervezet szakmaisággal kapcsolatos jellemzői is, az, hogy az iskola mennyire ad teret a pedagógusok szakmai fejlődésével, önkitaljesítésével kapcsolatos ambícióinak. Ezek a szervezeti jellemzők nemcsak a pedagógusok szerepfelfogásával, illetve a tudásátadáson túlmutató feladatok felvállalásával mutatnak kapcsolatot, hanem a pedagógusoknak az egészségfejlesztés szempontjából fontos személyes kompetenciáival is.



PROGRAMÉRTÉKELES:
ELMÉLETI MEGFONTOLÁSOK



4. AZ ÉRTÉKELÉS OSZTÁLYOZÁSA

ALFRED UHL*

A FELHASZNÁLT ADATOKON ALAPULÓ ÉRTÉKELÉS (ADAT-DIMENZIÓ)

FOLYAMATÉRTÉKELÉS – EREDMÉNYÉRTÉKELÉS – HATÁSÉRTÉKELÉS

Nagyon népszerű az értékelést a folyamatértékelés, az eredményértékelés és a hatásértékelés hármásával jellemezni (pl. Clayton és Cattarello, 1991).

A folyamatértékelés a program lefolyásának szisztematikus vizsgálata a program kezdetétől az utánkövetési időszak végéig. Lefedi mind a közvetlenül elvárt, mind a nem elvárt hatásokat, valamint:

- a program munkatársai által végzett tevékenységeket (input)
- a célcsoport reakcióit (output) és
- minden lényeges körülményt, mely hatással lehet az input és az output közötti kapcsolatra (kontextus).

Az eredményértékelés a következő kérdésre keresi a választ: „Sikerült elérni a program célkitűzéseit?” Ez a megközelítés a célcsoportban elérni kívánt hatásokra koncentrálna. Legalább egy utánkövetéses mérést tartalmaz, és általában egy mérést az induláskor, mely a hivatkozási alapot adja, de a program futása során nem történik adatfelvétel.

A hatásértékelés a következő kérdésre koncentrálna: „Voltak a programnak olyan pozitív vagy negatív hatásai, melyeket nem terveztek?” Másképpen: a „hatásértékelés” a „nem várt hatások értékelésének” szinonimája. Miután a legtöbb nem várt hatás abban a populációban jelentkezik, melyet eredetileg nem tekintettek célcsoportnak, a fenti értelmezés egyik legfontosabb következtetése a hatások értékelése azok körében, akik eredetileg nem tartoztak a célcsoporthoz (pl. annak értékelése, hogy egy diákokra irányuló iskolai programnak a szülőkre is van-e hatása).

* Uhl, A. (1998): Evaluation of primary prevention in the field of illicit drugs: Definitions – Concepts – Problems. In A. Springer, A. Uhl (szerk.): *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*. Vienna: Ludwig-Boltzmann-Institute for Addiction Research. (6. fejezet.) 176–197. Fordította: Nádas Eszter.

SZERVEZETI ADATOK – FOLYAMAT-ADATOK – EREDMÉNY-ADATOK

Az előző osztályozáshoz szorosan kapcsolódik a „szervezeti minőség – folyamat-minőség – eredményminőség” osztályozás (Donabedian, 1980). Ezt az osztályozást a kórházak minőségbiztosításával kapcsolatban dolgozták ki, és az előző osztályozáshoz hasonlóan a felhasznált adatokon alapul.

- A szervezeti adatok a környezetet írják le, pl. a beavatkozás helyszíne, a program végrehajtását végző szakemberek végzettsége, a célcsoport jellemzői stb.
- A folyamat-adatok a program végrehajtásának paramétereit írják le.
- Az eredmény-adatok pedig a beavatkozás hatásait írják le

A Donabedian-féle osztályozás három szempontból különbözik az előző osztályozástól. Donabedian használja a „szervezetértékelés” fogalmát, de nem említi a „hatásértékelést”, és a „folyamatértékelést” szűkebb értelmezésben definiálja, elsősorban a program inputjára koncentrálva.

A KÉT KAPCSOLÓDÓ FOGALMAT EGYESÍTŐ OSZTÁLYOZÁS

Miután a fent bemutatott osztályozások ugyanazt a dimenziót érintik (felhasznált adatok típusa), ésszerű ezek egyesítése egy kiterjesztett rendszerbe, ami tartalmaz még egy fontos kategóriát, a „kontextus-adatokat”. A kontextus-változók olyan fontos háttértényezőket értékelnek, mint például a drogokkal kapcsolatos attitűdök, ismeretek, tapasztalatok, divat stb.

Ez a következő osztályozáshoz vezet:

- szervezeti adatokon alapuló szervezetértékelés
- folyamat-adatokon alapuló folyamatértékelés
- eredmény-adatokon alapuló eredményértékelés (= a várt hatások értékelése)
- hatás-adatokon alapuló hatásértékelés (= nem várt eredmények értékelése)
- kontextus-adatokon alapuló kontextusértékelés

A PROGRAM ÁLLAPOTÁN ALAPULÓ OSZTÁLYOZÁS
(A PROGRAM ÁLLAPOTÁNAK DIMENZIÓJA)

Egy másik nagyon gyakori osztályozás a tervezésértékelés és az összegző értékelés kettőse (Scriven 1967, 1991).

- A tervezésértékelés a program tervezési fázisában végzett értékelés. Ebben a fázisban a program, valamint a háttérben álló elméletek alakítását (kidolgozását és fejlesztését) szolgálja.
- Az összegző értékelés az összegző fázis értékelését szolgálja, miután a prog-

ramon már nem történik változtatás. Az összegző értékelés célja, hogy összefoglalja a végleges program által okozott várt és nem várt hatásokat.

Scriven (1981) szemléletesen magyarázza meg a tervezésértékelés és az összegző értékelés közötti különbséget Bob Stake szavait idézve: „Tervezésértékelés: amikor a szakács kóstolja meg a levest; összegző értékelés: amikor a vendég.”

Scriven rámutat, hogy néhány szerző kettébontja a tervezés fázisát:

- Előtervezési fázis: egy tisztán gondolkodási fázis, melynek során a koncepció és egy előzetes vázlat kerülnek kidolgozásra, minden gyakorlati, tapasztalati lépés nélkül.
- Tervezési fázis: a szó szorosabb értelmében; tapasztalati fázis, mikor az előzetes vázlatot ismételten kipróbálják, és kis pilot-vizsgálatokat végeznek, melyeket módosítások követnek, míg a program összes szembetűnő nagyobb hiányosságát javítják és a programot véglegesnek nyilvánítják.

Az összegző fázis Scriven definíciója szerint két nagyon különböző fázisból áll:

- A program tesztelésének fázisa, melyet pontosabban „első összegző fázisnak” nevezhetünk, és
- a rutin fázis, mely a „második összegző fázis”.

AZ EREDMÉNYEK ISMERETELMÉLETI JELENTŐSÉGÉN ALAPULÓ OSZTÁLYOZÁS (MÓDSZERTANI DIMENZIÓ)

Az értékelés kutatásának egy harmadik lényeges osztályozása a leíró – feltáró – megerősítő értékelés hármasan alapul. Ez az osztályozás bármely kvantitatív empirikus kutatás szempontjából központi jelentőségű, s azokon a következtetéseken alapul, melyekre a kutató ismeretelméleti alapokon az adatai segítségével eljuthat. A feltáró adatelemzés (EDA – Exploratory data analysis) és a megerősítő adatelemzés (CDA – Confirmatory data analysis) kettőse elsősorban Tukey (1977) nevéhez fűződik.

Tukey volt az első jól ismert statisztikus, aki kifejezetten hangsúlyozta a feltáró technikák fontosságát az empirikus kutatás területén. Annak ellenére, hogy a megközelítése mögött rejlő koncepcióval minden alapfokú statisztikai könyvben és a kutatási módszertanban is foglalkoztak már, következtetéseit az alkalmazott kutatás sok területén még mindig figyelmen kívül hagyják.

A leíró értékelés az adatgyűjtés és -rögzítés szinonimája, célja az adatok kategorizálásával és az eredmények összegzésével a jelenségek dokumentálása, közvetlenül nem törekedve új hipotézisek és elméletek felállítására. A leírás képezi a tudományos kutatás legalacsonyabb szintjét.

A feltáró értékelés túlmutat az egyszerű leíráson. A feltáró kutatás a jellemzően feltáratlan tudományos területeken végzett alapinformációk gyűjtésétől jut el

a hipotéziseken alapuló új modellek és elméletek kidolgozásához. A feltáró kutatás jelenti a tudományos tevékenység második szintjét. Az adatelemzés ezen formája:

- új jelenségek feltárására irányul,
- ösztönzést ad új hipotézisek és elméletek felállításához,
- elsősorban szerteágazó,
- nem vonatkoznak rá szigorú módszertani szabályok, és
- minden eredmény előzetes jellegű.

A feltáró tanulmányok készítésével kapcsolatban nincsenek szigorú szabályok. Alapvetően bármi, ami valószínűleg jobb betekintést enged a vizsgált jelenségbe, lehetséges és elfogadható, amennyiben egyértelműen tisztázott, hogy a feltáró fázis eredményei semmilyen értelemben sem véglegesek.

A megerősítő értékelés nem foglalkozik új jelenségek feltárásával, valamint új hipotézisek kidolgozásával, kizárólag már létező hipotézisek tudományos bizonyítása, illetve különböző módszerek és programok hatékonyságának vizsgálata érdekli. A megerősítő értékelés a valószínűség-számítás és az induktív statisztika elveit alkalmazza, hogy elkülönítse a lényeges hatásokat a nem lényeges véletlen hatásoktól. A megerősítő kutatás jelenti a tudományos tevékenység legmagasabb szintjét. Az adatelemzés ezen formája:

- hipotézisek és elméletek megerősítésére irányul,
- elsősorban az összefüggésekre koncentrál,
- szigorú módszertani szabályok vonatkoznak rá,
- bizonyos értelemben minden eredmény tudományosan bizonyítottnak tekinthető.⁹⁴

Ha ismeretelméletileg és pénzügyileg is megvalósítható, minden feltáró eredményt megerősítő vizsgálatoknak kell alávetni.

Nincs alapvető ellenvetés az ellen, hogy egy értékelő tanulmányban legyenek leíró, feltáró és megerősítő részek, amennyiben azok a projekt kezdetétől kifejezetten el vannak különítve egymástól.

⁹⁴ A „bizonyos értelemben” arra az ismeretelméleti tényre utal, miszerint a kutatási elrendezés és a statisztikai adatelemzés soha sem nyújthatja hipotézisek és elméletek bizonyítékát a „szó szoros értelmében”. Ez két okból nyilvánvaló:

A statisztikai következtetés mindig számos implicit és explicit háttér-feltételezésen alapul, melyek lehetnek helyesek, nagy valószínűséggel helyesek, de nem bizonyíthatóak. Háttér-feltételezésekkel és nem háttér-igazságokkal állunk szemben.

Akkor is, ha nagyon valószínű azt feltételezni, hogy a központi háttér-feltételezések igazak, és ha a statisztikai eredmények is azt sugallják, hogy eléggé valószínűtlen, hogy a megfigyelt eredmények pusztán a véletlen miatt következtek volna be, tudatában kell lennünk, hogy a „valószínűtlen” nem a „lehetetlen” szinonimája. A hipotéziseknek nem létezik induktív bizonyítása (Popper, 1975).

AZ ÉRTÉKELÉST VÉGZŐ SZEMÉLYÉN ALAPULÓ OSZTÁLYOZÁS

A programfejlesztés és -működtetés folyamán természetesen egyáltalán nem mindegy, hogy ki szervezi és irányítja a program működését és értékelését.

Alapvetően végezhetik:

- a program kidolgozói,
- a program munkatársai,
- döntéshozók,
- külső szakértők.

Különböző tényezők veszélyeztetik azonban az értékelés objektivitását, melyek eltérnek a különböző részt vevő felek esetében:

- A program kidolgozói általában el akarják adni a terméküket, és/vagy tudományos elismerést szeretnének szerezni a sikeres program kidolgozásáért. Természetesen ők a pozitív értékelési eredményben érdekeltek; ha ők tervezik az értékelést, akkor azt „belső értékelésnek” tekintjük.
- A program munkatársainak – őket is belső szakértőknek tekintjük – helyzete sokkal összetettebb.
 - Vannak olyan esetek, mikor a munkatársakat kifejezetten a prevenciós programra veszik fel, és anyagilag függnek a programtól. Ilyen helyzetekben a munkatársak természetesen a pozitív eredményekben érdekeltek.
 - Néhány program önkéntesek és elhivatott szakemberek munkájára támaszkodik (pl. tanárok, tanácsadók stb., akik a munkaidejükben végeznek prevenciós tevékenységet). Ezek az emberek anyagilag nem függnek a programtól, de természetesen szeretnék megmutatni, hogy van értelme az erőfeszítéseiknek (erőfeszítés-igazolás).
 - Van, hogy kijelölnek embereket, hogy a szokásos munkájuk keretében hajtsanak végre valamilyen programot. Miután azzal találják szembe magukat, hogy többet kell dolgozni, de ezért nem kapnak több fizetést, néhányan közülük nem bánnák, ha a programról bebizonyosodna, hogy nem hatékony.
- A döntéshozóknak, akik olyan pozícióban vannak, hogy eldönthetik, mely prevenciós programok működjenek, meg kell indokolniuk a kiadásokat mind a feletteseiknek, mind a közvéleménynek. A döntésükhöz először egyszerű tényekre van szükségük, melyek segítenek eldönteni nekik, hogy melyik a legkiválóbb program. A végrehajtás után a pozitív értékelési eredményeket kedvelik, hogy igazolják a döntésüket. Másrészt viszont, ha meg szeretnék szüntetni a folyamatban lévő programok támogatását, akkor a negatív értékelési eredményekben érdekeltek. Általában nincs sem idejük, sem megfelelő tudományos ismereteik, hogy szakértői segítség nélkül megtervezzenek egy adekvát értékelő tanulmányt, néhány értékelési projektet azonban mégis maguk a döntéshozók koordinálnak.

- Sokan azt mondják, hogy az értékelő projekteket külső szakértőknek kellene vezetniük. Azt állítják, hogy a program kidolgozóinak, a program munkatársainak és a döntéshozóknak személyes érdekük fűződik valamely értékelési eredményhez, véleményük szerint csak a külső szakértők lehetnek objektívek. Első pillantásra helyénvalónak tűnik ez az érvelés, miután a külső szakértőket megfizetik azért, hogy munkájukat objektíven végezzék, és díjukat az értékelés eredményétől függetlenül megkapják. Második pillantásra azonban nyilvánvalóvá válik, hogy a külső szakértők is személyesen érdekeltek. Meg kell felelniük a megbízók elvárásainak, hogy a jövőben is kapjanak megbízásokat. Az értékelési projekt megvalósíthatóságával kapcsolatos túlságosan szkeptikus hozzáállás, egy bonyolult vizsgálati elrendezés, mely sokkal drágább, mint a versenytársaké, a túl hosszú utánkövetéses időszak és/vagy a megbízók várakozásaival ellentétes eredmények mind súlyos problémákat okozhatnak a további projektek megszerzésében. Az alapvető gazdasági érdekek mellett a külső szakértőket általában tudományos érdekek (az eredmények publikálása, a többi kutató elfogadása) is motiválják, mely a lehetséges torzítások további forrása lehet.

Figyelembe véve az értékelési projektben részt vevő minden szereplő sajátos érdekeit, ésszerű valamilyen mértékben minden szereplőt bevonni a munkába.

A programfejlesztés szakaszában célszerű, ha a projekt irányítása a program kidolgozóinak kezében van (belső értékelés). Általában ők rendelkeznek a megfelelő módszertani háttérrel a folyamatok megtervezéséhez, ők ismerik a legjobban a program felépítését és a mögöttes teóriákat. Ha módszertani segítségre van szükségük, konzultálhatnak külső szakértőkkel, ez azonban nem szükséges, ha megfelelő kompetenciával rendelkeznek az adott szakterületen. Miután a tervezési fázis eredményei semmilyen szempontból nem tekinthetők véglegesnek, az objektivitás lehetséges hiánya elfogadható.

A program véglegesítése után bármilyen megerősítő értékelés (a kutatási elrendezés felelőssége, az adatminőség kontrollálása, az adatelemzés és -értékelés) lehetőleg külső szakértők irányításával történjen. A külső szakértőknek szorosan együtt kellene működniük minden szereplővel, ugyanakkor döntéseikben a program kidolgozóitól és a döntéshozóktól a lehető legfüggetlenebbnek kell lenniük.

A program rutinszerű működése során a program munkatársai és a külső szakértők egyenrangú szerepbe kerülnek. A szisztematikus adatgyűjtés és dokumentálás a programban dolgozó minden munkatárs rutinfeladata kell hogy legyen. A dokumentációkat a munkatársaknak a program értékelésére és minőségi fejlesztésére kellene használniuk, valamint külső értékelés adatbázisául is szolgálhatnak.

TUDOMÁNYOS TERMINOLÓGIÁN ALAPULÓ NÉGYDIMENZIÓS OSZTÁLYOZÁSI KONCEPCIÓ

A bemutatott, tudományosan megalapozott osztályozási rendszer négy olyan, logikailag elkülönülő kategóriát takar, melyeket nem szabad összekeverni. A tervezésértékelést általában a folyamatértékelés vagy a feltáró kutatás szinonimájaként, az összegző értékelést pedig az eredményértékelés vagy a megerősítő kutatás szinonimájaként értelmezik. Ez azonban teljességgel ellentmond a leírt definícióknak, és el kell utasítani. Annak ellenére, hogy a folyamatértékelés és a feltáró technikák általában fontosabb szerepet töltenek be a tervezési fázisban, nincs olyan módszertanilag megalapozott ok, mely egyértelműen kizárná az eredmény-adatok vagy a megerősítő technikák alkalmazását a tervezési fázisban. Ugyanez igaz az eredményértékelés, a megerősítő adatelemzés és az összegző fázis kapcsolatára.

E négy dimenzió egyesítése egyetlen négydimenziós osztályozási rendszerbe a következő szerkezetet eredményezi:

- adat-dimenzió
 - szervezeti adatok
 - folyamat-adatok
 - eredmény-adatok (várt hatások)
 - hatás-adatok (nem várt hatások)
 - kontextus-adatok
- a program állapotának dimenziója
 - fejlesztési fázis = előtervezési fázis
 - fejlesztési fázis = tervezési fázis
 - tesztelési fázis = első összegző fázis
 - rutin működési fázis = második összegző fázis
- módszertani dimenzió
 - leíró megközelítés
 - feltáró megközelítés
 - megerősítő megközelítés
- az értékelés végrehajtója dimenzió
 - belső értékelés
 - külső értékelés

A TARTALOMRA IRÁNYULÓ OSZTÁLYOZÁS

Annak ellenére, hogy a négydimenziós osztályozási koncepció magába foglalja a leggyakoribb, tudományosan megalapozott osztályozási elveket, nem tekinthető teljesnek. A négy dimenzió együtt csak prospektív empirikus evaluációs tanulmá-

nyokhoz használható. Így nem tartalmaz semmilyen értékorientált megközelítést (etikai értékelés), már meglévő adatok értékelését (történeti értékelés) vagy a logikai alapok értékelését (módszertani értékelés). Az utóbbi területek tekintetében a program állapotának dimenziója és az értékelés végrehajtója dimenzió lehetnek használhatóak.

A négydimenziós osztályozási koncepció kétségkívül hasznos eszköze az evaluációval kapcsolatos pontos kommunikációnak, de miután ez a koncepció nem teljes, ésszerű a tudományos terminológiát a tartalomra irányuló osztályozás koncepciójával kiegészíteni. A következő lista se nem teljes, se nem teljesen egyértelmű és részben átfedi a négydimenziós osztályozási koncepció dimenzióit. A listát kísérletnek kell tekinteni, melynek célja olyan, jól definiált tartalmi kategóriák kialakítása volt, melyek között nincs átfedés. Ez a próbálkozás remélhetőleg további javaslatokra fogja ösztönözni a tudományos közösséget a lista fejlesztése érdekében.

- etikai értékelés
- történeti értékelés
- módszertani értékelés
- tervezésértékelés
- megvalósíthatóságértékelés
- a nem várt, kedvezőtlen mellékhatások monitorozása
- hatásosságértékelés
- minőségbiztosítás
- szervezetértékelés
- kontextusértékelés
- hatásértékelés
- hatékonyságértékelés = költség-haszon és költséghatékonyság-elemzés

ETIKAI ÉRTÉKELÉS (ETHICAL EVALUATION)

Sok különböző teória és elképzelés illetve hiedelem létezik a társadalom (visszaélés-szerű) szerhasználatával, a szerhasználat megelőzésével és az értékeléssel kapcsolatban. Ha a szakértőket arra kéri, hogy tudományosan értékeljenek programokat vagy stratégiákat, az első lépésük általában annak megítélése, hogy a javasolt módszerek és technikák etikailag elfogadhatóak-e; a javaslatok összeegyeztethetőek-e személyes értékeikkel. Sok preventív megközelítést, melyeket a történelem során alkalmaztak – pl. „halálbüntetés a drogfogyasztásért”, „nagyon manipulatív félreinformálás” stb. –, manapság a legtöbb szakértő és döntéshozó egyértelműen elutasítja. Etikai alapon támadják ezeket a megközelítéseket, függetlenül attól, hogy hatékonyak lehetnek-e, vagy sem.

Más stratégiákat egyesek szigorúan elutasítanak, míg mások lelkesen támogatnak. A megfelelő értékek sok különböző szemponthoz kapcsolódnak a prevenció céljaitól kezdve a prevenció technikákon át a kutatás etikájáig:

- Néhányan úgy érzik, hogy a drogprevenció elsődleges céljának mindennemű droghasználat – beleértve az alkoholt is – lehető legnagyobb mértékű felszámolásának kellene lennie, míg mások szerint néhány szer normalizálódott használata teljességgel elfogadható.
- Néhányan erősen ellenzik azon technikák alkalmazását, melyeket manipulatívnak, tekintélyelvűnek, tisztességtelennek stb. találnak, míg mások ugyanezen technikákat más színben látják, megint mások szerint pedig a cél szentesíti az eszközt.
- Néhányan határozottan ellenzik egyes kutatási módszerek alkalmazását – mint például a kliensek egyéni követése kezelési adataik alapján, tudományos okokból; kötelező drogtesztelés iskolákban, megbízható fogyasztási adatok megszerzése érdekében; különböző személyes adatokat tartalmazó adatbázisok összekapcsolása prevalenciabecslés céljából; nagyon személyes kérdéseket feltenni lakossági kérdőívekben stb. –, míg mások egyáltalán nem értik ezeket az aggályokat.

Az értékelést végzők személyes meggyőződéseinek természetesen nagy hatása van bármely értékelés lefolyására és eredményeire. A célokról és stratégiákról alkotott értékítéletek mindig fontos szerepet játszanak a prevenció szakemberekkel folytatott, illetve a közöttük zajló nyilvános vitákban. A programok, illetve azok végrehajtása tudományos értékelését tekintve azonban ezt a fajta értékorientált etikai értékelést általában nem veszik figyelembe, kevésbé hangsúlyozzák, illetve burkoltan logikainak vagy ténybelinek tekintik az értékorientált helyett, miután ellentmondásban van a tudományos objektivitás igényével. Miután az értékeken alapuló ítéletek természetesen valamilyen mértékben befolyással vannak a programtervre és az értékelési folyamatokra, sokkal jobb az etikai értékelést explicit témává tenni, mint figyelmen kívül hagyni a személyes értékek befolyását – a tudományos objektivitás igényével.

Az ebben a kontextusban releváns értékeket például a következőképpen lehet osztályozni:

- morális értékek (etikai standardok, emberi jogok)
- politikai értékek (a hatóságok hatékonysága és hitelessége, a kormányok stabilitása)
- szociális értékek (a család működése, társaság, szociális hálózat, közösség)
- egyéni értékek (személyes fejlődés, érés, integráció)
- monetáris értékek (az erőforrásokkal kapcsolatos költségek és bevételek)
- szimbolikus értékek (a szimbólumok kódolt üzenetei)

- érzelmi értékek (az érzelmi szükségletek kielégítése)
- spirituális értékek (vallási/spirituális megerősítés)

Az etikai értékelés különösen a tervezési fázisban fontos, de természetesen a későbbi fázisok során is jelentős szerepet játszik.

TÖRTÉNETI ÉRTÉKELÉS (HISTORICAL EVALUATION)

Mikor egy szakértő azzal a feladattal találja szembe magát, hogy egy új prevenció programot dolgozzon ki, és ítélje meg, hogy a vizsgált stratégia működni fog-e, a központi lépés, hogy szakértelmét már meglévő bizonyítékokra alapozza. A már meglévő adatokat nevezhetjük „történeti adatoknak” – mely kifejezés a klinikai kísérletek módszertanából származik –, így ésszerű ezt a megközelítést „történeti értékelésnek” nevezni.

Történeti adatok használata az értékelés során természetesen nem csak a tervezési fázisra korlátozódik. Ez a stratégia mindhárom későbbi (programfejlesztési, tesztelési, rutinszerű működés) fázis során is fontos szerepet játszik. Ha valami nem úgy működik, ahogy azt a programfejlesztési vagy tesztelési fázisban várták, hasznos már létező bizonyítékok felhasználása a problémák magyarázatára és/vagy ígéretes alternatívák azonosítására. Általában ha arra kérünk embereket, hogy rutinszerűen működő prevenció programokat ítéljenek meg, nemcsak egyes értékelési protokollokat fognak megvizsgálni, hanem a független történeti bizonyítékokat is fel fogják használni.

A történeti értékelést a következőképpen osztályozhatjuk:

- tapasztalaton alapuló történeti értékelés (tapasztalaton alapuló szakértelem)
- A tapasztalaton alapuló szakértelem központi kérdése, hogy egyetlen személy, illetve személyek egy csoportjának tapasztalata azt sugallja-e, hogy a javasolt program működhethet.
- kutatáson alapuló történeti értékelés (kutatáson alapuló szakértelem)
- A kutatáson alapuló szakértelem központi kérdése, hogy a tudományos kutatás azt sugallja-e, hogy a javasolt program működhethet.

A kutatási eredmények hasznosítására sok megközelítés létezik:

- A leggyakoribb és legegyszerűbb formája a szakirodalmi áttekintések készítése, melyek különböző tanulmányok eredményeit összesítik az adott program vonatkozásában.
- Egy sokkal kifinomultabb megközelítés a metaanalízisek⁹⁵ készítése. Az

⁹⁵ A kísérletes vizsgálatok folyamatának és eredményeiknek dokumentációs minősége sok esetben nem elegendő egy megfelelő metaanalízis elkészítéséhez, és sok beszámolóban komoly módszertani hiányosságai vannak. Ha emiatt a témába vágó beszámolók nagy százalékát ki kell hagyni a metaanalízisből, akkor a leggyakrabban az egyszerű irodalmi áttekintés készítése marad az egyetlen ésszerű megoldás.

azokat készítő tudósok speciális kvantitatív módszerek segítségével összesítik az egyedi kutatási eredményeket egyetlen globális eredménybe.

A legtöbb történeti értékelés két forráson alapul: kutatási eredményeken és személyes tapasztalatokon.

- Ha a történeti értékelés nem egyetlen szakértő véleményén alapul, a leggyakrabban megközelítés: munkacsoportok létrehozása a konszenzus kialakításához.
- Több szakértő személyes tapasztalatának hasznosítására egy kifinomultabb módszer a Delphi-technika.

MÓDSZERTANI ÉRTÉKELÉS (METHODOLOGICAL EVALUATION)

A módszertani értékelés azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy a korábbi és jövőbeli empirikus kutatást módszertanilag/statistikailag megfelelően végezték-e.

A korábbi kutatásokkal kapcsolatos módszertani értékelés szorosan kapcsolódik a történeti értékeléshez, mivel az empirikus kutatási projekteken alapuló következtetések ebben a kontextusban csak akkor fogadhatók el, ha a kutatási elrendezés és az adatelemzés igazolja a szerzők következtetéseit (belső validitás), és ha az általánosíthatóság a tervezett célpopuláció körében megfelelő (külső validitás). Ez a fajta módszertani értékelés különösen fontos a tervezési fázisban.

A jövőbeli kutatással kapcsolatos módszertani értékelés minden fázisban releváns, ahol értékelési stratégia tervezésére kerül sor. Sajátos problémák merülhetnek fel a prevenció programok értékelése során, melyek könnyen megelőzhetőek logikai és statisztikai alapon – és nincs túl sok értelme sok időt és pénzt fektetni olyan projektekre, melyeknél esély sincs arra, hogy értelmezhető eredményeket szolgáltatassanak.

TERVEZÉSÉRTÉKELÉS (FORMATIVE EVALUATION)

A „tervezésértékelés” kifejezés a programkidolgozás egyik különleges fázisához (programfejlesztés fázisa) és az ezen fázis során alkalmazott különleges stratégiához kapcsolódik.

A tervezés értékelését általában a program fejlesztői végzik (belső értékelés). A programfejlesztés fázisában ellenőrizni kell, hogy az előzetes, valamint az azt követő programvázlatok az elvárásoknak megfelelően működnek-e. Ha a vizsgált programtervezet egyes elemei nem működnek,⁹⁶ azonosítani kell a problémák okait.

⁹⁶ Pl. a kiadott füzeteket elutasítják és/vagy sosem olvassák; az egyes tevékenységekre szándékozott tanárok nem olvassák el az instrukciókat; a diákok programban való részvételét ösztönző módszereket a szülők ellenzik; stb.

Ezekből kiindulva azután a programot veszélyeztető problémák kijavítása érdekében fontolóra kell venni a program további módosítását. Ideális körülmények között a kisebb kísérleteken és pilot-vizsgálatokon alapuló ellenőrzések és módosítások gyors sorozata addig folyik, amíg a program megvalósítható és valószínűleg hatékony nem lesz. A vizsgálatok és módosítások folyamatának addig kell folytatódnia, míg minden főbb nyilvánvaló hibát sikeresen kiküszöböltek.

Ebben a fázisban az értékelés a program során végzett tevékenységek (közben-ső változók) és a program céljai (eredményváltozók) közötti komplex kapcsolatot vizsgálja. Ez a folyamatok objektív megfigyelését igényli az első beavatkozástól a program befejezéséig, beleértve a közben-ső változók folyamatos értékelését, melyek megmagyarázhatják a program lépéseit és az eredményváltozókat összekapcsoló mechanizmusokat. Szintén ide tartozik a szervezeti korlátok (szervezetértékelés) figyelembevétele, melyek befolyásolják a magatartásváltozás lehetőségeit.

Az előzetes programvázlatok sok problémája a legtöbb gyakorlati szituációban azonnal nyilvánvalóvá válik: emiatt a specifikus hipotéziseket, komplex kutatási elrendezéseket, nagy mintanagyságot és szigorú módszertani szabályokat igénylő megerősítő kutatási stratégiáknak ebben a fázisban csekély jelentősége van. A kutatónak szerteágazóan, minden irányban keresgélnie kell, hogy azonosítsa a nem várt problémás területeket. A feltáró megközelítés segíthet hipotéziseket megfogalmazni, hogy bizonyos beavatkozások miért és hogyan okoznak bizonyos eredményeket, de arra a kérdésre sosem fog választ adni, hogy célkitűzéseit tekintve egy program valóban hatékony-e. Egy tudományosan megalapozott hatásossági igény sosem alapulhat kizárólag feltáró kutatáson. Feltáró kontextusban a hatásokkal kapcsolatos bármilyen eredmény csak előzetes lehet, és hipotézisként kell megfogalmazni, s nem empirikus tényként – legalábbis addig, míg megerősítő vizsgálatokból nem áll rendelkezésre további bizonyíték.

Ebben a fejezetben azzal érveltünk, hogy a tervezésértékelés során a fő hangsúly a lebonyolítással kapcsolatos adatokon van, hogy a fő irányvonal a feltáró megközelítés, valamint hogy általában nem szükséges külső értékelők bevonása, ez azonban egyáltalán nem zárja ki az eredmények és hatások megfigyelését a program véglegesítése előtt. Természetesen nem zárja ki megerősítő stratégiák alkalmazását sem, ha azok helyénvalóak, és természetesen a külső értékelők bevonását sem, ha a programfejlesztő csapat úgy dönt, hogy ez értékes lehet a projekt számára.

MEGVALÓSÍTHATÓSÁGÉRTÉKELÉS (FEASIBILITY EVALUATION)

Ha kiderül, hogy a program kijelölt munkatársai nem képesek bizonyos technikák alkalmazására, ha a célpopuláció tagjai következetesen visszautasítják egy megközelítés központi elemeit, ha a fontos üzeneteket gyakran félreértik stb., akkor fontolóra kell venni a program alapvető módosításait, hogy megvalósíthatóvá váljon. Amíg a program valós körülmények között nem hajtható végre, nem sok értelme van sok energiát fektetni hatékonysági szempontokra. A „Hogyan működne a program, ha megvalósítható lenne?” elméleti kérdés nemigen hasznos, ha tisztában vagyunk azzal, hogy a program egyáltalán nem valósítható meg. Miután semmi értelme nincs drága hatékonysági vizsgálatokat tervezni olyan programokra, melyek nem megvalósíthatóak, a megvalósíthatóságértékelést bármely hatékonyságra irányuló megközelítés alkalmazása előtt figyelembe kell venni.

A megvalósíthatósági szempontok az értékelés minden fázisában jelentőséggel bírnak, különösképpen a programfejlesztési és -tesztelési fázisban. E két fázisban azonban nagyon különbözőek az értékelési stratégiák.

- A programfejlesztési fázisban a megvalósíthatóság értékelése a nem szisztematikus, feltáró megközelítés keretében kisebb kísérletek és pilot-vizsgálatok segítségével történik, a tervezésértékelés részeként, ezért a félreértések elkerülése végett nem nevezhetjük „megvalósíthatóságértékelésnek”.
- A „megvalósíthatóságértékelés” elnevezést tartsuk fenn a program megvalósítathatóságának szisztematikus értékelésére, melyet a tesztelési fázisban, nagy mintákon végeznek.

A NEM VÁRT, KEDVEZŐTLEN MELLÉKHATÁSOK MONITOROZÁSA (MONITORING OF UNEXPECTED ADVERSE SIDE EFFECTS)

A potenciálisan problémás területek száma szinte végtelen, és új problémás területek merülhetnek fel, ha a környezeti körülmények változnak. A nem várt, kedvezőtlen mellékhatások monitorozása ezért az értékelés minden fázisának központi kérdése. Amennyiben a kedvezőtlen mellékhatásokat még nem azonosították, a stratégiának szerteágazónak és feltáró jellegűnek kell lennie, a folyamatadatokra koncentrálni. Ha a specifikus problémák már láthatóak, az összefüggésekre koncentrálni, eredményadatokat felhasználó megerősítő stratégiák is megfelelőek, különösképpen a tesztelési fázisban.

HATÉKONYSÁGÉRTÉKELÉS (EFFICACY EVALUATION)

A központi kérdés, melyet a legtöbben a programértékeléssel kapcsolnak össze, az, hogy a vizsgált program működik-e, azaz hatékony-e a kitűzött célok (elsődleges hatékonysági változók) tekintetében. Abban az esetben, ha gazdasági vagy módszertani korlátozások lehetetlenné teszik módszertanilag megfelelő kísérleti vagy kvázi-kísérleti vizsgálatok elvégzését a programhatékonyság teljes körű értékelése érdekében (a hatékonyság teljes körű bizonyítása), általában lehetőség van legalább a prevenció megközelítés mögötti oksági modell részeinek tesztelésére (a hatékonyság részleges bizonyítása). Néhány esetben a hatékonyság bizonyítása empirikusan megalapozott elméletből is levezethető (a hatékonyság történeti következtetése). A program hatékonyságának kérdése természetesen a programfejlesztés és -alkalmazás minden fázisában fontos szerepet játszik, de a legfontosabb a tesztelési fázisban.

A hatékonyság teljes körű bizonyítása

A hatékonyság teljes körű bizonyítása annak kísérleti vagy kvázi-kísérleti igazolása, hogy a program képes kiváltani a kívánt hatásokat a célcsoportban. Ez a megközelítés áll a hatékonyság bizonyításához a lehető legközelebb, de természetesen a szó szoros értelmében nem tekinthető „bizonyításnak”.⁹⁷ A „kívánt hatások” kifejezés az elsődleges hatékonysági változókra utal.

A hatékonyság értékelésére kidolgozott vizsgálatokat a fenti definíció értelmében általánosan „hatékonysági tanulmányoknak” vagy „döntési tanulmányoknak” nevezik. (A „döntési tanulmányok” kifejezés arra utal, hogy a fontos döntéseknek – ha lehetséges – ilyen típusú tanulmányokon kellene alapulniuk.) Az elfogadott értékelési nyelvezetre fordítva a „hatékonysági tanulmányok” vagy „döntési tanulmányok” a „tesztelési fázisban végzett megerősítő eredményértékelésnek” felelnek meg. Ennek a fajta értékelésnek – mint bármely megerősítő tanulmánynak – magas szintű kutatási módszertannak kell megfelelnie, és ez képezi a programhatékonyság megállapításának elsődleges forrását.

Amennyiben lehetséges, a prevenció program véglegesítése után mindig fontoljuk meg a hatékonyság teljes körű bizonyításának (hatékonysági tanulmány) elvégzését, mivel azonban módszertani és gazdasági korlátok általában kivitelezhetetlenné teszik ezt a megközelítést, nincs sok értelme ezt szükséges standarddá tenni a dropprevenció értékelésének területén.

⁹⁷ A „nagy valószínűség” nem azonos a „bizonyossággal”, így ez az igazolás nem tekinthető bizonyításnak a szó szoros értelmében (összehasonlítás pl. Popper, 1975).

A hatékonyság részleges bizonyítása

Ha valamely program esetében a hatékonyság teljes körű bizonyítása nem valósítható meg, az értékelést végzők megcélozhatják annak kísérleti vagy kvázi-kísérleti bizonyítását, hogy a program alapjául szolgáló oksági modell elemei helyesek-e. Például ha egy program azon a feltételezésen alapul, hogy a magasabb fokú szociális kompetencia védetté tesz a drogproblémával szemben, és nem lehetséges annak bemutatása, hogy a program hatékony-e a drogprobléma jövőbeli mértékének csökkentésében, legalább azt meg lehet vizsgálni, hogy a program képes-e növelni a szociális kompetenciát. Minél szorosabb a kapcsolat a közbülső változó (szociális kompetencia) és az elsődleges hatékonysági változó (kevesebb drogprobléma) között, annál fontosabb a hatékonyság ezen változón alapuló részleges bizonyítása. Miután azt a központi feltételezést, miszerint a megnövekedett szociális kompetencia csökkenti a drogprobléma kialakulásának kockázatát, az ilyen típusú kutatások nem vizsgálják, az ilyen tanulmányokat nem tekinthetjük „hatékonysági tanulmányoknak” vagy „döntési tanulmányoknak”.

Amennyiben a vizsgálati elrendezés a közbenső változók között fennálló szoros oksági összefüggésen alapul, és az elsődleges hatékonysági változókat kétséget kizáróan, tudományosan határozták meg, akkor a közbenső változók tekinthetők pótváltozóknak. A pótváltozók használata a tudományos vizsgálati elrendezésben majdnem ugyanaz, mintha elsődleges hatékonysági változókat alkalmaznánk. Például ha kidolgozunk egy programot, melynek célja az AIDS-fertőzés kockázatának csökkentése a célcsoportban, de nem tudunk addig várni, míg az AIDS diagnosztizálható a célcsoport tagjainál, teljesen elfogadható a HIV-fertőzés mértékének értékelése az utánkövetés időszakában. A keresztvalidált pozitív HIV-tesztek megfelelő indikátoroknak tekinthetők (pótváltozók) az AIDS jövőbeli manifesztálódásához.

A hatékonyság történeti következtetése

A hatékonyság történeti következtetése, azaz a megfelelő történeti és módszertani értékelés elegendő lehet bizonyos helyzetekben, ha kizárólag már jól megalapozott tudományos bizonyítékok segítségével levezethető, hogy a program működni fog. Ha tudjuk, hogy egy bizonyos stratégia működik, nem kell újra és újra további vizsgálatoknak alávetnünk – legalábbis addig nem, míg új tudományos eredmények nem kérdőjelezik meg komolyan a megközelítést. Például: miután elegendő megbízható bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy a sebek fertőtlenítő szerekkel történő kezelése nagymértékben csökkenti az elfertőződés arányát, bármely intézmény részéről teljesen elfogadható szabályozás, hogy a nyílt sebeket eszerint kell kezelni.

Ebben az esetben a tudományos bizonyítékok nagyon nagy száma elegendő ahhoz, hogy egy ilyen döntést történeti bizonyítékokra alapozzunk.

MINŐSÉGBIZTOSÍTÁS (QUALITY ASSURANCE)

A minősbiztosítás (QA) fogalma egyre fontosabb szerepet játszik nemzetközi szinten.⁹⁸ Néhány szerző szűkebb értelemben beszél minősbiztosításról („a végrehajtás minőségének értékelése rutinkörülmények között”), mások tágabban értelmezik, az „értékelés” szinonimájaként, megint mások pedig valahol a két értelmezés között helyezkednek el. Sok kapcsolódó kifejezés van, melyeket gyakran a minősbiztosítás szinonimájaként értelmeznek (minőség-ellenőrzés, minőségmenedzsment, minőségértékelés stb.) és igen különbözőképpen definiálnak. Szinte minden szerző máshogy definiálja a fenti fogalmakat, és úgy tűnik, mostanáig nem történt elmozdulás valamely többségi vélemény felé. Ebben a kaotikus helyzetben ésszerűnek tűnik egy használhatósági szempontokon alapuló megoldást javasolni – és csak a szűkebb értelmezés tűnik nagyon hasznosnak („a végrehajtás minőségének értékelése rutinkörülmények között”). Határozottan nincs szükségünk a homályos és általában nem egyértelmű „értékelés” további szinonimáira, még akkor sem, ha az „érték” és „minőség” szó szerinti jelentése indokolná ilyen tág értelmezés használatát.

A minősbiztosítás elsősorban folyamat-adatokat használ, és végezhetik a program munkatársai (belső) vagy független értékelők (külső). Miután a külső értékelők esetében az ellenőrzési szempont az elsődleges, azonban ha a program munkatársai maguk próbálják fejleszteni a munkájuk minőségét, akkor pedig a menedzsment-szempont, ésszerű különbséget tenni a két megközelítés között, a következő fogalmak bevezetésével:

- minőség-ellenőrzés külső stratégiákhoz
- minőségmenedzsment belső stratégiákhoz

A javasolt definíciónak megfelelően a minősbiztosítás arra az időszakra korlátozódik, mikor a program már rutinszerűen működik. Ebben a fázisban elvárhatjuk, hogy a program hatékonyságát már bizonyították, hogy a program megvalósítható, hogy a beavatkozások etikailag igazoltak stb. Folyamatos minősbiztosítási intézkedések szükségesek, ezzel garantálva, hogy az eredeti programstruktúra ne változzon jelentősen, és hogy a program végrehajtásának minősége ne csökkenjen hosszú távon.

A program rutinszerű működésének fázisa nagyban különbözik a korábbi fázisoktól. A program kidolgozásában és egy új program tesztelésében részt vevő

⁹⁸ A WHO nagy hangsúlyt fektet az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások területén a minősbiztosítási intézkedésekre (pl. Bertolore 1994), és sok tagállam parlamentje fogadott el hatáskörén belül törvényeket minősbiztosítási rendszerek felállításához.

emberek általában alapos képzést kapnak a program fejlesztőitől, a program fejlesztői választják ki őket, nagyon motiváltak, és ha szükséges, kérhetnek szupervíziót a program szerzőitől. Miután azonban a program széles körben, rutinszerűen működik, a program eredeti fejlesztői általában már nem elérhetőek a program felhasználói számára. Az egyetlen információforrás leggyakrabban az írott programkézikönyv, mely sok részletet nyitva hagy. Miután a programot rutinszerűen működtetők általában sokkal kevésbé motiváltak, mint a program eredeti munkatársai, a rutinszerűen futó programok elég gyorsan ellaposodhatnak. A minőségbiztosítás célja a hanyatlási folyamat azonosítása és megállítása.

A fenti definíció szemléltető példája: egy cukorbetegséget kezelő kórházi osztály esetében a minőségbiztosítás célja nem annak vizsgálata, hogy az inzulin hatásos-e a cukorbetegség kezelésében. Csak olyan kérdésekkel foglalkozik, mint pl. A dolgozók megfelelő mennyiségben adagolják-e a szert? A használat során teljesülnek-e az alapvető higiéniai feltételek? A betegek elfogadják-e a terápiát? Megfelelő felvilágosítást kaptak-e a betegek, hogy a kórházból való elbocsátás után maguk folytassák a terápiát? Stb.

SZERVEZETÉRTÉKELÉS (STRUCTURAL EVALUATION)

A szervezetértékelés a minőségbiztosításhoz hasonlóan főleg a program rutinszerű működése során történik, és a szervezeti minőség fogalmához kapcsolódik. Ez a főként leíró jellegű megközelítés a programvégrehajtás szervezeti elemeire koncentrálna. Egy iskolai prevenció program esetében például: Hány iskola vett részt a programban? Az egyes iskolákból hány osztály vett részt a programban? Hány diák és tanár vett részt a programban? A tanárok részesültek-e valamilyen különleges képzésben? Ha igen, hány tanár végezte el ezt a képzést? Vagy egy médiakampanyhoz kapcsolódva: Hányan látták a kisfilmet?

A szervezeti feltételek logikusan szükségesek, de nem elégséges feltételei egy program sikerének. Például: ha a célpopuláció tagjai nem látnak egy adott prevenció tv-reklámot, a reklám közvetlenül nem befolyásolhatja őket, azonban ha látták a reklámot, az sem feltétlenül jelenti azt, hogy a megtekintése okozta a várt prevenció hatásokat.

KÖRNYEZET- (KONTEXTUS-) ÉRTÉKELÉS (CONTEXT EVALUATION)

A prevenció programokat mindig bizonyos célcsoportok számára, adott történelmi és kulturális körülmények között (kontextus) dolgozzák ki. Olyan lényeges háttérváltozók (kontextusváltozók), mint például a drogokkal kapcsolatos attitűdök,

ismeretek, tapasztalatok és divatok eltérnek a különböző kultúrákban, és gyors változásoknak vannak kitéve. Programok, melyek bizonyos környezeti feltételek között hatékonyak bizonyulnak, más körülmények között hatástalanok vagy akár károsak is lehetnek.

Az értékelési eredményeket sosem szabad más környezeti jellemzőkkel rendelkező helyzetekre általánosítani további kutatások, vizsgálatok nélkül. Az idő előrehaladásával, elkerülhetetlenül környezeti változások történnek, emiatt még a nagyon hatékony programok is idejétmúlttá válhatnak. Csak a környezet alapos monitorozása biztosíthatja, hogy ezeket a változásokat időben felismerjék, és elvégezzék a program szükséges átdolgozásait. Annak ellenére, hogy fontos környezeti változások a programfejlesztés bármely fázisában bekövetkezhetnek, ez a fajta értékelés a rutinszerű működés fázisában a legjelentősebb.

HATÁSÉRTÉKELÉS (IMPACT EVALUATION)

A „hatásértékelés” kifejezés egy specifikus adatminőséggel függ össze (nem várt hatások), és már a felhasznált adatokon alapuló értékelés alfajezetben foglalkoztunk vele. A hatásértékelés különösen fontos a program rutinszerű működésének fázisában, és kezdetben főleg feltáró jellegű. A jelentősebb hatások azonosítása után lehetőség van ezen hatásokat megerősítő kutatásokban vizsgálni.

A GAZDASÁGI HATÉKONYSÁG ÉRTÉKELÉSE

A gazdasági hatékonyság értékelése két nagyon különböző megközelítést ölel fel: költség-haszon elemzést (CBA) és költséghatékonyság-elemzést (CEA). Mindkettő az alternatív stratégiák pozitív és negatív következményeinek összehasonlítására szolgáló technika – általában korábbi kiadások igazolására vagy további erőforrások elosztására szolgál. Fogalmi hátterét és céljait tekintve a két megközelítés kapcsolódik, azonban nem azonosak.

A költség-haszon elemzés egy program hasznainak értékét hasonlítja össze azok költségeivel. Ebben az esetben a kérdéses alternatívák, hogy működjön-e a program, vagy sem. Két kérdés kapcsolódik ehhez a megközelítéshez:

- I. Megéri egyáltalán a program? (Túlsúlyban vannak a hasznok a költségekhez képest?)
- II. Egy adott költségvetésből melyik projektet kellene megvalósítani a nyereség – melyet az összes haszon és költség különbségeként fejezünk ki – maximalizálása érdekében? Ebben a keretrendszerben nagyon különböző projektek

összehasonlítására van lehetőség. Még a következő kérdés megválaszolása is lehetséges: Jobb-e többet fektetni a kezelési lehetőségekbe, vagy jobb-e a gazdasági infrastruktúrát fejleszteni?

A költséghatékonyság-elemzés egy adott mennyiségű erőforrás gazdasági hatékonyságát hasonlítja össze bizonyos célok elérése tekintetében. Két központi kérdése a következő:

- I. Hasonló célok elérése érdekében melyik programok tekinthetők gazdaságosabbnak a költségeket tekintve? Vagy fordítva:
- II. Az egyformán drága programok közül melyik tekinthető hatékonyabbnak az eredményeket tekintve?

A költség-haszon és költséghatékonyság-elemzések fő problémája, hogy általában sok különböző költséget és különböző hasznokat kell megvizsgálni egy elemzés során, és

- I. ehhez közös nevezőre van szükség, hogy a releváns költséget és hasznokat egy mértékegységgel lehessen számolni, vagy
- II. egy olyan módszerre, mely minden olyan költséget és hasznot konstansnak tekint, melyeket egy választott közös nevezővel nem lehet kifejezni.

A költség-haszon elemzések során általában minden hasznot és költséget monetáris egységben értékelnek.⁹⁹ A mértékegységekben nem kifejezhető hatásokat kihagyják vagy valahogy más, mérhető egységekhez kapcsolják. Például az olyan hatások, mint a „jobb életminőség”, a „megszerzett életevek” stb. megnövekedett termelékenységgé fordulhatnak elő, melyek kifejezhetők a társadalom pénzügyi hasznaként vagy veszteségeként.

Miután a költséghatékonyság-elemzés nem foglalkozik a program teljes értékével vagy különböző célkitűzésű programok összehasonlításával, és csak az a kérdés érdekli, hogy melyik program hatékonyabb egy bizonyos cél elérésében, sokkal könnyebb a nem-monetáris kritériumok használata is. Az a lényeg, hogy lecsökkentsük az összehasonlíthatatlan dimenziók számát, úgy, hogy néhányat konstansnak tekintünk. Például ha több program monetáris költségei azonosak, akkor nem jelent problémát azok nem-monetáris mértékegységek – mint például a „jobb életminőség” vagy a „megszerzett életevek” – mentén való összehasonlítása.

Költség-haszon és költséghatékonyság-elemzés végzésének ötlete nagyon vonzó lehet, hiszen a ritka közösségi erőforrásokat ésszerű lenne a maximális hatást nyújtó módon felhasználni. Sajnos olyan komoly problémák kapcsolódnak azonban ezen elemzésekhez, melyek sok területen irreálissá teszik az ésszerű megközelítéseket.

⁹⁹ Néhány szerző (pl. Jolicoeur et al. 1992) azt állítja, hogy a közös nevező mindig monetáris, mások szerint azonban csak azonos mértékegységűnek kell lennie (Yates, 1994).

Első pillantásra sok olyan alapvető dimenzió van, melyek ígéretesnek tűnnek, mint a költség-haszon és költséghatékonysági vizsgálatok feltételei, de második pillantásra sokuk elég abszurd eredményeket hoz. Néhány példa:

- Ha a „teljes társadalmi költség” feltételét használjuk dohányzásmegelőzési vagy leszoktató programok sikerességének értékeléséhez, kiderülhet, hogy a célcsoport tagjainak termelékenysége nem sokat javult (hasznok), viszont a teljes társadalmi költség (nyugdíjak, orvosi ellátás stb.) jelentősen megnövekedett, mert az érintettek tovább élnek. Ezt a feltételt alapul véve a hatékony programokat nem kívánatos eredményre vezetőnek kellene minősíteni, és a nem kívánatos eredményre vezető programok lennének optimálisak.
- Ha a bruttó nemzeti terméket tekintjük feltételként, akkor bármely terápia – még ha teljesen hatástalan is – pozitívan járul hozzá az egyensúlyhoz.¹⁰⁰ Minél többet kérnek a terapeuták a terápiáért, annál jobbnak fog tűnni a helyzet ezen feltétel tükrében.
- Gyakran éppen a költséghatékonysági megközelítés – a releváns dimenziók számának egyre való csökkentése, úgy, hogy minden más változót konstansnak tekint – válik logikai alapon lehetetlenné. Ha több mint egy változót kell egyszerre figyelembe venni (pl. „életminőség” és „megszerzett életévek”), és ha egy adott kezelés egy változót pozitív, míg egy másikat negatív irányba befolyásol, szubjektív értékítéletre van szükség az összehasonlítás közös mértékegységének megállapításához – és ez bármely eredményt nagyon önkényessé tesz.

A költség-haszon és költséghatékonyság-elemzésekhez a program eredményeivel kapcsolatos pontos és kvantitatív eredményekre van szükség. Azokon a területeken, ahol a központi dimenziókat érintő sok mérési probléma megoldatlan, és ahol nehéz bizonyítani, hogy bármely hatás is a vizsgált programnak köszönhető, túl korai komolyabb költség-haszon vagy költséghatékonyság-elemzésekbe kezdeni.

¹⁰⁰ Ezen abszurdításnak az az oka, hogy bármely, az egyének által végzett és hivatalosan kifizetett munka pozitívan járul hozzá a bruttó nemzeti termékhez, míg bármely munka, melyet nem hivatalosan fizetnek ki, nem járul hozzá. A személyes termelékenység mennyiségét csak a munkáért hivatalosan kapott fizetség (adóhivatal hatásköre) határozza meg, nem pedig a termelés becsült valós értéke. Ezen koncepció egyik abszurd következménye, hogy akik saját maguk építik házukat, közösségi projekteken önkénteskednek, háziasszonyok stb., nem járulnak hozzá, míg mások, akik valamilyen egyáltalán nem hatékony munkát végeznek magas fizetésért, sokkal járulnak hozzá a bruttó nemzeti termékhez.

5. AZ ÉRTÉKELŐ KUTATÁS MÓDSZERTANÁNAK MINŐSÉGI STANDARDJAI

DAVID P. FARRINGTON*

BEVEZETÉS

A Campbell-együttműködés Bűnügyi és Igazságszolgáltatási Csoport célkitűzése, hogy a bűnügyi beavatkozások hatékonyságával kapcsolatos hatásértékelési tanulmányokból szisztematikus irodalmi áttekintéseket készítsen, és azokat elektronikusan hozzáférhetővé tegye a tudósok, a gyakorlati szakemberek, a döntéshozók, a tömegkommunikáció és a nagyközönség számára (Farrington és Petrosino 2000, 2001). Nyilvánvaló, hogy az evaluációs tanulmányok módszertani minősége nagyon különböző. A Campbell-együttműködés Bűnügyi és Igazságszolgáltatási Csoport által képviselt megközelítés szerint az irodalmi áttekintést végzőnek nem kell megpróbálnia egy adott témában az összes evaluációs tanulmányt áttekintenie, akármennyire gyenge minőségűek, hanem csak a legjobb tanulmányokat kell az áttekintésben felhasználnia. Ez a stratégia azonban megköveteli általánosan elfogadott, explicit és átlátható kritériumok pontos leírását, melyek meghatározzák, hogy egy adott témában melyek azok a legjobb tanulmányok, amelyekhez viszont az értékelő kutatás módszertana minőségi standardjainak fejlesztésére van szükség.

A módszertan minőségének négy kritériuma: a statisztikai következtetés validitása, a belső validitás, a szerkesztés validitása és a külső validitás.

Ha eljön az ideje, lehet, hogy a Campbell-együttműködés módszertani minőségi standardokat fog meghatározni a csoportjai számára. Az is lehetséges, hogy a különböző témákhoz különböző standardokra lesz szükség. Ez a tanulmány egy kísérlet a módszertani minőségi standardok fejlesztésének folyamatában. A módszertani minőségi standardokkal és az irodalmi áttekintésekben alkalmazott befogadási és kizárási kritériumokkal kapcsolatos viták sajnos szükségszerűen ellenségesek, mert néhány evaluációs kutató potenciális fenyegetésnek tekinti őket. Akiknek projektjeit kihagyják az irodalmi áttekintésekből, ezt helyesen a munkájuk módszertani minőségének kritikájaként értelmezik. Az általunk végzett szisztematikus irodalmi áttekintésekben, melyekben a javított utcavilágítás és a zárt láncú térfigyelő rendszer (CCTV) hatékonyságát vizsgáltuk, a szakértők úgy gondolták, hogy a kihagyott tanulmányok „a külső sötétségre vettettek” (bár egy listát készítettünk róluk).

* Farrington, David P. (2003): Methodological quality standards for evaluation research. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587 (1), 49–68.

Melyek egy magas módszertani minőségű evaluációs tanulmány jellegzetességei? Ezek meghatározásában a legjelentősebb munkát Donald Campbell és munkatársai végezték a kriminológia és a magatartástudományok területén (Campbell és Stanley, 1966; Cook és Campbell, 1979; Shadish, Cook és Campbell, 2002). Campbell az egyik vezetője volt a területi kísérletezés és a kvázi-kísérleti elrendezés hagyománya megteremtőinek (Shadish, Cook és Campbell, 2002). Campbell megközelítésével azonban nem mindenki ért egyet. Az Egyesült Királyságban a legfontosabb kritikát Pawson és Tilley (1997) fogalmazta meg, akik konkurensként kidolgozták a „realisztikus evaluációt”. Röviden, Pawson és Tilley szerint Campbell hagyományos kísérletes és kvázi-kísérletes evaluációs kutatása „megbukott”, mert arra helyezte a hangsúlyt, hogy „mi működik”. Ehelyett ők azt mondják, hogy az evaluációs kutatásnak elsősorban elméletek tesztelésével kellene foglalkoznia, különösképpen a kontextusok, folyamatok és eredmények közötti kapcsolatokra (lásd lentebb).

A módszertani minőségi standardok valószínűleg a vizsgált témától függően különbözőek. Például, miután a család-alapú bűnmegelőzés terén sok randomizált vizsgálatot végeztek (Farrington és Welsh, 1999) ésszerű lenne az ebben a témakörben készült irodalmi áttekintéseket a randomizált vizsgálatok standardjait kielégítő vizsgálatokra korlátozni. Nem készültek azonban randomizált vizsgálatok sem a javított utcavilágítás, sem a CCTV-k bűnözéssel kapcsolatos hatásának vizsgálatára. Ezen témák szisztematikus irodalmi áttekintése során (Farrington és Welsh 2002; Welsh és Farrington 2003) ezért a befogadás minimum módszertani standardjaként azon projekteket határoztuk meg, melyek a kísérleti és összehasonlítható kontrollterületeken is elvégezték a bűnözés elő- és utóvizsgálatát. Ezt tekintettük a Cook és Campbell-féle minimum értelmezhető kutatási tervnek.

Ahhoz, hogy a *Bizonyítékon alapuló bűnmegelőzés* című könyvben valid következtetéseket vonhassunk le arról, hogy mi működik, szintén ez a minimum vizsgálati elrendezés volt a megfelelő (Sherman et al. 2002). A könyv a Marylandi Tudományos Módszerek Skálán (Maryland Scientific Method Scale – SMS, lásd később) alapul. Fontos kérdés, hogy mennyire szükséges és megvalósítható módszertani minőségi skála alkalmazása az evaluációs kutatás minőségének értékeléséhez, valamint a tanulmányok befogadásával és kizárásával kapcsolatos döntésekhez. Ha szükséges módszertani minőségi skála alkalmazása, akkor melyiket válasszuk?

Ennek a tanulmánynak a következő három fő célkitűzése van:

1. hogy áttekintse az evaluációs kutatás módszertanának minőségi kritériumait;
2. hogy áttekintse a módszertani minőségi skálákat, és eldöntse, hogy melyik skála lehet hasznos a szisztematikus irodalmi áttekintéseket végző szakemberek számára a befogadási és elutasítási döntéseik során; valamint
3. hogy véleményezze a Campbell megközelítésével szemben álló Pawson és Tilley (1997) kritika validitását.

MÓDSZERTANI MINŐSÉGI KRITÉRIUMOK

Cook és Campbell (1979), valamint Shadish, Cook és Campbell (2002) szerint a módszertani minőséget négy kritérium határozza meg: a statisztikai következtetés validitása, a belső validitás, a szerkesztés validitása és a külső validitás. A validitás ezen tipológiája „az évek során mindig is Campbell munkájának központi védjegye volt” (Shadish, Cook és Campbell 2002: xviii.). A „validitás” az ok-okozati következtetés helyességére utal (Shadish, Cook és Campbell 2002: 34.).

John Stuart Mill óta az okozati kapcsolat megállapításának fő kritériumai: 1. az ok megelőzi az okozatot, 2. az ok kapcsolódik az okozathoz, 3. az okozat magyarázatának egyéb kézenfekvő alternatívái kizárhatóak. Campbell validitási tipológiájának fő célkitűzése a kézenfekvő alternatív magyarázatok azonosítása (melyek veszélyeztetik valid okozati következtetések levonását), hogy a kutatók előre láthassák a lehetséges kritikákat, és a kutatás tervezése során kiküszöbölhessék őket. Ha a valid okozati következtetéseket veszélyeztető tényezők nem küszöbölhetők ki a tervezés során, legalább mérhetővé kell tenni őket és megbecsülni a fontosságukat.

Lösel és Koflert (1989) követve ötödik kritériumként a deskriptív validitást, vagyis a beszámolás helyességét is belevettem az értékelő kutatás módszertani minőségének kritériumai közé. Azért döntöttem így, mert egy szisztematikus irodalmi áttekintés elkészítéséhez fontos, hogy minden kutatási beszámolóban rendelkezésre álljon információ az elvégzett evaluáció fő jellemzőiről.

A STATISZTIKAI KÖVETKEZTETÉS VALIDITÁSA

A statisztikai következtetés validitása azt vizsgálja, hogy vajon fennáll-e kapcsolat a feltételezett ok (a beavatkozás) és a feltételezett okozat (az eredmény) között. Ki kell számolni a hatás mértékét, a kapcsolódó konfidencia-intervallumokkal. A statisztikai szignifikanciát (annak valószínűsége, hogy a megfigyelt értéket kapjuk, ha a kapcsolat hiányáról alkotott null-hipotézis igaz volt) szintén ki kell számolni, de ez sok szempontból kevésbé fontos, mint a hatás mértéke. Ennek az az oka, hogy a statisztikailag szignifikáns eredmény jelezhet nagymértékű hatást egy kis mintában vagy kismértékű hatást egy nagy mintában.

A statisztikai következtetés validitását leginkább veszélyeztető tényezők a hatás mérése során használt nem megfelelő statisztikai erő (pl. mert túl kicsi a mintanagyság) és a nem megfelelő statisztikai módszerek alkalmazása (pl. amikor az adatok nem felelnek meg a statisztikai teszttel kapcsolatos előfeltételeknek). A statisztikai erő annak a valószínűségét mutatja meg, hogy a null-hipotézist valóban elvetjük, ha az hamis. A statisztikai következtetés validitásának további veszélyeztető tényezői a túl sok statisztikai teszt használata (a szignifikáns eredmények „kiszemezgetése”),

valamint a kísérleti egységek heterogenitása (pl. a kísérleti és kontrollcsoportban a személyek vagy területek). Minél nagyobb a megfigyelt egységek variabilitása, annál nehezebb lesz kimutatni a beavatkozás hatásait.

Shadish, Cook és Campbell (2002: 45.) a mérések megbízhatatlanságát is a statisztikai következtetés validitása veszélyeztetőjének tekintette, de helyesebbnek tűnik ezt a szerkesztés validitásával kapcsolatban vizsgálni (lásd később). A különböző veszélyeztető tényezők validitási kategóriákhoz rendelése sok esetben problémát jelent, én minden ilyen tényezőt csak egy validitási kategóriához rendeltem.

BELSŐ VALIDITÁS

A belső validitás a kulcskérdés helyességére utal azzal kapcsolatosan, hogy a beavatkozás valójában okozott-e változást az eredményváltozóknak. Általában ezt tekintik a legfontosabb validitástípusnak (Shadish, Cook és Campbell 2002: 97.). Ezt a kérdést vizsgálva elengedhetetlen valamilyen kontrollfeltétel meghatározása annak becsléséhez, hogy mi történt volna a kísérleti egységekkel (pl. emberek, területek), ha nem vettek volna részt a beavatkozásban, ezt nevezik „kontrafaktuális következtetésnek”. A kísérleti kontroll biztosítása általában jobb, mint a statisztikai kontroll. A kontroll egységekkel az az egyik probléma, hogy ritkán fordul elő, hogy ne részesülne valamilyen kezelésben; ehelyett vagy általánosabb elbánásban, vagy a kísérleti beavatkozástól eltérő kezelésben részesülnek, ezért fontos meghatározni a hatás mértékét. De mihez viszonyítsunk?

Fontosnak tűnik, hogy közöljük a tudósokkal, a döntéshozókkal és a gyakorlati szakemberekkel, hogy a kutatások minősége eltérő.

A belső validitást fenyegető főbb tényezőket többen meghatározták már, de úgy tűnik, hogy azok nem egyformán ismertek (Shadish, Cook és Campbell, 2002: 55.).

1. Kiválasztás: a hatások tükrözik a kísérleti és a kontrollfeltételek között korábban fennálló különbségeket.
2. Történet: a hatást a beavatkozással egy időben történő egyéb esemény okozza.
3. Érés: a hatás már korábban fennálló tendenciák folytatódását tükrözi, mint például a normális emberi fejlődés.
4. Eszközök: a hatást az eredmény mérésére használt módszerek változása okozza.
5. Vizsgálat: a beavatkozás előtti mérések okozzák a változást a beavatkozás utáni mérésekben.
6. Regresszió az átlaghoz: ha a beavatkozást szokatlanul szélsőséges értékekkel rendelkező egységeken végzik (pl. magas bűnözési rátájú területek), a természetes ingadozás a beavatkozási utáni mérések során alacsonyabb értékeket fog

eredményezni, amit tévesen a beavatkozás hatásának tekinthetnek. Ennek az ellenkezője történik (az értékek emelkedése), ha a beavatkozást szélsőségesen alacsony bűnözési rátájú területeken vagy alacsony értékekkel rendelkező személyek körében végzik.

7. Különbözeti lemorzsolódás: a hatást az okozza, hogy különböző a kísérleti és a kontrollcsoportok egységeinek (pl. embereknek) a kimaradása.
8. Okozati sorrend: nem egyértelmű, hogy a beavatkozás megelőzte-e az eredményeket.

Ezekon felül, a fenyegető tényezők egymással kölcsönhatásban is fejthetnek ki hatást. Például kiválasztási-érési hatás alakulhat ki, ha a kísérleti és kontrollfeltételek eltérő korábbi folyamatokat követtek, vagy kiválasztási-történeti hatás léphet fel, ha a kísérleti és kontrollcsoportok különböző történelmi eseményeket éltek át (pl. különböző színtereken helyezkednek el).

Elméletben a randomizált kísérletek rendelkeznek a lehető legnagyobb belső validitással, mert mindezen fenyegető tényezőket ki tudják védeni, azonban a gyakorlatban a különbözeti lemorzsolódás mégis problémás lehet. A randomizálás az egyetlen olyan csoportba sorolási módszer, mely az ismert és mért zavaró tényezők mellett az ismeretlen és nem mért zavaró tényezőket is kontrollálja. A következtetés, miszerint a beavatkozás valóban változást idézett elő az eredményeket illetően, nem szükségszerűen a végső következtetés. Ezen túl meg kell vizsgálni a beavatkozás és az eredmények közötti kapcsolatokat az oksági láncban (Baron és Kenny 1986 szerint ezek a „mediátorok”), a beavatkozás és az eredmények közötti dózis-válasz összefüggést, valamint a beavatkozást és az eredményeket összekapcsoló bármely elmélet validitását.

MEGFIGYELÉSI VALIDITÁS

A megfigyelés validitása a beavatkozás és az eredmények mögött rejlő elméleti háttér operatív meghatározásának és mérésének helyességére utal. Például ha a projekt célja a személyes készségeket fejlesztő képzés hatásának vizsgálata bűnelkövetők körében, akkor az a kérdés, hogy a képzés valóban megcélozta és fejlesztette-e a személyes készségeket, illetve hogy a letartóztatások száma valóban valid mérési eszköze a bűnelkövetésnek. Míg a fizikai megfigyeléseknél (mint például a magasság és súly) az operatív meghatározás és mérés nem képezi vita tárgyát, ez a legtöbb kriminológiai vizsgálatra nem igaz.

A megfigyelési validitást fenyegető tényezők középpontjában az áll, hogy a beavatkozásnak milyen mértékben sikerült megváltoztatni, amit meg szeretett volna változtatni (pl. mennyire sikerült ragaszkodni a kezelési tervhez, történt-e hiba a végrehajtás során), illetve az eredményekkel kapcsolatos mérések validitása

és megbízhatósága (pl. a rendőrség által jelentett bűnözési ráták mennyire pontosan tükrözik a valódi bűnözési rátákat). A bűnelkövetés elmozdulását és a beavatkozás „hasznainak szétterjedését” szintén meg kell vizsgálni (Clarke és Weisburd 1994). A megfigyelés validitását fenyegető további tényezők a résztvevők beavatkozással kapcsolatos ismereteiből, illetve a kezelés kontaminációjának problémájából adódnak (pl. mikor a kontrollcsoport is találkozik a beavatkozás egyes elemeivel). A Hawthorne-hatás kivédésére az orvoslásban elfogadott kettős-vak vizsgálatokra van szükség, amikor sem az orvosok, sem a kliensek nem tudnak a kísérletről. A különböző beavatkozások, illetve egy adott beavatkozás különböző elemei közötti interakciók hatásokat szintén kíváncsian megvizsgálni.

KÜLSŐ VALIDITÁS

A külső validitás a beavatkozások és eredmények okozati összefüggéseinek különböző emberekre, helyekre, időkre és operatív meghatározásokra történő általánosíthatóságára utal (pl. egy bemutató projekttől a beavatkozás rutinszerű, széles körű alkalmazásáig). Egyetlen értékelő kutatás keretében nagyon nehéz ezt megvizsgálni, kivéve, ha nagy volumenű, több helyszínen folyó kísérletről van szó. A külső validitás bizonyosabban meghatározható szisztematikus irodalmi áttekintések és metaanalízisek segítségével, melyek számos értékelő kutatáson alapulnak. Shadish, Cook és Campbell (2002: 83.) különbséget tettek az azonos és különböző populációkra vonatkozó általánosíthatóság között: pl. hogy egy férfiak körében végzett beavatkozás hatásai mennyiben ismételtethetők meg más férfiak, illetve nők körében. Az első típusú általánosíthatóság növelhető egy értékelő kutatás potenciális résztvevőinek (kísérleti vagy kontroll-) populációjából gondosan kiválasztott random minta segítségével.

A Shadish, Cook és Campbell által (2002: 87.) felsorolt külső validitást fenyegető tényezők az okozati összefüggések (hatás mértéke) és a személyek, helyszínek, beavatkozások és eredmények különböző típusai között fennálló interakciókból állnak. Egy, a bűnözés csökkentésére kidolgozott beavatkozás például hatásos lehet bizonyos típusú emberek körében és bizonyos helyszíneken, míg máshol nem. Fontos kérdés, hogy a hatás mértéke változik-e annak függvényében, hogy a kutatás készítői érdekeltek-e az eredményekben (pl. ha a projektet egy kormányzati szerv támogatta, nagyon kényszerben érintheti őket, ha az értékelés hatástalannak találja az általuk sokra tartott beavatkozást). Létezhetnek olyan befolyásoló körülmények, melyek között a beavatkozások működnek, illetve nem működnek; Baron és Kenny (1986) ezeket az okozati összefüggések „moderátorai”-nak nevezi. Az okozati összefüggések mediátorai (az okozati lánc elemei) szintén bizonyulhatnak hatékonyak valamely szintén, míg máshol nem. Ezen interakciók magyarázatára is szükséges lenne teóriákat felállítani.

DESKRIPTÍV VALIDITÁS

A deskriptív validitás arra utal, hogy egy kutatási beszámolóban mennyire pontosan kerülnek az evaluációs vizsgálat fő jellemzői bemutatásra. Ahogy már említettük, szisztematikus irodalmi áttekintések csak úgy végezhetőek megfelelően, ha az eredeti kutatási beszámolók dokumentálják az olyan kulcsfontosságú adatokat, mint amilyen például a résztvevők száma vagy a hatás mértéke. Egy értékelő kutatás beszámolójának legalább a következő elemeket kellene tartalmaznia (lásd még Boruch 1997, 10. fejezet):

1. Kutatási terv: hogyan történt a kísérleti alanyok kísérleti vagy kontrollfeltevélek közé sorolása?
2. A kísérleti alanyok és a helyszín jellemzői (pl. az egyének kora és neme, a környezet szociodemográfiai jellemzői).
3. A mintanagyság és a lemorzsolódás mértéke.
4. A vizsgálni kívánt okozati hipotézisek és a mögöttük meghúzódó elméletek.
5. A beavatkozás operatív meghatározása és részletes leírása (beleértve az időtartamát és gyakoriságát).
6. A végrehajtás részletei és a megvalósítást végző személyek jellemzői.
7. A kontrollcsoporttal kapcsolatos tevékenységek bemutatása.
8. Az eredmény operatív meghatározása és mérésének módja a beavatkozás előtt és után.
9. Az eredménymérések megbízhatósága és validitása.
10. A beavatkozás utáni utánkövetés időtávja.
11. A hatás mértéke, konfidencia-intervallumok, statisztikai szignifikancia és az alkalmazott statisztikai módszerek.
12. Hogyan kontrollálták a független és külső változókat, hogy megállapíthassák a beavatkozás hatását, vagy hogyan védték ki a belső validitást veszélyeztető tényezőket?
13. Ki mit tud a beavatkozásról?
14. A különböző érdekek kérdése: ki finanszírozta a beavatkozást, és mennyire voltak függetlenek a kutatók?

Kíváncos lenne, hogy a szakmai szövetségek, finanszírozó ügynökségek, folyóiratok szerkesztői és/vagy a Campbell-együttműködés leüljenek és kidolgozzák azon elemek listáját, melyeknek mind szerepelnie kell a hatáselemzésről szóló kutatási beszámolóknak.

MÓDSZERTANI MINŐSÉGI SKÁLÁK

Módszertani minőségi skálákat alkalmazhatunk a szisztematikus irodalmi áttekintések készítésekor, hogy meghatározzuk a tanulmányok befogadási vagy kizárási kritériumait. Emellett használhatóak még különböző evaluációs tanulmányok során kapott eredmények eltéréseinek magyarázatára (pl. metaanalízisekben). Weisburd, Lum és Petrosino (2001) például különbségeket találtak a beavatkozások hatásainak randomizált kísérletekből és kvázi-kísérletekből származó becslései között. A gyengébben megtervezett kutatások nagyobb eséllyel találták a beavatkozást hatékonynak, mert ezekben a vizsgálati elrendezésekben a bűnelkövetést befolyásoló egyéb tényezők zavaró hatást okoztak.

A deskriptív validitás arra utal, hogy egy kutatási beszámolóban mennyire pontosan kerülnek az evaluációs vizsgálat fő jellemzői bemutatásra.

Korábban több kísérlet történt módszertani minőségi skálák szerkesztésére hatásvizsgálatok készítéséhez, főleg az orvostudományok területén. Moher és munkatársai (1995) huszonöt 1993-ig készült skálát találtak, melyeket klinikai vizsgálatok minőségének értékeléséhez dolgoztak ki. Az elsőt Chalmers és munkatársai (1981) szerkesztették, harminc itemet tartalmazott, melyek pontszáma 0-tól 10-ig terjedt. A legnagyobb súllyal szereplő itemek arra koncentráltak, hogy a vizsgálat mennyire állt közel a kettős-vak kísérlethez (pl. a résztvevők és a kezelő személyzet mennyire voltak tisztában a kutatás céljaival). Ezzel a skálával sajnos az a probléma, hogy nem lehet tudni, hogy a különböző pontértékekhez milyen jelentés kapcsolódik, és ugyanaz a pontszám többféleképpen is megszerezhető.

Juni és munkatársai (1999) összehasonlították ezt a huszonöt különböző skálát. Érdekes módon az összefüggés megbízhatósága a legtöbb skála esetében kiváló volt, a huszonöt skála egyezése is jelentős volt ($r=0,72$). Tizenhat skála szerzői határozta meg küszöbértéket a magas minőséghez, a medián küszöbérték a maximum pontszám 60%-ának felelt meg. A módszertani minőség és a hatás mértékének kapcsolata jelentős eltéréseket mutatott a huszonöt skála esetében. Juni és munkatársai ezt azzal magyarázták, hogy néhány skála nagyobb súlyt adott a beszámoló minőségének, az etikai kérdéseknek, vagy az eredmények értelmezésének, mint a belső validitásnak.

A társadalomtudományok területén is kifejlesztettek módszertani minőségi skálákat, ilyen például a Gibbs (1989) által a szociális munka területén végzett értékelő kutatások értékeléséhez szerkesztett skála. A skála 14 itemből állt, melyeket összeadva egy értéket adtak meg 0-tól 100-ig. Néhány item a vizsgálat beszámolójának teljességét, míg a többi a vizsgálat módszertani jellemzőit vizsgálta (pl. randomizáció, kezelésben nem részesülő kontrollcsoport, mintanagyság,

az eredmények megfigyelési validitása, az eredménymérések megbízhatósága és a statisztikai szignifikancia-próbák).

Az Egyesült Királyság Nemzeti Egészség Szolgálatának (NHS) Irodalmi áttekintések és terjesztés központja által készített útmutatás (2001) az irodalmi áttekintések készítőinek kíván segítséget nyújtani az egészségügy területén.

A bizonyítékok hierarchiája a következő:

1. Randomizált, kontrollált, kettős-vak kísérletek.
2. Kvázi-kísérletes vizsgálatok (randomizáció nélküli kísérletek).
3. Kontrollált megfigyeléses vizsgálatok (egy adott beavatkozásban részesülő és nem részesülő egyének körében mért eredmények összehasonlítása).
4. Megfigyeléses vizsgálatok kontrollcsoport nélkül.
5. Szakértői vélemény.

Az útmutatás sok módszertani kérdést és felvetést tartalmaz a módszertani minőség kritériumairól, beleértve azon kulcskérdéseket is, melyeket az irodalmi áttekintések készítőinek fel kell tenniük. A következtetések azt sugallják, hogy a minőségi értékelés elsősorban a belső validitás értékeléséből áll, vagyis hogy a vizsgálati elrendezés és az elemzés mennyire minimalizálják a torzításokat; alkalmazható minimum minőségi küszöb az irodalmi áttekintésben szereplő tanulmányok kiválasztásához; a minőségi különbségek felhasználhatóak az eredmények heterogenitásának magyarázatára; és hogy az egyedi minőségi elemek a kívánatosak minőségi pontszámok kialakításához.

SMS – MARYLAND SCIENTIFIC METHOD SCALE

A kriminológia területén használt legjelentősebb minőségi skála az SMS, melyet az olyan nagy volumenű irodalmi áttekintések készítéséhez dolgoztak ki, melyek azt vizsgálják, hogy mi működik és mi nem a bűnmegelőzés területén (Sherman és munkatársai 1998, 2002). Az SMS legfőbb célja, hogy a lehető legegyszerűbb módon kommunikálja a tudósok, döntéshozók és gyakorlati szakemberek felé, hogy a kriminológiai beavatkozások hatékonyságát értékelő vizsgálatok módszertani minősége eltérő. Az SMS nagymértékben Cook és Campbell (1979) elképzelésein alapul.

Az SMS kidolgozása során a marylandi kutatókra főként a Brounstein és munkatársai (1997) által kifejlesztett módszertani minőségi skála volt hatással, melyet az országos alkohol- és egyéb drogmegelőzés strukturált evaluációs vizsgálata során alkalmaztak. A kutatók a prevenciós programok értékeléseit 10 szempont alapján osztályozták 0-tól 5-ig:

1. a mintaválasztás helyessége,
2. a mintanagyság helyessége,
3. az eredményindikátorok kezelés előtti mérése,

4. az összehasonlított csoportok helyessége,
5. a csoportok közötti különbségek korrigálása,
6. a változók mérésének helyessége,
7. lemorzsolódás,
8. a beavatkozás utáni mérések,
9. a statisztikai elemzés helyessége, és
10. az alternatív magyarázatok vizsgálata.

Ezenkívül minden programértékelésnek adtak még egy összpontszámot 0-tól (nincs bizonyosság az eredményekben) 5-ig (nagy bizonyosság az eredményekben), ahol a 3-as a módszertani pontosság minimális szintjét jelentette, az áttekintést végzők számára az eredmények meglehetősen pontosságának bizonyosságát. A 440 értékelésnek mindössze 30%-a kapott 3–5 pontot.

Brounstein és munkatársai azt találták, hogy a teljes minőségi pontszám összefüggés-megbízhatósága magas volt (0,85), míg a tíz kritérium megbízhatósága 0,56 (az alternatív magyarázatok vizsgálata) és 0,89 (a mintanagyság helyessége) között változott. A tíz kritérium főkomponens-analízise adta meg azt az indexet, mely kifejezi a módszertani minőséget. A főkomponensben az egyes itemek súlya 0,44-től (a mintanagyság helyessége) 0,84-ig (a statisztikai elemzés helyessége) terjedt. A jövőbeli értékelések fejlesztése érdekében a következő javaslatokat fogalmazták meg: random besorolás, megfelelő összehasonlítási csoportok, eeredményindikátorok előzetes (pre) és utólagos (poszt) mérése, a lemorzsolódás vizsgálata, a résztvevőkezelési dózisa szintjeinek elemzése.

Az SMS készítése során a fő célkitűzés egy olyan, a belső validitás mérésére alkalmas egyszerű skála megszerkesztése volt, mely könnyen kommunikálható. Ezért több specifikus kritérium esetében egy egyszerű, 5 szintű skálát használtak, pontszámok (pl. 0-tól 100-ig) összegzése helyett. Az volt a cél, hogy a skála minden pontja jól értelmezhető legyen, így a skála a következőképpen nézett ki (Sherman et al. 1998):

1-es szint: egy adott időpontban mért bűnözés és egy prevenció program közötti korreláció (pl. a CCTV-vel felszerelt környékeken alacsonyabb a bűnözési ráta, mint ahol nincs CCTV).

A vizsgálati elrendezés nem képes minden belső validitást fenyegető tényezőt kizárni, és nem képes ok-okozati sorrendet sem felállítani.

2-es szint: a bűnözés szintjének mérése a program előtt és után, összehasonlítható kontrollfeltételek nélkül (pl. CCTV felszerelése után csökkent a bűnözés az adott területen).

Ez az elrendezés megteremti az ok-okozati sorrendet, de nem képes minden belső validitást fenyegető tényezőt kizárni. Cook és Campbell (1979) az 1-es és 2-es szintű elrendezést inadekvátnak és értelmezhetetlennek tartották.

3-as szint: a bűnözés mértékének mérése a program előtt és után, kísérleti és összehasonlítható kontrollkörülmények között (pl. a bűnözés csökkent a CCTV felszerelése után egy kísérleti területen, de a kontrollterületen nem csökkent a bűnözés).

Mint már említettük, Cook és Campbell (1979) szerint ez a minimálisan értelmezhető vizsgálati elrendezés – a *Bizonyítékon alapuló bűnmegelőzés* című könyvben (Sherman et al. 2002) is ezt tekintik a minimális vizsgálati elrendezésnek – alkalmas következtetések levonására azzal kapcsolatban, hogy mi működik. Sok, belső validitást fenyegető tényezőt kizár, ilyen például a történet, az érés/tendenciák, az eszközök, a vizsgálati hatások és a különözeti lemozsolódás problémái. A legnagyobb problémát a kiválasztási hatás és az átlaghoz való regresszió jelenti (a kísérleti és a kontrollkörülmények nem egyezősége miatt).

4-es szint: a bűnözés mértékének mérése a program előtt és után, több kísérleti és kontroll területen, a bűnözést befolyásoló egyéb változókra korrigálva, (pl. miután korrigáltak a helyiségek áldozattá válásának jellemzőire, az áldozattá válás csökkent a CCTV megfigyelés alatt álló helyiségekben, a kontroll helyiségekhez viszonyítva).

Ez a vizsgálati elrendezés jobban kontrollálja az eredményeket befolyásoló egyéb tényezőket, így adekvátabban kezeli a kiválasztási és regressziós fenyegető tényezőket.

5-ös szint: a vizsgált területek random besorolása a program- vagy kontrollkörülmények közé.

Amennyiben elegendően nagyszámú megfigyelési egység kerül random besorolásra, a kísérleti csoport jellemzői meg fognak egyezni (a statisztikai ingadozás határain belül) a kontrollcsoport jellemzőivel az eredményt befolyásoló minden lehetséges külső változó mentén. Ezért ez a vizsgálati elrendezés képes kezelni a kiválasztási és regressziós problémákat, és ennek a lehető legnagyobb a belső validitása.

Általában a randomizált kísérletek rendelkeznek a legnagyobb belső validitással, a gyakorlatban azonban viszonylag ritkán fordulnak elő a kriminológia területén, a kivitelezésük gyakran problémás (Farrington 1983; Weisbund 2000). Figyelembe véve, hogy a fentiekben definiált SMS csak a belső validitásra koncentrál, az evaluációs projekteket a statisztikai következtetés és a megfigyelés validitása mentén is értékeltük. Az értékelés minden tanulmány esetében a következő négy szempont alapján történt:

Statisztikai következtetés validitása:

1. Megfelelő volt a statisztikai elemzés?
2. Kellően alacsony volt a vizsgálat statisztikai ereje, hogy kimutassa az alacsony mintanagyság hatásait?
3. Alacsony volt a válaszadási arány vagy a különözeti lemozsolódás?

A megfigyelés validitása:

Milyen volt az eredmény mérésének megbízhatósága és validitása?

Ha ezen területek bármelyikén súlyos probléma merült fel, az SMS értéke csökkenhetett egy szinttel. Például egy randomizált kísérlet, melynek végrehajtása súlyosan problémásnak tekinthető (pl. a magas lemorzsolódás miatt), lehet, hogy 4-es szintű besorolást kapott az 5-ös szint helyett. Ennek az az oka, hogy a végrehajtás problémái csökkentették a kísérleti és a kontrollcsoport összehasonlíthatóságát, ami miatt csökkent a belső validitás.

A különböző értékkelő tanulmányokból a bizonyítékok összegyűjtésének szabályai valamennyire foglalkoztak a külső validitással is. Az elsődleges cél azonban megint csak az volt, hogy az eredmények minél egyszerűbben kommunikálhatók legyenek a tudósok, a döntéshozók és a gyakorlati szakemberek felé. A cél az volt, hogy a programokat a következő négy kategória valamelyikébe soroljuk: ami működik, ami nem működik, ami ígéretes, és amit nem tudni.

Ami működik. Ezek olyan programok, melyek abban a szociális környezetben, ahol vizsgálták őket, sikeresek a bűnmegelőzésben. E programoknak legalább két 3–5-ös szintű értékeléssel és statisztikailag szignifikáns, kedvező eredményekkel kell rendelkezniük, valamint a rendelkezésre álló bizonyítékok nagy többségének is az eredményességüket kell mutatnia.

Ami nem működik. Ezeknek a programoknak nem sikerül a bűnmegelőzés. Az e kategóriába sorolt programoknak legalább két 3–5-ös szintű értékeléssel kell rendelkezniük, melyek statisztikailag szignifikáns próbákkal bizonyítják az eredménytelenségüket, valamint a rendelkezésre álló bizonyítékok nagy többségének is ezt a következtetést kell alátámasztania.

Ami ígéretes. Ezen programok esetében a rendelkezésre álló bizonyítékok túl kevés bizonyosságot szolgáltatnak a következtetések általánosíthatóságához, azonban az empirikus háttér arra enged következtetni, hogy további vizsgálatok alátámasztanák a következtetéseket. E programok szignifikánsan eredményesnek bizonyultak legalább egy 3–5-ös szintű értékelésben és a többi bizonyíték nagy többségében.

Amit nem tudni. Azon programok, melyek nem kerültek egyik fenti kategóriába sem, ismeretlen hatásúként kerültek meghatározásra.

Az SMS-sel, leminősítő rendszeréből fakadóan, több probléma is van, melyeket Sherman és munkatársai (1997, 1998) nem fejtettek ki megfelelően, és az is a problémája, hogy a statisztikai szignifikancia alapján von le következtetéseket az eredményességet illetően (Farrington et al. 2002). További probléma, hogy explicite nem terjed ki az összes lehetséges vizsgálati elrendezésre, különösen az idősoros elrendezéseket nem kezeli megfelelően. Vitatható módon az egyszeri megszakított idősoros elrendezés (kontroll-idősor nélkül) magasabban helyezkedik el, mint az egy csoport pre- és posztteszt elrendezéssel történő vizsgálata (2-es szint). Ehhez hasonlóan, egy megszakított idősor (idősor, melynek egy adott pontján történik

a beavatkozás) és egy beavatkozás nélküli kontroll-idősor összehasonlítása magasabban helyezkedik el, mint az egyszerű pre- és posztteszt, kísérleti kontroll elrendezés (3-as szint), mert az előző egyértelműen jobban kezeli a belső validitást fenyegető tényezőket (pl. történet, érés/tendenciák, regresszió az átlaghoz) (pl. Ross, Campbell és Glass, 1970). Ez az idősoros elrendezés elméletileg az ok és okozat közötti időkülönbség elhanyagolt kérdésével, valamint a beavatkozás hatásainak fennmaradásával vagy elmúlásával is foglalkozhat.

Az SMS kritériumok nem nagyon különböznek a Colorado Egyetem Erőszakkutató és Prevenációs Központja által – az erőszak megelőzését célzó modell programok kidolgozása során – használt módszertani kritériumoktól (lásd www.colorado.edu/cspv/blueprints). Egy országos erőszak-megelőzési kezdeményezés során tíz erőszak-megelőzési programot azonosítottak, melyek megfeleltek a programeredményesség következtében definiált magas tudományos standardjainak:

1. erős vizsgálati elrendezés: randomizált kísérlet, alacsony lemorzsolódási aránnyal, megbízható és valid eredménymérésekkel;
2. szignifikáns preventív hatás az erőszak vagy a letartóztatások, a bűncselekmények, a bűnelkövetés vagy a droghasználat tekintetében;
3. a vizsgálat megismétlése legalább egy további helyszínen, kísérleti elrendezéssel és szignifikáns hatásokkal; valamint
4. a beavatkozás után legalább egy évig fennmaradó eredmények.

Egyes programokat ígéretesnek tekintettek, ha szignifikáns preventív hatást mutattak az erőszak, bűncselekmények, bűnelkövetés, droghasználat vagy a bűnelkövetést megelőző agresszió (pl. beilleszkedési zavarok) tekintetében egy helyszínen, jó kísérleti vagy kvázi-kísérleti (kontrollcsoportos) vizsgálati elrendezéssel. Az ígéretes programoknak nem feltétlenül kellett fenntartható hatásokat kimutatniuk.

ÚJ MÓDSZERTANI MINŐSÉGI SKÁLÁK

Az SMS-t, mint minden más módszertani minőségi skálát, lehet kritizálni, azonban nagy előnye az egyszerűség. Lehetne továbbfejleszteni, de az az egyszerűsége rovására menne. Hasznosnak tűnik a módszertani minőség valamilyen mérőszámának használata, hogy kommunikáljuk a tudósok, döntéshozók és gyakorlati szakemberek felé: a kutatások különböző minőségűek, és nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a jobb minőségű értékelő tanulmányokra. Nagyon szükségesnek tűnik, hogy a finanszírozó ügynökségek, folyóiratok szerkesztői, tudományos társaságok és/vagy a Campbell-együttműködés leüljenek együtt és megegyezzenek a módszertani minőség mérését illetően, melyet azután alkalmazni lehetne a szisztematikus irodalmi áttekintésekben és metaanalízisekben a kriminológia területén. Ezt a mérőeszközt

a bűnelkövetés okait vizsgáló tanulmányok szisztematikus irodalmi áttekintései során is használni lehetne.

Az én javaslatom, melyet próbaképpen, az eszmecserére ösztönözve terjesztek elő, az, hogy a következő öt kritérium alapján lehetne egy új módszertani minőségi skálát kidolgozni:

1. belső validitás
2. deskriptív validitás
3. a statisztikai következtetés validitása
4. megfigyelési validitás
5. külső validitás.

A kritériumokat fontossági sorrendbe tettem, legalábbis a hatásértékelés szisztematikus irodalmi áttekintéseit végzők szemszögéből. A belső validitás – mely megmutatja, hogy a beavatkozás hatással volt az eredményekre – biztosan bármely evaluációs kutatási beszámoló legfontosabb jellemzője. A deskriptív validitás szintén fontos; a kutatás legfontosabb jellemzőiről rendelkezésre álló információ hiányában nehéz az eredményeket egy szisztematikus irodalmi áttekintésben szerepeltetni. Ezzel szemben az egy-egy kutatási projekt külső validitásáról rendelkezésre álló információ a legkevésbé fontos az irodalmi áttekintést végző számára, hisz az irodalmi áttekintések és metaanalízisek egyik fő célja, hogy megállapítsa a különböző feltételek között született eredmények külső validitását vagy általánosíthatóságát, illetve hogy megvizsgálja azon tényezőket, melyek megmagyarázzák a hatás mértékének heterogenitását a különböző evaluációs tanulmányokban.

Javaslatom szerint fontos lenne egy egyszerű pontszám kidolgozása, melyet könnyen használhatnak a tudósok, gyakorlati szakemberek, döntéshozók és az irodalmi áttekintések készítői. Lösel és Kofler (1989) a validitást veszélyeztető 39 tényezőt egy négyfokú skálán értékelték (nincs veszély, alacsony veszély, közepes veszély, magas veszély), de ez az osztályozás túl összetettnek tűnik ahhoz, hogy könnyen érthető és használható legyen. Az egyik lehetőség volna a fent említett ötféle validitás pontozása: 0 (nagyon gyenge), 1 (gyenge), 2 (megfelelő), 3 (jó), vagy 4 (nagyon jó). Lehetséges, hogy az SMS lehetne a belső validitás ötpontos skálájának alapja. A probléma azonban az – ahogy erre Shadish, Cook és Campbell (2002: 100.) rámutatott –, hogy az egyes validitástípusok mennyiségi mérésének nincsenek elfogadott mérőeszközei. Mindemellett meg kellene próbálni ilyeneket kidolgozni.

Nagyon fontos módszertani minőségi standardok kidolgozása az evaluációs kutatás számára.

Sok módja van, hogy az egyedi skálapontértékekből (0–4) egy összesített pontszámot hozzunk létre (0–100). Például az öt validitástípus általam felállított fontossági sorrendjének megfelelően a belső validitást meg lehetne szorozni nyolccal (maxi-

mum 32), a deskriptív validitást hattal (maximum 24), a statisztikai következtetés validitását négygel (maximum 16), a megfigyelési validitást négygel (maximum 16), és a külső validitást hárommal (maximum 12).

Egyszerűbb megközelítés lenne mindössze három, 5 pontos skála kidolgozása, melyek lefedik a vizsgálati elrendezést (belső validitás), a végrehajtást (ideértve a megfigyelési validitást, a statisztikai következtetés validitását és a külső validitás mintaelemeit) és a beszámolást. Minden projektet lehetne ezen három skála mentén értékelni, és az irodalmi áttekintés vagy a metaanalízis meghatározná az eredmények általánosíthatóságát vagy külső validitását. Az én célom ebben a részben azonban kevésbé az, hogy új módszertani minőségi skálákat ajánljak, inkább az, hogy javasoljam: történjenek próbálkozások olyan skálák kidolgozására, melyeket széles körben elfogadnának és használnának mind az evaluációs kutatás, mind az irodalmi áttekintések minőségének fejlesztése érdekében.

PAWSON ÉS TILLEY KRITIKÁJA

Ahogy korábban említettük, Campbell evaluációs hagyományának legjelentősebb kritikája – legalábbis az Egyesült Királyságban – Pawson és Tilley (1997, 1998) „realisztikus evaluáció” megközelítése. Elgondolásaik bemutatása főként publikációikon, valamint a velük folytatott megbeszéléseimen alapul. Érvelésük négy legfontosabb eleme a következő:

1. a korábbi evaluációs kutatás nem volt sikeres, mert csak arra koncentrált, hogy mi működik;
2. a kutatóknak ehelyett a kontextus–működés–eredmény együttesét kellene vizsgálniuk;
3. ezen együttest kvalitatív, narratív és etnográfiai kutatás keretében kellene vizsgálni, az emberek választásaira koncentrálván;
4. az értékelési projektek célja elméletek tesztelése.

Pawson és Tilley első érve, hogy az eddigi evaluációs kutatás nem volt sikeres, mert ellentmondásos eredményeket produkált, és nem volt hatással a büntető igazságszolgáltatásra. Ennek alátámasztására válogatott esettanulmányokat idéznek, mint például Martinson (1974) kritikáját a büntető igazságszolgáltatás eredményességéről, valamint hogy az egyre növekvő bebörtönzésekkel járó büntető igazságszolgáltatási stratégiák nem a kriminológiai értékelés eredményein alapulnak. A következő idézet jól jellemzi érvelésüket:

„Számunkra a kísérleti paradigma heroikus kudarcot jelent, oly sokat ígért, és mégis ironikus antiklimaxszal végződött. A mögöttes logika [...] aprólékosan

kidolgozottnak, józannak és katonásan precíznek tűnik, de mégis úgy tűnik, hogy az eredmények nem egymást erősítve, alacsony határfokkal és félreértelmezéseket szolgáltatva bukkannak elő.” (Pawson, Tilley, 1997: 8.)

„Mialatt végre megtisztultunk attól az abszurd elképzeléstől, hogy nem érheti pozitív társadalmi befolyás a büntetés végrehajtás intézményrendszerét, úgy tűnik egy másfajta üres térbe kerültünk, melyben ellentmondásos eredmények, megismételhetetlenség, a hívek vitái és mindenekelőtt az egymást erősítés hiánya továbbra is megghiúsítja azon értékelést végzők reményeit, akik világos, egyértelmű útmutatókat szeretnének létrehozni a döntéshozatal számára. Ez a kép sehol sem mutatkozik meg tisztábban, mint az úgynevezett metaanalízisben. [...] Azt állítjuk, hogy [...] a módszertani sikertelenség az evaluációs kutatás önféjűségében gyökerezdik.” (Pawson, Tilley, 1994: 291–292.)

Ezen érvelés jó részét úgy lehetne leírni, mint „lelőni a hírvívót”. Ha el is fogadjuk Martinson (1974) állítását, miszerint a büntető igazságszolgáltatás beavatkozásai eredménytelenek, ebből nem következik szükségszerűen, hogy az értékelési módszerek rosszak voltak. Attól még, hogy egy evaluációs projekt nem mutat szignifikáns különbséget a kísérleti és a kontrollcsoport között, nevezhető sikeresnek (feltéve, hogy a statisztikai következtetés validitása megfelelő volt). Ami engem illet, én egyáltalán nem találok az érvelésüket hitelt érdemlőnek, és hiszem, hogy a szisztematikus irodalmi áttekintések és metaanalízisek sok esetben megmutatják, hogy néhány beavatkozásnak következetesen kedvező hatásai vannak (pl. Lipsey és Wilson 1998). Számomra úgy tűnik, hogy az „Ez működik?” az első és legalapvetőbb kérdés, melyre az evaluációs kutatás irányul, és ezt a kérdést nem feltenni olyan, mint kiönteni a gyereket a fürdővízzel.

Pawson és Tilley második érve, hogy az evaluációs kutatóknak nem a beavatkozások hatékonyságát kellene vizsgálniuk, hanem ehelyett a kontextus, a működés és az eredmények kapcsolatát kellene tanulmányozniuk:

„A programok csak annyiban működnek (annyiban vannak sikeres eredményeik), amennyire a célcsoportban bevezetik a megfelelő fogalmakat és lehetőségeket (működés), a megfelelő szociális és kulturális körülmények között (kontextus).” (Pawson és Tilley, 1997: 57.)

„Az alapvető gondolat az, hogy a program működésének sikere mindig összefügg a kontextussal.” (Pawson és Tilley, 1998: 80.)

Az érvekből az következik, hogy miután a cél nem a hatás mértékének meghatározása, hanem a kontextus–működés–eredmény kapcsolatának megállapítása (mi működik, kinek, milyen körülmények között), nincs szükség kontrollfeltételekre:

„Megtévesztő kontrollcsoportokkal való összehasonlítás helyett a mérés közvetlenül az elvárt hatásokra irányul, amik be fognak következni, ha az elméletek helyesek. A mérés így mindig a programcsoporton belüli magatartásváltozásokra fog koncentrálni.” (Uo. 89.)

Azt állítják, hogy a campbelli hagyomány túl nagy hangsúlyt fektet a belső validitásra (Pawson és Tilley, 1997: 27.). Az én véleményem a következő:

„Pawson és Tilley azt állítják, hogy csak a program résztvevői körében van szükség mérésekre, és nincs szükség kontrollcsoportra. Véleményem szerint az egycsoportos preteszt–posztteszt elrendezésnek alacsony a belső validitása, és nem tudja kontrollálni a külső változókat, vagy kizárni a lehetséges alternatív magyarázatokat.” (Farrington 1998: 208.)

Másik érvük a kontrollkörülmények szükségessége ellen, hogy abban az esetben, ha a bűnözésben nagy csökkenés figyelhető meg egy csoportban preteszt–posztteszt elrendezéssel, akkor ezek feleslegesek (ez az érvelés azonban ellentétesnek tűnik azon állításukkal, hogy a hatás mértéke nem fontos). Például, a bűnözés 72%-kal csökkent a Kirkholt-projektben (Forrester, Chatterton és Pease, 1988; Forrester et al. 1990), és ez a nagy csökkenés valóban meggyőzőnek tűnik. Azonban ha a hatás mértéke az irodalmi áttekintések bekerülési kritériuma lenne, a hatás mértékének becsült eredménye (pl. egy metaanalízisben) torzított és félrevezető lenne. És hogyan dönthetnénk el, hogy mekkora arányú csökkenés volt olyan meggyőző, hogy nem volt szükség kontrollkörülményekre? És honnan tudnánk az értékelés tervezése előtt, hogy a hatás mértéke olyan nagy lesz, hogy nem lesz szükség kontrollkörülményekre?

Néhány evaluációs kutató ellentmondana Pawson és Tilley érvelésének, miszerint a kontextust és működést (vagy általánosabban a moderátorokat és mediátorokat) kellene vizsgálni. Bennett (1996: 568.) mutatott rá, hogy Cook és Campbell ismerte fel, hogy mindkettő vizsgálata szükséges. Kvázi-kísérleti vizsgálatokban a belső validitást fenyegető tényezők megvitatása után arra jutottam, hogy

„fontos értelmezni a független és függő változókat összekapcsoló oksági láncot. [...] Az oksági lánc lehetséges kapcsolódásait már a kutatás előtt érdemes átgondolni, és terveket készíteni a hipotézisek tesztelésére, ahol lehetséges. [...] Alapvető fontosságú kísérletet tenni a fő eredmények megismétlésére, és talán lehetséges olyan fontos határkörülmények azonosítása, melyeken belül egy független változónak van hatása, de azokon kívül már nincs.” (Farrington, 1987: 70.)

Ahogy korábban állítottam, „egyérték azzal, hogy szükséges megállapítani, hogy mi működik, kinek, milyen körülmények között, tehát szükséges vizsgálni a működést és kontextust” (Farrington 1998: 206.). Mégis azt gondolom, hogy először a teljes hatás mértékét kellene becsülni (pl. metaanalízissel), másodjára pedig a moderátor-tényezők ezen hatás mértékére gyakorolt befolyását kellene vizsgálni (beleértve a kontextust is, de nem csak arra korlátozva). Például blokkoló kutatási elrendezést lehetne alkalmazni annak vizsgálatára, hogy a kezelés hatása mennyiben különbözik a különböző csoportokban. Lehetséges, hogy egy beavatkozásnak nagyon hasonló hatásai vannak sok különböző típusú embernél, sok különböző típusú kontextusban; Pawson és Tilley azon érvelése, hogy a hatás mindig változik a kontextussal, nekem túlzónak tűnik, de empirikusan tesztelni kellene. Sok példa van az irodalomban olyan több helyszínen futó programokról, ahol a főbb eredmények lényegében ismétlődtek a különböző helyszíneken (pl. Consortium for Longitudinal Studies 1983). Az én kiterjedt próbálkozásaim, hogy a rizikófaktorok interakciós hatásait vizsgáljam a bűnözés előrejelzésében (pl. Farrington 1994; Loeber et al. 1998) elég kevés moderátor-hatást produkáltak, és a bűnözést befolyásoló rizikófaktorok fő hatásai nagyon is megismételhetők különböző kontextusokban (Farrington és Loeber, 1999).

Pawson és Tilley ragaszkodása ahhoz, hogy a hatás mértéke nem fontos, lenyűgöző számomra. Például idéztem nekik Petrosino, Turpin-Petrosino és Finckenauer (2000) eredményeit: hét randomizált kísérlet szolgált visszaesési adatokat a Scared Straight programról, és mind azt mutatta, hogy a program ártalmas, abban az értelemben, hogy a kísérleti csoportban magasabb volt a visszaesési arány. Azt tanácsoltam ezért, hogy javasolhatnánk a kormányzati döntéshozóknak a program abbahagyását. Ők azonban ellenkeztek, tagadva a káros hatások fontosságát; azt mondták, hogy további kutatásra lenne szükség a Scared Straight program kontextus–működés–eredmény együttesének vizsgálatához.

Pawson és Tilley harmadik érvelése, hogy a kontextus–működés–eredmény együttest kvalitatív, narratív és etnográfiai kutatás keretében kellene vizsgálni, az emberek választásaira koncentrálva:

„A programok működnek, ha az alanyaik azt választják, hogy működtetik és a megfelelő körülmények közé helyezik őket, ahol képesek is erre.” (Pawson és Tilley, 1994: 294.)

„A szociális programok cselekvő személyek akaratának, hozzáértő tetteinek és megegyezéseinek termékei.” (Pawson és Tilley, 1997: 50.)

„A kutatás elsősorban etnográfiai lenne, ahol a kutató megfigyeli a munkacsoportokat, így követve a döntéshozatali folyamatokat. [...] A kvalitatív elemzés

azokat az előre látható különbségeket követné nyomon, hogy hogyan változna meg egy ilyen együttműködés, ha a helyi, területi irodából vezetnék, nem pedig a távoli városházáról. [...] Amit meg lehetne próbálni ezen a viszonylag új (és teoretikusan még alig vizsgált) kutatási területen, az előkészítő narratív leírások készítése arról, hogy a kontextuális körülmények bizonyos kombinációi hogyan vezettek sikerhez (vagy kudarchoz).” (Pawson és Tilley, 1998: 87.)

Az én megjegyzéseim a következők:

„Úgy tűnik, hogy Pawson és Tilley megközelítése sok sajátos megérzés szabályokba foglalását és tesztelését integrálja a részletekbe menő kontextus–működés–eredmény kapcsolat vonatkozásában.

Javaslatuk, miszerint sok kontextus–működés–eredmény együtttest kellene vizsgálni, elsősorban egy büntető igazságszolgáltatásban használható vizsgálati elrendezésnek tűnik, az oksági következtetéseket vizsgáló elrendezések minden velejáró problémáival, kizárva a lehetséges alternatív magyarázatokat.” (Farrington 1998: 208–209.)

„Pawson és Tilley azt állítja, hogy alapvetően a működés biztosítja a magatartás-változáshoz szükséges okokat és erőforrásokat (az akaratot?). Ez az oksági folyamatok egy sajátos szempontjának tűnik. Sok pszichológus vonakodik megkérni az embereket, hogy indokolják meg magatartásukat, ez pedig amiatt a széles körben elterjedt hiedelem miatt van, miszerint az embereknek nincs rálátásuk, vagy csak kevés rálátásuk van, saját komplex szellemi folyamataikra. [...] Így nem világos, hogy különösen az indítékoknak és általában a verbális beszámolóknak lenne egyáltalán validitása, emiatt hangsúlyozzák a pszichológusok a megfigyelést, kísérletezést, validitás-ellenőrzést, az okokat és a magatartás tudományos vizsgálatát.” (Farrington, 1998: 207.)

Negyedik pontjában Pawson és Tilley azzal érvel, hogy az értékelő kutatás fő célja az elméletek tesztelése kellene hogy legyen:

„A realiztikus evaluáció elmélettel kezdődik és további elmélettel ér véget. Egy elméleti programmal kezdünk, mely a működés, a kontextusok és az eredmény mintázatainak szemléletébe van ágyazva. Az elméletekből származnak a specifikus hipotézisek, és ezek határozzák meg a megfelelő kutatási módokat és stratégiát, mint például annak megválasztását, hogy hol kell az elvárt hatás részletes méréseit végrehajtani. Az elméletet az empirikus próba fényében teljes mértékben el lehet fogadni (ritka eshetőség), el lehet vetni (ritkán egy csapásra) vagy finomítani lehet rajta (leggyakoribb kimenetel). [...]”

A nagy értékelés végeredménye végül is nem más, mint egy továbbfejlesztett elmélet, melyet azután tovább lehet tesztelni és finomítani a következő program végrehajtása során. És így folytatódik a körforgás.” (Pawson és Tilley, 1998: 89–90.)

Kétségtelenül szükséges a beavatkozás hatása mögött rejlő oksági működés elméleteinek tesztelése az eredménnyel kapcsolatban. A fő probléma azonban az, hogy sok elméletet lehet felállítani, ám nehéz megfelelő adatokat gyűjteni valamennyi teszteléséhez. Számomra mégis úgy tűnik, hogy Pawson és Tilley szem előtt tévesztették a programértékelés fő célját – egy beavatkozás hatásainak értékelése a mért eredmények segítségével –, és ezt a kontextus–működés–eredmény együttese tesztelésévé alakították. Én egyáltalán nem vagyok biztos benne, hogy ezt egyáltalán értékelésnek kellene nevezni (még kevesebé „realisztikus” evaluációnak), legalábbis abban az értelemben, ahogy ezeket a szavakat az angol nyelv rendszerint definiálja. A *Shorter Oxford English Dictionary* szerint az „evaluáció” valami értékének a kiszámítását jelenti, a „realisztikus” pedig a dolgok bemutatását úgy, ahogy vannak.

A következtetésem Pawson és Tilley kritikájával kapcsolatban az, hogy egyáltalán nem teszi szükségessé a Campbell-hagyomány megváltoztatását, ami már egyébként is hangsúlyozza a moderátorok és mediátorok vizsgálatának, valamint az elméletek tesztelésének szükségességét az evaluációs kutatásban. Nem értek egyet velük abban, hogy a kontextusok, a működés és az eredmények kapcsolatának vizsgálatára a kvalitatív, a narratív vagy az etnográfiai kutatás a legjobb módszer. Ezek a módszerek megfelelőek elméletek kidolgozásához, azonban a Campbell-hagyományt követő kísérleti vagy kvázi-kísérleti vizsgálatokra van szükség az oksági hipotézisek teszteléséhez. Pawson és Tilley munkája így semmilyen jelentőséggel nem bír az általam tárgyalt módszertani minőségi standardokkal kapcsolatban.

KÖVETKEZTETÉSEK

Fontos olyan módszertani minőségi standardok kidolgozása az értékelő kutatás területén, melyet a szisztematikus irodalmi áttekintések készítői, a tudósok, a döntéshozók, a tömegkommunikáció és a közvélemény használhatnak a bűnözés csökkentésére irányuló beavatkozások hatásosságával kapcsolatos következtetések validitásának értékelése során. Reméljük, hogy az ilyen standardok fejlesztése az értékelő kutatás minőségének javulásához is hozzá fog járulni. Nem kellene minden kutatást egyenlő súllyal venni, a büntető igazságszolgáltatás stratégiáinak pedig a lehető legjobb bizonyítékon kellene alapulnia. Ez a tanulmány kísérletet tett a standardok kidolgozásának javítására a validitás típusainak, a módszertani minőségi

skálák és a realiztikus evaluáció kritikájának áttekintésével. A fő következtetések a következők: új módszertani minőségi skálákat kellene kidolgozni, melyek a statisztikai következtetés validitásán, a belső validitáson, a megfigyelés validitásán, a külső validitáson és a deskriptív validitáson alapulnak; Pawson és Tilley a campbelli hagyomány fölött gyakorolt kritikájának nincs jelentősége a módszertani minőségi standardokkal kapcsolatban.



PROGRAMÉRTÉKELES:
HAZAI TAPASZTALATOK



6. NÉHÁNY HAZAI ISKOLAI DROGPREEVENCÍÓS PROGRAM ÉRTÉKELÉSE

PAKSI BORBÁLA, NÁDAS ESZTER,
FELVINCZI KATALIN ÉS DEMETROVICS ZSOLT

Az iskolai szinten megjelenő prevenció programok országos kataszterének felállításakor során feltárt (a kötet 2. fejezetében leírt) programok egy szűkített körében – szám szerint nyolc program esetében – elvégeztük a programok szervezeti hátterének elemzését, valamint a kiválasztott program részletes folyamat- és eredményértékelését.¹⁰¹ Az evaluáció során elsősorban cél- és reagálás-központú értékelési elemeket alkalmaztunk (Rácz, 2001).

Munkánk során a kompatibilitási szempontok és a sajátosságok figyelembevétele egyaránt vezérelt bennünket. Ennek megfelelően – a kataszterfelállítás során alkalmazottakhoz hasonlóan – a folyamat- és eredményevaluáció során is egyrészt a nemzetközi standardokhoz való igazodásra (EMCDDA, 1998, 2001; Bukovski, 1997; Baker et al. 1998; Uhl, 1998; Bury, 2000; Kröger és mtsai, 1998; Neaman et al. 2000; Morgen, 2000; Rácz, 2001; Farrington, 2003; Nádas, 2004), illetve a programok egymással való összehasonlíthatóságára, másrészt az egyes programok egyediségének leképezésére törekedtünk. Emellett törekedtünk a korábbi, 2001-ben készült kutatásunkkal (Paksi és Demetrovics, 2002a; Paksi és mtsai, 2002a, 2002b) való kompatibilitásra is.

Az értékelésbe vont programok kiválasztása során elsősorban az az elvi, módszertani szempont vezérelt bennünket, hogy az evaluálásra kerülő programok a létező prevenció irányzatok, illetve az alkalmazott módszerek tekintetében minél több típust képezzenek le. Tekintettel arra, hogy – mint azt a feltárt programok kataszterének leírása során már említettük – a megismert programok célkitűzéseik szerint annyira heterogénnek mutatkoztak, hogy kizárólag e szempont mentén nehéz őket tiszta prevenció irányzatokba besorolni, a programok kiválasztása során elsősorban a programok multidimenzionális csoportosításához nyúltunk vissza, azaz a programok idő- és célcsoport jellemzőit, illetve célkitűzéseit, valamint módszereit együttesen vettük figyelembe. Így az alábbi típusok mind teljesebb megjelenítésére törekedtünk:

¹⁰¹ A kutatás az NKFP „Fények és árnyak” című projektje (projektszám: 1B/0001/2002) részeként, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI), a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (BCE MKI VK), valamint az MTA Pszichológiai Intézet konzorciális együttműködése keretében készült.

- rövid idejű információátadó program
- rövid idejű egészségfejlesztő program
- hosszú intervallumú egészségfejlesztő program
- hosszabb intervallumú integrált drogprevenciós program
- drámapedagógia/színházi előadás
- veszélyeztetett csoportok számára végzett drogprevenció
- drog-, egészség- vagy bűnmegelőzési nap
- alternatív program
- kiállítás
- pedagógusokat/szakembereket képző program
- a pedagógusok/szakemberek probléma iránti érzékenységet növelni kívánó programok

A kiválasztás során emellett tekintettel voltunk az eredményevaluálás gyakorlati metodikai szempontjaira is, azaz arra, hogy az elemzésbe vont programok a vizsgálati periódus alatt a célpopuláció megbízható eredményeket adó számosságú sokaságát érik el. Az aktuálisan – a vizsgálat időintervalluma alatt – elért populáció minimális létszámára vonatkozó kritériumunk szűk keresztmetszetként jelentkezett az elemzésbe vonható programok körének meghatározása során, így végül a 24. táblázatban leírt, 8 program részletes szervezet-, folyamat- és eredményértékelését végeztük el.

25. táblázat. A részletes evaluációba vont programok egyéb jellemzői

PROGRAM	CÉLCSOPORT	MÓDSZEREK	INTERAKTIVITÁS	IDŐTARTAM (ÓRA)	MEGVALÓSULÁS IDŐINTERVALLUMA	ORSZÁGOS PROGRAM-E
KÖZVETLENÜL A VÉGSO CÉLCSOPORTRA IRÁNYULÓ PROGRAMOK						
1. program	8. évf. diákok	Előadás, beszélgetés, kiscsoportos önálló munka, drámajáték	Interaktív	4	1 alkalom	országos
2. program	5–8. évf. diákok	Előadás, kiscsoportos önálló munka, szituációs játékok	Részben interaktív	5	5 alkalom / 1 hét alatt	3 megye
3. program	5–12. évf. diákok	Beszélgetés, szituációs játékok	Interaktív	5	5 alkalom / 2 hónap alatt	1 megye
4. program	7–12. évf. diákok	Előadás, beszélgetés, vizuális szemléltetés, szituációs játékok	Részben interaktív	2	1 alkalom	főváros
5. program	1–8. évf. diákok	Előadás, beszélgetés, vizuális szemléltetés, szerepjáték	Részben interaktív	8–10	8–10 alkalom / egy tanév alatt	egy fővárosi kerület
6. program	9–12 évf. diákok	Előadás, beszélgetés, vizuális szemléltetés	Interaktív	3	1 alkalom	országos
PEDAGÓGUSOKKAL ÉS EGYÉB SZAKEMBEREKSEL FOGLALKOZÓ PROGRAMOK						
7. program	1–12. évf.-on tanító tanárok és egyéb szakemberek	Előadás, kiscsoportos önálló munka, didaktikai játékok, saját élmény szerzése	–	40	4 nap folyamatosan	országos
8. program	5–12. évf.-on tanító tanárok és egyéb szakemberek	Előadás, kiscsoportos önálló munka, vizuális szemléltetés, didaktikai játékok, saját élmény	–	10	1 nap	országos

Mint a fenti táblázatok alapján láthatjuk, az értékelésbe vont nyolc program hét programtípust jelenít meg. Nem vizsgáltunk rövid idejű egészségfejlesztő programot, veszélyeztetett csoportok számára kínált beavatkozást, drog-, egészség- vagy bűnmegelőzési napot, illetve alternatív programot, azaz a programkínálat együttesen mintegy 20%-át jelentő 4 programtípus kimaradt az értékelés során látószögünkéből. 6 program közvetlenül a végső célpopulációra irányuló intervenciót végez, 2 program pedig a pedagógusok és egyéb iskolai szinten dolgozó szakemberek képzésével foglalkozik.

A PROGRAMOK SZERVEZETI HÁTTERÉNEK ÉRTÉKELÉSE*

Az evaluáció ezen fázisa a szervezetek működésének értékelő szociológiai vizsgálatát jelenti. A szervezeti működés vizsgálata arra irányult, hogy a szervezetek stabil és kiszámítható működésének megvannak-e a feltételei. Biztos-e a szolgáltatás gazdasági-szervezeti háttere, biztosított-e a szervezeteken belül a források szakszerű felhasználása, milyen eszközökkel biztosítják a mindennapi tevékenységükben a folyamatos szakmai minőséget, miként tudnak megfelelni a szakmai előírásoknak, a gazdálkodás szabályait és a működésükre vonatkozó egyéb előírásokat hogyan tartják be? Megvannak-e ehhez a személyi és szakmai feltételek, valamint az együttműködés csatornái megfelelő hatékonyságot, ellenőrizhetőséget biztosítanak-e a célok eléréséhez? A kis szervezetek önmaguk alakítják ki a kooperációs kereteket. Ezek vagy segítik, vagy nem a fő tevékenység – esetünkben a drogprevenáció – minél hatékonyabb, eredményesebb kivitelezését. Láttatni szeretnénk a vizsgált szervezetek erősségeit és gyengeségeit. A mindennapi tevékenységre voltunk kíváncsiak. Kutatásunk egyszerű szervezetszociológiai elemzés és nem a gazdálkodás, működés törvényességének, átvilágító – esetleges szankciókat javasló – vizsgálat.

AZ ÉRTÉKELÉS SZEMPONTJAI

Történeti háttér: A szervezet történetéből indulunk ki. Arra vagyunk kíváncsiak, hogy a program és a szervezet megalakulása összefügg-e, vagyis a szervezet már megvolt-e régebben, és működéséből következik-e, hogy az adott programokban részt vett, vagy a program megvalósításában akartak részt venni, és ezért alapították a szervezetet.

* A szervezetértékelési munkát Czákó Ágnes (Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia és Szociálpolitika tanszék) irányította. Az esettanulmányokat és összefoglaló interjúkat készítették: Czákó Ágnes, Dreszler Viktória, Görbe Szilvia, Győri Ágnes, Kiss Ágnes, Perpék Éva. A jelen kötetben szereplő összefoglaló alapját képező háttértanulmányt Czákó Ágnes készítette.

Személyi háttér: A résztvevők motivációinak, elkötelezettségének, indítékainak, érdekeltségének feltárása.

Szervezeti összefüggések:

- Szervezeti környezet: A releváns környezet kijelölése, kikkel versenyez a kért csoport – szakmai, piaci, politikai versenytársak. Kik azok, akikkel nem kooperálnak, sőt, akiket le akarnak körözni, akik az ellenfelek (mi miatt ellenfelek – szakmai, morális felfogásbeli különbség, egyéb...). Tartós együttműködés, kooperatív viszony kialakulását keressük. Milyen területen jellemző ez (szakmai, pénzszerzés, program „értékesítése”, hírnév szerzése, önkormányzat, minisztérium)?
- Belső tényezők: Annak vizsgálata, hogy szakmai vagy adminisztratív igazgatás érvényesül-e.
- A jogi forma vizsgálata: a működési elvek a jogi formák szerint eltérnek. A szervezetek működési hatékonyság mérése különböző aszerint, milyen jogi formában működik a szervezet: a piaci elven szolgáltatók sikerességének mérésére a profit léte/nemléte a kérdés, míg a nem profitorientált (nonprofit) szervezetek hatékonyságát meghatározott kritériumok teljesítéséhez kapcsolja a szakirodalom (a profit felosztásának tilalma; privát és nem-kormányzati tevékenység; önkéntesség a munkák elvégzésében). Hasonlóképp a szakirodalom szokásszerűen vizsgálni javasolja, hogy a szervezetek megfelelnek-e az elvárt szerepeknek, funkcióknak (innovatív funkció, érdekvédelmi funkció, közösségépítő funkció, a szervezetek vezetése), illetve hogy a szervezet működésében milyen hátrányok tapasztalhatók (partikularizmus, paternalizmus, túlságosan professzionális vagy túlságosan amatőr, a források megszerzésének nehézsége, felelősségi viszonyok a szervezeten belül).

A NONPROFIT SZERVEZETEK ÁLTAL MŰKÖDTETETT

PREVENCIÓS PROGRAMOK SZERVEZETI HÁTTERÉNEK JELLEMZŐI

A vizsgált programok közül három programot működtet nonprofit szervezet, az 1., a 3., illetve a 4. programot. Az egyes szervezetek aktivitásuk, szervezeti méretük és az átláthatóság szempontjából is teljesen különbözőek. A főállású alkalmazottak létszáma is azt igazolja, hogy csak a 3. programot működtető egyesület tekinthető hagyományos értelemben közepes méretű hierarchikus szervezetnek. További igazolást szolgáltat az a tény, hogy csak ez a szervezet volt teljesen felkészülve arra, hogy pontos adatokkal tudjon szolgálni az egyesület tevékenységét dokumentáló adatok bemutatására. A másik kettő számára ez nem volt természetes, illetve nem vezetnek rendszeres nyilvántartást.

Általános követelmények teljesülése

A profit felosztásának tilalma: Formailag megfelel mindhárom szervezet ennek a követelménynek, mert professzionális beszámolót készítenek az adóhatóság felé, megvannak a szükséges szakemberek. Vállalkozási tevékenység – ha van – minimális jelentőségű. A formális eredmény-beszámolóban nem szerepel.

Privát és nem-kormányzati tevékenység: Mindhárom egyesület esetében világosan elválik e két szektor, az első, a „tisztá típus” szervezeti életében éppen a vezetés személyi feltételeinek formális teljesítésében is figyeltek erre. De az utóbbi két szervezetben teljesen összefonódnak a fő tevékenység és a prevenció programok, melyek láthatóan kiegészítő jellegűek.

Önkéntesség a munkák elvégzésében: Az önkéntesség fogalma a hazai „standardoknak” megfelelő, vagyis olyan önkéntesek dolgoznak, akik bizonyos ellenszolgáltatást kapnak. A szervezetek vezetői pont azon fáradoznak, hogy a profi szolgáltatásokat meg tudják fizetni a szakembereknek. Ilyen értelemben nem önkéntesek a vizsgált szervezetek munkatársai. (Kivéve a 3. programot működtető egyesület önkénteseit.)

Elvárt szerepek/funkciók

Innovatív funkció: Az első két szervezet programjai úttörőnek számítanak: a 3. program gazdája esetében a fő tevékenységben végzett drogpreevenció – úgy tűnik – rendkívül megalapozott, széles szakmai, karitatív és öntevékeny együttműködésen alapul. Az 1. program háttérét adó szervezetben pedig a program során alkalmazott módszer jelenti az innovációt, vagyis a választott eszköz tekintetében újítók. Ezek a szervezetek viszonylag nagy hálózatokat érnek el, ezáltal a módszerek terjedésében is jelentős szerepük van. Mindketten kezdeményezők. A 4. programot működtető szervezet programjai láthatóan nem saját fejlesztésűek, magát a programot eszközként használják, hogy szélesítsék a jellemzően nemzetközi legitimitással bíró szövetség hazai bázisát (bizonyára más programokkal is ez a céljuk).

Érdekvédelmi funkció: Csak a 3. programot működtető szervezet vizsgálatában tapasztaltuk ezt a célt, főként a helyi problémamegoldásban vállalnak ilyen szerepet az egyesület tevékenységével. Ők a drogpreevenciókkal küzdők érdekében érdekérvényesítő. Az 1. program gazdája tagságának szakmai érvényesülésére figyel, míg a 4. programot üzemeltető szervezet tevékenységének kiterjesztésére koncentrál. Tehát az érdekvédelmi funkció betöltése a két utóbbi vizsgált szervezet munkájában nem triviális.

Közösségépítő funkció: Mindhárom egyesület törekszik a tagjai körében közösségek erősítésére. Ezen túlmenően főként a huzamosabb ideig drogpreevenciókkal küzdőkkel kapcsolatot tartó, a 3. programot is működtető szervezet tesz erőfeszítése-

ket. A célcsoportokat ők érik el olyan formában, hogy alkalom legyen a közösség alakítására. A másik két szervezet esetében ez nem egyértelmű.

A szervezetek vezetése: Az 1. és a 3. programot működtető szervezetekben a szakmai és kiegészítő szakmai tevékenységet professzionális vezetők végzik, a 4. program hátterét adó szervezetben amatőrök dolgoznak, akiknek másik főmunkahelyük is van. A szervezeti rend többé-kevésbé átlátható, a tekintélyviszonyok a szakmai tekintélyből levezethetőek. Szigorú belső ethoszt a 3. program mögött álló szervezet a dropprevenció szakmai közegében, az 1. program gazdája a dráma-keret mint eszköz felhasználásában képvisel. A 4. programot működtető szervezet esetében a tekintély külső – heterokefális és heteronóm – meghatározottságból adódik.

Hátrányok/diszfunkciók

Partikularizmus: Részrehajló méltánytalan előnyökhöz juttatással nem találkozunk.

Paternalizmus: A pályázati pénzek nem „automatikusan” érkeznek, van valamennyi kiszámíthatatlanság, ami azt jelzi, hogy a paternalista viszonyok jelentősen befolyásolják minden szervezet életét.

Szervezetben belüli felelősségi viszonyok: A nonprofit-vizsgálatok általában azt vetik fel, hogy a szervezeteken belüli felelősségi viszonyok nem átláthatóak. A mi vizsgálatunkban is kiderült, hogy a kicsi szervezetek bürokratikus rend szerinti megszervezése lehetetlen/értelmetlen, a belső viszonyok a bizalomra és nem jogi garanciákra épülnek. (Mindezzel összhangban van, hogy a legkisebb szervezetek is könyvelőt foglalkoztatnak, hogy a törvényi előírások szerint szabályos legyen a működésük.) Mint a jelentés elején már említettük, a szervezetek szakmai vezetői általában nem ismerik a gazdálkodás változatosabb lehetőségeit, illetve más szervezeti formákban keresik a gazdálkodási keretek kitágításának útját-módját.

Professzionalitás: Nemcsak a felelősségi viszonyok, hanem a gazdálkodás átláthatatlanságáról is szólnunk kell. A 3. program mögött álló szervezetben jól követhető a munkamegosztás és a nyilvántartás is, a másik kettőben azonban kevésbé. (Például egy olyan egyesület, melynek tagjai egyénenként számlaképes vállalkozók, s a vállalkozásaikon keresztül jutnak hozzá az egyesület nevében végzett szolgáltató tevékenységük ellenértékéhez, nehezen átlátható.)

26. táblázat. A nonprofit szervezetek által működtetett programok szervezeti hátterének főbb jellemzőinek összehasonlítása

ÖSSZEHASONLÍTÁSI SZEMPONT	1. PROGRAM	3. PROGRAM	4. PROGRAM
Fő tevékenység	kultúra, közművelődés	egészségügyi	közösségfejlesztés
Pénzforrások, donorszervezetek	tagok, GYISM, nonprofit szervezetek, külföldi szervezetek	tagok, magánszemélyek, országgyűlés, EÜM, OM-GYISM, helyi önkormányzat	külföldi ernyő-szervezet
Szerződéses kapcsolatok	OM: 2002 óta	helyi önkormányzat: 1995 óta, klinika: 2001 óta	külföldi partnerszervezetek
Benyújtott pályázatok száma 2003-ban	34 db	21db	4 db
Nyertes pályázatok száma 2003-ban	16 db	11 db	1 db
Pályázatok típusa	minisztériumi, vállalati, külföldi szervezet	minisztériumi, helyi önkormányzati	minisztériumi, más nonprofit, külföldi szervezet
A tevékenység hatóköre	nagyváros	nagyváros + 6 település rendszeres ellátása	nagyváros, alkalmanként vidéki város
Taglétszám	10 fő	24 fő	kb. 500 fő
Önkéntesek száma	1 fő	17 fő	kb. 40 fő
Alkalmazottak száma: főállású, teljes munkaidős részmunkaidős alkalmi	7 2 3	18 – 7	1 – –
Jövedelemadó 1%-ából	400 000 Ft	210 000 Ft	kb. 100 000 Ft
2003-ban rendelkezésre álló összeg	21 999 ezer Ft	40 000 ezer Ft	5000 ezer Ft

GAZDASÁGI TÁRSASÁGOK ÁLTAL MŰKÖDTETETT PREVENCIÓS PROGRAMOK
SZERVEZETI HÁTTERÉNEK JELLEMZŐI

A vizsgált prevenciós szervezetek között két társaság (a 7–8. programot működtető, valamint a 2. program mögött álló szervezet) működik gazdasági társaság formában. Mindkét gazdasági társaság magasan kvalifikált szakembergárdával dolgozik, fő piacukat a jórészt államilag finanszírozott pedagógusképzés, -továbbképzés kiszélesedett lehetősége adja, vagyis az a szolgáltatás igénybevevői felé megjelenő szakmai-jogsabályi kényszer, hogy a pedagógusoknak hétévente részt kell venni egy-egy továbbképzésen. A régebben működő (a 7–8. programot működtető)

társaság úttörő ezen a piacon, nemzetközi tapasztalatok hazai meghonosításában vezető szerepet vállalt, és tartja is vezető pozícióját. A később alapított 2. program mögött álló társaság más stratégia szerint működik. Követő a piacon, igyekszik azt a helyzetet kihasználni, hogy a városban, ahol működik, nincs hasonló profilú vállalkozás. Mindkettő vezető szerepre tör, egyikük egy szűk regionális piacon, a másik országos piacvezető akar lenni/maradni. A régebb óta működő társaság nagy professzionális hálózattal rendelkezik, mely kölcsönös/váltakozó vállalkozó–alvállalkozó relációban tízszer annyi iskolát ért el, mint a másik. Az immár országos hatókörű, több mint tíz éve alapított szervezet (a 7–8. program gazdája) pozíciójának biztosítékait szervezeti-intézményes expanzióval igyekszik megteremteni: alapítványtétel, akkreditációk, jogok megszerzése, kötelező gyakorlat megszervezése, megkövetelése, egymásra alapuló sorozatréningek kínálata. Míg a kisebb piacra dolgozó (a 2. programot működtető) társaság alapítója arra építi a vállalkozást, hogy személyes elismertsége és szakmai tudása révén személyes bizalmat kap különféle helyi szakmai intézményekben: betöltött funkciói megerősítik tekintélyét a drogpreevenció területén. Mindkét társaság működésében jól látható a pedagógusszakmai elkötelezettség, az igényes szolgáltatói attitűd. Emellett az is nyilvánvaló, hogy a nagyobb szervezet tudatos előrelátással, tartalmi újításokkal is kínálatbővítésre törekszik: újabb területeken kínál új tréningeket (környezeti nevelés), vagy a rövid képzéseket leleményesen kibővíti kínálata bővítése, piaci pozíciójának fenntartása/növelése érdekében.

27. táblázat. A gazdasági társaságok által működtetett programok szervezeti hátterének főbb jellemzőinek összehasonlítása

ÖSSZEHASONLÍTÁSI SZEMPONT	2. PROGRAM	7–8. program
Fő tevékenység	drogpreevenció	drogpreevenció, fejlesztés, környezeti nevelés
Kapcsolódó szolgáltatás	–	könyvkiadás
Kezdet	1999	1992
Alapítás	2000	1996
Hálózat/alvállalkozók	5 fő alvállalkozó	20 fő alvállalkozó, akik közül 4 fővállalkozó is esetenként
Kapcsolódó szervezet	nincs	alapítvány programfejlesztésre
Partnerszervezetek	iskolák	iskolák, ANTSZ, Programiroda
Szakemberek száma	5-6 fő	5 fő
A működtetett programok száma	1-2	5
Hatókör, piac nagysága	helyi, város és vidéke	országos
A 2003-ban végzett tevékenység volumene	9 iskolában	102 iskolában

EGYÉB SZERVEZETI FORMÁBAN MŰKÖDTETETT
PREVENCIÓS PROGRAMOK SZERVEZETI HÁTTERÉNEK JELLEMZŐI

Mivel két teljesen különböző elven működő szervezetről van szó, értelmetlen lenne messzemenő összevetést tenni. A szervezeti formák a finanszírozás szempontjából közel esnek egymáshoz: az önkormányzati szervezet természetes finanszírozója a (helyi) költségvetés, a közhasznú társaság pedig arra használható, hogy az állami költségvetési pénzeket fogadni tudja, de a költségvetési szigornak nincs alávetve.

28. táblázat. Az egyéb formában működtetett programok szervezeti háttere főbb jellemzőinek összehasonlítása

ÖSSZEHASONLÍTÁSI SZEMPONT	6. PROGRAM – KHT.	5. PROGRAM – ÖNKORMÁNYZAT
Fő tevékenység	oktató (vándor-) kiállítás	egészségnevelés
Pénzforrások, donorszervezetek	összeállításkor: vállalat, minisztériumok, szociális intézmény, külföldi oktatási intézmény	az önkormányzat része
Szerződéses kapcsolatok	GYISM, helyi önkormányzat	GYISM, helyi önkormányzat
Benyújtott pályázatok száma 2003-ban	nem pályázott	3 db
Nyertes pályázatok száma 2003-ban	nem pályázott	3 db
Pályázatok típusa	–	minisztériumi
A tevékenység hatóköre	országos, nemzetközi	helyi, települési
Önkéntesek száma	2 fő	–
Alkalmazottak száma:		
– főállás, teljes munkaidő	–	2 fő
– részmunkaidős	–	–
– alkalmi szerződéses	8 fő	3 fő
2003-ban rendelkezésre álló összeg:	12 000 ezer Ft	5100 ezer Ft

NÉHÁNY ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉS A PREVENCIÓS PROGRAMOK SZERVEZETI HÁTTERÉRŐL

A kicsi szervezetek a rájuk jellemző, kevésbé formalizálható együttműködési szabályokat éppen amiatt, mert meglehetősen kicsik, a hétköznapi érintkezési módok szerint nagyon személyhez kötötten használják, és a szervezeti forma csak egy jó és célszerű eszköz ahhoz, hogy a szervezetek tagjai a szervezetet magát elsajátítsák és saját ambícióik, személyes céljaik megvalósítására használják fel.

A vizsgált szervezetekben a tagok száma tíz fő alatt van, vagyis olyan kicsik, hogy szociálpszichológiai értelemben is kiscsoportnak kellene neveznünk ezeket.

Szervezetelemzési, illetve szervezetszociológiai értelemben szabad szemmel alig látható mikroszervezetek, ám jogi értelemben működésük formalizált. Létezik a tagokból álló, kifelé szabályokkal korlátozott zárt társadalmi kapcsolat, mely kapcsolatoknak van belső rendje, s ennek a tagok érvényt is szereznek. Bármilyen kicsik is, és hétköznapi értelemben talán túlzásnak tűnik, mégis szervezetként beszélünk a vizsgált kiscsoportokról.

Részben összefügg a szervezet méretével és a tevékenységével a személyhez kötöttség: a szakember a szakmai témában dominálja a tevékenységet. A személyes szakmai kompetencia érvényesítése nem fér össze sem a bürokratikus, sem a kiemelten személyre szabott interperszonális megoldásokkal. Ez pedig magától értetődően autoriter és/vagy központosított teammunka-szervezeti keretek kialakítását eredményezheti.

FOLYAMATÉRTÉKELÉS – A PROGRAMOK KIVITELEZÉSÉNEK VIZSGÁLATA

A folyamatevaluáció a prevenció beavatkozások megvalósulásáról szolgáltat információt. A program lefolyásának szisztematikus vizsgálatát jelenti a program kezdetétől a végéig, lefedve a program munkatársai által végzett tevékenységeket, a célcsoport reakcióit és minden lényeges körülményt, mely hatással lehet az input és az output közötti kapcsolatra. Az értékelés ezen fázisában képet kaphatunk arról, hogy a program(ok) a vizsgált periódus alatt a tervek szerint halad(nak)-e, sikerült-e teljesíteni a kitűzött célokat mind a célpopuláció elérése, bevonása, érdeklődésének felkeltése tekintetében, mind tartalmi vonatkozásokban. A folyamatértékelés ezen túlmenően információt ad a célcsoport reagálásairól, benyomásairól is, arról, hogy a résztvevők kedvelik-e a programot, elégedettek-e vele. A folyamatértékelés során alkalmazott mutatók nem a programok eredményességét jelzik, önmagában a terveknek megfelelően folyó kivitelezés vagy a résztvevők körében kedvező reakciók elérése nem jelent garanciát a vizsgált program eredményességére vonatkozóan, ugyanakkor a folyamatértékelő indikátorok a beavatkozások eredményességének értelmezéséhez fontos információkkal szolgál(hat)nak.

Az alábbiakban a következő kérdésköröket tárgyaljuk:

- a résztvevők bevonódásának mutatói;
- a tervezett és tényleges beavatkozás viszonya – mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatásával kapcsolatban kitűzött célokat;
- a résztvevők reakciói, véleményei, elégedettsége.

A folyamatértékelés kapcsán végzett elemzések megfigyelésen, az interpretátorok (foglalkozásvezetők)¹⁰² által kitöltött kérdőíven, valamint a célcsoport tagjai körében a poszt-vizsgálat során összegyűjtött kvantitatív tetszési adatokon alapulnak.

A RÉSZTVEVŐK BEVONÓDÁSÁNAK MUTATÓI

A prevenció programok hatékonyságának vizsgálata során – elsősorban a közvetlenül a diákokkal foglalkozó beavatkozások esetében – a szakirodalom kitüntetett szerepet tulajdonít az interaktivitás kérdéskörének. Tobler és kutatócsoportja (1997) a 80-as–90-es években az iskolai szinten megvalósított és értékelt 120 drogpreevenció program eredményértékeléseinek metaanalízise alapján arra a megállapításra jut, hogy a prevenció program viselkedésre gyakorolt hatása szempontjából a legnagyobb jelentőséggel a programmegvalósítás interaktivitása bír: a nem interaktív programok gyakorlatilag hatástalanok, míg az interaktívak jelentős

¹⁰² Interpretátoroknak azokat a személyeket nevezzük, akik a program kivitelezését az egyes megvalósulási helyen irányítják, a prevenció beavatkozást végrehajtják, azaz a programot mintegy közvetítik a célcsoport felé.

hatással bírnak, és a költség-haszon arányuk is kedvezőbb. Ehhez képest másodlagos a program célkitűzése, illetőleg annak tartalmi fókusza. Az interaktivitás ebben az esetben azt jelenti, hogy a résztvevők nem pusztán hallgatóságként vannak jelen a prevenció beavatkozások során, hanem ténylegesen részt vevő módon. A szokásos, „frontális” előadás helyett az interpretátor a prevenció beavatkozás alanyait bevonja a gyakorlatokba, szerepjátékokba; a különböző készségeket gyakoroltatja velük; csoportosan megbeszéli a felmerülő kérdéseket; stb. Az igazi választóvonal a hatékony és a nem hatékony programok között – a szakirodalom szerint – abban áll, hogy mennyire tudják aktívvá tenni a diákokat, mennyire lesznek partnerek, mennyire vonják be a program oktatásába a kortárs véleményformálókat (Tobler, 1997; Tobler, és Stratton, 1997).

E szakirodalmi tapasztalatok alapján többféle mutatót alkalmaztunk a programok interaktivitásának mérésére. Egyrészt vizsgáltuk az interaktivitást olyan objektív, bár annak elsősorban csak a formális oldalát megragadó mutatók mentén, melyek a prevenció beavatkozás alanyainak számszerű bevonódását fejezték ki. Másrészt az interaktivitást tartalmi tényezőként kezelve, ún. szubjektív indikátorokat alkalmaztunk annak kifejezésére, hogy a résztvevők (diákok, illetve pedagógusok) milyen mértékben érzékelték a programok során, hogy ők valóban részt vevő módon, partnerként vesznek részt a prevencióban.

A program során interakcióba vont résztvevők aránya – az interaktivitás formális mutatói

Egyrészt a megfigyelők percekre, illetve 5 percekre bontva rögzítették az interakciók számát, majd azt összesítették a foglalkozás egészére (objektív mutató). Másrészt a foglalkozásvezetők (interpretátorok) a foglalkozást követően kitöltött kérdőívben nyilatkoztak az interakcióba vont résztvevők általuk érzékelt arányáról (szubjektív mutató).

A foglalkozásvezetőknek az egyes foglalkozásokon, átlagosan, a diákprogramok esetében a résztvevők mintegy kétharmadát, a tanárképző programok esetében háromnegyedét-négyötödét sikerült interakcióba vonniuk. A foglalkozásvezetők által érzékelt arány összességében nem különbözik jelentősen a megfigyelés során rögzített objektív arányoktól.

9. táblázat. Az interakcióba vont résztvevők aránya (%)

¹⁰³ Az interakcióba vont résztvevők egyes foglalkozásvezetők által becsült aránya, programonként átlagolva.

¹⁰⁴ Az összesített átlagok kiszámítása az egyes programokra jellemző értékek (ij/nj) átlagolá-

PROGRAMOK	FOGLALKOZÁSZVEZETŐK VÉLEMÉNYE SZERINT ¹⁰³	MEGFIGYELŐK ÁLTAL RÖGZÍTETT
1. program	90,7	99,2
2. program	68,9	23,6
3. program	72,5	50,3
4. program	86,8	75,7
5. program	62,8	100,0
6. program	44,0	44,8
Diákprogramok összesen ¹⁰⁴	71,0 ($p < 0,001$)	65,6 ($p < 0,001$)
7. program	62,9	88,6
8. program	90,5	71,4
Tanárképző programok összesen	76,7	80,0

A különböző programok között azonban szignifikáns különbségek figyelhetők meg mind az objektív, mind a foglalkozásvezetők percepciójában megjelenő interaktivitás tekintetében, azonban a két mutató alapján a programok között kialakult interaktivitási sorrend eltérő. Az 1. program – amely a programleírásban is hangsúlyt helyez az interaktivitásra – esetében találkozunk leginkább egyöntetűen a résztvevők nagyfokú, az átlagot meghaladó mértékű bevonásával, azonban más, a programleírás szerint interaktívnek tekinthető beavatkozások esetében nem jelenik meg az egyöntetűség és a magas arány párhuzama. A másik két, a programleírás szerint interaktív program közül az egyik (6.) egységesen a legalacsonyabb bevonódást mutatók közé sorolható, a másik (3.) program esetében pedig ellentmondóak az értékelések. A diákprogramok közül még a 4. – a leírás szerint csak részben interaktív – program formális interaktivitási mutatói haladják meg az átlagot. A legalacsonyabb interaktivitás – különösen az objektív mutató tekintetében – a 2. program esetében jelentkezett. Elmondható még, hogy a pedagógusprogramok interaktivitása meghaladja valamelyest a diákprogramokat, azonban más programjellemző mentén nem találtunk összefüggéseket.

Ha a vizsgálatba vont programok interaktivitási mutatóit összehasonlítjuk a korábbi, 2001-ben készített vizsgálatunk eredményeivel (Paksi és Demetrovics, 2002a; Paksi és mtsai, 2002a), a jelen kutatás keretében értékelésbe vont programok esetében összességében magasabb arányokat kaptunk (korábbi vizsgálat átlagértékei

sával történt, melynek során az egyes programok azonos súllyal szerepeltek ($(i1/n1+i2/n2+\dots+i7/n7)/7$). Tehát a hat, diákokkal foglalkozó, illetve a két pedagógusképző program összesített értéke nem az összesen interakcióba vont résztvevő arányát, hanem a programok átlagaiban megjelenő tendenciát jelzi.

65, illetve 57%). Ez – bár sem a jelenlegi, sem a korábbi kutatásunk nem reprezentálja a kínálatban szereplő prevenciós programokat – talán utalhat arra, hogy a prevenciós programok sikeresen alkalmazkodnak a nemzetközi szakirodalomban a hatékonyság tekintetében megfogalmazódó, illetve a programfinanszírozók részéről is képviselt elvárásokhoz.

A résztvevők által megélt bevonódás – az interaktivitás tartalmi mutatói

Az interaktivitás ezen aspektusának mérésére kvantitatív jellegű szubjektív mutatókat alkalmaztunk, melyeket a poszt-kérdőívekben felvett véleményiskálák alapján számítottunk.¹⁰⁵

A poszt-kérdőívekben az interaktivitás érzékelését, azaz a célpopulációban megjelenő szubjektív megítélését az alábbi állításokkal való egyetértés mértékével¹⁰⁶ mértük:

1. állítás: „A foglalkozásvezető figyelembe vette az érdeklődésünket.”
2. állítás: „Úgy éreztem, hogy nekünk is volt beleszólásunk a program menetébe.” (Csak a diákprogramok esetében alkalmazott kérdés.)

A programok összességében a résztvevőktől „kedvező” tartományba eső minősítést kaptak. A diákprogramok esetében a két mutató mentén meglehetősen hasonló, szignifikáns sorrend alakult ki. Leginkább a 6. program résztvevői érzékelték úgy, hogy tényleges résztvevői voltak a programnak, figyelembe vették az ő érdeklődésüket, és tudták alakítani annak menetét. Átlagon felüli értékeket kaptunk a 3. és az 1. program esetében is. Ezek azok a programok, melyek a programleírásokban is hangsúlyt helyeztek az interaktivitásra. Legkevesbé élték meg a jelenléter tényleges résztvevőként az 5. program alanyai. A tanári programok közül a hosszabb idejű, a diákok körében való prevenciós tevékenységre felkészítő program során percipáltak a résztvevők nagyobb bevonódást.

30. táblázat. A résztvevők véleménye a programok interaktivitásáról (7 fokú skálán kapott értékek átlagai)

¹⁰⁵ A diákokkal foglalkozó programok esetében a poszt-kérdőívet összesen 2262 fő töltötte ki, közülük 1863 diák nyilatkozott úgy, hogy végig részt vett a programokon, másik 243 fő pedig, hogy egy részén ott volt. Az ő válaszaik képezik jelen esetben – és a későbbiek során – a diákprogramokkal kapcsolatos reagálás-központú adatokat.

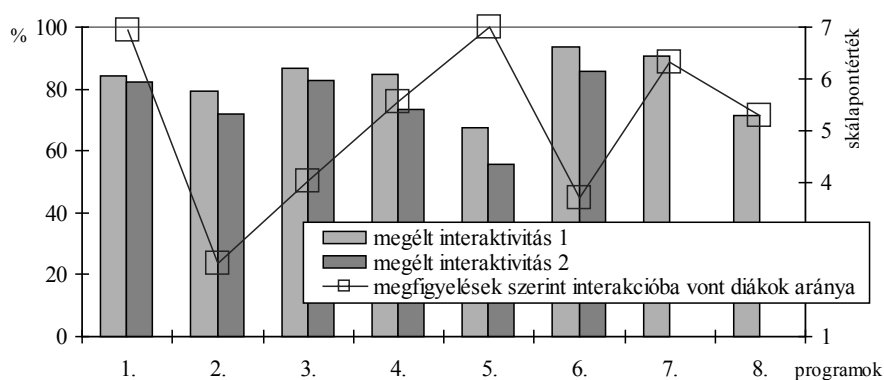
A pedagógusok és egyéb szakemberek képzésével foglalkozó programok esetében pedig 488 poszt-kérdőívet sikerült felvennünk.

¹⁰⁶ Az egyetértés mértékét a megkérdezettek 7 fokú skálán fejezték ki, ahol az 1-es azt jelenti, hogy a megfogalmazott állítással „egyéltalan nem ért egyet”, a 7-es pedig, hogy „teljes mértékben egyetért”.

PROGRAMOK	A FOGLALKOZÁSZEZETŐ FIGYELEM- BE VETTE AZ ÉRDEKLŐDÉSÜNKET	ÚGY ÉREZTEM, HOGY NE- KÜNK IS VOLT BELESZÓLÁSUNK A PROGRAM MENETÉBE
1. program	6,06	5,93
2. program	5,77	5,31
3. program	6,19	5,97
4. program	6,09	5,41
5. program	5,06	4,33
6. program	6,63	6,13
Diákprogramok összesen	6,09 ($p < 0,001$)	5,66 ($p < 0,001$)
7. program	6,45	–
8. program	5,28	–
Tanárképző programok összesen	5,43 ($p < 0,001$)	–

A diákprogramok esetében a résztvevők percepcióiban az objektív mutatóktól merőben eltérő sorrend alakult ki a programokról. Az objektív és a szubjektív interaktivitási indikátorok mentén jelentkező tendenciák eltérései – korábbi kutatásunk tapasztalataihoz hasonlóan – arra engednek következtetni, hogy a diákok nem minden, részükről megnyilvánuló aktivitást értelmeznek partneri viszonyként, illetve hogy a partneri viszonyt (a programban való aktív részvétel érzetét) az interakciókon kívül más tényezők is alakíthatják.

91. ábra. A megfigyelések szerint formálisan interakcióba vont diákok aránya és a résztvevők által megélt interaktivitás skálapontértékei a különböző programokban



Ha a vizsgálatba vont programok interaktivitási mutatóit összehasonlítjuk a korábbi, 2001-ben készített vizsgálatunk (Paksi és Demetrovics, 2002a; Paksi és

mtsai, 2002a) eredményeivel, a jelen kutatás keretében értékelésbe vont programok – összességében, és a programok által kapott átlagok minimum- és maximumértékekét tekintve egyaránt – a diákok percepciói szerint is inkább interaktívabbnak bizonyultak a korábbiaknál.

A TÉNYLEGES BEAVATKOZÁS VISZONYA A TERVEZETTHEZ KÉPEST

A folyamatértékelés tartalmi alapkérdése, hogy mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatása során az előzetesen kitűzött célokat, a beavatkozás tényleges menete mennyiben egyezett meg a tervezettel. E kérdéskör objektív indikátorok mentén való részletes vizsgálata a programok tervezett lefolytatására vonatkozó részletes leírások és óravázlatok, illetve a megfigyelési jegyzőkönyvek adatainak összevetésével különböző programspecifikus változók mentén lehetséges. Ezekre a vizsgálati adatokra azonban – annak ellenére, hogy az értékelés eredményeinek visszacsatolása, a programok minőségének javítása során ezek az információk igen fontosak – jelen tanulmányban nem tudunk kitérni, mivel itt nem programonkénti elemzést végzünk. Minden programra egységesen értelmezhető mutatóként csak általános, a programok lefolyásának átfogó értékelését megjelenítő szubjektív jelzőszámokat tudunk alkalmazni. Elemzéseink során másrészt – általános, minden programra egységesen értelmezhető mutatóként – egyrészt a foglalkozásvezetők beszámolóit, másrészt a külső megfigyelők (a kutatásban részt vevő munkatársaink) által vezetett megfigyelési jegyzőkönyvek idevonatkozó értékeléseit használtuk fel.

Az interpretátorok véleménye a foglalkozás céljának/céljainak megvalósulásáról

A foglalkozásvezetők hétfokú skálán értékelték azt, hogy a tervezetthez képest mennyire sikerült megvalósítani a program kitűzött céljait.¹⁰⁷ A skálapontértékek átlagait 100 fokú skálára konvertálva a diákokkal foglalkozó programok során átlagosan 85%-ban, a tanárképző programok esetében pedig 71%-ban sikerült megvalósítani a tervezett célokat.

31. táblázat. A foglalkozásvezetők értékelése a kitűzött célok megvalósításáról

¹⁰⁷ Az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, a 7-es pedig hogy „teljes mértékben” sikerült az adott foglalkozáson megvalósítani a foglalkozás tervezett célját/céljait.

¹⁰⁸ Az összesített átlagok kiszámítása itt is az egyes programokra jellemző értékek (ij/n_j) átlagolásával történt, melynek során az egyes programok azonos súllyal szerepeltek $(i_1/n_1 + i_2/n_2 + \dots + i_j/n_j)/7$.

PROGRAMOK	SKÁLAPONTÉRTÉKEK ÁTLAGA	%-BAN KIFEJEZVE
1. program	6,42	91,71
2. program	5,68	81,14
3. program	5,60	80,00
4. program	6,25	89,29
5. program	5,20	74,29
6. program	6,60	94,29
Diákprogramok összesen ¹⁰⁸	5,96 (p<0,001)	85,14
7. program	6,50	92,86
8. program	3,50	50,00
Tanárképző programok összesen	5,00 (p<0,001)	71,43

Az egyes programok esetében szignifikánsan eltérő ($p<0,001$) a kitűzött célok megvalósulására adott foglalkozásvezetői osztályzatok átlaga. A foglalkozásvezetők percepciói alapján az egyes programok „tervtartásának” mértéke meglehetősen széles sávban helyezkedik el: a diákprogramok esetében 74% és 95%, a tanárképző programokban pedig 50% és 93% közötti. A vizsgált programok átlagához képest közel 10%-kal jobban sikerült tartani a célokat a 6. program esetében. A programvezetők értékelése szerint a program megvalósítása során a tervezetthez képest a legnagyobb eltérések a tanárok problémaérzékenységének növelését megcélzó (8. számú), illetve a diákprogramok között az 5. számú, hosszú intervallumú egész-ségfejlesztő program esetében jelentkeztek.

A megfigyelők véleménye a foglalkozás céljának/céljainak megvalósulásáról

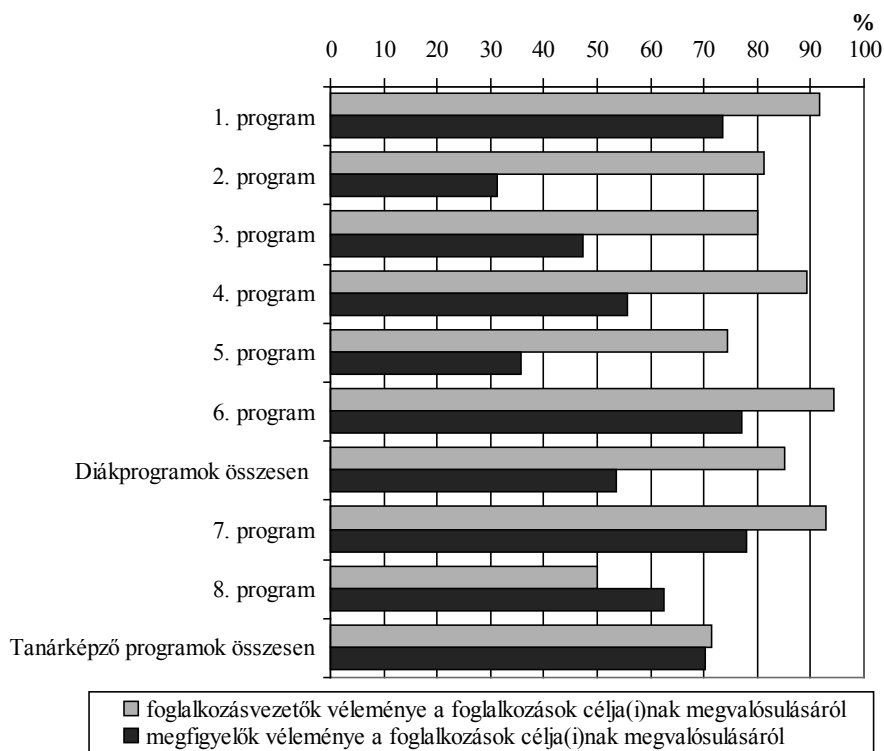
A megfigyelők szintén hétfokú skálán értékelték azt, hogy az általuk ismert – a programleírásokban (PIAD) és az óravázlatokban megadott – tervekhez képest mennyire sikerült megvalósítani a foglalkozás kitűzött céljait.¹⁰⁹ A megfigyelések során az értékelés a megfogalmazott célok szerint, programspecifikusan történt. Az általános – a programok összehasonlítására szolgáló – értékelés során a különböző speciális célkitűzések megvalósulására vonatkozó skálapontértékek összesített átlagával jellemezzük az egyes programokat, eltekintve a célok közötti preferenciáktól.

Az átlagokat ez esetben is 100 fokú skálára konvertálva, azt mondhatjuk, hogy a megfigyelési jegyzőkönyvek bejegyzései szerint a diákokkal foglalkozó

¹⁰⁹ Az 1-es ebben az esetben is azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, a 7-es pedig hogy „teljes mértékben” sikerült az adott foglalkozáson megvalósítani a foglalkozás tervezett célját/céljait.

programok során a foglalkozásvezetők percepcióiban megjelenőnél (85%) jóval kisebb mértékben, átlagosan 53%-ban sikerült a programoknak megvalósítaniuk a tervezett célokat. A tanárképző programok esetében összességében nem mutatkozott ilyen szisztematikus kapcsolat: a tanárok problémaérzékenységeinek növelését megcélzó (8.) program esetében a megfigyelési jegyzőkönyvek jeleztek nagyobb arányú célelérést.

92. ábra. A foglalkozások kitűzött céljainak megvalósulására vonatkozó foglalkozásvezetői és megfigyelői vélemények alakulása a vizsgált programokban



32. táblázat. A megfigyelők értékelése a kitűzött célok megvalósításáról

PROGRAMOK	SKÁLAPONTÉRTÉKEK ÁTLAGA	%-BAN KIFEJEZVE
1. program	5,15	73,57
2. program	2,19	31,29
3. program	3,32	47,43
4. program	3,89	55,57
5. program	2,50	35,71
6. program	5,40	77,14
Diákprogramok összesen ¹¹⁰	3,74	53,45
7. program	5,45	77,86
8. program	4,38	62,50
Tanárképző programok összesen	4,92	70,21

A diákprogramok esetében a megfigyelési jegyzőkönyvek alapján is igen széles sávban – 31% és 77% között – mozog az egyes programok „tervtartásának” mértéke. Relatív, a vizsgált programok átlagához képest jól sikerült tartani a célokat a 6. és az 1. program esetében, ahol a foglalkozások célkitűzéseit átlagosan háromnegyed részben sikerült megvalósítani. (Ezek a programok a foglalkozásvezetők véleménye szerint is azok, melyek a leginkább a terveknek megfelelően zajlottak.) Ugyanakkor nagyon alacsony, egyharmados céltartás jellemezte a 2. és az 5. programot. (Az utóbbi esetében a foglalkozásvezetők szerint is az átlagosnál kevésbé – bár a megfigyeltnél jóval nagyobb mértékben – sikerült tartani a terveket.)

A RÉSZTVEVŐK ELÉGEDETTSÉGE

A résztvevők reakcióinak, a programokkal kapcsolatos elégedettségének vizsgálatát kvantitatív tetszési mutatók alapján végeztük. A programok résztvevői a poszt-kérdőívekben különböző szempontok mentén 7 fokú skálán fejezték ki elégedettségüket a programmal, illetve annak egyes dimenzióival kapcsolatban. Az értékelés szempontjai részben a foglalkozásvezető személyére, a foglalkozások hitelességére, a program információtartalmára irányultak, illetve a foglalkozások hangulatával és egyéb jellemzőivel voltak kapcsolatosak.

¹¹⁰ Az összesített átlagok kiszámítása itt is az egyes programokra jellemző értékek (ij/nj) átlagolásával történt, melynek során az egyes programok azonos súllyal szerepeltek $(\{i1/n1+i2/n2+...+i7/n7\}/7)$.

A foglalkozásvezető személyének megítélése a résztvevők körében

Az interpretátorok összességében a résztvevőktől mindhárom vizsgált dimenzióban kedvező – a 7 fokú skála pozitív vélekedést kifejező (4 feletti) tartományába eső – minősítést kaptak. A programokban résztvevők többsége szimpatikusnak és felkészültnek találta a foglalkozások vezetőit, s valamelyest kisebb arányban – de így is a többség – nyilatkoztak kedvezően arról, hogy mennyire tudta lekötni őket.

33. táblázat. A foglalkozásvezetők megítélése (a skálapontértékek átlagai)

PROGRAMOK	SZIMPATIKUSNAK TALÁLTAM	A TÉMÁBAN FELKÉ- SZÜLTNEK TALÁLTAM	LE TUDTA KÖTNI A FIGYELMEMET
1. program	6,08	6,18	5,96
2. program	5,54	5,49	5,26
3. program	6,10	5,94	5,56
4. program	5,74	5,75	5,64
5. program	4,91	5,17	4,66
6. program	6,30	6,41	6,31
Diákprogramok összesen	5,88 (p<0,001)	5,88 (p<0,001)	5,66 (p<0,001)
7. program	6,84	6,67	6,69
8. program	6,17	6,48	5,65
Tanárképző programok összesen	6,26 (p<0,001)	6,51 (p=0,058)	5,79 (p<0,001)

Az egyes programok között a foglalkozásvezetők megítélése tekintetében szignifikáns eltérések mutatkoztak. Az interpretátorok a tanárképző programok, valamint a 6. és az 1. program résztvevőiben keltettek leginkább kedvező benyomást. Legkevésbé kedvező vélemény az 5. program foglalkozásvezetőiről alakult ki a résztvevőkben. Ennél a programnál – mint korábban láthattuk – a résztvevők bevonódásérzete is átlag alatti volt, és program megvalósítása szintén – mind a foglalkozásvezetők, mind a megfigyelők véleménye szerint – az átlagosnál nagyobb mértékben elmaradt a tervezettől.

A foglalkozások hitelességének megítélése

A résztvevők elégedettségének különböző dimenziói közül a foglalkozások hitelességére vonatkozóan kaptunk a leginkább kedvező reakciókat; a programok közötti eltérések tekintetében hasonlóak a foglalkozásvezető személyéhez közvetlenül köthető dimenziókban jelentkező elégedettségi struktúrához.

34. táblázat. A foglalkozások hitelességének megítélése (a skálapontértékek átlagai)

PROGRAMOK	SZÁMOMRA HIHETŐEK, MEGGYŐZŐEK VOLTAK AZ ELHANGZOTTAK
1. program	6,10
2. program	5,76
3. program	6,06
4. program	5,98
5. program	5,41
6. program	6,40
Diákprogramok összesen	6,02 ($p < 0,001$)
7. program	6,69
8. program	6,10
Tanárképző programok összesen	6,18 ($p = 0,001$)

A programok információtartalmának megítélése a résztvevők körében

A programok mindegyikének célkitűzései között szerepelt a drogokkal kapcsolatos ismeretátadás. Ennek ellenére a programok információtartalmával kapcsolatos kérdések a fentieknél sokkal inkább megosztják a résztvevőket. Különböző, a programok informativitására vonatkozó állításokkal mindössze a résztvevők megközelítőleg egyharmada ért maradéktalanul egyet, és az inkább egyetértők aránya is körülbelül ekkora. Azaz összességében a programok információtartalmáról megközelítőleg a programok résztvevőinek csak kétharmada vélekedik pozitívan.

35. táblázat. A résztvevők véleménye a kapott információkról (a skálapontértékek átlagai)

PROGRAMOK	NAGYON SOKAT TANULTAM A FOGLALKOZÁSOKBÓL	SOK OLYAN KÉRDÉSRE KAP- TAM VÁLASZT, AMI MÁR RÉGÓTA FOGLALKOZTATOTT
1. program	5,32	4,80
2. program	5,21	5,03
3. program	5,30	4,95
4. program	5,11	4,61
5. program	4,82	4,08
6. program	5,79	5,53
Diákprogramok összesen	5,32 ($p < 0,001$)	4,96 ($p < 0,001$)
	SOK ÚJ ELMÉLETI ISME- RETET ADOTT ¹¹¹	SOK, A GYAKORLATBAN HASZ- NOSÍTHATÓ ISMERETET ADOTT
7. program	4,58	4,73
8. program	3,87	2,56
Tanárképző programok összesen	3,97 ($p < 0,001$)	3,72 ($p < 0,001$)

A programok információtartalmának megítélése tekintetében szignifikáns különbségek mutatkoztak az egyes programok között. A diákokkal foglalkozó programok közül mindkét dimenzióban egyértelműen átlag feletti értéket csak a 6. program ért el, azonban a résztvevők háromötödében még itt is maradtak megválaszolatlan kérdések. A prevenciós program alkalmazására felkészítő (7.) tanárképző program esetében viszont nem talákoztunk negatív tartományba eső (5 fokozat esetén 3-nál kisebb) véleményekkel.

A résztvevők elégedettségének a programjellemzőkkel való empirikus kapcsolata

Mindegyik – fentiekben bemutatott – reagálási dimenzió tekintetében szignifikáns különbségek mutatkoztak az egyes programok között. Az alábbiakban a különbségeket megpróbáljuk megragadni egyrészt a programok céljai és módszerei mentén, másrészt összefüggést keresünk a programleírások szakértői értékelésével. Ezeket az elemzéseket csak azonos tartalmi jellemzők mentén leírható programok esetében tudjuk elvégezni, azaz a végső célpopulációra irányuló programokra és a tanárok és egyéb szakemberek képzésével foglalkozó programokra külön-külön. Tekintettel

¹¹¹ A tanárképző programok ez esetben 5 fokú skálán fejezték ki véleményüket, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „nagyon gyenge”, az 5-ös pedig hogy „kiváló”.

arra, hogy az utóbbi kategóriában mindössze két programot értékeltünk,¹¹² így ebben a részben csak a végső célpopulációra, a diákra közvetlenül irányuló programokkal foglalkozunk.

A diákok reakcióit leképző kérdések mentén kapott válaszok erős korrelációt mutattak egymással ($KMO=0,918$), így azokból főkomponens-elemzéssel egy, a reagálásokat együttesen kifejező tetszési indexet képeztünk.¹¹³ Az index a bevitt változók varianciájának 57,8%-át jeleníti meg.

36. táblázat. A diákok különböző értékelési dimenzióban megjelenő véleménye alapján főkomponens-elemzéssel létrehozott tetszési index komponensmátrixa

VÉLEMÉNYEK	KOMPONENS
A foglalkozásvezetőt szimpatikusnak találtam	,779
A foglalkozásvezetőt témában felkészültnek találtam	,642
A foglalkozásvezető le tudta kötni a figyelmemet	,831
A foglalkozásvezető figyelembe vette a mi érdeklődésünket is	,814
Hihetőek, meggyőzőek voltak elhangzottak	,831
Nagyon sokat tanultam a foglalkozásokból	,781
Sok olyan kérdésre kaptam választ, ami régóta foglalkoztatott	,737
Nekünk is volt beleszólásunk a program menetébe	,738
Szívesen részt vennék még ilyen programban	,662

A bevitt változókhoz hasonlóan a tetszési index egyes programokra számított átlagos értékei között is szignifikáns ($p<0,001$) különbségek mutatkoztak. A többi programhoz képest kiemelkedően kedvező és relatíve egységes a 6. programban részt vevő diákok véleménye,¹¹⁴ s az átlagnál jóval kedvezőtlenebb véleményt tapasztaltunk a résztvevők részéről az 5. program esetében. (Lásd a 37. táblázatot a következő oldalon.)

¹¹² A két képző program esetében nem tudunk a programjellemzők és a reagálások közötti kapcsolat megismerése céljából modelleket alkotni.

¹¹³ Az index egy -1 és $+1$ közötti értékeket felvevő, 0 átlagú változó, ami a tetszés relatív intenzitását fejezi ki.

¹¹⁴ A 6. program esetében a legkisebb az adatok szórása.

37. táblázat. A diákokra irányuló programok átlagos tetszési indexe

PROGRAM	A PROGRAM TÍPUSA	ÁTLAG	N	SZÓRÁS
1. program	Drámapedagógia / színházi előadás	0,1516	211	0,8704
2. program	Integrált drogprevenció	-0,1945	387	1,2103
3. program	Rövid idejű információátadó	0,0293	420	0,9976
4. program	Rövid idejű információátadó	-0,1384	341	0,9097
5. program	Hosszú intervallumú egészségfejlesztő	-0,7220	77	1,1764
6. program	Kiállítás	0,3369	397	0,6970
Összes diákprogram		0,0000	1833	1,0000

A programok szignifikánsan eltérő tetszésiindex-értéke miatt megvizsgáltuk a tetszési index összefüggését a különböző programjellemzőkkel (célok és módszerek), valamint a programok szakértői értékelésének eredményeivel.

A leíró statisztikai szinten végzett elemzések során a programok céljait és módszereit megjelenítő programjellemzők többsége mentén a populáció egészére jellemzőtől szignifikánsan különböző tetszési index átlagokat kaptunk (lásd 38. táblázat). Ugyanakkor nagyon kevés olyan jellemzőt találtunk, ami az átlaghoz képest kedvezőbb indexértékkel jár, azaz jó gyakorlatként, követendő célként, illetve módszerként volna azonosítható. A résztvevőktől az átlagoshoz képest jelentősen jobb értékelést egyedül a szociális készségek fejlesztésére (is) irányuló programok kaptak. Emellett még az átlagosnál kedvezőbb indexértékkel, azaz résztvevői reakciókkal járó jellemzők a következők: direkt drogprevenció; 3–5 órás időtartam; a módszerek között a beszélgetés; és/vagy a vizuális szemléltetés megjelenése. Az összes többi jellemző mentén az átlagosnál kisebb intenzitású tetszést kiváltó jellemzőket sikerült azonosítani.

38. táblázat. A tetszési index átlagértéke a különböző programjellemzők mentén

	PROGRAMJELLEMZŐK	ÁTLAG	N	SZÓRÁS	SZIG.
TÍPUS	Egészségfejlesztő program	-0,2820	464	1,219	<0,001
	Direkt drogprenációs program	0,0956	1369	0,8943	
A PROGRAMOK CÉLJA	Drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadása**	–	–	–	–
	Egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása	-0,7220	77	1,1764	<0,001
	Önismeret-fejlesztés	-0,0723	598	1,1124	0,031
	Érzelmi nevelés	-0,0557	1049	0,9823	0,006
	Visszaautósítási technikák fejlesztése	-0,2820	464	1,2194	<0,001
	Egyéb szociális készségek fejlesztése	0,1516	211	0,8704	0,019
	Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése	-0,0931	1436	1,0500	<0,001
	Személyiségfejlesztés	-0,0791	1095	1,0900	<0,001
	Drogok alternatíváinak megismertetése*				
ALKALMAZOTT MÓDSZEREK	Frontális előadás	-0,0087	1413	1,0008	n. sz.
	Beszélgetés	0,0520	1446	0,9294	<0,001
	Kiscsoportos önálló munka	-0,0723	598	1,1140	0,031
	Vizuális szemléltetés	0,0380	815	0,9069	n. sz.
	Tárgyi szemléltetés*				
	Szerepjáték, szituációs játék, didaktikus játék	-0,0931	1436	1,0500	<0,001
	Bemutató*				
ÓRASZÁM	2 óra	-0,1384	341	0,9097	<0,001
	3–5 óra	0,0726	1415	0,9919	
	6–10 óra	-0,7220	77	1,1764	

* Nem fordult elő egyik programban sem

** Mindegyik programban jelen van

A programoknak a diákok körében való fogadtatásával a fentiek alapján kapcsolatot jelző programjellemzők együttes hatásának vizsgálatára a programjellemzők (célok és módszerek 38. táblázatban szereplő) tartományán stepwise-módszerrel lineáris regressziós elemzést végeztünk. A 4 lépésben létrehozott modell magyarázó ereje kicsi (Adjusted R Square =0,059), de szignifikáns ($p<0,001$). A bevitt változók közül 4 maradt a modellben. A regressziós modell alapján azt mondhatjuk, hogy

a programok leírásában megjelenő céltételezések és módszerek közül – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – mindössze a szociális készségek fejlesztésével kapcsolatos céltételezések jelenléte járt együtt a diákok körében nagyobb tetszéssel. Ugyanakkor legerősebben a szerepjátékok / szituációs játékok módszerének alkalmazása befolyásolja a tetszési index alakulását, azonban ez az elem a tetszési indexre negatív irányban fejt ki hatását. Emellett még két másik, a tetszési indexre negatív hatással bíró programjellemzőt sikerült azonosítanunk: a frontális előadás módszerét és az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretátadási célok jelenlétét (39. táblázat). Összességében jelen kutatás eredményei alapján is meg kell erősítenünk azt a korábbi hazai kutatási tapasztalatot (Paksi és Demetrovics, 2002a), mely szerint a programok céljainak és módszereinek ismerete csak nagyon kevés tájékozódási pontot ad számunkra a programok által kiváltott résztvevői reakciók tekintetében.

39. táblázat. A tetszési index becslésére a programjellemzők alapján létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
Módszer: szerepjáték, szituációs játék, didaktikus játék	-,208	<0,001
Cél: egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretátadás	-,111	<0,001
Cél: szociális készségek fejlesztése	,102	<0,001
Módszer: frontális előadás	-,083	0,001

A résztvevők körében kiváltott reakciók a programleírások szakértői értékelésének eredményeivel nem mutattak várt irányú szignifikáns kapcsolatot. Ez alól az alkalmazott módszereknek a célpopuláció jellemzőivel való adekvátsága, illetve a stábösszetétel megfelelősége képez, ahol is a kedvezőbb szakértői értékelés kedvezőbb résztvevői reakciókkal jár. Összességében azonban inkább azt mondhatjuk, hogy az interveniált populációban nem a programleírások alapján a szakértők által magasabbra értékelt programok váltottak ki kedvezőbb reagálásokat. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy a szakértők és az interveniált populáció más szempontok szerint „értékel”. Azonban az is lehetséges, hogy a szakértők és a beavatkozások alanyai – programonként eltérő mértékben – „mást értékeltek”, hiszen a megfigyelők szerint a vizsgált programoknak a gyakorlatban átlagosan 53%-ban sikerült megvalósítaniuk a programleírásokban megfogalmazott célokat, s az egyes programok „tervtartásának” mértéke igen széles sávban – 31% és 77% között – mozgott. A szakértői és résztvevői értékelések eltérő tendenciája azonban – bármi álljon is az eltérés mögött – arra figyelmeztet bennünket, hogy a programleírások szakértői értékelése nem váltja ki a programok résztvevők körében történő fogadtatásának vizsgálatát.

40. táblázat. A tetszési index és a programleírások szakértői értékelése közötti korrelációk (N=1833)

A SZAKÉRTŐI ÉRTÉKELÉS SZEMPONTJAI	PEARSON CORRELATION	SZIGN.
Mennyire világos (egyértelmű) a program végső célkitűzése	-0,192	<0,001
Mennyire világos (egyértelmű) a specifikus célok meghatározása	-0,198	<0,001
Mennyire reális (adekvát) a specifikus célok meghatározása a végső cél tükrében	-0,115	<0,001
Mennyire koherens a megjelölt koncepció	-0,089	<0,001
Mennyire illeszkedik a megjelölt koncepció a specifikus célokhoz	-0,052	0,025
Mennyire adekvátak a megjelölt módszerek a specifikus célok és a koncepció ismeretében	-0,025	0,286
Mennyire reális az egyes célok elérésére szánt idő meghatározása az adott cél és módszer ismeretében	-0,036	0,123
Mennyire reális a csoportok nagyságának meghatározása az adott cél és módszer ismeretében	0,051	0,030
Mennyire reálisak/adekvátak az adott program célkitűzései a célpopuláció jellemzőihez viszonyítva	0,024	0,303
Mennyire reálisak/adekvátak az adott program módszerei a célpopuláció jellemzőihez viszonyítva	0,072	0,002
Mennyire adekvát forrásokból szerzi be a célpopuláció ismeretéhez szükséges információt	0,035	0,130
Mennyire megfelelő az alkalmazott stáb a célok és módszerek, illetve a program futási jellemzői ismeretében	0,125	<0,001

EREDMÉNYÉRTÉKELÉS

Ahhoz, hogy egy prevenció módszer eredményességét – azt, hogy hat-e egyáltalán tudományosan igazolható módon, és ha igen, milyen mértékben – megismerjük, illetve hogy a különböző programok hatékonyságát összehasonlítsuk, a kísérleti irányzat módszerei szükségesek. Az idetartozó kutatások arra törekednek, hogy objektív – kontrollált környezetben, véletlenszerű mintavétellel kiválasztott résztvevőkön, független, külső kutatók (a prevenciót végző, illetve a prevencióban részesülő felhasználóhoz képest harmadik személyek) által felvett és elemzett – adatokat szolgáltassanak a prevenció hatásáról, eredményességéről.

Az eredményértékelés alkalmával a programok hatására bekövetkezett változásokat vizsgáljuk, melynek során a program céljaiból indulunk ki, arra a kérdésre keresve a választ, hogy a program elérte-e a kitűzött céljait. A prevenció programok céljai lehetnek végső – a drogprevenció programok esetében a drogfogyasztás megelőzésével közvetlenül kapcsolatos, általánosan megjelenő –, illetve közbülső – vagy más szóval átmeneti, többnyire specifikus – célok, ennek megfelelően az eredmények is lehetnek közbülső hatások és végső (rendszerint távolabbi) eredmények, hatások. Továbbá olyan, közvetítő populációt alkalmazó programok esetében, mint amilyenek például a tanárképző programok, lehetnek a közvetlenül elért, ún. átmeneti célpopulációban, illetve a végső célpopuláció vonatkozásában várt hatások (Rácz, 2001). A vizsgált sokaság és a vizsgált változók jellege alapján tehát a következő mátrixban szereplő vizsgálati típusokat különíthetjük el.

	„ÁTMENETI” CÉLCSOPORT	„VÉGSŐ” CÉLCSOPORT
„KÖZBÜLSŐ” VÁLTOZÓK	A	B
„VÉGSŐ” CÉLVÁLTOZÓK	C	D

AZ EREDMÉNYÉRTÉKELÉS SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Jelen vizsgálatban az eredményértékelés a közvetlenül elért populáción kiváltott, rövid távú hatások mérése irányult. Az eredménymérés a célváltozók csoportjain történt:

- A programok közös végső célját – a drogfogyasztás megelőzését – rövid távon leginkább leképező, a végső céllal közvetlen teoretikus és/vagy a rendelkezésre álló empirikus tapasztalatok alapján szoros kapcsolatban álló, általános eredményességindikátorok mentén (D).
- A drogprevenció végső célja tekintetében közbülső, mindazonáltal a közvetítő populációra irányuló programok esetében általánosan megjelenő, ezen a populáción végső célkitűzéseként megfogalmazott célokat leképező mutatók mentén (C).

- Az egyes programok specifikus – közbelső – céljait a közvetlenül elért átmeneti vagy végső célpopulációban direkt módon leképező mutatók segítségével (A+B).

Tekintettel arra, hogy a kísérleti irányzat követelményeit kielégítő hatékonyságvizsgálatra, azaz a különböző programok összehasonlítására csak az általános célváltozók mentén van lehetőség, az alábbiakban a vizsgált programok hatékonyságát a kísérleti irányzat követelményivel összhangban a „C” és „D” változó-csoport, azaz a közvetlen és átmeneti célcsoport általános célváltozói mentén – külön-külön fejezetben – mutatjuk be.

Hat program esetében a kutatás a prevenció beavatkozás végső célpopulációján, kettő program esetében pedig átmeneti célcsoportban zajlott.

Az adatfelvétel eszköze

Az eredményértékelés elsősorban kvantitatív eszközökkel történt.¹¹⁵ Az elemzések alapját a programok előtt (pre-adatfelvétel) és azok lezajlását követően felvett (poszt-adatfelvétel) kérdőívek adatai képezték.

A közös végső, általános célok elérésének mérésére mindegyik vizsgált prevenció program a pre- és poszt-kérdőíve egységesen tartalmazott egy ún. törzsrészt, amelyben a programok végső céljait rövid távon leképező általános eredményesség-indikátorok szerepeltek.

A végső célcsoportra irányuló programok esetében a vizsgálati battéria az alábbi, általános/végső célokat leképező indikátorokat tartalmazta:

- A drogokkal kapcsolatos ismeretek szubjektív mutatója.
- Én-hatékonyság (Self-efficacy) skála rövidített kérdéssor (Bukovski, 1997; Kopp, Schwarzer, Jerusalem, 1995).
- Az „egészség-hit-modell” egyes dimenzióit – észlelt kitettség; észlelt súlyosságot, prevenció akadályokat – leképező kérdések (Rácz és Kabos, 2001; Becker 1974; Hochbaum, 1970).

A közbelső célcsoportra vonatkozó programok esetében az általános célváltozók indikátorai pedig az alábbiak voltak:

- A drogokkal kapcsolatos ismeretek szubjektív mutatói.
- Self-efficacy-skála, rövidített változat (Schwarzer, 1992; Becker, 1974; Brown, DiClemente, Reynolds, 1991; Hochbaum, 1970; Kopp, Schwarzer, Jerusalem, 1993, 1995).

¹¹⁵ Esetenként azonban a kvantitatív adatok árnyalására/kiegészítésére kvalitatív vizsgálati módszereket – fókuszcsoportos interjúkat – is alkalmaztunk.

- Kompetencia-skála: az iskolai droproblémák kezelésének különböző területeire vonatkozó kompetenciaérzetek.
- Intézményi szerepek: az iskola droproblémák csökkentésében betöltött szerepével kapcsolatos vélekedések.
- Drogfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés.

A kérdőívek – az eredményváltozókat leképező blokkban – ezen túlmenően tartalmaztak egy programonként változó „speciális” modult, amelyben a programok elméleti hátterének, a program képviselői által programleírásokban¹¹⁶ megfogalmazott céljainak megfelelő, általában átmeneti változókra irányuló kérdések szerepeltek. Ezek programonként célorientált elemzéseket tesznek lehetővé.

Az adatfelvétel módja

Az adatfelvétel önkitöltős kérdőívek alkalmazásával, az iskoláktól és a prevenciós programoktól független, kiképzett – diákprogramok esetében kortárs – kérdezőbiztosok jelenlétében, kontrollált körülmények között, csoportos megkérdezéssel történt, a pre-adatfelvétel közvetlenül a prevenciós beavatkozás megkezdése előtt, a poszt-adatfelvétel pedig minimum egy nappal, maximum egy héttel a prevenciós beavatkozás lezárulását követően zajlott. A pre- és a poszt-adatfelvétel során az adatfelvétel eszközt a célváltozók tekintetében megegyező adatfelvételi battéria képezte.

A minta leírása

Mind a pre-, mind a poszt-kérdőívek felvétele a programok által a vizsgált periódusban elért személyek (diákok, illetve tanárok) teljes sokaságán történt, s a kapott eredmények is csak rájuk vonatkoznak. Következésképpen adatainkat a mintavételi eljárásból és a kapott eredményeknek az alapsokaságra való kiterjesztéséből fakadó ún. „standard hiba” vagy mintavételi hiba eredendően nem terheli.

41. táblázat. A válaszolók száma a végső, illetve a közbülső célcsoportban a pre- és poszt-adatfelvételek során (fő)

	Pre-adatfelvétel	Poszt-adatfelvétel
Diákokra irányuló programok	2500	2262
Tanárokra irányuló programok	546	482

¹¹⁶ A PIAD elnevezésű adatgyűjtő programban megadott információk (lásd a kataszterleírások fejezetben, illetve Paksi és Demetrovics, 2005).

A diák-minta esetében kontrollminta kialakítására is volt lehetőségünk. A 2. fejezetben leírt, az Oktatási Minisztérium finanszírozásával 2004-ben készült kutatásunk során a közoktatási intézmények országos reprezentatív mintáján – a mintaleírást lásd a Mellékletben – az iskolák prevenciós tevékenységét vizsgáltuk. A kontrollminta felvétele azokban az iskolákban történt, ahol a vizsgálat évében nem zajlott prevenciós beavatkozás. A kontroll-adatfelvétel 400 főre terjedt ki.

Elemzési mód

Az elemzéseket a pre- és poszt-adatfelvétel során elért, a prevenciós programok valamelyikében részt vett populáció illesztett mintáján végeztük.

- A végső célpopulációban felvett, illesztett adatbázis összesen 2066 esetet tartalmazott, melyből a válaszolók önbevallása szerint 1894 fő vett részt a vizsgált prevenciós programok valamelyikében. A kontrollminta 400 főre terjedt ki, melyből az illesztett (csak pre- és poszt-adatbázisban is megtalálható eseteket tartalmazó) adatbázis 398 esetet tartalmaz.

42. táblázat. Az eredményevaluáció során használt illesztett minta esetszámai programonként

PROGRAMOK	A PROGRAM TÍPUSA	N
1. program	Drámapedagógia / színházi előadás	225
2. program	Integrált drogpreevenció	402
3. program	Rövid idejű információátadó	428
4. program	Rövid idejű információátadó	355
5. program	Hosszú intervallumú egészségfejlesztő	79
6. program	Kiállítás	405
Intervencióban részt vett, illesztett minta összesen		1894
Kontroll illesztett minta		398

- A közbülső, átmeneti célcsoportra vonatkozó adatbázisunk pedig 480 résztvevő válaszait tartalmazza (10 órás program: 407 fő; 40 órás képzés: 73 fő).

Az adatok feldolgozása SPSS for Windows programcsomaggal történt. A prevenciós beavatkozások hatására bekövetkezett változások szignifikáns voltának mérésére a magas mérési szintű változók esetében illesztett mintás t-próbát (Paired-Samples T Test), az interveniált populációban, illetve a kontrollcsoportban bekövetkezett változások eltéréseinek vizsgálatára pedig független mintás t-próbát (Independent

Samples Test) alkalmaztunk. A nominális mérési szintű változók esetén pedig Pearson Chi-Square-, valamint McNemar-féle szignifikanciatesztet használtunk.

AZ ÁLTALÁNOS/VÉGSŐ CÉLVÁLTOZÓK ALAKULÁSA A PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK VÉGSŐ CÉLCSOPORTJA KÖRÉBEN

A fiatalok droggal kapcsolatos tudásának változása – az ismeretek szubjektív mutatója mentén történt elmozdulások

A programleírásban a vizsgált programok mindegyike megfogalmazott drogokkal/ drogfogyasztással kapcsolatos ismeretátadásra vonatkozó célokat (lásd 24. táblázat). A konkrétan átadott ismeretek programonként különböző volta miatt az általános eredményváltozók mentén történő értékelés során nem a tényleges tudásgyarapodást,¹¹⁷ hanem a diákoknak a drogokkal kapcsolatos tudásukra vonatkozó percepcióit, illetve azok változását tudjuk vizsgálni. A kutatási battéria törzsblokkjában a drogokkal kapcsolatos tárgyi tudás általánosan értelmezhető változását annak egyfajta szubjektív indikátora, a megkérdezettek saját tudásával kapcsolatos hiedelmeinek/vélekedéseinek alakulása mentén vizsgáltuk a következő kérdés mentén történt elmozdulások alapján:

Szerinted Te most mennyit tudsz a drogról?

- mindent tudok, amit szeretnék
- sok mindent tudok, de még egy csomó minden érdekel
- csak keveset tudok
- szinte semmit nem tudok a drogról

Összességében a vizsgált hat programban részt vevő diákok valamelyest több mint egyharmada (34,5%-a) érzékelte úgy a prevenciós programok után, hogy többet tudott a drogról, mint azt megelőzően. A kontrollcsoportban ez alatt az idő alatt a diákok egyötöde (21%) esetében tapasztaltunk ilyen irányú elmozdulást. A prevencióban résztvevők körében a drogokkal kapcsolatos tudásnak a kontrollcsoporthoz képest szignifikánsan ($p < 0,001$) nagyobb arányú növekedése s az eltérés nagysága alapján azt mondhatjuk, hogy átlagosan minden hetedik-nyolcadik résztvevő droggal kapcsolatos tudása növekedett a prevenciós programok hatására.

¹¹⁷ A programleírásokban az ismertetéssel kapcsolatos célkitűzések az egyes programok esetében konkrét ismeretekre lebontva is megfogalmazásra kerültek. Az informáltság tényleges változását, az információátadás objektív hatékonyságát az egyes programok által átadott információknak megfelelően a speciális célok elérése vonatkozásában vizsgáltuk. Ezeket az eredményeket azonban e tanulmány – melynek célja a programok összehasonlítása – nem tárgyalja.

43. táblázat. A „Szerinted Te most mennyit tudsz a drogokról?” kérdésre adott válaszok eloszlása az interveniált diákok körében a prevenciós programok előtt és után (a válaszolók százalékában)¹¹⁸

PRE-FELVÉTEL	POSZT-FELVÉTEL					ÖSSZESEN PRE-FELVÉTEL
		MINDENT	SOKAT, DE MÉG ÉRDEKLI	KEVESET	SEMMIT	
	Mindent	24,7	3,0	0,9	0,2	
	Sokat, de még érdekli	12,5	23,6	2,0	0,1	
	Keveset	8,5	10,3	9,9	0,4	
	Semmit	0,9	0,8	1,2	0,7	3,9
Összesen poszt-felvétel		46,6	37,8	14,3	1,4	100,0

44. táblázat. A drogokkal kapcsolatos tudásukat a második adatfelvételkor nagyobbra értékelő tanulók aránya az interveniált populációban, valamint a kontrollcsoportban (a válaszolók százalékában)

A TUDÁSÁT NAGYOBBRA ÉRTÉKELTE-E A 2. ADATFELVÉTELKOR	PREVENCIÓBAN RÉSZT VETT DIÁKOK MINTÁJA (N=1841)	KONTROLLMINTA (N=383)
Igen	34,5%	20,9%
Nem	65,5%	79,1%
Összesen	100,0%	100,0%

$p < 0,001$

Az egyes programok között – annak ellenére, hogy ismeretátadással kapcsolatos céltételezés mindegyik vizsgált program leírásában megfogalmazódott – szignifikáns ($p < 0,001$) különbségek mutatkoztak az ismeretgyarapodást percipálók aránya tekintetében. Két program, a kifejezetten információátadásra fókuszáló 4. program, és az 5., az információátadást kevésbé központi kérdésként kezelő program esetében a résztvevők körében az ismeretgyarapodást percipálók aránya az összes prevencióban részesülő diák körében előforduló arányhoz képest jóval kisebb, s ezekben a programokban a kontrollcsoporthoz képest sem történt szignifikáns változás. Tehát hatból négy program tudott felmutatni a résztvevők körében a droggal kapcsolatos ismeretek gyarapodása tekintetében annál nagyobb változást, mint ami a korosztályban a prevenciós beavatkozások ideje alatt spontán – véletlen vagy trendhatás következtében – beavatkozás nélkül is bekövetkezett. (Lásd a 45. táblázatot a következő oldalon.)

¹¹⁸ A kedvező irányú elmozdulásokat kiemeltük a táblázatban.

45. táblázat. A prevenciós programot követően tudásukat a program előtti állapothoz képest nagyobbra értékelő diákok aránya programonként (a válaszolók százalékában)

PROGRAMOK	A PROGRAM TÍPUSA	%	A KONTROLLCSOPORTHÓZ VISZONYÍTOTT ELTÉRÉS SZIGNIFIKANCIASZINTJE (p)
1. program	Drámapedagógia / színházi előadás	28,7	0,019
2. program	Integrált drogprevenció	43,2	<0,001
3. program	Rövid idejű információátadó	44,3	<0,001
4. program	Rövid idejű információátadó	18,8	0,269
5. program	Hosszú intervallumú egészségfejlesztő	21,5	0,503
6. program	Kiállítás	35,5	<0,001
Összesen		34,5	<0,001

A programok közötti különbségeket – a résztvevők körében kiváltott reagálások elemzéséhez hasonlóan – ezúttal is megpróbáltuk megragadni egyrészt a programok céljai és módszerei mentén, másrészt összefüggést kerestünk a programleírások szakértői értékelésével.

A programok céljait és módszereit megjelenítő programjellemzők többsége mentén a leíró statisztikai elemzések során szignifikánsan ($p < 0,05$) különböző észlelt ismeretnövekedési arányokat kaptunk. A szignifikáns összefüggések több olyan programjellemzőt azonosítottak, melyek előfordulása esetén a teljes interveniált populációra jellemző értéknél szignifikánsan nagyobb arányban érzékelték a diákok a droggal kapcsolatos ismereteik növekedését (lásd 46. táblázat). A diákok az átlagosnál nagyobb arányban érzékelték a droggal kapcsolatos ismereteik növekedését azokban a programokban, melyek nem direkt drogprevenciós programok, melyeknek céljai között előfordulnak az önismeret és/vagy a visszaütési technikák és/vagy a személyiség fejlesztésével kapcsolatos célkitűzések (is), illetve azok, amelyek kiscsoportos önálló munkát (is) alkalmaznak a módszereik között. A programok időtartamát tekintve a 3–5 órás programok szignifikánsan nagyobb – közel kétszeres – arányban jártak percipiált ismeretnövekedéssel, mint az ennél rövidebb vagy hosszabb beavatkozások. Ugyanakkor az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásával (is) foglalkozó programoknak, valamint a 3–5 óránál rövidebb, illetve hosszabb programoknak a kontrollcsoporthoz képest sem sikerült szignifikánsan nagyobb ismeretnövekedést elérni.

A programokban kapott észlelt ismeretnövekedési arányokkal kapcsolatot jelző programjellemzők együttes hatásának vizsgálatára a programjellemzők (a 46. táblázatban szereplő célok és módszerek, valamint a célok és az alkalmazott módszerek számát kifejező változók) tartományán stepwise-módszerrel lineáris regressziós elemzést végeztünk. A két lépésben létrehozott modell magyarázó ereje kicsi (Adjusted

R Square =0,040), de a modell szignifikáns ($p < 0,001$). A bevitt változók közül kettő maradt modellben. A regressziós modell alapján azt mondhatjuk, hogy – a többi programjellemző kontroll alatt tartása mellett – a célok és a program során alkalmazott módszerek közül a kiscsoportos önálló munka előfordulása az egyetlen olyan programjellemző, aminek jelenléte kedvező irányban befolyásolja a diákok észlelt tudását, a program során a módszertani elemek heterogenitása viszont e tekintetben kedvezőtlenül hat. Összességében azonban azt kell mondanunk, hogy a programok céljai és módszertani jellemzői alapján csak nagyon kicsi biztonsággal becsülhetjük meg a programok eredményként a résztvevők körében várható tudásváltozást. (Lásd a 46. táblázatot a következő oldalon.)

46. táblázat. A prevenció programot követően tudásukat a program előtti állapothoz képest nagyobbra értékelő diákok aránya különböző programjellemzők mentén (a válaszolók százalékában)¹¹⁹

	PROGRAMJELLEMZŐK	%	AZ INTERVENIÁLT POPULÁCIÓN BELÜLI ELTÉRÉS SZIGNIFIKANCIASZINTJE (p)	A KONTROLLCSOPORTHÓZ VISZONYÍTOTT ELTÉRÉS SZIGNIFIKANCIASZINTJE (p)
TÍPUS	Egészségfejlesztő program	<u>39,5</u>	0,005	<0,001
	Direkt drogprevenció program	32,8		<0,001
A PROGRAMOK CÉLJA	Drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek átadása**	34,5	–	<0,001
	Egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása	21,5	0,008	nsz
	Önismeret-fejlesztés	<u>37,9</u>	0,017	<0,001
	Érzelmi nevelés	30,9	<0,001	<0,001
	Visszaütási technikák fejlesztése	<u>39,5</u>	0,005	<0,001
	Szociális készségek fejlesztése	28,7	0,030	0,019
	Mindennapi életvezetési készségek fejlesztése	34,2	nsz	<0,001
	Személyiségfejlesztés	<u>39,1</u>	<0,001	<0,001
	Drogok alternatíváinak megismertetése*	–	–	–
ALKALMAZOTT MÓDSZEREK	Frontális előadás	31,8	<0,001	<0,001
	Beszélgetés	32,2	<0,001	<0,001
	Kiscsoportos önálló munka	<u>37,9</u>	0,017	<0,001
	Vizuális szemléltetés	27,2	<0,001	0,011
	Tárgyi szemléltetés*	–	–	–
	Szerepjáték, szituációs játék, didaktikus játék	34,2	n. sz.	<0,001
	Bemutató*	–	–	–
ÓRASZÁM	2 óra	18,8	<0,001	n. sz.
	3–5 óra	<u>39,1</u>		<0,001
	6–10 óra	21,5		n. sz.

* Nem fordult elő egyik programban sem

** Mindegyik programban jelen van

¹¹⁹ Az interveniált populáció egészéhez képest szignifikánsan nagyobb percipiált ismeretnövekedési arányokat a táblázatban kiemeltük.

A programleírások szakértői értékelésének eredményei és a résztvevők körében észlelt tudásváltozás között – néhány értékelési dimenzióban (specifikus célok világos megfogalmazása, a stábösszetétel adekvátsága, és a célpopuláció ismeret) tapasztalt együttmozgás kivételével – általában negatív, vagy nem szignifikáns kapcsolat mutatkozott. Összességében azt mondhatjuk, hogy az interveniált populációban nem a programleírások alapján a szakértők által magasabbra értékelt programok idéztek elő nagyobb arányban ismertgyarapodást. Mint azt az előző részben láthattuk, többnyire nem mutatkozott várt irányú kapcsolat a szakértői értékelések és a résztvevők reagálásai között sem. Mint ott is említettük, az együttjárás hiányára többféle magyarázat lehetséges, ezek közül az egyik, hogy a programok nem a szakértők által értékelt programleírásoknak megfelelően valósulnak meg (mint láthattuk, a programok tervtartásának mértéke 53%), vagy, a szakértői értékelési szempontok irrelevánsak a tudásátadás hatékonysága szempontjából. Mindazonáltal – bármi álljon is az eltérés mögött – a szakértői értékelések, és a diákok tudásgyarapodásra vonatkozó észlelésének eltérő tendenciája arra figyelmeztet bennünket, hogy a programleírások szakértői értékelése alapján nem következtethetünk a programok ismeretátadás tekintetében mutatkozó célelérésére.

Az előző fejezetben vizsgált, a programok által kiváltott reakciók azonban inkább informatívak a percipiált ismeretnövekedés szempontjából. Azok a programok, amelyek esetében a résztvevők nagyobb arányban számoltak be a drogokkal kapcsolatos ismeretek növekedéséről, szignifikánsan kedvezőbb tetszési indexet tudhattak magukénak. (Lásd a 47. táblázatot a következő oldalon.)

47. táblázat. A szakértői értékelések, valamint a tetszési index átlaga a prevenció programot követően tudásgyarápodást érzékelő, és nem érzékelő diákok körében (N=1841)

A SZAKÉRTŐI ÉRTÉKELÉS SZEMPONTJAI	SZAKÉRTŐI ÉRTÉKELÉSEK ÁTLAGA		SZIG.
	TUDÁS-GYÁRAPODÁST ÉRZÉKELŐ DIÁKOK	TUDÁS-GYÁRAPODÁST NEM ÉRZÉKELŐ DIÁKOK	
Mennyire világos (egyértelmű) a program végső célkitűzése	4,78	4,77	n. sz.
Mennyire világos (egyértelmű) a specifikus célok meghatározása	4,82	4,81	n. sz.
Mennyire reális (adekvát) a specifikus célok meghatározása a végső cél tükrében	<u>4,29</u>	4,19	<0,001
Mennyire koherens a megjelölt koncepció?	4,11	4,09	n. sz.
Mennyire illeszkedik a megjelölt koncepció a specifikus célokhoz	4,19	4,17	n. sz.
Mennyire adekvátak a megjelölt módszerek a specifikus célok és a koncepció ismeretében	4,39	4,37	n. sz.
Mennyire reális az egyes célok elérésére szánt idő meghatározása az adott cél és módszer ismeretében	3,35	3,44	0,001
Mennyire reális a csoportok nagyságának meghatározása az adott cél és módszer ismeretében	4,28	4,37	0,006
Mennyire reálisak/adekvátak az adott program célkitűzései a célpopuláció jellemzőihez viszonyítva	4,16	4,28	<0,001
Mennyire reálisak/adekvátak az adott program módszerei a célpopuláció jellemzőihez viszonyítva	4,34	4,33	n. sz.
Mennyire adekvát forrásokból szerzi be a célpopuláció ismeretéhez szükséges információt	<u>4,87</u>	4,82	0,002
Mennyire megfelelő az alkalmazott stáb a célok és módszerek, illetve a program futási jellemzői ismeretében	<u>4,72</u>	4,58	<0,001
Tetszési index átlagértéke	<u>0,1208</u>	-0,0517	<0,001

Jelen vizsgálat e tekintetben elért eredményeit korábbi kutatási eredményeinkkel (Paksi és Demetrovics, 2002b; Paksi és mtsai, 2002b) összehasonlítva azt mondhatjuk, hogy a szintéren ma jelen lévő szolgáltatók eredményessége a tudásátadás tekintetében kedvezőbb. A 2001-es vizsgálatunk során – a jelenlegi egyharmadot meghaladó aránnyal szemben – összességében a résztvevők kevesebb, mint egynegyede (23%-a) jelzett tudásgyarápodást. Mindazonáltal a résztvevők saját ismereteivel kapcsolatos vélekedésének kedvező irányú, és viszonylag nagyarányú változása mellett meg kell jegyeznünk, hogy sokasági szinten összességében 29%-ról 47%-ra növekedett azok aránya, akik úgy ítélik, hogy „mindent tudnak

a drogokról, amit szeretnének”. Ugyanakkor összességében gyakorlatilag nem változott a magukat a „sok mindent tudok, de még egy csomó minden érdekel” kategóriába sorolók aránya, ami az ismeretek növekedésének kedvező tendenciája mellett egyben a drogpreevenció programok iránti nyitottság csökkenésének nem kívánt jelenségére is utalhat.

Az én-hatékonyság tekintetében bekövetkezett változások

A szakirodalom felhívja a figyelmet a „self-efficacy”-val kapcsolatos hiedelmek fontosságára (Bukovski, 1997), arra, hogy a jobb problémamegoldó képességgel rendelkező, önmagukat hatékonynak megélő és problémáikkal hatékonyan megküzdő fiatalok kevésbé veszélyeztetettek a droghasználat szempontjából.

Az én-hatékonyság (self-efficacy) változását a törzs blokkban az eredeti 10 ítemes skálához képest (M. Kopp, R. Schwarzer, M. Jerusalem, 1995) az alábbi, rövidített, háromitemes kérdéssorral mértük:

- a) Mindig sikerül megoldani a problémáimat, ha nagyon akarom
- b) Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást
- c) Bármi történik, általában kezelni tudom a helyzetet¹²⁰

A prevenció programok résztvevői körében összességében az én-hatékonyság átlagértéke a pre- és a poszt-adatfelvétel közötti időszakban szignifikánsan növekedett, tehát a vártnak megfelelő irányú, kedvező változás történt (beavatkozás előtti érték: 3,12; beavatkozás utáni érték: 3,18; $p < 0,001$). Amennyiben a változásokat programonként vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy ugyan minden programban kedvező irányú elmozdulás történt, de annak mértéke mindössze két program, a 3. és a 4. intervenció esetében szignifikáns, és egy, a 6. (ilyen célátételezéssel nem is dolgozó) program esetében pedig tendencia jellegű az elmozdulás. Ezeket a változásokat azonban csak abban az esetben tekinthetjük a beavatkozás hatásának, ha az szignifikánsan meghaladja a korosztályban – a véletlen vagy trendhatás következtében – egyébként is zajló én-hatékonyság növekedését. A kontrollcsoportban azonban ugyanezen időszakban szintén kedvező irányú – bár kisebb, mindössze tendencia jellegű (változás: 0,0476; $p = 0,065$) – elmozdulást tapasztaltunk az én-hatékonyság tekintetében. A prevenció beavatkozásban részt vevő diákok körében mért növekedés mértéke – az interveniált populációban, illetve a kontrollcsoportban mért eltérő mértékű változások ellenére – sem az összes programnál együttesen, sem programonként nem haladta meg szignifikánsan (minden esetben $p > 0,1$) a

¹²⁰ A válaszokat a megkérdezettek 4 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyéltalán nem jellemző”, a 7-es pedig azt, hogy „nagyon jellemző”.

kontrollcsoportban mért változás mértékét. Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a prevenciós programok hatására nem növekedett szignifikánsan a programokban részt vevő diákok én-hatékonysága.

48. táblázat. Az én-hatékonyság programonkénti átlagértéke a prevenciós programok előtt és után, a változás (Paired-Samples Test), illetve a kontrollcsoporthoz képest történt változás (Independent Samples Test) szignifikanciaszintje

PROGRAM	PROGRAMTÍPUS	PRE- FELVÉTEL	POSZT- FELVÉTEL	SZIGNIFIKANCIA	
				PAIRED- SAMPLES TEST	INDEPENDENT SAMPLES TEST
1. program	Drámapedagógia / színházi előadás	3,15	3,19	n. sz.	n. sz.
2. program	Integrált drogvédelem	3,08	3,13	n. sz.	n. sz.
3. program	Rövid idejű információátadó	3,10	3,18	p<0,001	n. sz.
4. program	Rövid idejű információátadó	3,13	3,20	0,015	n. sz.
5. program	Hosszú intervallumú egészségfejlesztő	3,11	3,13	n. sz.	n. sz.
6. program	Kiállítás	3,15	3,19	0,065	n. sz.
Összesen		3,12	3,18	p<0,001	n. sz.
Kontrollcsoport		3,11	3,15	0,065	–

Az „egészség-hit-modell” egyes dimenziói mentén tapasztalt változások

Az „egészség-hit-modell” az 1950-es évek óta alkalmazzák, kezdetben a nem-szimptomás betegségek megelőzése területén tapasztalt kudarcok magyarázatára dolgozták ki, de később az egészségviselkedések legkülönbözőbb területén kipróbálták.¹²¹ A modell igen sok vonatkozásban kutatásokkal alátámasztott megközelítés, amely a preventív viselkedés kialakulását befolyásoló tényezőket írja le (Becker 1974, és Hochbaum 1970). Hazai kutatási tapasztalatok is azt jelzik, hogy az „egészség-hit-modell” bizonyos változói – a droghasználat kockázatának észlelt súlyossága; az észlelt kitettség; illetve a preventív viselkedés észlelt akadályai – elég nagy valószínűséggel elkülönítik a használókat és a nem használókat (Rácz és Kabos, 2001).

¹²¹ Az eredeti modellben négy dimenzió szerepelt:

- a kockázatnak való kitettség, sebezhetőség (susceptibility);
- a kockázat súlyossága;
- a preventív viselkedés kivitelezésének nehézsége („akadályok”);
- valamint a preventív viselkedés előnyei.

E négy változónak a későbbiekben sok változata jelent meg (pl. Brown, DiClemente és Reynolds, 1991).

E kutatási, illetve teoretikus tapasztalatok alapján a droghasználat kockázatának észlelt súlyosságát, az észlelt kitettségét, illetve a preventív viselkedés észlelt akadályait leképező kérdések, mint a prevenció programok végső céljait rövid távon megjelenítő általános eredményesség indikátorok minden programban egységesen felvételre kerültek.

A drogfogyasztás kockázatának észlelt súlyossága

A drogfogyasztás kockázatának észlelt súlyosságát a drogfogyasztás következtében előálló (egészségügyi, büntetőjogi, társas kapcsolatokat érintő) következményes károsodások bekövetkezésének vélt valószínűségével mértük.¹²²

Összességében a prevencióban részt vevő diákok körében az észlelt súlyosság összesített értékében – a korábbi összességében kedvezőtlen kutatási tapasztalatokkal (Paksi és Demetrovics, 2002b; Paksi és mtsai, 2002b) ellentétben – a pre- és a poszt-adatfelvétel közötti időszakban a szándékoltnak megfelelő irányú tendencia jellegű elmozdulást tapasztaltunk (a beavatkozás előtti érték: 3,66; beavatkozás utáni érték: 3,71, $p=0,063$). A kontrollcsoport esetében a vizsgált időszakban e tekintetben nem történt szignifikáns változás (a pre-adatfelvétel során mért érték: 3,62; a poszt-adatfelvétel során mért érték: 3,66; $p=0,650$). Mindazonáltal a prevenció programokon részt vevők körében összességében mért növekedés nem haladta meg szignifikánsan a kontrollcsoportban tapasztalt elmozdulás mértékét, tehát a programok összességében az drogfogyasztás észlelt kockázatának növelése tekintetében nem értek el nagyobb hatást, mint ami a korosztályban egyébként is bekövetkezett a vizsgált időszakban.

Azonban a vizsgált programok körében nem egységes változások történtek ($p<0,001$). Az egyes programok résztvevői közül mindössze egy, a 4. program esetében tapasztaltunk a várt irányúnak megfelelő szignifikáns elmozdulást, az összességben tendencia jellegű elmozdulás tehát ennek a programnak köszönhető. A többi program esetében – a 6. program kivételével, ahol a várakozásokkal el-

¹²² A kérdés a következő volt: Mennyire tartod valószínűnek, hogy ha kábítószerrel, akkor...

- a) nem tudnál belőle kigyógyulni
- b) börtönbe kerülnél
- c) az károsítaná a társas kapcsolataidat
- d) könnyen abba tudnád hagyni
- e) orvosi segítséggel könnyen le tudnád szokni

A válaszokat a megkérdezettek 7 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „nem valószínű”, a 7-es pedig azt, hogy „nagyon valószínű”.

A hazai kutatási tapasztalatok (Rácz és Kabos, 2001) arra utalnak, hogy a kockázatelemzés egyes aspektusai közül leginkább a vizsgálatunkban is felvett itemek menetén megjelenő vélekedések azok, amik szerephez jutnak a drogérzettség becslésében.

lentétes irányú szignifikáns elmozdulást mértünk – a változás iránya többnyire a várakozásoknak megfelelő, de a változás mértéke nem szignifikáns. A 4. program esetében a kontrollcsoporthoz képest is szignifikánsan nagyobb mértékben növekedett a kockázatesztelés. Ez a program a célok és módszerek mentén a többi – az észlelt súlyosság tekintetében eredményt el nem érő – programtól az érzelmi nevelés céltételezés jelenléte mellett az önismeret-fejlesztéssel, a visszautasítási technikákkal, illetve egyéb személyiségfejlesztéssel kapcsolatos céltételezések hiányával jellemezhető leginkább (a módszerek tekintetében nem mutat sajátosságot). A szakértői pontozások alapján az átlagosnál szignifikánsan jobb (szakértői pontozás összértéke átlagosan 4,358; a 4. program esetében: 4,583; $p < 0,001$), a résztvevőknek viszont az átlagosnál kevésbé tetsző (tetszési indexe: -1,384; $p = 0,005$) program.

49. táblázat. Az észlelt súlyosság programonkénti átlagértéke a prevenció programok előtt és után, a változás (Paired-Samples Test), illetve a kontrollcsoporthoz képest történt változás (Independent Samples Test) szignifikanciaszintje¹²³

PROGRAM	PROGRAMTÍPUS	PRE-FELVÉTEL	POSZT-FELVÉTEL	SZIGNIFIKANCIA	
				PAIRED-SAMPLES TEST	INDEPENDENT SAMPLES TEST
1. program	Drámapedagógia / színházi előadás	3,77	3,82	n. sz.	n. sz.
2. program	Integrált drogprevenció	3,59	3,71	n. sz.	n. sz.
3. program	Rövid idejű információátadó	3,75	3,73	n. sz.	n. sz.
4. program	Rövid idejű információátadó	3,52	3,77	$p < 0,001$	0,024
5. program	Hosszú intervallumú egészségfejlesztő	3,42	3,54	n. sz.	n. sz.
6. program	Kiállítás	3,73	3,61	0,047	n. sz.
Összesen		3,66	3,71	0,063	n. sz.
Kontrollcsoport		3,62	3,66	n. sz.	-

Észlelt kitettség

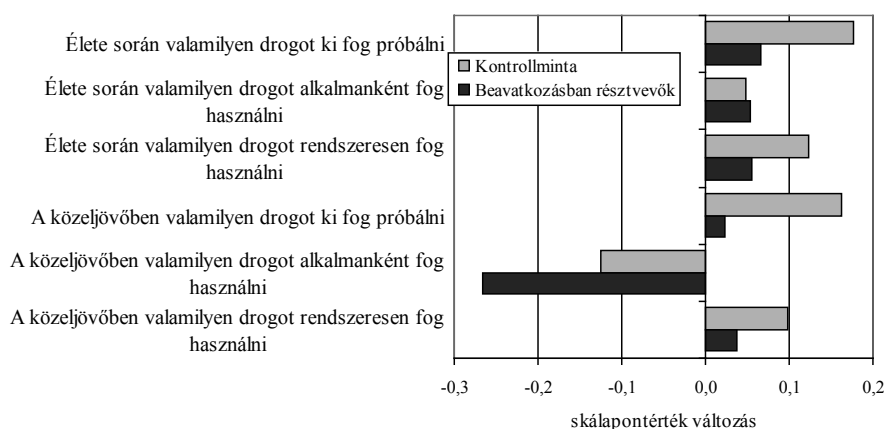
Az észlelt kitettséget a közeli jövőre, illetve a megkérdezett életére vonatkozóan, a droghasználat (marihuána/hasis, amfetamin, ecstasy vagy heroin kipróbálása, alkalmi, illetve rendszeres fogyasztása) bekövetkezésének vélt valószínűségével mértük.¹²⁴

¹²³ A szándékoltan megfelelő irányú és a kontrollcsoporthoz képest is szignifikáns változásokat kiemeltük.

¹²⁴ A válaszokat a megkérdezettek 7 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „nem valószínű”, a 7-es pedig azt, hogy „nagyon valószínű”.

Összességében – a „közeljövőben valamilyen drogot alkalmanként fog használni” item kivételével – a résztvevők körében nem történt a várakozásainknak megfelelő irányú szignifikáns elmozdulás a droghasználat jövőbeni kockázatával kapcsolatos vélekedések tekintetében, illetve ahol szignifikáns változás történt, ott a szándékolttal ellentétes irányú, a kockázat növekedése irányába mutató elmozdulást tapasztaltunk (lásd 50. táblázat). Azonban a kontroll mintában tapasztalt elmozdulások alapján azt mondhatjuk, hogy a pre és poszt adatfelvétel közötti szignifikáns változások hiánya, illetve nem a várakozásoknak megfelelő irányú elmozdulások nem a programok hatásának hiányát, illetve a szándékolttal ellenétes hatását jelentik, hanem a társadalomban megfigyelhető kedvezőtlen tendenciák jelenlétét. A programokban részt vevő diákok körében tapasztalt kedvezőtlen elmozdulások nem haladják meg a beavatkozásban nem részesült diákok körében történt kitettség-növekedést, sőt, a prevenciós beavatkozásban részt vett diákok esetében rendre kisebb, néhány item esetében (lásd a 93. ábrán, illetve a 50. táblázatban kiemelve) szignifikánsan kisebb kitettség-növekedést tapasztaltunk, ami azt jelenti, hogy a vizsgált programoknak összességében sikerült ellensúlyozniuk a kedvezőtlen társadalmi trendeket. Amennyiben pedig a kitettség-változás különböző itemei mentén történt elmozdulásokat összesítjük, azt tapasztaljuk, hogy az interveniált populációban a kontrollcsoport-hoz képest kedvező irányú, szignifikáns változások történtek (változások átlaga az interveniált populációban: $-0,0312$; a kontrollcsoportban: $0,4825$; $p=0,017$).

93. ábra. A különböző droghasználó magatartások észlelt kitettségének változása a prevenciós beavatkozásban részesült diákok körében, valamint a kontrollmintában



A válaszokat főbb fogyasztási típusonként (kipróbálás, alkalmi, rendszeres fogyasztás) és idő-távonként (közeljövőben, ill. életében) összesítettük, oly módon, hogy a szerenként adott válaszok közül a legnagyobb valószínűséget kifejező választ vettük figyelembe.

Amennyiben a változásokat programonként vizsgáljuk (51. táblázat), azt tapasztaltuk, hogy az interveniált populációban összességében a kontrollcsoporthoz képest bekövetkezett szignifikáns változások két rövid idejű információátadó programnak, a 3. és a 4. köszönhetők. Ez a két program – a részletes evaluációba volt programok közül – a teoretikus értékelés során is az átlagot meghaladó pontszámot ért el (átlag: 4,3585; 3. program: 4,7778; 4. program: 4,5833).

50. táblázat. Az észlelt kitérttség programonkénti átlagértéke a prevenció programok előtt és után, a változás (Paired-Samples Test), illetve a kontrollcsoporthoz képest főként változás (Independent Samples Test) szignifikanciaszintje¹²⁵

VIZSGÁLT KÉRDÉSKÖRÖK	INTERVENIÁLT POPULÁCIÓ			KONTROLLCSOPORT			INDEPENDENT SAMPLES TEST
	PRE- FELVÉTEL	POSZT- FELVÉTEL	PAIRED- SAMPLES TEST	PRE- FELVÉTEL	POSZT- FELVÉTEL	PAIRED- SAMPLES TEST	
Éltere során valamilyen drogot ki fog próbálni	1,715	1,781	0,011	1,525	1,703	0,006	0,081
Éltere során valamilyen drogot alkalmanként fog használni	1,035	1,088	p<0,001	1,035	1,083	n. sz.	n. sz.
Éltere során valamilyen drogot rendszeresen fog használni	1,134	1,189	0,002	1,048	1,170	0,005	n. sz.
A közeljövőben valamilyen drogot ki fog próbálni	1,564	1,588	n. sz.	1,340	1,503	0,008	0,034
A közeljövőben valamilyen drogot alkalmanként fog használni	1,324	1,059	p<0,001	1,168	1,043	0,001	0,024
A közeljövőben valamilyen drogot rendszeresen fog használni	1,122	1,159	0,054	1,018	1,115	0,006	n. sz.

¹²⁵ A szándékoltan megfelelő irányú szignifikáns változásokat kiemeltük.

51. táblázat. Az észlelt kiettség programonkénti változása, a kontrollcsoporttól való eltérés szignifikanciaszintjének (Independent Samples Test) jelölésével (* $0,1 > p > 0,05$; ** $p < 0,05$)¹²⁶

	KONTROLLCSOPORT	1. PROGRAM	2. PROGRAM	3. PROGRAM	4. PROGRAM	5. PROGRAM	6. PROGRAM	ÖSSZESEN
Éltere során valamilyen drogot ki fog próbálni	0,1775	0,1644	0,0448	<u>-0,0491**</u>	0,0451	0,4557*	0,0963	<u>0,0660*</u>
Éltere során valamilyen drogot alkalmanként fog használni	0,0475	0,0622	0,1045	-0,0070	0,0535	0,1519	0,0420	0,0533
Éltere során valamilyen drogot rendszeresen fog használni	0,1225	0,1111	0,0821	<u>-0,0070**</u>	<u>-0,0085**</u>	0,2152	0,0864	0,0549
A közeljövőben valamilyen drogot ki fog próbálni	0,1625	0,1911	0,0771	<u>-0,0724**</u>	<u>-0,0563**</u>	0,1646	0,0198	<u>0,0232*</u>
A közeljövőben valamilyen drogot alkalmanként fog használni	-0,1250	-0,0756	0,0075**	<u>-0,2477*</u>	<u>-0,6197**</u>	-0,1139	<u>-0,3802**</u>	<u>-0,2656*</u>
A közeljövőben valamilyen drogot rendszeresen fog használni	0,0975	0,0356	0,1045	<u>-0,0374**</u>	<u>-0,0282**</u>	0,3291*	0,0494	0,0370

¹²⁶ A szándékoltan megfelelő irányú szignifikáns változásokat kiemeltük.

Amennyiben a programjellemzők – célok és módszerek – közül a kitettség változás tekintetében siker kritériumoknak tekinthető elemeket stepwise-módszerrel végzett lineáris regressziós elemzéssel megpróbáljuk beazonosítani, nagyon gyenge magyarázó erejű modellt tudunk létrehozni (Adjusted R Square = 0,011). Mindazonáltal a modellünk szignifikáns ($p < 0,001$), s bár nem sikerkritériumokat azonosít, két olyan programjellemzőre mutat rá, amelyek a kitettséget kedvezőtlen irányba befolyásolják. A programok egyéb céljainak és módszereinek kontroll alatt tartása esetén a „visszaautasítási technikák” valamint a „szociális készségek” fejlesztésével kapcsolatos céltételezések jelenléte szignifikánsan növeli az interveniált populáció észlelt kitettségét.

52. táblázat. Az észlelt kitettség összesített értékének¹²⁷ magyarázatára a programjellemzők alapján létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIG.
Cél: visszaautasítási technikák fejlesztése	0,103	<0,001
Cél: szociális készségek fejlesztése	0,068	0,004

A prevenció akció végrehajtása során észlelt akadályok

A prevenció akció végrehajtása során észlelt akadályok témakörében felvett változók¹²⁸ az „egészség-hit-modellben” a preventív viselkedés kivitelezésének nehézségére utalnak, de az egyes itemek önállóan, illetve más modellek elemeiként is értelmezhetők. A kutatási tapasztalatok alapján a vizsgált kérdések közül a „Ha drogoznék, kényelmetlen lenne segítséget kérni barátaimtól”, illetve a „Ha barátaim között volnék, és ők marihuánát használnának, én is azt tenném” kérdések jelentőségét kell kiemelnünk (Rác és Kabos, 2001), melyek értelmezhetők a kortárs-modell indikátoraként is.

Összességében a prevencióban részt vevő diákok körében az észlelt prevenció akadályok összesített értékében a pre- és a poszt-adatfelvétel közötti időszakban a

¹²⁷ Az összevont mutató létrehozása során a kitettségváltozás különböző itemei mentén történt elmozdulásokat összesítettük.

¹²⁸ A kérdés a következő volt: Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal?

Ha drogoznék, kényelmetlen lenne erről beszélnem a barátaimmal.

Ha drogoznék, kényelmetlen lenne erről beszélnem tanáraimmal.

Ha drogoznék, kényelmetlen lenne erről beszélnem más felnőttekkel.

A válaszokat a megkérdezettek 7 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egáltalán nem”, a 7-es pedig azt, hogy „teljes mértékben”.

szándékoltnak megfelelő elmozdulást tapasztaltunk: az interveniált populációban szignifikánsan csökkentek az észlelt prevenciós akadályok (beavatkozás előtti érték: 3,54; beavatkozás utáni érték: 3,46). Ugyanezen időszak alatt a kontrollcsoportban ezzel ellentétes változás zajlott, a prevencióban nem részesült diákok körében a prevenciós akadályok szignifikáns ($p=0,012$) növekedését mértük (a beavatkozás előtti érték: 3,58; beavatkozás utáni érték: 3,73). A populációban általában jellemző és az interveniált populációban zajló változások eltérő iránya még inkább megerősíti a prevenciós programok összességének e tekintetben kedvező hatását: a beavatkozások eredményeként a résztvevők körében összességében csökkentek az észlelt prevenciós akadályok.

Programonként vizsgálva a beavatkozások előtt és után a prevenciós akadályok vonatkozásában kapott értékeket, csak egy program (a 3.) esetében tapasztaltunk szignifikáns ($p<0,05$) változást. Azonban a kontrollcsoporthoz képest – az 1. program kivételével – mindegyik programban a szándékoltnak megfelelő irányú, szignifikáns mértékű elmozdulás történt.

A prevenciós akadályok csökkenésének mértéke tendencia jellegű fordított lineáris kapcsolatot mutat a teoretikus értékelés eredményének összesített jelzőszámával (Pearson Correlation: $-0,039$, $p=0,093$), valamint a tetszési index értékével (Pearson Correlation: $-0,042$, $p=0,076$) egyaránt.

Tekintettel arra, hogy az észlelt akadályok változása tekintetében a programok meglehetősen egységesnek mondhatók, a változás mértéke tekintetében nem mutattak szignifikáns különbséget ($p=0,490$), így a különböző a különböző programjellemzők mentén sem tudunk az elért változásokra kielégítő magyarázó erejű modellt létrehozni (Adjusted R Square $=0,002$).

53. táblázat. A prevenció akadályok programonkénti átlagértéke a prevenció programok előtt és után, a változás (Paired-Samples Test), illetve a kontrollcsoporthoz képest történt változás (Independent Samples Test) szignifikanciaszintje¹²⁹

PROGRAM	PROGRAMTÍPUS	PRE-FELVÉTEL	POSZT-FELVÉTEL	SZIGNIFIKANCIA	
				PAIRED-SAMPLES TEST	INDEPENDENT SAMPLES TEST
1. program	Drámapedagógia / színházi előadás	3,57	3,60	0,644	0,202
2. program	Integrált drogpreneció	3,54	3,45	0,141	<u>0,005</u>
3. program	Rövid idejű információátadó	3,52	3,36	<u>0,003</u>	<u>p<0,001</u>
4. program	Rövid idejű információátadó	3,51	3,44	0,243	<u>0,009</u>
5. program	Hosszú intervallumú egészségfejlesztő	3,41	3,30	0,366	0,069
6. program	Kiállítás	3,58	3,51	0,193	<u>0,006</u>
ÖSSZESEN:		3,54	3,47	<u>0,001</u>	<u>p<0,001</u>
Kontrollcsoport		3,58	3,73	0,012	-

AZ ÁLTALÁNOS CÉLVÁLTOZÓK ALAKULÁSA A PREVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK KÖZBÜLSŐ CÉLCSOPORTJA KÖRÉBEN

Az iskola drogproblémák csökkentésében betöltött szerepével kapcsolatos vélekedések változása

A közoktatási intézményekben, illetve az ott tanító pedagógusok gondolkodásában és mindennapi iskolai munkájában – a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó – tudásátadáson túlmutató feladatok relatív háttérbe szorulását az utóbbi éveken több (pl. Balázs és Paksi, 2002; Paksi 2001, Paksi, Schmidt, 2006; Paksi, 2009b) – köztük az iskolák prevenció aktivitásával foglalkozó, a kötet második fejezetében közölt – kutatás is jelezte. A második fejezetben bemutatott a kutatás arra is rámutatott, hogy az, hogy egy pedagógus a különböző iskolai feladatok milyen széles körét tudja beiktatni a tevékenységébe, erős összefüggést mutat azzal, hogy milyen mértékben érzi az egyes tevékenységtípusokat általában a pedagógus feladat- vagy kompetenciakörébe tartozónak.

A fenti kutatási eredmények okán, és mert a vizsgált programok célul tűzték ki a pedagógusok problémaérzékenységének fokozását, a prevenció programok általános eredményváltozói között megvizsgáltuk azt, hogy a drogproblémák kezelése kapcsán, a prevenció képzéseken részt vevő pedagógusok szerepfelfogása hogyan

¹²⁹ A szándékoltan megfelelő irányú szignifikáns változásokat kiemeltük.

változik. Inkább látják-e a résztvevők a képzéseket követően a pedagógusképző intézményeket, az iskolákat, illetve saját magukat kompetens szereplőnek a drogfogyasztással kapcsolatos társadalmi problémák csökkentésében.

Összesen tizenegy lehetséges szereplővel kapcsolatosan vizsgáltuk, hogy mekkora szerepe lehet abban, hogy a drogfogyasztással kapcsolatos társadalmi problémák csökkenjenek.¹³⁰ A tizenegy vizsgált lehetséges szereplőből három közvetlenül az iskola világához kötődik: a pedagógusképzések, az iskolák, illetve maguk a pedagógusok.

Az eredmények azt mutatják, hogy prevenciós programok előtti állapothoz képest, a képzést követően a szignifikánsan (összességében minden esetben $p < 0,001$) nagyobb mértékben jelentek meg a résztvevők gondolkodásában a drogprobléma kezelésében az iskola világához kapcsolódó szerepek, tehát a pedagógusok problémáérzékenyítése, és/vagy szerepfelfogásának alakítása tekintetében a várakozásoknak megfelelő irányú elmozdulást tapasztaltunk.

54. táblázat. A képzésen résztvevők véleményének változása a különböző iskolai szereplők drogfogyasztással kapcsolatos problémák kezelésében betöltött szerepével kapcsolatban

SZEREPLŐK	7. PROGRAM	8. PROGRAM	ÖSSZESEN
Pedagógusok	0,56 ($p < 0,001$)	0,20 ($p < 0,001$)	0,25 ($p < 0,001$)
Pedagógusképzések	0,50 ($p < 0,001$)	0,14 ($p = 0,002$)	0,19 ($p < 0,001$)
Iskolák	0,58 ($p < 0,001$)	0,21 ($p < 0,001$)	0,27 ($p < 0,001$)
Egyéb szereplők (átlagosan) ¹³¹	0,35 ($p < 0,001$)	0,04 (n. sz.)	0,1 ($p < 0,001$)

Zárójelben a Paired-Samples T Test p-értékének feltüntetésével

¹³⁰ A kérdés a következő volt: „Ön szerint a következő szereplőknek, illetve intézményeknek mekkora szerepe lehet abban, hogy a drogfogyasztással kapcsolatos társadalmi problémák csökkenjenek?”

- A drogfogyasztóknak maguknak
- A helyi önkormányzatoknak
- A kormánynak
- A helyi lakóközösségeknek
- A pedagógusoknak
- A pedagógusképzésnek
- A rendőrségnek
- Az egyházaknak
- Az iskolának
- A különböző hírközlő szervezeteknek (tv, rádió, újságok)
- A drogprevenciós programokat tartó szakmai szervezeteknek

A megkérdezettek a válaszokat 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „kicsi”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon nagy” szerepe lehet.

¹³¹ Az egyéb szereplők a következők: drogfogyasztók maguk, önkormányzatok, kormány, lakóközösségek, rendőrség, egyházak, hírközlő szervezetek.

Általában, a különböző lehetséges intervenciós résztvevők szerepével kapcsolatos véleményekben is érzékeltünk egy szerepelvárások fokozódása irányába mutató tendenciát, ez azonban jóval kisebb mértékű, és a rövidebb idejű, pedagógusérzékenyítő céltételezéssel dolgozó képzés esetében nem is szignifikáns. A programokat külön-külön vizsgálva az iskolával, a képzésekkel, illetve a pedagógusokkal szembeni elvárások fokozódása (is) a hosszabb idejű, a tanárokat a prevenciós programok alkalmazására felkészítő képzés (7. program) esetében jelentkezett markánsabban.

Az iskolai drogproblémák kezelésének különböző területein érzékelt kompetenciaváltozás

Mint ahogy azt a második fejezetben (is) láthattuk, a pedagógusi gyakorlatban a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó, tudásátadáson túlmutató feladatok relatíve kevésbé hangsúlyos voltak egyik gyakran megfogalmazódó magyarázata a pedagógusi kompetencia hiánya és/vagy a pedagógustársadalom ilyen irányú hiányérzetei: *„nem érzik magukat a pedagógusok felkészültnek e feladatok ellátására, gyakran még a szükségletek (értsd problématerületek) felismeréséhez szükséges elemi ismeretek is hiányoznak repertoárjukból”*. Éppen ezért a vizsgált – a pedagógusokat a prevenciós feladatok ellátására felkészítő, illetve problémaérzékenységét növelő – képzések eredményességét mérő általános kérdések között megvizsgáltuk, hogy az értékelésbe vont programok milyen hatással vannak a pedagógusoknak az iskolai drogproblémák kezelésével kapcsolatos kompetenciaérzetére.

Az iskolai drogproblémák kezelésének 10 különböző területén vizsgáltuk azt, hogy a pedagógus a különböző problémakezelési módok, lehetőségek alkalmazására/megvalósítására milyen mértékben érzi képesnek magát. (Lásd az 55. táblázatot a következő oldalon.)

55. táblázat. Az egyes kompetenciaterületeken érzékelt változások programonként, és a közbülső célcsoportban összesen¹³²

KOMPETENCIATERÜLETEK	7. PROGRAM	8. PROGRAM	ÖSSZESEN
Iskolai drogstratégia készítése	1,15	0,88	0,92
Drogprevenációs foglalkozások szervezése diákoknak	1,15	0,62	0,69
Drogprevenációs foglalkozások szervezése szülőknek	1,09	0,65	0,71
Szupervíziós segítség igénybevétele	1,07	0,82	0,85
Pályázat megelőző programokra	0,81	0,68	0,69
Személyes segítő kapcsolat kialakítása	0,75	0,58	0,61
Diákokkal való együttműködés	0,71	0,51	0,54
Külső szervezetekkel (drogambulancia, gyermek-jóléti szolgálat, rendőrség) való együttműködés	0,68	0,51	0,53
Szülőkkel való együttműködés	0,58	0,51	0,52
Kollégákkal való együttműködés	0,52	0,36	0,38
Összesen (átlag)	0,87	0,62	0,655

Paired-Samples T Test minden esetben $p < 0,001$

Össességében a prevenációs képzés hatására szignifikánsan javult a pedagógusok iskolai drogproblémák kezelésével kapcsolatos kompetencia érzete (a vizsgált kezelési módok összességét tekintve mindkét programnál és együttesen is $p < 0,001$). A hosszabb időtartamú (7. program) pedagógusképző program esetében a vizsgált kezelési módok összességét tekintve nagyobb mértékű elmozdulás következett be. Az egyes problémakezelési típusoknak a változás mértéke alapján képzett sorrendje a két programban nagyon hasonló. Jelentősen növekszik a képzések hatására a pedagógusok jártassága az iskolai drogstratégia készítés terén, illetve a különböző, elsősorban szervezési feladatokat igénylő, operatív megoldási módok alkalmazásában. A prevenációs pályázatok elkészítése terén – a pedagógusok percepciói szerint – a vizsgált kezelési módok átlagának megfelelő előrelépés tapasztalható. Ugyanakkor meg kell állapítanunk, hogy – a programok ez irányú konkrét célátételezése ellenére – mindkét program esetében átlag alatti mértékben történt változás az együttműködést igénylő problémakezelési módok esetében, köztük a szülőkkel és diákokkal való együttműködés tekintetében is.

¹³² A kérdés a következő volt: Hogyan érzi, az iskolai drogproblémák kezelése kapcsán mennyire képes az alábbiak megvalósítására?

A megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben”.

Droggal kapcsolatos ismeretek szubjektív mutatói mentén történt változások

Részben kompetenciaváltozáshoz kapcsolódóan, részben, mert mindkét közbülső célcsoportra irányuló vizsgált program céljai között szerepeltek információátadással kapcsolatos célkitűzések (lásd 24. táblázat), a kutatási battéria általános eredményesség mérésre szolgáló törzsblokkjában két, a programok informativitását vizsgáló, szubjektív indikátorokból felépülő kérdésblokkot is szerepeltettünk:

- a) Egyrészt drogokkal kapcsolatos tárgyitűdás-átadás megvalósulásának általánosan értelmezhető mutatójaként alkalmaztunk egy relatív mutatót, amellyel a vizsgált programok információtartalmát más – általunk megnevezett – információs forrásokhoz képest mértük.
- b) Másrészt a drogproblémával kapcsolatos különféle ismeret-dimenziókban – a kompetencia változás méréséhez hasonlóan – szubjektív skálák mentén mértük a program hatására bekövetkezett változásokat.

A pedagógusok percepciói szerint a vizsgált képzések során szerzett információk messze meghaladják más információs forrásokból szerezhető ismereteket. A résztvevők több mint négyötöde (81,4%) érzékelte úgy, hogy a képzések során sok, a nagyrészüket (a résztvevők 53,5%-a) nagyon sok információt szerzett a drogokkal kapcsolatban. Más információs forrásokhoz képest a vizsgált programok átlagon felül szerepeltek. 5 fokú skálán – ahol az 1-es azt jelentette, hogy semennyi, az 5-ös pedig hogy nagyon sok információt szerzett – a programok résztvevői átlagosan 4,33-ra értékelték a programok informativitását. Ez az érték összességében mintegy másfél skálaponttal meghaladja a más információs forrásokra adott osztályzatok átlagát, és 1,36 skálaponttal megelőzi az egyéb képzések információtartalmával kapcsolatos percepciókat is. (Lásd az 56. táblázatot a következő oldalon.)

56. táblázat. „Mely forrásból mennyi információt szerzett a drogokkal kapcsolatban?”
kérdésre (a skálapontértékek átlagai)¹³³

INFORMÁCIÓS FORRÁSOK	7. PROGRAM	8. PROGRAM	ÖSSZESEN
Televízió	3,35	3,44	3,42
Rádióműsorok	2,40	2,53	2,51
Sajtó	3,18	3,26	3,25
Szórólapok	2,79	2,58	2,61
Szakkönyvek	3,32	3,10	3,13
Diákok	3,03	2,49	2,58
Kollegák	3,04	2,90	2,92
Felvilágosító előadások	4,18	3,75	3,81
Egyéb célzott képzések	3,06	2,95	2,97
Internet	1,81	1,90	1,89
A felsorolt források átlaga	2,94	2,87	2,88
A vizsgált program	4,89	4,25	4,33

Ugyan a vizsgált programok más forrásokhoz képest a résztvevők által nagyra értékelt informativitása a programokra külön-külön is igaz, mindazonáltal a két vizsgált program információtartalmában – a résztvevők percepciói szerint – szignifikáns ($p < 0,001$) különbség mutatkozott a hosszabb képzési idejű (7.) program javára. A prevenciós program alkalmazására felkészítő program esetében a résztvevők mindegyike úgy ítélte, hogy sok, és tízből közel kilencen nagyon sok információt szereztek a program során a drogokkal kapcsolatban.

A programok drogproblémákkal kapcsolatos ismeretátadó célkitűzéseinek megvalósulását 5 különböző területen vizsgáltuk, melyek mentén egy szubjektív elégedettség skála mentén mértük a program hatására bekövetkezett változásokat.

¹³³ A megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „semmit”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon sokat”.

57. táblázat. Az „Ön most mennyire elégedett az ismereteivel az alábbi területeken?” kérdésre a programok lefutása előtt és után 5 fokú skálán adott válaszok elmozdulásának átlagai¹³⁴

ISMERET-DIMENZIÓK	7. PROGRAM	8. PROGRAM	ÖSSZESEN
Drogproblémákkal kapcsolatos jogi ismeretek	1,26	1,08	1,11
Drogproblémák iskolai kezelésével kapcsolatos ismeretek	1,41	0,98	1,04
Drogproblémák iskolán kívüli kezelésével kapcsolatos ismeretek	1,28	0,82	0,89
Az iskolai drogkoordinátor szerepkörével kapcsolatos ismeretek	1,30	0,77	0,85
Drogokkal kapcsolatos tudás	0,89	0,51	0,57

Paired-Samples T-Test minden esetben $p < 0,001$

A képzőprogramok hatására minden általunk vizsgált ismeret-dimenzióban szignifikánsan javult a pedagógusok elégedettsége saját ismeretükkel kapcsolatban (a vizsgált dimenziók mindegyikében, mindkét programnál, és együttesen is $p < 0,001$). Legnagyobb javulást a – képzéseket megelőzően a pedagógusok tudásában leginkább fehér foltként jelentkező (a kiinduló átlag itt a legalacsonyabb: 2,19) – jogi ismeretek területén érzékelték a résztvevők. Összességében átlagosan egy skálaponttal kedvezőbb értékeket mértünk a drogproblémák iskolai kezelésével kapcsolatos ismeretek területén is. A legkevésbé a drogokkal kapcsolatos tudása változott a résztvevőknek, amit a kiinduláskor az átlagnál jobbra (átlagosan 2,95-re) értékelték, mindazonáltal itt is szignifikáns változás érzékeléséről számoltak be a résztvevők.

A két vizsgált programot összehasonlítva – más értékelési dimenziókhoz hasonlóan – ismételten a hosszabb képzési idejű (7.) program esetében tapasztaltunk nagyobb mértékű változásokat.

Az én-hatékonyság tekintetében bekövetkezett változások

Az irodalmi adatok felhívják a figyelmet az én-hatékonysággal (Schwarzer R., 1992) kapcsolatos hiedelmek fontosságára mint olyan tényezőre, melynek jelentős befolyása van a mentálisegészség-promóció mibenléte s annak átadása szempontjából (Bukovski, 1997). Kutatási eredmények szerint az önmagukat hatékonynak érző, a problémáikkal való megküzdést pozitívan megélő személyek nagyobb hatékonyság-

¹³⁴ A megkérdezettek válaszaikat 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „teljes mértékben” elégedett az ismereteivel.

gal képesek az egészséggel kapcsolatos pozitív gondolkodást is képviselni. Az én-hatékonyság ezen természetének köszönhetően a skála idővel az egészséghit-modell részévé vált (Becker, 1974; Brown, DiClemente, Reynolds, 1991; Hochbaum, 1970).

A vizsgált prevenciós képzéseket követően a résztvevők körében szignifikánsan magasabb én-hatékonyságot mértünk, mint a képzést megelőzően. A két program között e tekintetben szintén – a többi célváltozó mentén is szokásosan megjelenő – hatáskülönbség tapasztalható. A hosszabb képzési idejű, prevenciós program alkalmazására felkészítő (7.) program szignifikánsan nagyobb növekedést ért el a résztvevők én-hatékonysága területén, mint a másik, rövidebb képzési idejű, problémaérzékenyítő (8.) kurzus, mindazonáltal a gyengébb eredményt elért program esetében is szignifikánsan növekedett a résztvevők én-hatékonysága.

58. táblázat. A résztvevők én-hatékonysági skálán mért átlagértékei a prevenciós program előtt és után¹³⁵

PROGRAM	PROGRAM ELŐTTI ÉRTÉK	PROGRAM UTÁNI ÉRTÉK	ELTÉRÉS	PAIRED-SAMPLES T TEST
7. program	3,04	3,29	0,25	p<0,001
8. program	3,03	3,15	0,12	p<0,001
Összesen	3,03	3,18	0,14	p<0,001

Drogfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés

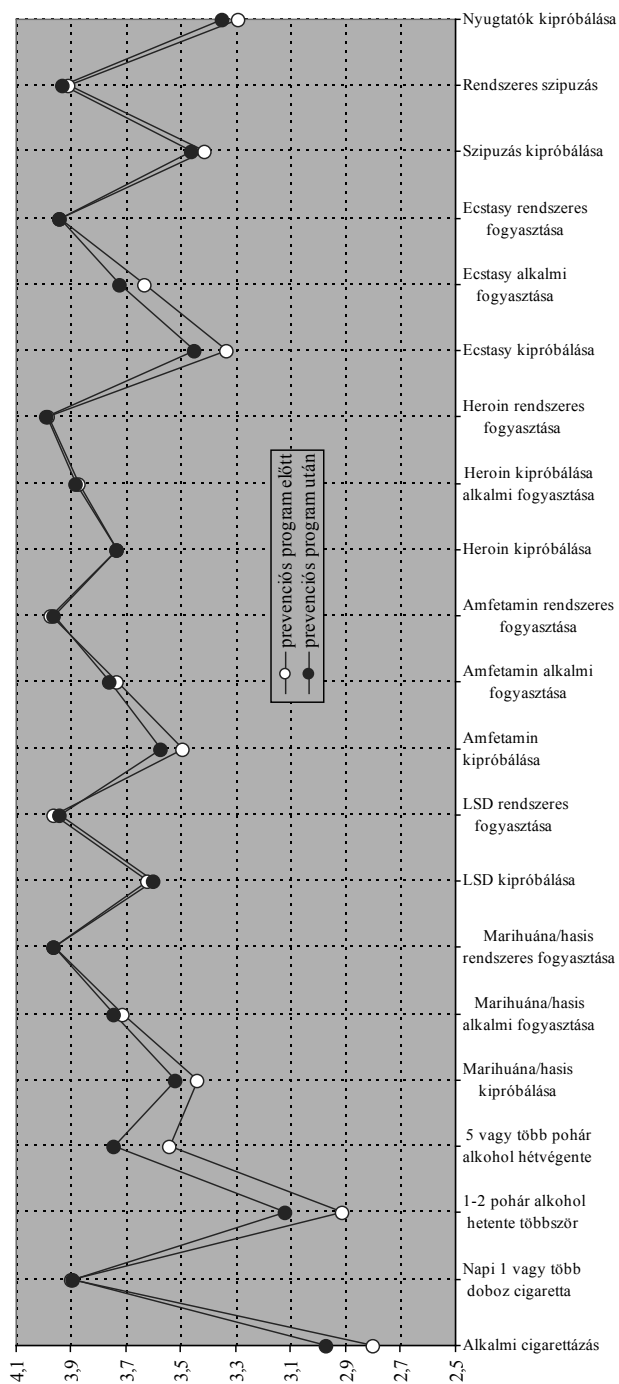
Végül az általános eredményváltozók között megvizsgáltuk a képzéseken részt vevő pedagógusok drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek alakulását, azt hogy mennyire tartják kockázatosnak a drogok használatát, mennyire tudnak különbséget tenni az egyes drogok hatása, illetve a szerhasználat eltérő gyakoriságából adódó veszélyek között, s hogy miképp változott a viszonyulásuk a programok hatására. A pedagógusok attitűdformálását – a drogfogyasztással kapcsolatos ismeretátadási célokba ágyazva – mindkét program szerepeltette a célváltozók között.

A képzéseken részt vevő pedagógusok veszélyészlelésében egyértelmű különbségek fogalmazódnak meg a különböző szerek kipróbálása, alkalmi és rendszeres használata tekintetében. A biztosan droghasználati céllal használható szerek (tiltott drogok és inhalánsok) kipróbálását a tanárok 50–70%-a, alkalmi fogyasztását 68–89%-a, rendszeres használatát pedig 95–99%-a tartja nagyon veszélyesnek.

¹³⁵ A kutatás során az én-hatékonyság mérésére a szokásos 10 ítemes skálát alkalmaztuk. Az ítemek egyirányúak, pozitív megfogalmazásúak. Az értékelés 4 fokú skálán történt, ahol az 1-es az „egyáltalán nem”, a 4-es pedig a „nagyon jellemző” választ jelöli.

A véleményeket felölelő sávok szélességéből is látszik, hogy a különböző szerek közötti differenciálás csak a kipróbálás és az alkalmi jellegű használat tekintetében jelenik meg. A legkisebb veszélyészlelés az XTC esetében mutatkozik, a legnagyobb pedig a heroin fogyasztásával kapcsolatban. A rendszeres használat megítélésében a pedagógusok állásfoglalása meglehetősen egyértelmű: szinte mindannyian minden – csak biztosan droghasználati céllal fogyasztható – drog használatát nagyon veszélyesnek tartják, e tekintetben nem jelenik meg differenciálás a pedagógusok veszélyészlelésében. A fogyasztás gyakorisága szerinti egyértelmű különbségtétel mellett megfigyelhető a csak biztosan droghasználati céllal fogyasztható szerek, valamint az egyéb legális szerek (dohányzás, alkoholfogyasztás és az orvosi rendelvény nélküli nyugtató fogyasztása) megítélésnek szétválása is. A vélemények struktúrája a képzések hatására nem változott. Szignifikáns veszélyészlelés-növekedést mindössze az alkalmi dohányzás, illetve az alkoholfogyasztó magatartások esetében tapasztaltunk. A programok hatására nem változott az egyes szerfogyasztó magatartások veszélyeinek megítélésére nem vállalkozó („nem tudom” választ adó) válaszolók aránya sem. (Lásd a 94. ábrát a következő oldalon.)

94. ábra. A résztvevők különböző szerfogyasztó magatartásokkal kapcsolatos attitűdjei a prevenció képzés előtt és után (átlagok)¹³⁶



¹³⁶ A válaszokat 4 fokú skálán mértük, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „nem veszélyes”, a 4-es pedig azt, hogy „nagyon veszélyes”.

Néhány hazai iskolai prevenciós program értékelése alapján megfogalmazható tanulság

Ebben a fejezetben néhány magyarországi iskolai drogprevenciós program értékelését az értékelés „klasszikus helyzetének” megteremtésére törekedve végeztük el. A kísérleti irányzat (Rácz, 2001) modelljét követve elemzéseink alapját az interveniált populációban a beavatkozás előtt, illetve után, kontrolált körülmények között történt adatfelvételek, illetve – a diákokra irányuló programok esetében – kontrollcsoportos vizsgálatok képezték, melyeket a folyamat objektív indikátorok mentén történő megragadására lehetőséget adó megfigyelésekkel egészítettünk ki. A mindegyik program körében felvett standard változószett révén lehetőségünk nyílt a programok összehasonlítására is.

A beavatkozásokat követően az interveniált populációban az eredményességindikátorok többsége esetében szignifikáns elmozdulást mértünk. A végső célpopulációra irányuló kutatások esetében a kontrollcsoporttal történt összehasonlítások 5 indikátor közül 3 esetben erősítették meg azt, hogy az elmozdulás a beavatkozás hatására történt. Összességében a vizsgált néhány iskolai prevenciós program tevékenységének értékelése alapján tehát azt mondhatjuk, hogy a prevenciós beavatkozások többségében a szándékoltnak megfelelő hatásokat váltanak ki az interveniált populációban.

59. táblázat. A végső célpopulációra irányuló programok esetében az interveniált populációban, illetve a kontrollcsoportban az általános eredményváltozók mentén történt változás nagysága, valamint a változás (Paired-Samples Test), illetve a kontrollcsoporthoz képest történt változás (Independent Samples Test) szignifikanciaszintje

EREDMÉNYESSÉGI INDIKÁTOROK	VÁLTOZÁS AZ INTERVENIÁLT POPULÁCIÓBAN	PAIRED-SAMPLES TEST	VÁLTOZÁS A KONTROLLCSONPORTBAN	INDEPENDENT SAMPLES TEST
Észlelt tudásgyarapodás	34,5%	$p < 0,001$	21,0%	$p < 0,001$
Én-hatékonyág	0,06	$p < 0,001$	0,065	n. sz.
Észlelt súlyosság	0,05	0,063	0,34	n. sz.
Észlelt kitettség	-0,0312 ¹³⁷	–	0,4825	0,017
Észlelt akadályok	-0,07	0,001	0,15	$p < 0,001$

¹³⁷ Az észlelt kitettség különböző indikátorai mentén mért kitettségváltozás összesített értéke.

60. táblázat. A közbűlő célcsoportra irányuló programok esetében az interveniált populációban az általános eredményváltozók mentén történt változás nagysága, valamint a változás szignifikanciaszintje (Paired-Samples Test)

EREDMÉNYESSÉGI INDIKÁTOROK	VÁLTOZÁS ¹³⁸	PAIRED-SAMPLES TEST
Az iskola drogproblémák csökkentésében betöltött szerepével kapcsolatos vélekedések	0,19–0,25	p<0,001
Érzékelt kompetencia	0,655	p<0,001
A drogproblémával kapcsolatos ismeretekkel való elégedettség	0,85–1,11	p<0,001
Én-hatékonyság	0,14	p<0,001
Drogfogyasztással kapcsolatos veszélyészlelés	-0,02–0,12	n. sz.

A vizsgált eredményváltozók mentén történt változások tekintetében a különböző programok között többnyire szignifikáns különbségeket tapasztaltunk. A különbségek magyarázatára végzett elemzéseink alapján azonban – sajnálatos módon – nem tudtunk rámutatni az eredményességet garantáló jó gyakorlatokra. A programjellemzők, illetve azok szakértői értékelései, valamint a folyamat- és eredményértékelés eredményei között csak elvétve, és különböző, nehezen interpretálható irányultsággal találunk kapcsolatot. A kapcsolat hiányának, illetve a mégis megmutatkozó kapcsolatok alacsony koherenciájának okai többfélék lehetnek. Lehetséges, hogy az összefüggések a programjellemzők alacsony varianciája miatt nem jelennek meg, másrészt azonban az is lehetséges, hogy a programleírások hiányosságai vagy a beavatkozások tervezettől sok esetben eltérő megvalósulása miatt nem mutatkoznak meg az összefüggések a programjellemzőkkel.

Mint azt az iskolai prevenciók szintén kínálati oldalának leírásával foglalkozó harmadik fejezetben láthattuk, a legtöbb hazai programgazda elsődlegesen nem elméleti megfontolásokból, alapfeltevésekből kiindulva, nem arra építve alkotta meg a saját programját, hanem sokkal inkább a rendelkezésre álló források, kompetenciák által meghatározott módon. Ennek következtében a programok sok esetben nem igazán koherensek, s esetenként a tényleges tevékenységet a spontaneitás, a meglévő készségek/lehetőségek/kompetenciák adott helyzetben történő alkalmazása határozza meg. Ez azon túlmenően, hogy esetlegességet visz a programok kivitelezésébe, a szisztematikus értékelést is nagymértékben gátolja.

Az összefüggések alacsony szintje – függetlenül annak okától – azt jelzi, hogy a programok eredményességének mérésére irányuló folyamatokat nem válthatjuk ki a teoretikus leírásokkal, azon alapuló értékelésekkel. A strukturált programleírások,

¹³⁸ A több itemmel leírt eredményességi dimenziók esetében a táblázatban a különböző itemek mentén mért változás minimum- és maximumértékét tüntettük fel.

illetve azok szakértői értékelése kevés támpontot ad a programok fogadtatásának és várható eredményességének becsléséhez.

A kutatás eredményei azt is jelezték, hogy önmagában a beavatkozás folyamatára vonatkozó – a hazai értékelési gyakorlatban az eredményértékeléshez képest gyakrabban megjelenő – információk kedvező volta nem jelent garanciát a program eredményessége tekintetében. A terveknek megfelelően lefolytatott, illetve a résztvevők körében kedvező reakciókat kiváltó programok is érhetnek el alacsony szintű változásokat a célváltozókban, vagy fordítva: lehetnek eredményesek a résztvevők körében kevésbé kedvelt beavatkozások is. Sőt, a folyamat- vagy az eredményértékelés különböző indikátorai mentén kapott információk is sokszor széttartanak, a prevenció folyamatának, illetve eredményességének különböző arcait mutatják meg. Éppen ezért az értékelés során nem szabad megelégednünk arról, hogy a különböző értékelési szempontok egymást kiegészítik, azok kontextusból való kiragadása, önálló alkalmazása a programok tevékenységéről csak részismereteket adhat.

7. Az ICSSZEM–OM PÁLYÁZATI RENDSZER KERETÉBEN MEGVALÓSULT ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ-DROGMEGELŐZÉSI TEVÉKENYSÉG ÉRTÉKELÉSE

PAKSI BORBÁLA, BOZSONYI KÁROLY ÉS DEMETROVICS ZSOLT

Az alábbiakban az iskolák prevenció/egészségfejlesztési tevékenységbe való bekapcsolódásának az ezredfordulót követően nagy lendületet adó (lásd: 3. fejezet, 64. ábra), s a 2005/2006-os tanévben is kb. minden tizenharmadik, a közoktatásban tanuló diákot érintő, „Az alap- és középfokú oktatási intézmények számára iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” című az ICSSZEM és az OM által kiírt pályázat keretében támogatott prevenció beavatkozások megvalósulási folyamatáról, a résztvevők körében kiváltott reakciókról, hatásokról próbálunk képet adni.¹³⁹

AZ ICSSZEM–OM PÁLYÁZATI RENDSZER KERETÉBEN A DIÁKOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS/EGÉSZSÉG- FEJLESZTŐ TEVÉKENYSÉG FOLYAMATÉRTÉKELÉSE

2005/2006-os tanévben „Az alap- és középfokú oktatási intézmények számára iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” az ICSSZEM–OM által kiírt pályázat keretében megvalósult programok folyamatértékelése során az előző fejezetben bemutatott folyamatértékelés alkalmával vizsgált dimenziókhoz hasonlóan az alábbi kérdésköröket vizsgáltuk:

- Elérési hatékonyság: részvételi arány a tanulók önbevallása alapján.
- A résztvevők bevonásának tartalmi mutatói: a program módszertani jellemzői (PIAD) alapján a tervezett, illetve a tanulók értékelése alapján az interaktivitás megvalósulására vonatkozó szubjektív interaktivitási mutatók mentén.

¹³⁹ A tanulmány alapját képező „A közoktatási intézményekben a 2005. évi, ICSSZEM–OM támogatásával folyó iskolai egészségfejlesztő-drogmegelőzési tevékenység értékelésére irányuló kutatás, monitoring rendszer kialakítása” című kutatás az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium megbízásából és finanszírozásával készült. A kutatás célja a 2005/2006-os tanévben „Az alap- és középfokú oktatási intézmények számára iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” az ICSSZEM és az OM által kiírt pályázat keretében megvalósult programok áttekintése, illetve értékelése volt.

- A tényleges beavatkozás viszonya a tervezetthez képest – a programok tervezett és a résztvevők által azonosított/érezkelt céljai.
- A résztvevők elégedettsége – reagálás-központú, tetszési indexek képzésén alapuló folyamatértékelés – a foglalkozásvezetők személyének, hitelességének, a foglalkozások információtartalmának megítélése, illetve a prevenció program átfogó tetszésének becslése.

A kutatás során vizsgált folyamatértékelési dimenzióknak az előző fejezetben megjelenő dimenziókkal való azonossága mellett azonban az alkalmazott indikátorok és módszerek – mint azt a fenti felsorolásból is láthatjuk – némileg eltérnek az ott használtaktól. Jelen kutatás keretei között ugyanis részben a vizsgálatba vont beavatkozások nagy száma miatt, részben pedig azért, mert a pályázaton nyertes iskolák túlnyomó többségében (94%-ában) már a kutatás 1. fázisának, a pályázat megvalósulásában résztvevők, illetve az elért célpopuláció identifikálásának lebonyolításakor elkezdődött a diákok körében végzett prevenció tevékenység, így nem volt lehetőségünk sem a beavatkozások megfigyelésére, sem a foglalkozásvezetők körében történő adatgyűjtésre. Jelen esetben az intervenció folyamatának értékelése a beavatkozásban résztvevők körében a beavatkozást követően felvett adatokon alapul, ennek megfelelően önbevallásos, szubjektív információk alapján végezzük az értékelést.

A DIÁKOK ELÉRÉSE

A prevenció beavatkozások megvalósulását követően felvett kérdőívvel elért tanulók háromnegyede saját bevallása szerint részt vett a teljes prevenció foglalkozáson, másik 14%-uk a pedig egy részén volt jelen. Összességében a pályázat keretében megvalósuló beavatkozásokkal átlagosan tízből egy tanulót (9,6%-ot) azonban nem sikerült elérni.

Ez az arány megfelel annak, amit a prevenció beavatkozások értékelésére irányuló korábbi vizsgálatainkban (Paksi és mtsai, 2002a; Paksi és Demetrovics, 2002a) a megfigyelések során mint objektív részvételi arányt regisztráltunk. Tehát – amennyiben azt feltételezzük, hogy az adatfelvétel során hiányzók körében hasonló volt a prevenció foglalkozáson való részvétel, mint az adatfelvételkor jelen lévő tanulók esetében, akkor – azt mondhatjuk, hogy az ICSSZEM–OM-pályázat keretében megvalósult prevenció beavatkozások elérési hatékonysága az általában jellemzővel megegyező volt.

A RÉSZTVEVŐK BEVONÁSÁNAK TARTALMI MUTATÓI¹⁴⁰

A prevenciós beavatkozások hatékonyságának vizsgálata során – mint azt már jelen kötetben is több helyen említettük – a szakirodalom kitüntetett szerepet tulajdonít az interaktivitás kérdéskörének, annak, hogy a résztvevők nem pusztán hallgatóságként vannak jelen a prevenciós beavatkozások során, hanem ténylegesen részt vevő módon (Tobler, 1997; Tobler, és Stratton, 1997).

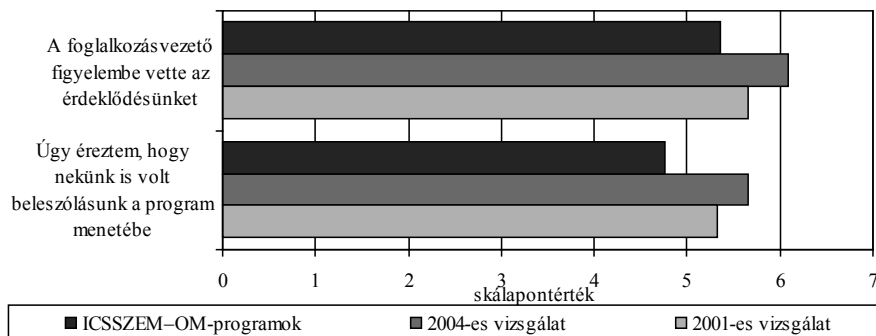
E szakirodalmi tapasztalatok alapján, az interaktivitást tartalmi tényezőként kezelve, ún. szubjektív indikátorokat alkalmaztunk, annak kifejezésére, hogy a résztvevők milyen mértékben érzékelték a beavatkozás során, hogy ők valóban részt vevő módon, partnerként vesznek részt a prevencióban.

A pályázat keretében megvalósult intervenciók összességében inkább a „kedvező” tartományba eső minősítést kaptak, a válaszok átlagai mindkét esetben meghaladják a 7 fokú skála középtértékét, s a résztvevők közel háromnegyede érezte azt, hogy „a foglalkozásvezető figyelembe vette az érdeklődésüket”, és a válaszolók fele, hogy „neki is beleszólása volt a program menetébe”.

Azonban ha az eredményeket összevetjük a 2001-ben Budapesten készült (Paksi és mtsai, 2002a; Paksi és Demetrovics, 2002a), illetve a jelen kötet második fejezetében bemutatott, 2004-ben készült országos vizsgálattal (Paksi és mtsai, 2006, továbbá az előző fejezetben szereplő eredmények), akkor azt tapasztaljuk, hogy más prevenciós programok résztvevőihöz képest az ICSSZEM–OM támogatással zajló prevenciós beavatkozásokon részt vevő diákok kevésbé érzékelték a prevenciós foglalkozások interaktivitását.

¹⁴⁰ Itt és a programok értékelésével foglalkozó további elemzések során a programokon való részvételre vonatkozó kérdésre „igen, az egész programon részt vettem”, illetve az „igen, a program egy részén ott voltam” választ adó 3012 diák válaszait használjuk.

95. ábra. Az ICSSZEM–OM-programokban részt vevő diákok, illetve a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezettek véleménye a prevenciós programok interaktivitásáról (a skálapontértékek átlagai)



A korábbi adatok forrása: Paksi és Demetrovics (2002a), Paksi és mtsai (2007)

Annak ellenére tapasztaltunk a korábbi vizsgálatokhoz képest relatíve alacsonyabb interaktivitást, hogy az ICSSZEM–OM-támogatással a megkérdezett diákok 98,8%-a olyan prevenciós beavatkozáson vett részt, amely a programleírások szerint alkalmazott valamilyen interaktív technikát (szituációs játékot, szerepjátékot vagy dramatikus játékot). Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében megvalósult beavatkozások során mért relatíve alacsony „megélt interaktivitás” egyik lehetséges magyarázata a programok tervezettől eltérő megvalósítása (erre vonatkozóan csak résztvevői percepciókat kifejező adataink vannak, lásd a következő részt). Azonban a korábbi – a megvalósított interaktivitást objektív mutatók mentén is mérő – kutatásaink alapján egy másik lehetséges magyarázat is megfogalmazható: az objektív és szubjektív interaktivitási indikátorok mentén tapasztalt eltérő tendenciák arra engednek következtetni, hogy a résztvevők nem minden, részükről, illetve irányukba megnyilvánuló aktivitást értelmeznek partneri viszonyként, illetve hogy a partneri viszonyt, a megélt interaktivitást az interakciókon kívül más tényezők is alakíthatják (Paksi és Demetrovics, 2002a; Paksi és mtsai, 2007).

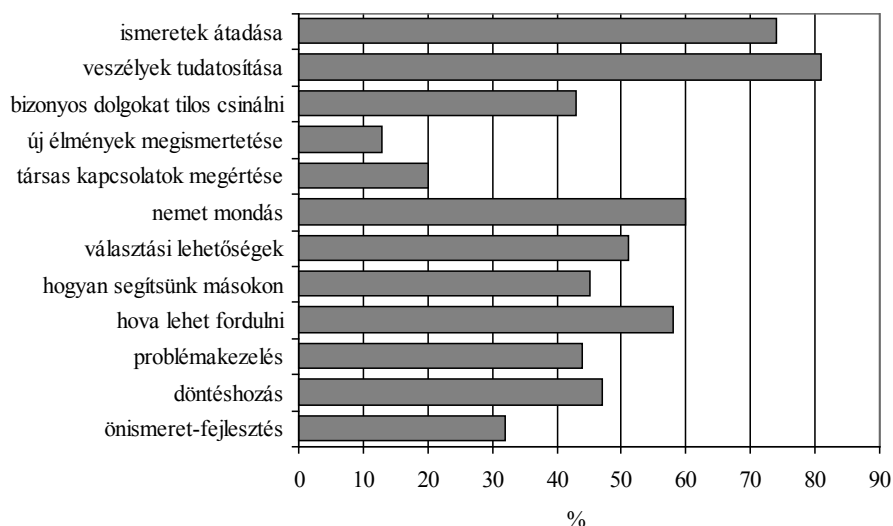
A TÉNYLEGES BEAVATKOZÁS RÉSZTVEVŐK ÁLTAL PERCIPIÁLT CÉLJAI

A folyamatértékelés tartalmi alapkérdése – mint azt már az előző fejezetben is említettük – az, hogy mennyire sikerült megvalósítani a program lefolytatása során az előzetesen kitűzött célokat, a beavatkozás tényleges menete mennyiben egyezett meg a tervszettel. Jelen kutatás alkalmával a kérdéskör vizsgálata során – a prevenciós foglalkozások megfigyelésének hiányában – a résztvevők által percipiált célokat

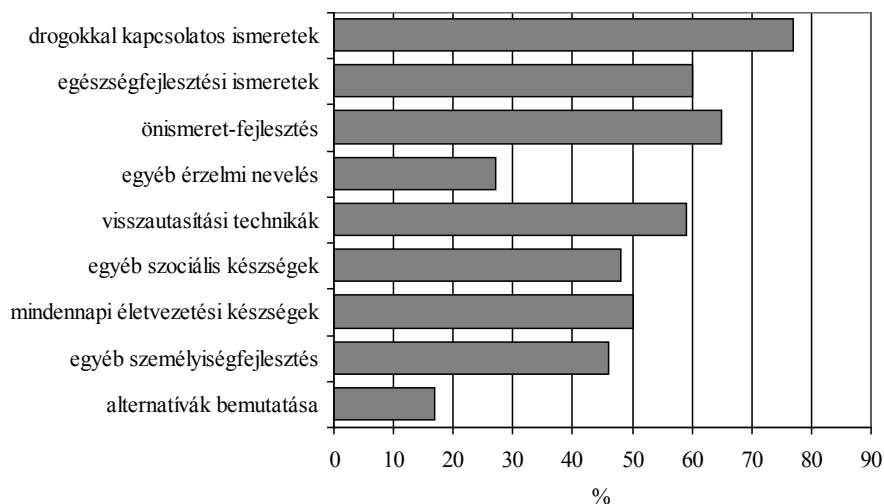
tudtuk összevetni a prevenciós teamek vezetőitől/referenciaszemélyeitől származó programleírásokban szereplő célkitűzésekkel.

A beavatkozások résztvevői az általunk felsorolt 12-ből átlagosan 5,7 célt jelöltek meg, amiben a beavatkozások – programleírásokban is megjelenő – sokszínűsége tükröződik. A diákok által érzékelt célok között leggyakrabban a veszélyek tudatosítása és az ismeretek átadása jelent meg. Ezeket a résztvevők legalább háromnegyede említette, ami összhangban van a leírások szerint ismeretátadási célkitűzéssel (is) dolgozó beavatkozások által elért diákok arányával. A diákok 60%-a érzékelt a „nemet mondással” kapcsolatos célokat, 40–50% között mozgott a különböző készségfejlesztéssel kapcsolatos célok percipiálása. Ezek az arányok a különböző céltételezéssel dolgozó beavatkozások által elért diákok arányait tekintve (lásd 96., 97. ábra) a tervezett céltételezések előfordulásával összhangban állónak tekinthetők. A pályázati kiírás azon prioritásának megjelenését, hogy a programok foglalkozzanak a segítő helyek megismertetésével, a diákok 50–60%-a érzékelt. A programleírásokban megfogalmazott törekvésekhez képest viszont alacsony arányban észlelték a diákok az önismeret-fejlesztéssel kapcsolatos célkitűzéseket.

96. ábra. A különböző célkitűzések észlelése az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló programok résztvevői körében (a részt vevő diákok százalékában kifejezve)



97. ábra. A különböző célkitűzések megjelenése az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló programok leírásaiban (a részt vevő diákok százalékában kifejezve)



A RÉSZTVEVŐK ELÉGEDETTSÉGE

A résztvevők reakcióinak, a prevenciós beavatkozásokkal kapcsolatos elégedettségének vizsgálatát ez esetben is kvantitatív tetszési mutatók alapján végeztük. A diákok – a korábbi vizsgálatokban (Paksi és mtsai, 2002a; Paksi és Demetrovics, 2002a; Paksi és mtsai, 2007) alkalmazott indikátorokkal megegyező módon – különböző szempontok mentén (lásd 61. táblázat) 7 fokú skálán fejezték ki elégedettségüket a prevenciós beavatkozással, illetve annak egyes dimenzióival összefüggésben. Az értékelés szempontjai részben a foglalkozásvezető személyére, hitelességére, a beavatkozás információtartalmára irányultak, illetve a beavatkozással kapcsolatos átfogó tetszés/nemtetszés kifejezésére adtak lehetőséget.

A résztvevők körében leginkább a foglalkozások hitelessége tekintetében kaptunk kedvező reakciókat. A diákok háromnegyede adott az inkább pozitív viszonyulásokat kifejező tartományba eső választ.

A foglalkozásvezetők szintén összességében inkább „kedvező” minősítést kaptak. A beavatkozásokban részt vevő diákok körében tízből hét felkészültnek találta a foglalkozások vezetőit, s a diákok valamelyest kisebb hányada – de így is a többség (tízből hat diák) – nyilatkozott kedvezően arról, hogy a foglalkozásvezető szimpatikus volt, és le tudta kötni a figyelmét.

A diákok legkevésbé a beavatkozások információtartalmával voltak megelégedve – annak ellenére, hogy a megkérdezettek közel 90%-a olyan programban

vett részt, melynek céljai között szerepel a drogokkal és/vagy egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadása.

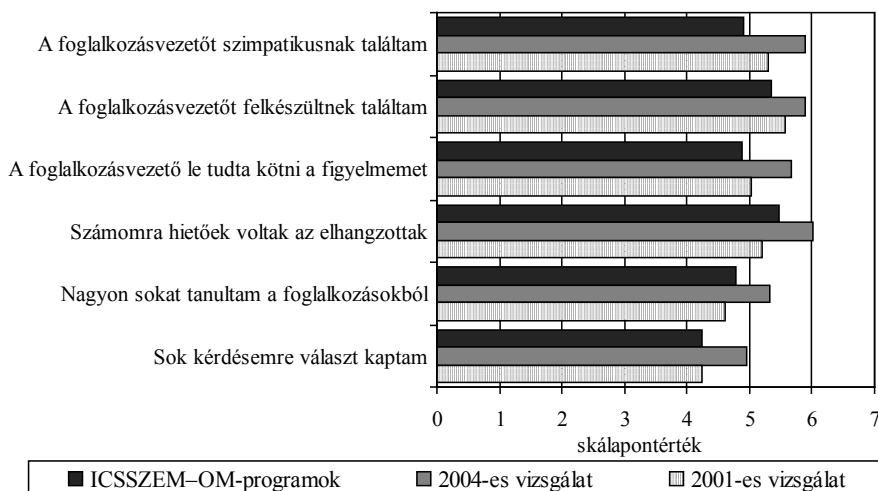
61. táblázat. A különböző véleménydimenziókban kapott válaszok átlagai az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében megvalósuló programokon részt vevő diákok körében (a skálaponértékek átlagai)¹⁴¹

	ÁTLAG	SZÓRÁS
A FOGLALKOZÁSVEZETŐ SZEMÉLYÉNEK MEGÍTÉLÉSE A RÉSZTVEVŐK KÖRÉBEN		
A foglalkozásvezetőt szimpatikusnak találtam	4,90	1,956
A foglalkozásvezetőt a témában felkészültnek találtam	5,34	1,959
A foglalkozásvezető le tudta kötni a figyelmemet	4,88	1,915
A FOGLALKOZÁSOK HITELESSÉGÉNEK MEGÍTÉLÉSE		
Számomra hihetőek, meggyőzőek voltak az elhangzottak	5,47	1,699
A PROGRAMOK INFORMÁCIÓTARTALMÁNAK MEGÍTÉLÉSE		
Nagyon sokat tanultam a foglalkozásokból	4,78	1,841
Sok olyan kérdésre kaptam választ, ami már régóta foglalkoztatott	4,23	1,959

A prevenciós programok körében végzett korábbi értékelő vizsgálatokkal (Paksi és mtsai, 2002a; Paksi és Demetrovics, 2002a; Paksi és mtsai, 2007) való összehasonlítás alapján azt láthatjuk, hogy az ICSSZEM–OM pályázati rendszerben megvalósuló beavatkozásokban részt vevő diákok körében a foglalkozásvezetők – az interaktivitásnál leírtakhoz hasonlóan – összességében pozitív megítélést kaptak, de a korábbiakban értékelt programokhoz képest kevésbé kedvező reagálásokat váltottak ki. Összességében a különböző értékelési dimenzióban kapott elégedettségi mutatók alapján inkább azt mondhatjuk, hogy az ICSSZEM-pályázat keretében megvalósuló prevenciós beavatkozások ugyan rendre kedvező tartományba eső reagálásokat váltanak ki az interveniált populációban, mindazonáltal összességében nem tartoznak a részt vevő diákok körében a legkedvezőbb reakciókat kiváltó programok közé.

¹⁴¹ Az 1-es azt jelentette, hogy a megfogalmazott állítással „egyáltalán nem ért egyet”, a 7-es pedig hogy „teljes mértékben egyetért”.

98. ábra. A különböző véleménydimenziókban kapott válaszok átlagai az ICSSZEM–OM-programokban részt vevő és a korábbi evaluációs kutatásokban megkérdezett diákok körében (a skálapontértékek átlagai)



Korábbi adatok forrása: Paksi és Demetrovics (2002a), Paksi és mtsai (2007)

A reagálások fentiekben bemutatott dimenziói mentén kapott adatok szoros kapcsolatot mutattak egymással ($KMO\text{-érték} = 0,909$). A változók közötti erős multikollinearitást kihasználva a reagálásokat kifejező változókon főkomponens-elemzés segítségével változó redukciót végeztünk. A prevenció programokkal kapcsolatos szubjektív észlelések a főkomponens-elemzés eredményeként egy 3 faktoros struktúrába rendeződtek, melyek együttesen a változószett teljes varianciájának 63%-át jelenítették meg.¹⁴² A diákok véleményalkotásának látens faktorait megmutató három főkomponens közül az első a beavatkozásokkal kapcsolatos „egyfajta általános pozitív viszonyulást”, a második faktor pedig egy inkább „praktikus”, a beavatkozás hasznosságát kifejező hozzáállást fejezett ki, a harmadik faktor pedig a beavatkozásokkal kapcsolatos „negatív tartalmakat” jelenítette meg. (Lásd a 62. táblázatot a következő oldalon.)

¹⁴² Az egyes faktorok sorrendben a teljes variancia 27%-át, 19%-át és 17%-át magyarázták.

62. táblázat. A diákok programokról alkotott véleménye mögötti látens faktorok struktúrája (az egyes faktorokon ülő változók kiemelésével)

REAGÁLÁSOKAT KIFEJEZŐ VÁLTOZÓK	KOMPONENS		
	POZITÍV	PRAKTIKUS	NEGATÍV
A foglalkozásvezetőt szimpatikusnak találtam	<u>0,762</u>	0,149	-0,133
A foglalkozásvezetőt felkészültnak találtam	<u>0,714</u>	0,073	-0,011
A foglalkozásvezető le tudta kötni a figyelmem	<u>0,733</u>	0,297	-0,231
A foglalkozásvezető figyelembe vette a mi érdeklődésünket is	<u>0,758</u>	0,274	-0,188
Számomra hihetőek, meggyőzőek voltak az elhangzottak	<u>0,667</u>	0,366	-0,213
Nagyon sokat tanultam a foglalkozásokból	0,417	<u>0,664</u>	-0,188
Sok olyan kérdésre kaptam választ, ami régóta foglalkoztatott	0,287	<u>0,766</u>	-0,113
Nekünk is volt beleszólásunk a program menetébe	<u>0,612</u>	0,331	-0,054
Nem igazán érdekeltek az elhangzottak	-0,086	-0,101	<u>0,817</u>
A foglalkozások nagy részében mással foglalkoztam	-0,177	-0,075	<u>0,820</u>
A foglalkozás hatására sok mindenről megváltozott a véleményem	0,102	<u>0,837</u>	0,035
Szívesen részt vennék még ilyen programokban	0,317	<u>0,587</u>	-0,220
Szerintem nincs értelme az ilyen programoknak	-0,126	-0,099	<u>0,771</u>

A beavatkozások együttesére vonatkozóan a diákok reagálásainak, illetve azok egyes dimenziókban kapott átlagértékeinek 2 közeli szórása (lásd 61. táblázat) azt jelzi, hogy a diákok véleménye nem egységes. A reagálások varianciájának magyarázatára stepwise-módszerrel lineáris regressziós elemzést végeztünk, ahol a célváltozót a reagálások fenti három faktorát megjelenítő indexek képezték. Azonban a diákok reagálásaiban jelentkező különbségek magyarázatára – a következő részben részletesen leírt, a résztvevők individuális jellemzőit, az iskola belső világát, illetve a programok jellemzőit megjelenítő 112 magyarázó változóból álló, az eredményértékelés során rendre alkalmazott változószeret – nem sikerült megfelelő erősségű modellt létrehoznunk.

AZ ICSSZEM–OM PÁLYÁZATI RENDSZER KERETÉBEN A DIÁKOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS/EGÉSZSÉG- FEJLESZTŐ TEVÉKENYSÉG EREDMÉNYESSÉGE

Kutatásunk során az eredményértékelés a pályázati prioritásokat kifejező indikátorok, valamint a drogprevenációs beavatkozások általános végső céljait operacionalizáló – korábbi vizsgálatokban is alkalmazott – mutatók mentén tettünk kísérletet prevenciós beavatkozások rövid távú hatásának becslésére. Tekintettel arra, hogy a kutatás során – a kutatás időzítettsége miatt¹⁴³ – csak a prevenciós beavatkozások után történt adatfelvételek alapján nyílt lehetőségünk a beavatkozások eredményértékelését elvégezni, s ezáltal nem ismert a célváltozókban bekövetkezett elmozdulások mértéke, így csak a célváltozók mentén az interveniált populációban a beavatkozást követően jelentkező eltérések magyarázatát tudtuk megkísérteni. A kutatás ezen korlátja mellett azonban a vizsgálatba vont beavatkozások nagy száma kedvező hatással is jár. Míg az előző fejezetben bemutatott, részletes evaluációba vont programok esetében a programok variabilitása – annak ellenére, hogy az értékelésbe vont programok kiválasztása során az a szempont vezérelt bennünket, hogy az evaluálásra kerülő programok a létező prevenciós irányzatok, illetve az alkalmazott módszerek tekintetében minél több típust képezzenek le – meglehetősen kicsi volt, ami a magyarázó modellek építése során korlátként jelentkezhetett, jelen esetben azonban ezzel a korláttal nem kell számolnunk, tekintettel arra, hogy az adatfelvételben szereplő diákok összesen 83 különféle beavatkozáson vettek részt. Elemzéseink során a prevenciós beavatkozások jellemzői, illetve az iskola világának különböző aspektusait leképező indikátorok hatásának becslésére törekszünk.

AZ EREDMÉNYÉRTÉKELÉS MÓDSZERE

Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében a diákok körében végzett prevenciós/egészségfejlesztő beavatkozások eredményességének becslése során stepwise-módszerrel végzett lineáris regressziós modellek megalkotása révén próbáltuk a prevenciós eredményességének indikátoraként alkalmazott függő változók variabilitását magyarázni. A választott módszer lehetővé teszi, hogy egy-egy modellalkotási folyamat végén csak azok a változók maradjanak a modellben, melyek a modellvarianciát $p < 0,05$ szignifikanciaszinten növelték, és azok a változók, melyek a modellvarianciát $p > 0,1$ szignifikanciaszinten csökkentették, kikerüljenek a modellből. Minden függő változó magyarázatára 3 regressziós modell épült.

¹⁴³ Mint már említettük, a pályázaton nyertes iskolák túlnyomó többségében (94%-ában) már a kutatás első fázisának – a pályázat megvalósulásában résztvevők, illetve az elért célpopuláció identifikálásának – lebonyolításakor elkezdődött a diákok körében végzett prevenciós tevékenység,

Az elemzésbe vont *célváltozók* a drogprevenciós programok általános végső célját, az egészséggel összefüggő magatartásokat, illetve az addikciókat befolyásoló tényezők empirikus vizsgálata alapján született különböző megközelítéseken – attribúciós elméletek, kognitív és szociális-kognitív modellek (Ogden, 1996) – keresztül operacionalizáló, illetve a pályázati prioritásokat megjelenítő változók:

- a résztvevők ismereteinek, tudásának szubjektív mutatója
- az „egészség-hit-modell” egyes dimenzióit – észlelt kitettség, észlelt súlyosság, észlelt prevenciós akadályok – leképező kérdések (Rác és Kabos, 2001; Becker 1974; Hochbaum, 1970)
- ways of coping-skála (Lazarus, Folkman, 1984; Kopp, Skrabski, 1995; Pikó, 2001)
- én-hatékonyság (self-efficacy) rövidített skála (Brown, DiClemente, Reynolds, 1991; Kopp, Schwarzer, Jerusalem, 1993; Schwarzer, 1992; Bukovski, 1997)
- Egészségkontroll-attitűd-skála (Wallston, Wallston, Kaplan, Maides, 1976)

A *magyarázó változóként modellbe vont változók* (összesen 112 változó) pedig a következő módon tipizálhatók, illetve írhatók le:

- a diákok társadalmi-demográfiai háttere, individuális jellemzői, családi devianciák;
- az iskola társadalmi státusával kapcsolatos változók.
 - Mivel a prevenciós kulcsszereplők percepciójában az iskola státusának kapcsolatos változók¹⁴⁴ erős multikollinearitást mutattak (KMO-érték = 0,860), ezen (és a továbbiakban más, nagy KMO-értékű) változókat egy főkomponens-elemzéssel előállított index formájában szerepeltettük a magyarázó modellekben. Az „iskola státusát kifejező index” alapját képező főkomponens a modellbe vitt változók varianciájának 55,9%-át magyarázza.
 - Az iskola külső szereplőknek tulajdonított megítélésével kapcsolatos változókat¹⁴⁵ kifejező „az iskola külső megítélése index” (KMO=0,769) a modellbe vitt változók varianciájának 57,4%-át magyarázza.

¹⁴⁴ A kérdés a következő volt: Ön hogyan értékelné saját iskoláját az alábbi szempontok mentén?

- Év végi tanulmányi eredmények
- Továbbtanulási arányok
- A tanulók fegyelmezettsége
- A tanulók kommunikációs képessége
- A szülők elégedettsége
- A fenntartó elégedettsége
- Az iskola jó híre, keresettség

A megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „gyenge”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon jó”.

¹⁴⁵ A kérdés a következő volt: Ön szerint hogyan ítélik meg az Önök iskoláját az alábbi szereplők?

- Az iskolai problémák előfordulásával kapcsolatos változók¹⁴⁶ kétfaktoros látens struktúrába rendeződtek, tehát két index formájában szerepelnek a magyarázó modellben. Rotálás után az egyik faktoron a klasszikusnak nevezhető iskolai problémák (pl. hiányzás, fegyelem stb.), a másik faktoron pedig a deviáns magatartások (alkoholfogyasztás, dohányzás, drogfogyasztás, lopás) jelentek meg (két faktor együttesen a modellbe vitt változók varianciájának 64,7%-át magyarázta).
- Az iskola intézményi jellemzői (pedagógus- és tanulólétszám, funkciók, iskola székhely).
- Az iskola egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységét kifejező változók
 - Mióta van az intézményben egészségfejlesztési munkacsoport
 - Van-e egészségnevelési stratégia, illetve az idén dolgozták-e ki, vagy korábban
 - Van-e drogstratégia, illetve az idén dolgozták-e ki, vagy korábban
 - Az egészségfejlesztés kapcsán a külső kapcsolatok intenzitását kifejező index (KMO=729, a bevitt változók¹⁴⁷ varianciájának 43,7%-át magyarázza)

-
- A szülők
 - A gyerekek
 - Az iskola pedagógusai
 - A település/kerület más, önkkel azonos programtípusban működő iskolái
 - Az iskolafenntartó

A megkérdezettek a válaszaikat ez esetben is 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „gyenge”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon jó”.

¹⁴⁶ A kérdés a következő volt: Milyen gyakran kell az iskola dolgozóinak a következő tanulói viselkedésmintákkal foglalkozniuk?

- Rendszeres hiányzás
- Lógás
- Órai fegyelmezetlenség
- Rongálás
- Fizikai bántalmazás a gyerekek között
- Dohányzás
- Tanulási problémák
- Magatartási zavarok
- Alkoholfogyasztás
- Drogfogyasztás
- Lopás

A megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „soha”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon gyakran”.

¹⁴⁷ A kérdés a következő intézményekkel/szervezetekkel való kapcsolatokra vonatkozott:

- Iskola-egészségügyi
- Helyi KEF (Kábítószerügyi Egyeztető Fórum)
- Családsegítő
- Nevelési tanácsadó
- Szociális ellátás

- A kulcsszereplők arra vonatkozó percepciói, hogy az iskola világának különböző szereplői mennyire tartják fontosnak a diákok körében végzett iskolai drogprevenciós/egészségfejlesztési programokat.¹⁴⁸
- Hányszor volt prevenciós beavatkozás az iskolában a kutatást megelőző években.
- A diákok körében prevenciót végző szolgáltatóval kapcsolatos kérdések.¹⁴⁹
- Az iskolában ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében zajló beavatkozások jellemzői
 - Közvetlen drogmegelőző vagy közvetett (egészségfejlesztő) beavatkozás
 - Közvetlenül és közvetetten megcélzott szerek
 - A prevenció időtartamának jellemző (óraszám, időintervallum, alkalmak száma)
 - Hány személy tartja a foglalkozásokat
 - A prevenciós beavatkozás céljai

-
- Rendőrség
 - Egészségügyi ellátórendszer intézményei
 - Pedagógusok számára prevenciós/egészségfejlesztési továbbképzést végző szervezetek
 - Diákok körében prevenciót/egészségfejlesztést végző szolgáltatók

A kapcsolat intenzitását a prevenciós kulcsszereplők 5 fokú segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nincs”, az 5-ös pedig azt, hogy „intenzív kapcsolatuk van”.

¹⁴⁸ A kérdés a következő szereplőknek tulajdonított véleményekre vonatkozott:

- a szülők
- a gyerekek
- az iskola pedagógusai
- az iskola vezetése
- az iskolafenntartó
- és a kérdezett (az iskola prevenciós kulcsszereplője)

¹⁴⁹ A kérdés a következő volt: Az alábbi tényezők milyen mértékben befolyásolták döntésüket a diákokkal foglalkozó szakmai szolgáltató vagy szakember (aki a pályázat keretében a diákok körében végzi a prevenciós munkát) kiválasztása során?

- Saját megelőző tapasztalat
- Munkája/munkájuk eredményességére vonatkozóan kutatási adatok
- Más iskolák tapasztalatai / a szervezet referenciái
- Személyes szimpátia
- Nem ismertünk más szolgáltatót/szakembert
- Anyagiak
- A szervezet/szakember programjának illeszkedése az iskolánk igényéhez/helyzetéhez
- Az, hogy szolgáltató/szakember leveszi az iskola válláról a pályázat elkészítésével kapcsolatos terheket
- Az, hogy szolgáltató/szakember leveszi az iskola válláról a prevenciós/egészségfejlesztési munkával kapcsolatos terheket

A megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skála segítségével adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

- A prevenciós beavatkozás módszerei (csoportlétszám + a programleírásokban megjelölt módszerek. A 2. lépésben kiegészítve a megélt interaktivitásra vonatkozó tanulói vélekedésekkel)

A diákok reagálásait kifejező három index (lásd 62. táblázat)

A FIATALOK ISMERETEI

Ugyan a szakirodalomban az ismeretátadásra fókuszáló megközelítésekkel kapcsolatban – mint azt már jelen kötetben is érintettük – számos kétely fogalmazódik meg (Werch és Owen, 2002; Soole, Mazerolle, Rombouts, 2005), mindazonáltal Európában a fiatalok nagy részét ma is ismeretátadó programokkal érik el.¹⁵⁰

Az ICSSZEM–OM-pályázat keretében megvalósult beavatkozásoknak a kutatásunkban részt vevő alanyai is többségében olyan intervenciókban vettek részt, melyek programleírásában a célok között szerepelt a drogokkal (76,3%) – ezen belül döntő többségében a legális és tiltott szerekkel egyaránt – és/vagy egészségfejlesztéssel (59,5%) kapcsolatos tudásátadás.

A kutatási battéria a programok céltételezéseinek megfelelően az egészségmegőrzéssel, a legális szerek, illetve a különböző tiltott drogok hatásaival kapcsolatos tudásra egyaránt tartalmazott egy-egy szubjektív indikátort, melyek a megkérdezettek saját tudásával kapcsolatos vélekedéseinek alakulását voltak hivatottak lemérni.

63. táblázat. Drogfogyasztással kapcsolatos tárgyi ismeretek átadására (is) irányuló beavatkozásban részt vevő diákok megoszlása a közvetlenül és/vagy közvetetten megcélzott szerek szerint (N=2664, 76,3%)

KÖZVETLENÜL MEGCÉLZOTT SZEREK	KÖZVETITTEN MEGCÉLZOTT SZEREK				ÖSSZESEN
	LEGÁLIS SZEREK	TILTOTT DROGOK	MINDKETTŐ	EGYIK SEM	
legális szerek	4,1%	–	6,0%	–	10,1%
tiltott drogok	–	3,6%	3,0%	–	6,7%
mindkettő	–	1,2%	57,1%	22,8%	81,2%
egyik sem	–	–	2,1%	–	2,1%
összesen	4,1%	4,9%	68,2%	22,8%	100,0%

¹⁵⁰ Az EMCDDA 2007-es adatai szerint Európában a drogprevenciós programokkal elért diákok több mint fele elsődlegesen ismeretátadásra fókuszáló programokon vett részt (MUSTAP, 22 kérdés).

Egészségmegőrzéssel kapcsolatos ismeretek

A „Szerinted Te most mennyit tudsz arról, hogy miként tudod megőrizni az egészségedet?” kérdésre adott válaszok¹⁵¹ magyarázatára az eredményértékelés módszereivel foglalkozó fejezetben bemutatott 112 elemű változószeretben stepwise-módszerrel végzett lineáris regressziós elemzést végtünk. A 8 lépésben kapott modell magyarázó ereje kicsi ($R^2=0,028$), de a modell szignifikáns ($p<0,001$). A modellben maradt 8 változó között azonban mindössze két olyan változó található, amelyik az ICSSZEM–OM-pályázat keretében az iskolában zajló prevenció beavatkozással kapcsolatos: az egyik a prevenció szolgáltató kiválasztási mechanizmusával kapcsolatos (a szolgáltató kiválasztása az iskolában nem csak néhány felelős ügye volt, a pedagógusok általánosan részt vettek benne), a másik pedig egy módszertani elem (a program során tárgyi szemléltetőeszközök alkalmazása).

A modellben szereplő változók többsége (5 db változó) a diákok individuális jellemzőit, illetve az iskola társadalmi környezetét jelenítik meg, ami megerősíti a korábbi kutatásaink (Paksi és mtsai, 2002b; Paksi és Demetrovics 2002a, Paksi és mtsai, 2007) során is megmutatkozó tapasztalatot, mely szerint a beavatkozások eredményességét nagymértékben befolyásolja az interveniált populáció összetétele.

64. táblázat. A „Szerinted Te most mennyit tudsz arról, hogy miként tudod megőrizni az egészségedet?” kérdésre adott válaszok becslésére létrehozott lineáris regressziós modell (a prevenció beavatkozás, ill. a szolgáltató jellemzőinek kiemelésével)

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIG.
A kértett családjának szubjektív anyagi helyzete ¹⁵²	-0,081	<0,001
Iskolai problémák indexe	-0,060	0,015
Van az iskolában védőnő	-0,073	0,003
A kértett tanulmányi átlaga	0,050	0,052
A szolgáltató kiválasztásában a pedagógusok szerepe ¹⁵³	0,063	0,011
A prevenció módszerei között volt: tárgyi szemléltetés	0,053	0,032
A kértett betegség miatti hiányzásainak gyakorisága	0,060	0,016
A kértett lógás miatti hiányzásainak gyakorisága	-0,050	0,049

¹⁵¹ A megkérdezettek a válaszaikat 4 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „szinte semmit”, a 4-es pedig azt, hogy „mindent”.

¹⁵² Fordított mutató, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „magasan a legjobbak között van”, a 7-es pedig azt, hogy a „legrosszabbak között van”. A negatív előjelű béta éppen ezért a kapcsolat pozitív irányultságát jelenti.

¹⁵³ A kulcsszereplők a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyéltalan nem”, a 7-es pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

Legális szerekkel kapcsolatos ismeretek

A „Szerinted Te most mennyit tudsz a legális szerek hatásairól?” kérdésre adott válaszok¹⁵⁴ magyarázatára a 112 elemű változószetben ezúttal 10 lépésben végzett lineáris regresszió eredményeként kapott modell magyarázó ereje szintén gyenge: $R^2=0,047$. A 10 szignifikáns változó közül négy programjellemző, három pedig a prevenció szolgáltató kiválasztásával kapcsolatos. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy – a többi változó kontroll alatt tartása mellett – a több alkalommal, illetve több interpretátor bevonásával zajló, valamint a tárgyi szemléltetés módszerét (is) alkalmazó beavatkozások kedvezőbbek a legális szerekkel kapcsolatos ismeretátadás szempontjából. A modellben szereplő, szolgáltató kiválasztásával kapcsolatos változók irányultsága azonban nehezen interpretálható. Ebben az esetben mindössze három olyan változót találunk a modellben, ami a diákok individuális jellemzőit, illetve az iskola társadalmi környezetét jelenítik meg.

65. táblázat. A „Szerinted Te most mennyit tudsz a legális szerek hatásairól?” kérdésre adott válaszok becslésére létrehozott lineáris regressziós modell (a prevenció beavatkozás, ill. a szolgáltató jellemzőinek kiemelésével)

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
A kérdézt születési éve	-0,146	<0,001
A szolgáltató kiválasztásában a szolgáltató munkájának eredményességére vonatkozó kutatási adatok szerepe ¹⁵⁵	-0,139	<0,001
Iskolai problémák indexe	-0,063	0,016
A prevenció módszerei között volt: bemutató	-0,093	0,001
Hány alkalommal zajlik a prevenció	0,094	<0,001
Hány személy tartja a foglalkozásokat	0,060	0,019
A kérdézt lógás miatti hiányzásainak gyakorisága	0,056	0,022
A szolgáltató kiválasztásában annak a szerepe, hogy a szolgáltató leveszi az iskola válláról a pályázat elkészítésével kapcsolatos terheket*	0,062	0,015
A prevenció módszerei között volt: tárgyi szemléltetés	0,063	0,018
A szolgáltató kiválasztásában az iskolafenntartó szerepe*	0,059	0,021

¹⁵⁴ A megkérdezettek a válaszaikat 4 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „szinte semmit”, a 4-es pedig azt, hogy „mindent”.

¹⁵⁵ A táblázat *-gal jelölt kérdéseinél a megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

Tiltott drogokkal kapcsolatos ismeretek

A „Szerinted Te most mennyit tudsz a különböző illegális drogok hatásairól?” kérdésre¹⁵⁶ adott válaszok variabilitásának magyarázatára a fentiekben leírt változószetten ezúttal 15 lépésben sikerült létrehozni gyenge ($R^2=0,039$), de szignifikáns modellt. A 15 modellben maradt változó közül nyolc változó kapcsolódik a prevenció beavatkozáshoz vagy az azt végző szolgáltatóhoz, melyekből kettő az előző modellben is megjelenő programjellemző.

Ebben az esetben 6 olyan változót tartalmaz a modell, amely a diákok individuális jellemzőit, illetve az iskola társadalmi környezetét jelenítik meg.

¹⁵⁶ A megkérdezettek a válaszaikat 4 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „szinte semmit”, a 4-es pedig azt, hogy „mindent”.

66. táblázat. A „Szerinted Te most mennyit tudsz az illegális drogok hatásairól?” kérdésre adott válaszok becslésére létrehozott lineáris regressziós modell (a prevenció beavatkozás, ill. a szolgáltató jellemzőinek kiemelésével)

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
A kérdezett születési éve	-0,122	<0,001
A szakmai szervezet kiválasztásában a szolgáltató munkájának eredményességére vonatkozó kutatási adatok szerepe ¹⁵⁷	-0,091	<0,001
A tantestület mérete (létszám)	-0,079	<0,001
Iskolai problémák indexe	-0,059	0,001
A prevenció módszerei között volt: bemutató	-0,084	<0,001
A prevenció szolgáltatóval korábban is volt kapcsolatuk: szaktanácsokat adott	-0,102	<0,001
A diákok szülei között az általános iskolai végzettséggel nem rendelkezők aránya	0,097	<0,001
A prevenció szolgáltatóval korábban is volt kapcsolatuk: pedagógusképzést végzett	0,054	0,004
A szakmai szervezet kiválasztásával kapcsolatos döntésben a prevenció kulcsszereplő szerepe*	-0,043	0,014
A diákok körében folyó prevenció munkáról a diákoktól érkező visszajelzések gyakorisága	0,058	0,003
A diákok szülei között az iskolával nagyon aktív kapcsolatot tartók aránya	-0,061	0,005
A prevenció fontossága a diákok számára a prevenció kulcsszereplő szerint ¹⁵⁸	-0,045	0,011
A megkérdezett intézetben él	-0,039	0,021
A kérdezett által egy átlagos héten otthon töltött esték száma	-0,036	0,035
Hány alkalommal zajlott a prevenció beavatkozása (egy-egy csoportban)	0,037	0,047

Az interaktivitás ismeretátadással való kapcsolatát vizsgáló modellek

Az ismeretek átadásával kapcsolatos célelérés vizsgálatára létrehozott modellek magyarázó változóit a következő lépésben kiegészítettük a megélt interaktivitás mutatójával (lásd a résztvevők bevonásának tartalmi mutatóival foglalkozó alfejezetben), annak – a már említett – a szakirodalomban markánsan megjelenő összefüggésnek a vizsgálatára, mely szerint a prevenció programok viselkedésre gyakorolt hatása szempontjából a legnagyobb jelentőséggel a programmegvalósítás interaktivitása bír (Tobler, 1997; Tobler, és Stratton, 1997). Éppen ezért mindegyik

¹⁵⁷ Ennél és a táblázat *-gal jelölt kérdéseinél a kulcsszereplők a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

¹⁵⁸ A kulcsszereplők a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem fontos”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon fontos”.

célváltozó esetében külön modellben vizsgáltuk a beavatkozás során a résztvevők által megélt interaktivitás magyarázó erejét.

Az egészségfejlesztésre vonatkozó ismeretek átadásával kapcsolatos célelérés modelljében a megélt interaktivitást kifejező indikátorok együttes mutatójának bevonását követően 6 szignifikáns változó marad. A modell erőssége ugyan nem változott ($R^2=0,028$), azonban a magyarázó változók összetétele a következő módon alakult át: bekerült a magyarázó változók közé – meglehetősen előkelő helyre – a program megélt interaktivitása, s kikerült az individuális magyarázó változók zöme. Adataink tehát a prevenciós beavatkozások ismeretátadással kapcsolatos célelérése tekintetében megerősítik az interaktivitás kapcsán a szakirodalomban jelentkező összefüggéseket. Ugyan az interaktivitás modellbe kerülésének következtében az egyéb programjellemzők kiszorulásáról nem beszélhetünk, azonban amennyiben a diákok partneri viszonyt érzékelnek a prevenciós beavatkozások során, az a résztvevők individuális jellemzőinek hatását csökkenti.

67. táblázat. A „Szerinted Te most mennyit tudsz arról, hogy miként tudod megőrizni az egészségedet?” kérdésre adott válaszok becslésére az interaktivitás mutatójával kiegészített változószetten létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
A kérdezett családjának szubjektív anyagi helyzete ¹⁵⁹	-0,090	<0,001
A program résztvevők által megélt interaktivitása	0,077	0,001
Van az iskolában védőnő	-0,075	0,002
Iskolai problémák indexe	-0,073	0,003
A szolgáltató kiválasztásában a pedagógusok szerepe ¹⁶⁰	0,070	0,005
A prevenció módszerei között volt: tárgyi szemléltetés	0,060	0,015

A programok interaktivitását kifejező mutató bevonásával a legális szerek, illetve a tiltott drogok hatásaival kapcsolatos ismeretek gyarapodására vonatkozó modellekben – magyarázó változók struktúrájának alapvető változatlanlansága mellett – szintén bent maradt a magyarázó változók között a megélt interaktivitás, s a modellek magyarázó ereje valamelyest javult (a legális szerek esetében $R^2=0,047$ -ről $R^2=0,059$ -re; a tiltott szerek esetében $R^2=0,039$ -ről $R^2=0,044$ -re).

¹⁵⁹ Fordított mutató, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „magasan a legjobbak között van”, a 7-es pedig azt, hogy a „legrosszabbak között van”. A negatív előjelű béta éppen ezért a kapcsolat pozitív irányultságát jelenti.

¹⁶⁰ A kulcsszereplők a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyéltalan nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

AZ „EGÉSZSÉGHIT-MODELL” KÜLÖNBÖZŐ DIMENZIÓI

A drogfogyasztás kockázatának észlelt súlyossága

A drogfogyasztás kockázatának észlelt súlyosságát – az előző fejezetben bemutatott vizsgálat során is alkalmazott mérőeszközzel megegyezően – a drogfogyasztás következtében előálló (egészségügyi, büntetőjogi, társas kapcsolatokat érintő) következményes károsodások bekövetkezésének vélt valószínűségével mértük.¹⁶¹

Az észlelt súlyosság varianciájának magyarázatára 12 lépésben létrehozott modell magyarázó ereje igen gyenge ($R^2=0,025$), s a modellbe került változók közül összesen egy változó kapcsolódik a prevenció beavatkozáshoz, továbbá bekerült még a modellbe két, a prevenció szervezet kiválasztásával kapcsolatos és egy, a prevenció tervszerűségével kapcsolatos változó. A változók többsége a diákok individuális jellemzőit, illetve az iskola társadalmi környezetének valamilyen aspektusát jeleníti meg. (Lásd a 68. táblázatot a következő oldalon.)

¹⁶¹ A kérdés a következő volt: Mennyire tartod valószínűnek, hogy ha kábítószerelnél, akkor...

- a) nem tudnál belőle kigyógyulni
- b) börtönbe kerülnél
- c) az károsítaná a társas kapcsolataidat
- d) könnyen abba tudnád hagyni
- e) orvosi segítséggel könnyen le tudnád szokni

A válaszokat a megkérdezettek 7 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „nem valószínű”, a 7-es pedig azt, hogy „nagyon valószínű”.

68. táblázat. Az észlelt súlyosság varianciájának becslésére létrehozott lineáris regressziós modell (a prevenció beavatkozás, ill. a szolgáltató jellemzőinek kiemelésével)

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
A kérdezett által egy átlagos héten otthon töltött esték száma	0,059	0,001
A prevenció szolgáltatóval korábban is volt kapcsolatuk: pedagógusképzést végzett	0,061	0,001
A beavatkozás céljai között szerepelt: drogfogyasztással kapcsolatos tárgyi ismeretek átadása	0,053	0,003
A diákok szülei között az iskolával nagyon aktív kapcsolatot tartók aránya	-0,052	0,005
A prevenció szolgáltatóval korábban is volt kapcsolatuk: személyes ismeretség	0,060	0,001
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki kábítószer használt vagy használ	-0,065	<0,001
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki öngyilkosságot kísérelt meg	0,053	0,004
Van az iskolában drogstratégia	0,044	0,009
A megkérdezett édesapjának iskolai végzettsége	0,061	0,003
Az iskola székhelye ¹⁶²	-0,041	0,030
A kérdezett neme	0,036	0,032
A megkérdezett édesanyjának iskolai végzettsége	-0,039	0,049

A megélt interaktivitás bevonása nem módosítja a modellt, az interaktivitásnak nincs hatása az észlelt súlyossággal kapcsolatos célok elérésére.

Észlelt kitettség

Az észlelt kitettséget – szintén az előző fejezetben bemutatott vizsgálat során alkalmazott mérőeszközzel megegyezően – a közeli jövőre, illetve a megkérdezett életére vonatkozóan, a droghasználat (marihuána/hasis, amfetamin, ecstasy vagy heroin kipróbálása, alkalmi, illetve rendszeres fogyasztása) bekövetkezésének vélt valószínűségével mértük.¹⁶³ Ezekből képeztük az összevont észlelt kitettség egész életre és közeljövőre vonatkoztatott célváltozóját.¹⁶⁴

A magyarázó változók 112 elemű változószettjén végzett lineáris regresszió eredményeként mind a teljes életre, mind a közeljövőre vonatkoztatott célváltozó

¹⁶² 0 – vidék; 1 – Budapest.

¹⁶³ A válaszokat a megkérdezettek 7 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „nem valószínű”, a 7-es pedig azt, hogy „nagyon valószínű”.

¹⁶⁴ Az összesített mutatót úgy állítottuk elő, hogy a szerenként adott válaszok közül a legnagyobb valószínűséget kifejező választ vettük figyelembe.

mentén közepesen erős magyarázó erejű modellt sikerült létrehozni: $R^2=0,156$, illetve $R^2=0,172$. Azonban sem a távoli jövőre vonatkoztatott 10 ítemes, sem a közeli jövőre vonatkozó 14 változós modellben nem maradt a magyarázó változók között érdemi programjellemző. Bár az, ha a szakmai szervezet kiválasztásában közrejátszottak az anyagiak, kismértékben kedvezőtlen irányba befolyásolja az észlelt kitettség alakulását, a beavatkozás céljai között az önismeret-fejlesztés megjelenése pedig valamelyest csökkenti, de egyik változó sem jelentős eleme a regressziós függvénynek. A modellt az epidemiológiai vizsgálatokból ismert, a drogfogyasztás erős prediktorainak számító individuális változók dominálják (eljárás társas aktivitások, iskolai lógások, a problémás, illetve a felbomlott család-struktúrára utaló változók). (Lásd a 69. táblázatot a következő oldalon.)

69. táblázat. A közeljövőre és a teljes életre vonatkoztatott észlelt kitettség varianciájának becslésére létrehozott lineáris regressziós modell (a prevenciós beavatkozás, ill. a szolgáltató jellemzőinek kiemelésével)

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIGN.
FÜGGŐ VÁLTOZÓ: A TELJES ÉLETRE VONATKOZTATOTT ÉSZLELT KITETTSÉG		
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki kábítószerrel használ vagy használ	0,217	<0,001
A kérdezett lógás miatti hiányzásainak gyakorisága	0,154	<0,001
A kérdezett által egy átlagos héten otthon töltött esték száma	-0,140	<0,001
Van az iskolában védőnő	0,048	0,040
A kérdezett születési éve	-0,096	0,000
A megkérdezett édesapjának iskolai végzettsége	0,068	0,003
A szakmai szervezet kiválasztásában az anyagiak szerepe	0,057	0,012
Iskolai problémák indexe	-0,058	0,015
A kérdezett a nevelőanyjával él	0,050	0,027
A kérdezett neme	-0,046	0,045
FÜGGŐ VÁLTOZÓ: A KÖZELJÖVŐRE VONATKOZTATOTT ÉSZLELT KITETTSÉG		
A kérdezett lógás miatti hiányzásainak gyakorisága	0,191	<0,001
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki kábítószerrel használ vagy használ	0,202	<0,001
A kérdezett által egy átlagos héten otthon töltött esték száma	-0,122	<0,001
A kérdezett születési éve	-0,098	<0,001
A megkérdezett édesapjának iskolai végzettsége	0,063	0,006
A szakmai szervezet kiválasztásában az anyagiak szerepe	0,040	0,086
A megkérdezettel él az édesapja	-0,059	0,010
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki öngyilkosságot követett el	-0,114	<0,001
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki öngyilkosságot kísérelt meg	0,124	<0,001
A kérdezett intézetben él	0,050	0,028
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki pszichológushoz jár vagy járt	-0,048	0,048
Az iskola státusát kifejező index	0,061	0,012
A kérdezett neme	-0,051	0,029
A beavatkozás céljai között szerepelt: önismeret-fejlesztés	-0,046	0,047

A megélt interaktivitás bevonásával a modell erőssége nem változott számottevően, a megélt interaktivitás ugyan bent maradt a modellben, azonban a modellt továbbra is az individuális változók uralják.

A prevenció akció végrehajtása során észlelt akadályok

A prevenció akció végrehajtása során észlelt akadályokat szintén az előző fejezetben bemutatott vizsgálat során alkalmazott mérőeszközzel megegyezően mértük.¹⁶⁵

Az észlelt akadályok variabilitásának magyarázatára azonban – a korábbi vizsgálatunkhoz hasonlóan – nem sikerül elfogadható erősségű modellt létrehozunk ($R^2=0,013$).

MEGKÜZDÉS

A megküzdési stratégiáknak azokat a viselkedéses vagy kognitív erőfeszítéseket nevezzük, melyek segítségével az egyén képes megbirkózni a különféle stresszt keltő életeseményekkel (Lazarus és Folkman, 1984). A „Konfliktusmegoldó Kérdőívet” és ennek korábbi változatát, a „Konfliktusmegoldó Listát” a megküzdési stratégiák mérésére fejlesztették ki. A kérdőív alapját képező lista eredetileg 68 állításból áll, amely a viselkedéses és kognitív megküzdési stratégiák széles körének felmérésére szolgál. Az általunk is alkalmazott, rövidített, 16, illetve 14 tételes változatának kialakítását az epidemiológiai vizsgálatok követelményei tették szükségessé (pl. a lekérdezési idő korlátozottsága, a feltehető kérdések száma) (Rózsa, Purebl, Suánszky, Kopp 2008; Pikó, 2001).

A látens dimenziók feltárására ez esetben is főkomponens-analízist használtunk varimax rotációval. A megküzdés 4 faktoros modelljét konstruáltuk meg az alábbi faktorokkal:

- kockázatkereső megoldások
- passzív szupport
- problémaelemző újrafeldolgozás
- emocionális újrafeldolgozás

(Lásd a 70. táblázatot a következő oldalon.)

¹⁶⁵ A kérdés a következő volt: Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal?

- Ha drogoznék, kényelmetlen lenne erről beszélnem a barátaimmal.
- Ha drogoznék, kényelmetlen lenne erről beszélnem a tanáraimmal.
- Ha drogoznék, kényelmetlen lenne erről beszélnem más felnőttekkel.

A válaszokat a megkérdezettek 7 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyéltalan nem”, a 7-es pedig azt, hogy „teljes mértékben”.

70. táblázat. A 14 tételes „Ways of coping”-skála mentén kapott válaszok mögötti látens faktorok struktúrája

MODELLBE VITT VÁLTOZÓK	KOMPONENS			
	KOCKÁZAT-KERESÉS	PASSZÍV SZUPPORT	PROBLÉMA-ELEMZŐ	EMOCIONÁLIS ÚJRADE-FINIÁLÁS
Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem			0,625	
Olyasmibe fogtam, amiről tudtam, nem fog használni	0,592			
Magamat hibáztattam		0,534		
Próbáltam derűsen felfogni a dolgot				0,717
Elfogadtam mások együttérzését		0,438		0,522
Más emberként kerültem ki a helyzetből				0,532
Evéssel-ivással, dohányzással, nyugtatókkal stb. próbálkoztam	0,662			
Valami nagyon kockázatosba fogtam	0,705			
Egy baráttól vagy rokontól kértem segítséget		0,429		
Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok			0,460	
Több megoldást is mérlegeltem			0,752	
Imádkoztam		0,636		
Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet		0,698		
Másokon vezettem le a feszültségemet	,569			

A fenti faktorok mindegyikére külön-külön magyarázó modellt illesztettünk. A modellalkotás eredményeként a „kockázatkereső megoldások” faktor esetében közepes erősségű ($R^2=0,130$), a többi esetben gyenge modelleket kaptunk. Mindegyik modellben gyakorlatilag kizárólag individuális magyarázó változók kaptak szerepet.

71. táblázat. A kockázatkereső megoldások faktor varianciájának becslésére létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIG.
A kérdezett lógás miatti hiányzásainak gyakorisága	0,157	<0,001
A kérdezett által egy átlagos héten otthon töltött esték száma	-0,141	<0,001
A kérdezett tanulmányi átlaga	-0,136	<0,001
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki kábítószerrel használ vagy használ	0,108	<0,001
A kérdezett a nevelőanyjával él	0,069	0,002
A szakmai szervezet kiválasztásában az egészségfejlesztő tanárok szerepe ¹⁶⁶	-0,058	0,011
A diákok körében végzett prevenció fontossága a szülők számára a prevenció kulcsszereplő szerint ¹⁶⁷	0,051	0,026
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki sok nyugtatót vagy altatót szed	0,057	0,025
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki öngyilkosságot követett el	-0,090	0,002
A megkérdezett családjában van olyan személy, aki öngyilkosságot kísérelt meg	0,071	0,016

A megélt interaktivitás modellbe vitele mindegyik modell magyarázó erejét valamelyest javította. Az első – a kockázatkereső megoldásokat kifejező – faktor magyarázatában negatív, a többi – passzív szuppon, problémaelemző, illetve emocionális újrafeldolgozást megjelenítő – faktor magyarázatára létrehozott modellben pozitív irányultsággal kapott szerepet, azonban a modellek alapvető jellemzői egyik esetben sem változtak, továbbra is az individuális jellemzők dominanciája mutatkozott meg.

ÉN-HATÉKONYSÁG

Kutatásunk során az én-hatékonyság (self-efficacy) mérésére – ezúttal is az előző fejezetben bemutatott vizsgálat során alkalmazott mérőeszkővel megegyezően – a rövidített, háromtemes kérdéssort (M. Kopp, R. Schwarzer, M. Jerusalem, 1995) alkalmaztuk.

Az én-hatékonyság varianciájának magyarázatára 4 lépésben sikerült létrehozni gyenge ($R^2=0,054$), de szignifikáns modellt. A modellben maradt változók között azonban nincsenek sem programjellemzők, sem az iskolai egészségfejlesztő munkához kapcsolódó változók. Kizárólag individuális (a kérdezett életkora, tanulmányi

¹⁶⁶ A kulcsszereplők a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyéltalán nem”, a 7-es pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

¹⁶⁷ A kulcsszereplők a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyéltalán nem fontos”, az 5-ös pedig azt, hogy „nagyon fontos”.

átlag, illetve a család összetételével, ill. társadalmi helyzetével kapcsolatos) változók maradtak a modellben.

72. táblázat. Az én-hatékonyság varianciájának becslésére létrehozott lineáris regressziós modell

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIG.
A kérdezett családjának szubjektív anyagi helyzete ¹⁶⁸	-0,189	<0,001
A kérdezett születési éve	-0,128	<0,001
A kérdezett tanulmányi átlaga	0,112	<0,001
A kérdezett egyedül él	-0,061	0,011

A megélt interaktivitás bevonásával javult a modell magyarázó ereje ($R^2=0,071$), az interaktivitás pozitív irányultsággal került be a modellbe. Azonban továbbra is az individuális jellemzők uralják a modellt.

EGÉSZSÉKGONTROLL-ATTITÚD

Az attribúciós elmélet szerint az emberek arra motiváltak, hogy a világot ellenőrizhetőnek, megjósolhatónak, logikusnak lássák (Heider, 1958). Az elmélet középpontjában az áll, hogy minden viselkedés mögött okokat keresünk, s az okokat a következőképpen kategorizáljuk: belső/külső, állandó / nem állandó, globális/specifikus, kontrollálható / nem kontrollálható. Az attribúciós elmélet alkalmazása különösen fontos az addikciók tekintetében, hiszen nem mindegy, hogy a magatartási döntéseink meghozatalánál a belső kontrollban hiszünk vagy pedig a külső erőkhöz alkalmazkodunk. A megelőzés szempontjából a belső kontroll hatékonyabban segít távol tartani magunkat az addikcióktól.

A külső és belső kontroll mérésére alkalmas mérőeszközök közül legrégebb óta Rotter skáláját használják (Rotter, 1966), ami az általános beállítódást méri. Az egészséggel kapcsolatos kontroll megragadására pedig annak speciális változatát is kidolgozták (Health Locus of Control Scale – Wallston, Wallston, Kaplan, Maides, 1976), mely összesen 11 item mentén hatfokú skála segítségével méri a külső (6 item) és belső (5 item) egészség kontrollálhatóságával kapcsolatos beállítódást.

A megelőzés szempontjából kedvezően értékelendő belső kontroll varianciájának magyarázatára 9 lépésben a gyengénél kicsit erősebb ($R^2=0,074$) magyarázó erejű,

¹⁶⁸ Fordított mutató, ahol az 1-es azt jelenti, hogy „magasan a legjobbak között van”, a 7-es pedig azt, hogy a „legrosszabbak között van”. A negatív előjelű béta éppen ezért a kapcsolat pozitív irányultságát jelenti.

a programok céljaival, illetve módszereivel kapcsolatos változókat jellemzően nem tartalmazó – inkább a programok kiválasztásához (korábbi saját tapasztalat, illetve személyes kapcsolat) kapcsolódó, de főként a résztvevők individuális jellemzőit megjelenítő –, nehezen interpretálható modellt tudtunk létrehozni.

73. táblázat. A belső kontroll varianciájának becslésére létrehozott lineáris regressziós modell (a prevenció beavatkozás jellemzőinek kiemelésével)

MODELLBEN MARADT VÁLTOZÓK	BÉTA	SZIG.
A kérdezett születési éve	0,210	<0,001
Az iskola székhelye ¹⁶⁹	-0,136	<0,001
A szakmai szervezet kiválasztásában más iskolák tapasztalatának szerepe ¹⁷⁰	0,130	<0,001
A prevenció módszerei között volt: frontális előadás	0,091	<0,001
Iskolai problémák indexe	0,050	0,045
A szakmai szervezet kiválasztásában a saját megelőző tapasztalat szerepe*	0,091	<0,001
Az egészségfejlesztés kapcsán a külső kapcsolatok intenzitását kifejező index	-0,094	0,002
A prevenció szolgáltatóval korábban is volt kapcsolatuk: személyes ismeretség	0,060	0,021
A megkérdezett édesanyjának iskolai végzettsége	-0,051	0,038

A megélt interaktivitás bevonásával a modell magyarázó ereje valamelyest javult ($R^2=0,094$), az interaktivitás pozitív irányultsággal, a második legerősebb változóként került be a modellbe, amelynek interpretálhatósága azonban nem javult.

¹⁶⁹ 0 – vidék; 1 – Budapest.

¹⁷⁰ Ennél és a táblázat *-gal jelölt kérdéseinél a megkérdezettek a válaszaikat 5 fokú skálán adták meg, ahol az 1-es azt jelentette, hogy „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig azt, hogy „meghatározó mértékben”.

AZ ICSSZEM–OM PÁLYÁZATI RENDSZER KERETÉBEN A DIÁKOK KÖRÉBEN VÉGZETT PREVENCIÓS/EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ TEVÉKENYSÉG ÉRTÉKELÉSÉNEK NÉHÁNY TANULSÁGA

Az előző fejezetben, néhány iskolai prevenció program kísérleti elrendezésnek megfelelő vizsgálata alapján láthattuk, hogy a programok eredményessége tekintetében mutakozó különbségek magyarázatára végzett elemzéseink alapján nem tudtunk rámutatni az eredményességet garantáló jó gyakorlatokra. A programjellemzők, illetve azok szakértői értékelései, valamint a folyamat- és eredményértékelés eredményei között csak elvétve és különböző, nehezen interpretálható irányultsággal találunk kapcsolatot. Mint említettük, a kapcsolat hiányának, illetve a mégis megmutakozó kapcsolatok alacsony koherenciájának okai többfélék lehetnek. Az egyik lehetséges ok a kutatás volumene által hordozott korlát, az, hogy az összefüggések a programjellemzők alacsony varianciája miatt nem jelennek meg. Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében megvalósult programok körében végzett vizsgálat során – bár nem képezi le az eredményértékelés klasszikus kutatási elrendezését – ezzel a korláttal nem kellett számolnunk, tekintettel arra, hogy az adatfelvételtben szereplő diákok összesen 83 különféle beavatkozáson vettek részt.

Az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében a diákok körében végzett prevenció/egészségfejlesztő beavatkozások eredményességének becslése során a stepwise-módszerrel végzett lineáris regressziós modellek megalkotása révén a prevenció eredményességének indikátoraként alkalmazott változók variabilitását próbáltuk magyarázni. Sajnálatos módon azonban ezzel az – előző fejezetben bemutatott kutatás során alkalmazott metodikától markánsan eltérő – módszerrel sem tudtunk rámutatni a prevenció beavatkozások eredményességét meghatározó programjellemzőkre. A beavatkozások eredményességének mérésére hivatott célváltozók többsége esetében vagy nem sikerült kidolgoznunk megfelelő magyarázó erejű és/vagy jól interpretálható modelleket, vagy a modelleket az epidemiológiai vizsgálatokból ismert, a drogfogyasztás erős prediktorainak számító individuális változók (pl. eljárás társas aktivitások, iskolai lógások, illetve a felbomlott családstruktúrára utaló változók) dominálták. A programleírások hiányosságai vagy a beavatkozások tervezettől eltérő megvalósulása – az előző fejezetben leírtakhoz hasonlóan – természetesen ez esetben is megjelenhet a kapcsolat hiányának magyarázataként, mindazonáltal az individuális változók dominanciája a programleírások validitásának és a megvalósítással való szinkronitásának hangsúlyozása mellett egy további fontos – a korábbi kutatási tapasztalatainkkal összhangban lévő (Paksi és mtsai, 2002a, 2002b; Paksi és Demetrovics, 2002a) – jelenségre hívja fel a figyelmet. A prevenció beavatkozások célélérése, illetve a kedvező reakciók kiváltása szempontjából nagyon fontos, hogy a program tervezési fázisában megismerjük a célpopuláció szükségleteit, szociokulturális sajátosságait és azt, hogy a program által befolyásolni kívánt dimenziókban milyen a célpopuláció kiinduló állapota.

Ez különösen fontos tanulság annak fényében, hogy az iskolai prevenciós szintén kínált programok (lásd e kötet 2. fejezetében) a szakértői pontozás (teoretikus értékelés) során a célpopulációra vonatkozó információk adekvátsága tekintetében kaptak a legalacsonyabb pontszámot.



IRODALOM

- Aszmann A. (szerk.) (1997): *Iskolás gyermekek egészségmagatartása 1986–1993*. Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, Budapest.
- Aszmann A. (szerk.) (2000): *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása. Health and Health Behaviour among Young People*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 1. International Report. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- Aszmann A. (szerk.) (2003): *Iskolás gyermekek Egészségmagatartása. Nemzeti Jelentés*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Baker, O., Mounteney, J., Neaman, O. (edit) (1998): *Evaluating Drug Prevention in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograph Series. N.2. Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg
- Balázs J., Sajgál R. (1998): Középiskolások értékorientációi. *Educatio*, 7. évf. nyár. Mentálhigiéné. 316–326.
- Balázs J., Paksi B. (2002): Iskola, értékek, értékorientációk. In: *Életvilágok találkozása – Az iskola külső és belső világának interdiszciplináris vizsgálata*. (Szerk. Perjés I., Kovács Z.) Aula Kiadó. 35–57.
- Baron, R. M., Kenny D. A. (1986): The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51: 1173–82.
- Becker, M. H. (1974): The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2: 324–473.
- Bennett, T. H. (1996): What's new in evaluation research: A note on the Pawson and Tilley article. *British Journal of Criminology*, 36: 567–78.
- Bertolote, J. M. (ed.) (1994): *Quality assurance in Mental Health Care – Check-Lists & Glossaries*. Division of Mental Health, WHO, Geneva.
- Bocz J., Géring Zs., Kmetty Z., Szabó K., Kreitl P. (2006): *Nonprofit szervezetek Magyarországon, 2004*. KSH, Budapest.
- Boruch, R. F. (1997): *Randomized experiments for planning and evaluation: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brounstein, P. J., Emshoff, J. G., Gary, A. H., Stoil M. J. (1997): Assessment of methodological practices in the evaluation of alcohol and other drug (AOD) abuse prevention. *Journal of Health & Social Policy*, 9: 1–19.
- Brown, L. K., DiClemente, R. J., Reynolds, L. A. (1991): HIV prevention for adolescents: Utility of the health belief model. *AIDS Education & Prevention*, 3, 5059.
- Bukovski W. J. (ed.) (1997): *Meta-analysis of drug abuse prevention programs*. NIDA Research Monograph. 170. US Department of Health and Human Services. National Institute of Health.
- Burkhart, G., Crusellas, L. (2002): *Comparison of school-based prevention programmes in Europe: an analysis of the EDDRA (exchange on drug demand reduction action) database*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Bury, J. A. (2000): Evaluation: A key tool for improvement? In: Neaman R., Nilson, M., Solberg, U. (eds.): *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA, Luxembourg, 25–32.

- Campbell, D. T., Stanley J. C. (1966): *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Chalmers, T. C., Smith H., Blackburn B., Silverman B., Schroeder B., Reitman D., Ambroz, A. (1981): A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Controlled Clinical Trials*, 2: 31–49.
- Clarke, R. V., Weisbund D. (1994): Diffusion of crime control benefits: Observations on the reverse of displacement. In *Crime prevention studies*, Vol. 2. Ed. Ronald V. Clarke. Monsey, NY: Criminal Justice Press.
- Clayton, R. R., Cattarello, A. (1991): Prevention Intervention Research: Challenges and Opportunities. In: Leukefeld, C. G., Bukovsky, W. J. (ed.) (1991): *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*. (NIDA Research Monograph, 107.) Rockville.
- Coggans, N. (2006): „Drug education and prevention: has progress been made?” *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13, 417–422.
- Consortium. for Longitudinal Studies (1983): *As the Twig is Bent... Lasting Effects of Preschool Programs*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cook T. D., Campbell D. T. (1979): *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally.
- Demetrovics Zs., Paksi B., Czakó Á. (2003): Evaluation of Drug Prevention Programs in Hungary (poster). *The 17th Conference of the European Health Psychology Society*. September 24–27., Island of Kos, Greece. Abstracts pp. 138.
- Donabedian, A. (1980): *Explorations in Quality assessment and Monitoring*. Vol. 1. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press. Ann Arbor.
- Droginfó (2000): *Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára 1999–2000*. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Droginfó (2001): *Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára 2001*. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Droginfó (2003): *Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára 2003*. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Droginfó (2005): *Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára 2005*. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Dusenbury, L., Falco, M. (1995): Eleven components of effective drug abuse prevention curricula, *Journal of School Health* 65, 420–425.
- Infotár (2008): *Magyarországi drogkezelőhelyek*. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Infotár (2009): *Drogproblémákat felvállaló intézmények, társadalmi szervezetek, csoportok információs tára*. Sziget Droginformációs Alapítvány, Budapest.
- Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. L'Harmattan, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol és drogfogyasztása*. ESPAD, The European School Survey Project on Alcohol and Drugs, 1995. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Elekes Zs., Paksi B. (2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. (ISMertető, 8.) ISM, Budapest .
- Elekes, Zs., Paksi, B. (2003): *The ESPAD 2003 Country Report – Hungary*. Kézirat.

- Elekes Zs., Paksi B., Lendvai A. (2005): *A felnőtt lakosság drogfogyasztókkal, drogfogyasztással kapcsolatos attitűdjeinek kvalitatív vizsgálata*. Nem publikált kutatási beszámoló.
- EMCDDA (1998): *Guidelines for the evaluation of drug prevention*. A Manual for Program-Planners and Evaluators. Office for Official Publications for the European Communities, Luxembourg.
- EMCDDA (2001): *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- EMCDDA (2005): *Annual report 2005: The state of the drugs problem in Europe*. Office for Official Publications of the European Communities, Belgium.
- EMCDDA (2006): *Annual report 2006: The state of the drugs problem in Europe*. Office for Official Publications of the European Communities, Belgium.
- EMCDDA (2008): *Annual report 2008: The state of the drugs problem in Europe*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Farrington, D. P. (1983): Randomized experiments on crime and justice. In *Crime and justice*, vol. 4. Ed. Michael Tonry and Norval Morris. Chicago, University of Chicago Press.
- Farrington, D. P. (1987) Evaluating area-based changes in policing strategies and laws. *Police Studies*, 10: 67–71.
- Farrington, D. P. (1994): Interactions between individual and contextual factors in the development of offending. In *Adolescence in Context: The Interplay of Family, School, Peers, and Work in Adjustment*. Ed. Rainer K. Silbereisen, Eberhard Todt. New York: Sprindler-Verlag.
- Farrington, D. P. (1998): Evaluating „communities that care”: Realistic scientific considerations. *Evaluation*, 4: 204–210.
- Farrington, D. P. (2003). Methodological quality standards for evaluation research. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587 (1), 49–68. Farrington, D. P., Welsh B. C. (1999): Delinquency Prevention Using Family-Based Interventions. *Children and Society* 13: 287–303.
- Farrington, D. P., Welsh B.C. (2002): Improved street lighting and crime prevention. *Justice Quarterly* 19: 313–42.
- Farrington, D. P., Petrosino A. (2000): Systematic reviews of criminological interventions: The Campbell Collaboration Crime and Justice Group. *International Annals of Criminology*, 38: 49–66.
- Farrington, D. P., Petrosino A. (2001): The Campbell Collaboration Crime and Justice Group. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578: 35–49.
- Farrington, D. P., Loeber R. (1999): Transatlantic replicability of risk factors in the development of delinquency. In *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*. Ed. Patricia Cohen, Cheryl Slomkowski, Lee N. Robins. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Farrington, D. P., Gottfredson, D. C., Lawrence W. Sherman, Brandon C. Welsh (2002): The Maryland Scientific Methods Scale. In *Evidence-based crime prevention*. Ed. Lawrence W. Sherman, David P. Farrington, Brandon C. Welsh, and Doris L. MacKenzie. London: Routledge.
- Felvinczi K. (1998): A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban, *Iskola-kultúra*, 1998. május. 17–31.
- Felvinczi K. (2009): A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység. In: Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest.
- Flay, B. (2000): Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change, *Addictive Behaviours*, 25, 861–866.

- Forrester, D. H., Chatterton M. R., Pease K. (1988): *The Kirkholt Burglary Prevention Project, Rochdale*. Crime Prevention Unit. Paper 13. London: Home Office.
- Forrester, D. H., Frenz S., O'Connell, M., Pease, K. (1990): *The Kirkholt Burglary Prevention Project: Phase II*. (Crime Prevention Unit paper, 23.) London: Home Office.
- Gibbs, L. E. (1989): Quality of Study Rating Form: An Instrument for Synthesizing Evaluation Studies. *Journal of Social Work Education*, 25: 55–66.
- Gorman, D. M., Conde, E., Huber, J.C. (2007): „The creation of evidence in „evidence-based” drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation”. *Drug and Alcohol Review* 26, 585–93.
- Hansen, W. (1992): School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, 403–430.
- Heider, F. (1958): *The Psychology of Interpersonal Relation*. New York: John Wiley & Sons.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. (1997): *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- Hibell B., Andersson B., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Morgan M. (2001): *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN, Stockholm, Sweden.
- 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*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm, Sweden.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. (2009): *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. CAN. Stockholm, Sweden.
- Hochbaum GM (1970): *Health behavior*. Wadsworth Publishing Company, Inc., Belmont, CA.
- Jolicœur L. M.; Jones-Grizzle, A. J., Boyer, J. G. (1992): Guidelines for Performing a Pharmacoeconomic Analysis. *Am-J-Hosp-Pharm.*, 49/7, 1741–1747.
- Juni, P., Witschi A., Bloch R., Egger, M. (1999): The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 282: 1054–60.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Corvinus Kiadó, Budapest.
- Kopp, M.S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993): Hungarian Questionnaire in *Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research*, Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- Kopp, M., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995): *Hungarian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. Berlin, Germany. www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/hungar.htm
- Kovács Z., Perjés I. (2002): Az iskola külső és belső világának interdiszciplináris vizsgálata. In: Perjés I., Kovács Z. (szerk.): *Életvilágok találkozása*. Aula Kiadó, Budapest.
- Kreuger, R. A. (1988): *Focus groups: A practical guide for applied research*. London: Sage.
- Kröger C., Winter H., Shaw R. (1998): *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators*. EMCDDA, Lisbon.
- KSH (2009): utadat táblák – idősoros adatok, 2.6. oktatás. http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,593694&_dad=portal&_schema=PORTAL (letöltés: 2009.05.25)
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer.

- Lipsey, M. W., Wilson, D. B. (1998): Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Ed. Rolf Loeber, David P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., van Kammen, W. (1998): *Antisocial Behavior and Mental Health Problems: Explanatory Factors in Childhood and Adolescence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lösel, F., Koffler P. (1989): Evaluation Research on Correctional Treatment in West Germany: A Meta-analysis. In *Criminal Behavior and the Justice System. Psychological Perspectives*. Ed. Herman Wegener, Friedrich Lösel, Jochen Haisch. New York: Springer-Verlag.
- Magyar Gallup Intézet (1998): *Középiskolai pedagógusok a kábítószer-problémáról és a fiatalok kábítószer-fogyasztásáról*. Budapest.
- Martison, R. M. (1974): What Works? Questions and Answers About Prison Reform. *Public Interest*, 35: 22–54.
- Moher, D., Jadad, A. R., Nichol, G., Penman, M., Tugwell, P., Walsh, S. (1995): Assessing the quality of randomized controlled trials. *Controlled Clinical Trials*, 16: 62–73.
- Morgan, M. (2000): Evaluation and drug-prevention research: implications of unsuccessful outcomes for programme design. In: Neaman R., Nilson, M., Solberg U. (eds.): *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA, Luxembourg., 33–39.
- Nádas E. (szerk.) (2004): *Kézikönyv a drog-prevenációs beavatkozások tervezéséhez és értékeléséhez*. Nemzeti Drog Fókuszpont, Budapest.
- Neaman R., Nilson M., Solberg U. (eds.) (2000): *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. (EMCDDA Scientific Monograph Series, 5.) Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg.
- Nemzeti Stratégia (2001): *Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében*. ISM, Budapest.
- Nemzeti Stratégia (2010): *Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség. Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására 2010–2018*. SZMM, Budapest.
- Ogden, J. (1996): *Health psychology. A textbook*. Open University Press, Buckingham.
- Paglia, A. és Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20 (1), 3–50.
- Paksi B. (2003a): *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón, Magyarországon*. (Szakmai forrás sorozat, 4.) L'Harmattan. Budapest
- Paksi B. (2003b): A drogfogyasztás prevalenciaértékei, mintázata, tendenciái. In: Ritter I. (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerbelyezetről*. GYISM, Budapest.
- Paksi B. (2004): Mit tudunk az iskolai drogprevenációs programok hatékonyságáról. Előadás, *Bűn-megelőzési Akadémia*, Nagykovácsi, május 6.
- Paksi B. (2007): A magyar társadalom drogérzékenysége. In: Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. Eötvös Kiadó, Budapest. 256–294.
- Paksi B. (2009a): Populációs adatok alakulása. In: Felvinczi K., Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 2009. 81–141 Paksi B. (2009b): Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott Prevenációs/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról. Kutatási beszámoló, OKM, 2009. http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/iab_paksi_091124.pdf

- Paksi B., Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. MAT VI. Országos Kongresszusa. november 22–24. Siófok, Addiktológia/Addictologia Hungarica. VI. Supplementum 1. 49.
- Paksi B., Demetrovics Zs. (2002a): *A prevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti középiskolai drogprevenciós programok felmérése és értékelése*. L'Harmattan. Budapest.
- Paksi B., Demetrovics Zs. (2002b): *Budapesti drogprevenciós adattár*. L'Harmattan. Budapest.
- Paksi B., Demetrovics Zs. (2005): *Országos Drogprevenciós Adattár*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á. (2002a): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése I. A programok teoretikus és szervezeti háttere, valamint a kivitelezésének vizsgálata. *Addiktológia*, 1. (15–37)
- Paksi B., Demetrovics Zs., Czakó Á. (2002b): Az iskolai drogprevenciós programok értékelése II. A programok eredményértékelése. *Addiktológia*. 1. 38–49.
- Paksi B., Elekes Zs. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*, 3–4.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. (2004): *A Magyarországon működő iskolai drogprevenciós programok leírása*. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, október 21–23.
- Paksi B., Elekes Zs. (2004): A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, október 21–23.
- Paksi B., Felvinczi K., Schmidt A. (2004): *Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban*. http://www.om.hu/doc/upload/200507/prevenacios_tevekenyseg_20050710.pdf
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B., Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 1–2. 5–36.
- Paksi B., Schmidt A. (2006): Pedagógusok mentálhigiénés állapota. Különös tekintettel az iskolai érték átadást, egészségfejlesztést és problémakezelést befolyásoló dimenziókra. *Új Pedagógiai Szemle*, 2006. június. 48–65.
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nádas E., Felvinczi K. (2007): Iskolai drogprevenciós és egészségfejlesztő programok folyamat- és eredményértékelése. Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése, Miskolc, január 24–27. *Psychiatria Hungarica*, 2006. 21. (Suppl.) 89.
- Pawson, R., Tilley, N. (1994): What Works in Evaluation Research? *British Journal of Criminology*, 34: 291–306.
- Pawson, R., Tilley, N. (1997): *Realistic Evaluation*. London, Sage.
- Pawson, R., Tilley, N. (1998): Caring Communities, Paradigm Polemics, Design Debates. *Evaluation*, 4: 73–90.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino C. O., Finckenauer J. (2000): Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as Scared Straight. *Crime and Delinquency* 46: 354–79.
- Pikó, B. (2001): Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51 (2): 223–235.
- Polónyi I., Tímár J. (2001): *Tudásgyár vagy papírgyár*. Új Mandátum Kiadó. Budapest.
- Popper, K. R. (1975): *The Logic Of Scientific Discovery*. 8. rev. ed. Hutchinson, London.
- Rácz J. (1999). *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. HIETE. Budapest.

- Rácz J. (2001): *Prevenációs programok értékelése*. ISM, Budapest.
- Rácz J., Kabos S. (2001): *Az egészségbit-modell alkalmazása a droghasználat vonatkozásában budapesti középiskolákba járó fiatalok körében*. Kézirat.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L., Baer, J. (2000): Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education. *Journal of Drug Education* 30, 399–421.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, NY.
- Ross, H. L., Campbell, D. T., Glass, G. V. (1970): Determining the Social Effects of a Legal Reform: The British „Breathalyzer” Crackdown of 1967. *American Behavioral Scientist*, 13: 493–509.
- Rotter J. B. (1966): *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. (Psychological Monographs, 33.) 300–303.
- Róza S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A közép-korú magyar népesség egészségi állapota: A hungarostudy 2002 Országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 2003.
- Róza S., Purebl Gy., Susánszky É., Kő N., Szádóczy E., Réthelyi J., Danis I., Skrabski Á., Kopp M. (2008): A megküzdés dimenziói: A Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9 (3): 217–241.
- Sass J. (2005): *Bizalommintázatok és bizalmi döntések a szervezetekben*. PhD-értekezés, Pécs.
- Schwarzer R. (ed.) (1992): *Self-efficacy: thought control of action*. Washington DC: Hemisphere.
- Scriven, M. (1967): The Methodology of Evaluation. In: Tyler, R. W., Gagne, R. M., Scriven, M. (ed.): *Perspectives of Curriculum Evaluation*. Rand-McNally, Chicago.
- Scriven, M. (1991): *Evaluation Thesaurus*. 4. ed. Sage, Newbury Park.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., Campbell, D. T. (2002): *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston, Houghton-Mifflin.
- Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C., MacKenzie, D. L. (eds.) (2002): *Evidence-based Crime Prevention*. London, Routledge.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., MacKenzie, D. L., Eck, J., Reuter, P., Bushway, S. (1997): *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising*. Washington, DC: U.S. Office of Justice Programs.
- Sherman, L. W., Gottfredson, D. C., MacKenzie, D. L., Eck, J., Reuter, P., Bushway, S. (1998): *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. Research in Brief*. Washington, DC: U.S. National Institute of Justice.
- 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*, 90 (3): 380–386.
- 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.
- Schwarzer R. (ed.) (1992): *Self-efficacy: thought control of action*. Washington DC: Hemisphere.
- Strizek, G. A., Pittsonberger, J. L., Riordan, K. E., Lyter, D. M., Orlofsky, G. F. (2006): *Characteristics of Schools, Districts, Teachers, Principals, and School Libraries in the United States: 2003–04 Schools and Staffing Survey*. (NCES 2006–313 Revised). U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- 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*, 1, 183–97.

- Tobler, N. S. (1997): Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention programs: Results of the 1933 Meta-Analysis. In: Bukovski, W. J. (ed.): *Meta-analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. (NIDA Research Monograph, 170.) US Department of Health and Human Services. National Institute of Health. 5–68.
- Tobler, N. (2001): Prevention is a two-way process, *Drug and Alcohol Findings, Issue 5*, 25–27.
- Tobler, N. S., Stratton H. H. (1997): Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71–128.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P. (2000): School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: 275–336.
- Tukey, J. W. (1977): *Exploratory Data Analysis*. Addison-Wesley, Reading.
- Uhl, A. (1998): Evaluation of primary prevention in the field of illicit drugs: Definitions – Concepts – Problems. In A. Springer, A. Uhl (eds.): *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*. Vienna, Ludwig-Boltzmann-Institute for Addiction Research. (176–197)
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., Maides, S. A. (1976): Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of the Consulting Clinical Psychologist*, 44, 580–585.
- Weisburd, D., Lum, C. M., Petrosino, A. (2001): Does research design affect study outcomes in criminal justice? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578: 50–70.
- Weisburd, D. (2000): Randomized Experiments in Criminal Justice Policy: Prospects and Problems. *Crime and Delinquency*, 46: 181–193.
- Welsh, B. C., Farrington, D. P. (2003): Effects of closed-circuit television on crime. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587: 110–135.
- Werch, C. E., Owen, D. M. (2002): „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”. *Journal of Studies on Alcohol* 63, 581–90.
- Vitrai J. (2009): Tanulmány a „Nemzeti drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről. Kutatási beszámoló. http://www.drogstrategia.hu/attachments/Strategia_ertekeles_Egeszsegmonitor.pdf
- Yates, B. T. (1994): Toward the Incorporation of Costs, Cost-effectiveness Analysis, and Cost-benefit Analysis Into Clinical Research. *J-Consult-Clin-Psychol.*, 62, 4, 729–736.

MELLÉKLET



A KÖTETBEN BEMUTATOTT KUTATÁSI EREDMÉNYEK MÓDSZERTANI HÁTTERE

PAKSI BORBÁLA

AZ ISKOLAI SZÍNTÉREN KÍNÁLT PREVENCIÓS PROGRAMOK FELTÁRÁSÁRA ÉS ÉRTÉKELÉSÉRE IRÁNYULÓ KUTATÁS

A Nemzeti Kutatás Fejlesztési Program (NKFP) támogatásával¹⁷¹ 2003 és 2005 között kutatást végeztünk az iskolai drogprevenciók szintén kínálati oldalának feltárása, strukturált leírása és értékelése céljából.

Iskolai programon azokat a programokat értettük, amelyek iskolai környezetben vagy az iskola által szervezett keretek között futnak. Így például iskolai programoknak tekintettük a tanórai keretek között zajló programok mellett az iskola által szervezett, külső szinten történő drogprevenciók rendezvényeket és egyéb, az iskolához kötődő programokat is. Szintén az iskolai prevenciók tevékenységéhez soroltuk azokat a programokat, amelyek nem közvetlenül a diákokra, illetve a diákokra nem mint végső célpopulációra irányulnak, hanem a diákokkal foglalkozó pedagógusokra vagy egyéb, éppen a képzés révén iskolai keretek között dolgozó szakemberekre (felntőttekre vagy kortársakra), s ily módon közvetve szolgálják az iskolai megelőzést (ilyen programok például a pedagógusképző, illetve a kortársoktatók, kortárssegítők képzésével foglalkozó programok).

A kutatás célterületét az iskolai szinten megjelenő prevenciók aktivitások közül azok a beavatkozások képezték, melyek nem eseti jellegűek, és a megvalósításuk minden beavatkozás során azonos célok és módszerek mentén történik. Emellett a célterület további szűkítését jelentette, hogy a kutatás csak a már beindult és a prevenciók kínálatban a kutatás idején aktuálisan is megjelenő programoknak a leírására irányult.

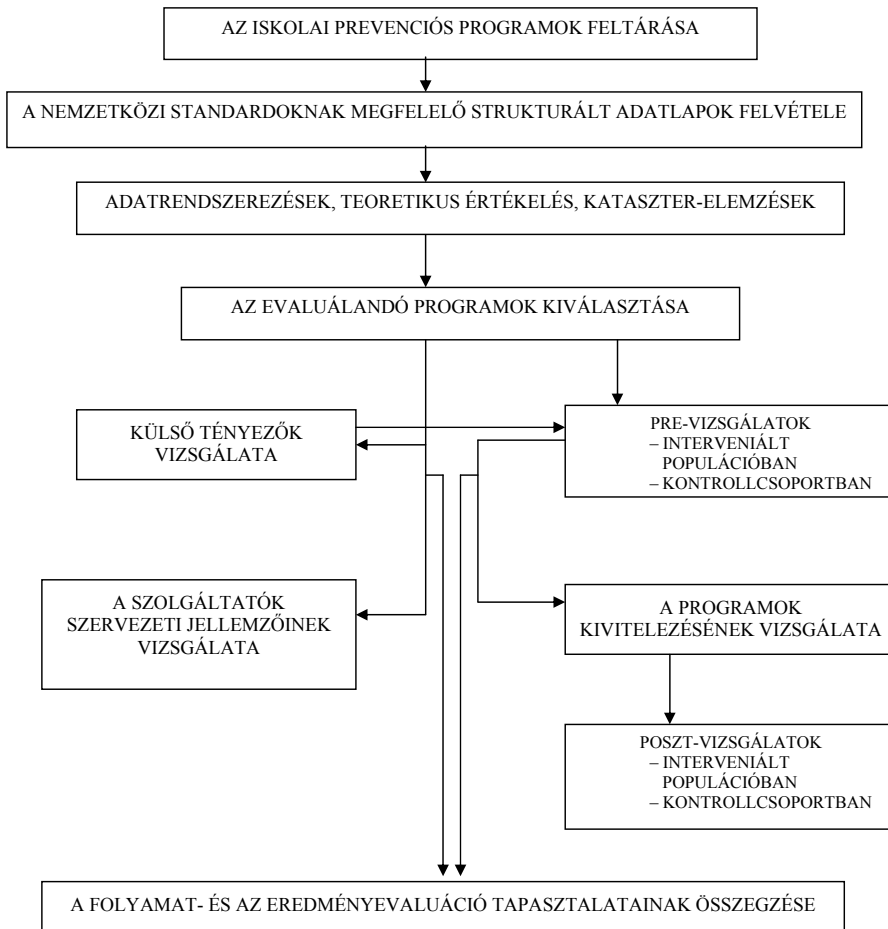
A kutatás felépítése, az egyes lépések kidolgozása, az alkalmazott módszerek megválasztása a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)

¹⁷¹ A kutatás az NKFP „Fények és árnyak” című projektje (projektszám: 1B/0001/2002) részeként, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI), a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (BCE MKI VK), valamint az MTA Pszichológiai Intézet konzorciális együttműködése keretében készült.

drogprevenciós programok értékelésével kapcsolatos ajánlásainak felhasználásával (pl. Bukovski, 1997; EMCDDA, 1998, 2001; Kröger és mtsai, 1998; Baker et al. 1998, Bury, 2000; Neaman Nilson és Solberg, 2000; Morgan, 2000; Rácz, 2001; Nádas, 2004), valamint a 2001-ben Budapesten végzett iskolai prevenciós programokra irányuló kutatásunk (Paksi és Demetrovics, 2002a, 2002b; Paksi és mtsai, 2002a, 2002b) tapasztalatai alapján történt. A kutatás során alkalmazott fogalmi apparátus szintén leképezi az EMCDDA által alkalmazott fogalmi kereteket.

A kutatás első lépéseként a közoktatási intézményekben tanuló fiatalokat megcélzó, aktuálisan is működő, direkt drogprevenciós vagy drogprevenciós célzattal is dolgozó egészségfejlesztési programok feltárását és strukturált leírását végeztük el. Ezt követően a feltárt programok teljes körére vonatkozóan elvégeztük a programok teoretikus értékelését, majd néhány – a magyarországi palettán jelen lévő programok heterogenitását mindinkább leképező s az értékelés elért populáció nagyságára vonatkozó feltételeinek eleget tevő – program részletes folyamat- és eredményevaluációját végeztük el. A kutatás felépítését és ez egyes munkafázisok kapcsolódását a 99. ábra mutatja be.

99. ábra. A prevenciós programok feltárása és monitorozása c. kutatás felépítése



A kutatás egyes fázisainak módszertani hátterét az eredményeket bemutató fejezeteknél ismertetjük.

AZ ISKOLÁK PREVENCIÓS TEVÉKENYSÉGÉNEK LEÍRÁSÁRA IRÁNYULÓ KUTATÁSOK

2004-ES VIZSGÁLAT

2004 tavaszán a magyarországi közoktatási intézmények,¹⁷² illetve az ott tanító pedagógusok körében kutatást végeztünk az iskolai prevenciós/egészségfejlesztési szintér befogadói oldalának megismerése.¹⁷³ A kutatás célja az iskolai prevenciós/egészségfejlesztési programok felhasználói oldalról való komplex leírása volt, melynek során az alábbi kérdéskörökre próbáltunk fókuszálni:

- a közoktatási intézmények, valamint az azokban oktató pedagógusok mennyire tekintik feladatkörükbe tartozónak a prevenciós/egészségfejlesztés témakörébe is tartozó, a tudásátadáson túlmutató feladatok ellátását;
- az intézmények milyen mértékben rendelkeznek ezen feladatok ellátására kapacitásokkal, mennyiben hoznak létre az iskolán belül ilyen funkciókat, illetőleg a pedagógusok rendelkeznek-e a prevenciós/egészségfejlesztési feladatok – közvetlen vagy közvetett – ellátására szakképesítéssel;
- az általános és középfokú oktatási intézményekben mikortól jelentek meg prevenciós/egészségfejlesztési programok, milyen mértékben változtak az utóbbi években, és jelenleg milyen mértékben vannak jelen (az iskolák mekkora hányadában, ill. az egyes iskolákban mekkora súllyal);
- milyen típusú – mely területekre kiterjedő, milyen teóriák mentén dolgozó – programok iránt mutatnak ezek az intézmények érdeklődést;
- a folyó tevékenységek milyen mértékben vívják ki az iskolák elismerését, mennyire elégedettek azokkal;
- az iskolák prevenciós/egészségfejlesztő tevékenysége mennyire tekinthető spontán szerveződésűnek, illetve stratégiailag tervezettnek;
- ezen feladatok ellátása kapcsán az oktatási intézmények milyen mértékben építenek ki kapcsolatokat különféle problémaszpecifikus intézményekkel, szervezetekkel.

¹⁷² Közoktatási intézményeknek ezekben a vizsgálatokban az általános iskolákat, a gimnáziumokat, a szakközépiskolákat, a szakiskolákat tekintettük (nem tartoztak a célpopulációba az óvodák és a speciális szakiskolák, illetve a gyógypedagógiai intézmények).

¹⁷³ A kutatás az Oktatási Minisztérium „Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenciós/egészségfejlesztő programokról” címmel meghirdetett pályázata keretében készült, a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI), a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja (BCE MKI VK), valamint az Országos Közoktatási Intézet (OKI) együttműködésében (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004).

Tekintettel arra, hogy az iskola intézményének fenti dimenziók mentén leírt prevenció/szegélyfejlesztési tevékenysége az iskola szervezeti válasza a nem fertőző betegségek, illetve az egészségkárosító magatartások terén jelentkező epidémiái kihívásra, a kutatás primer céljai között szerepelt annak feltárása is, hogy e reagálás milyen formális (intézménytípus, intézményméret, területi elhelyezkedés stb.) és nem formális szervezeti jellemzők (szervezeti nyitottság, szervezeten belüli viszonyok, a személyi összetétel egyes jellemzői stb.) mentén differenciálódik.

A vizsgálat végső célpopulációját a magyarországi közoktatási intézmények, illetve az ezekben az intézményekben tanító főállású pedagógusok sokasága képezte. A mintakeretbe tartozó intézmények száma az OM Statisztikai Tájékoztató 2002/2003-as tanévre vonatkozó adatai alapján 3634, az ezekben főállásban tanító pedagógusok száma, azaz a kutatás keretébe tartozó populáció nagysága 123 622 fő.

A kutatás két részből tevődött össze, egy survey-módszerrel végzett kvantitatív adatfelvételből, továbbá egy – a kvantitatív adatfelvétel során összegyűjtött adatok árnyalására szolgáló – fókuszcsoporthoz beszélgetésekre épülő (Kreuger, 1988) kvalitatív vizsgálatból.

A kvantitatív adatfelvétel mintájának kiválasztása kétlépcsős, rétegzett, véletlen mintavétellel történt: első lépcsőben intézményi mintát vettünk, melynek során az mintakeretbe tartozó intézményeket az iskola székhelye, programtípusa, illetve a szervezet mérete alapján rétegeztük. A következő lépcsőben a kiválasztott intézményekben az intézményi és a pedagógus mintakeret rétegenkénti arányításával meghatároztuk az egyes rétegekben az iskolánként kiválasztandó pedagógusok számát, majd – a pedagógusok vizsgálatával foglalkozó szakirodalomban fontos szerepet kapó kiégés (burnout) kritikus időpontjának figyelembevételével¹⁷⁴ – véletlen módszerrel választottuk ki a megkérdezendő pedagógusokat.

A mintavételi arányt a középiskolai képzést is tartalmazó programtípusok esetében az alapsokaság 10%-ában, a csak általános iskolai képzéssel foglalkozó intézmények esetében az alapsokaság 6%-ában határoztuk meg. Így a vizsgálat tervezett (bruttó) mintája 272 (135 középiskolai képzéssel [is] és 137 csak általános iskolai oktatással foglalkozó) oktatási intézményt tartalmazott. Az egyéni mintát a magyarországi közoktatási intézményekben főállásban tanító pedagógusok 0,8%-ára, azaz 1000 főre terveztük. Ez a mintanagyság az egyéni szintű kvantitatív adatokban 95,5%-os megbízhatósági szinten $\pm 3,2\%$ -ban maximálja a standard hibát.

A csak általános iskolai képzéssel foglalkozó iskolákban intézményi szintű végleges mintakiesés nem történt. A középiskolai képzéssel is foglalkozó intézmények esetében a pótmintából való helyettesítések segítségével a kvantitatív

¹⁷⁴ A minta feltöltése során a pályán eltöltött idő (7 éve vagy annál régebben) oktatásstatisztikai adatokban hozzáférhető operacionalizált indikátora, a pedagógusok életkorbontása (35 éves vagy annál fiatalabb, illetve 35 évesnél idősebb) mentén arányosítottunk.

vizsgálat során 93,3%-os intézményi mintaelérést sikerült megvalósítani. Így a megvalósult intézményi minta 263 iskolát tartalmazott. A mintakiesés rétegenként eltérő arányai miatt a középiskolás intézményi adatbázist első lépésben intézménytípus és székhely szerint utólagos súlyozással az alapsokasághoz arányosítottuk, majd ezt követően alkalmaztuk a középiskolai felülreprezentációt kiegyenlítő súlyokat. Az egyéni mintában az intézményi mintakiesések ellenére a tervezetthez képest nem történt elemszámcsökkenés. Tekintettel azonban arra, hogy az intézményi súlyozás során tantestületméret szerinti súlyozást – az alacsony intézményi cellagyakoriságok miatt – nem tudtunk alkalmazni, az intézményi súlyok alkalmazása nem állította helyre az egyéni minta arányait, ezért annak külön súlyozása is szükségessé vált.

A kvantitatív adatfelvétel kérdezőbiztosok bevonásával, az iskolai szintén történő személyes megkereséssel, kombinált – a face to face kérdezési technikát önkitöltős elemekkel kombináló – módszerrel 2004. március 10. és április 23. között zajlott.

A kutatás kérdőíve – ami a kérdések eltérő adatfelvételi módja miatt gyakorlatilag két („A” és „B”) kérdőív – következő kérdésköröket tartalmazta:

- Az iskola korábbi, jelenlegi és jövőbeni prevenció/egészségfejlesztési aktivitásaira, azok mibenlétére vonatkozó kérdések
- Kompetenciaérzettel, egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok
- Egyéni szocioökonómiai változók (beleértve a szervezeti funkciókkal, a képzettségi státussal kapcsolatos változókat is)
- Értékorientációkkal, anómiával, orientációhiánnyal, elidegenedéssel, kompetenciaérzéssel kapcsolatos változók
- Általános mentális állapottal, problémamegoldással, kielégettséggel, egészségmagatartással kapcsolatos skálák
- Szervezetszociológiai változók (szervezeti bizalom; tantestületi légkör; szervezeti nyitottság; az iskola társadalmi megítélésével és – csak az igazgatói kérdőívben – a tanári kar összetételével kapcsolatos változók)

74. táblázat. A „Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/szegélyfejlesztő programokról” című kutatás módszertani paramétereinek összefoglalása

MINTAKERET	A magyarországi közoktatási intézmények, illetve az ezekben az intézményekben tanító főállású pedagógusok sokasága
MINTAVÉTELI ELJÁRÁS	Kétlépcsős, rétegzett, véletlen mintavétel: – Intézményi minta kiválasztása: a mintaválasztás első lépcsőjében az iskola székhelye és programtípusa, illetve a szervezet mérete szerint rétegzett, véletlen mintavétellel, a középiskolai képzést (is) folytató iskolák felülreprezentálásával. – Pedagógusminta: a kiválasztott intézményekben életkor szerint rétegzett, véletlen mintavétel
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Kérdőbiztosok bevonásával, az iskolai szintén történő személyes megkereséssel, kombinált kérdezési technikával
BRUTTÓ MINTANAGYSÁG	Intézményi minta: 272 iskola Pedagógusminta: 1000 fő
NETTÓ MINTANAGYSÁG	Intézményi minta: 263 iskola Pedagógusminta: 1000 fő
AZ ADATFELVÉTEL IDEJE	2004. március 10. és április 23. között
SÚLYOZÁS	Rétegek kategóriák szerinti mátrixsúlyozás a felülreprezentáció és a nettó minta torzulásainak ellensúlyozására
ADATFELDOLGOZÁS	SPSS for Windows programcsomaggal

A kvalitatív adatfelvételbe bevont személyek kiválasztása a kvantitatív adatfelvétel során megkérdezett személyek közül történt. A kvalitatív vizsgálat mintakeretének összeállítása során a vizsgálatba vont intézményeket fő programtípuscsoportok, valamint a célváltozó egyik összevont alakja (végzett-e az intézmény prevenció/szegélyfejlesztő tevékenységet az adatfelvételt megelőző tanévben, vagy nem) mentén rétegeztük. Ezen vizsgálati elem keretében 2004. június 9. és 11. között 10 fókuszcsoportban összesen 87 fővel készült interjú.

A 2009-ES VIZSGÁLAT

2009 tavaszán az Oktatási és Kulturális Minisztérium megbízásából¹⁷⁵ a változások nyomon követésére újabb vizsgálatot készítettünk. A vizsgálat célpopulációját a magyarországi közoktatási intézmények, az intézményekben működő feladatellátási helyek,¹⁷⁶ illetve a főállásban ott tanító pedagógusok sokasága képezte. A mintakeretbe tartozó intézmények száma az OKM közoktatási statisztikai adatgyűjtés 2007/2008-as tanévre vonatkozó adatai alapján 3295, a feladatellátási helyek száma 5086, az intézményekben tanító főállású pedagógusok száma az intézményi összesített adatok alapján 118 361 fő.

A mintaválasztás kétlépcsős, rétegzett, véletlen mintavételi eljárással zajlott. Első lépcsőben intézményi mintát vettünk. Az intézmények kiválasztása rétegzett, véletlen mintavétellel történt, melynek során rétegzési szempontként az iskola székhelye és programtípusa változókat alkalmaztuk. Az intézményi minta nagyságát az egyes rétegeken belül, a rétegbe tartozó intézmények számával arányosan, az adott réteg átlagos feladatellátási hely arányát figyelembe véve, a középiskolai képzést is tartalmazó programtípusok esetében annak 6%-ában, a csak általános iskolai képzéssel foglalkozó intézmények esetében az alapsokaság 3%-ában határoztuk meg. Az így létrejött minta összesen 133 intézményt és 207 feladatellátási helyet tartalmazott.

A következő lépcsőben a mintába került intézményekben a feladatellátási helyek típusa és mérete szerint rétegzett, véletlen mintavétellel határoztuk meg

¹⁷⁵ A kutatás finanszírozásában a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet (NDI) is részt vett. A kutatást a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette.

A kutatás négy, egymáshoz szorosan kapcsolódó, kvantitatív adatfelvételtől állt, ennek megfelelően az adatfelvétel során négy megkérdézetti kört különböztettünk meg: I. intézményigazgatók; II. a feladatellátási helyek vezetői (abban az esetben, ha az intézmény több feladatellátási hellyel működik); III. pedagógusok; IV. diákok. Jelen kötetben csak az I–III. mintákon készült kutatási elemek eredményei kerülnek bemutatásra, így a diákok körében végzett vizsgálat módszertanának ismertetésétől itt eltekintünk.

¹⁷⁶ Az iskola világában az utóbbi években lezajlott szervezeti változások szükségessé tették, hogy feladatellátási helyek szintjén is elemezhetőek legyenek az adatok. Lannert és Sinka (2009) kutatási eredményei ugyanis azt mutatták, hogy a (részben) iskola-összevonásokkal létrejött, több feladatellátási hellyel rendelkező iskolák nem egységes tantestülettel működnek, s jellemzően önálló szervezeti egységként tekintenek a feladatellátási helyeikre. A célváltozók formális és informális szervezeti jellemzők mentén való mintázódásának vizsgálata tehát szükségesség tette, hogy az adatok feladatellátási helyekre vonatkoztatva (is) értelmezhetővé váljanak. Ugyanakkor mivel a kutatás egyik elsődleges célkitűzése a 2004-es „*Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/ségészségfejlesztő programokról*” című kutatásban (Paksi, Felvinczi, Schmidt, 2004) megfogalmazott problémadimenziók mentén való elmozdulások vizsgálata, ezért a kutatás módszereinek megválasztása során meghatározó szerepet kapott a korábbi vizsgálattal való összehasonlíthatóság. Ezt intézményi szinten tudjuk megtenni.

az iskolánként kiválasztandó pedagógusok számát. A pedagógusmintába tartozónak tekintettük az intézmény vezetőjét, több feladatellátási hely esetében azok vezetőit is. Az egyes feladatellátási helyekhez – a vezetőkön kívül megkérdezendő pedagógusok számának megfelelően – véletlen számokat rendeltünk, s a mintát a helyszínen, a pedagógusok névsorba állított listája alapján a véletlen számokhoz rendelt pedagógusokkal töltöttük fel. A bruttó pedagógusminta – az intézmény-, illetve a feladatellátásihely-vezetőkkel együtt – 837 pedagógusra terjedt ki.

Az adatfelvétel során a 133 intézményre kiterjedő bruttó mintából 132 intézményben, a feladatellátásihely-vezetők körében végzett adatfelvétel során pedig a tervezett bruttó 207 feladatellátási helyre kiterjedő mintaelemszámból 165 feladatellátási helyen sikerült a kérdezést megvalósítani. Az intézmény- és feladatellátásihely-vezetők, valamint a feladatellátási helyen dolgozó pedagógusok egyesített mintája pedig 692 esetet tartalmazott. A feladatellátási helyeken, illetve a pedagógusok körében történt jelentősebb mintakiesés ellenére a lekérdezett mintákban csak kisebb torzulások következtek be. Mindazonáltal az általános iskolák mintakialakításkor történt alulreprezentációja, valamint a lekérdezett minta összetételének kisebb torzulásai miatt a lekérdezett minta sokasági arányait mátrixsúlyozással korrigáltunk.

Az adatfelvétel az intézményvezetők és a pedagógusok körében egyaránt kérdezőbiztosok bevonásával, az iskolai szintén történő személyes megkereséssel (a szervezeti bizalomra vonatkozó kérdéssor kivételével, mely önkitöltős módszerrel került felvételre) face to face technikával zajlott, 2009. március 11. és április 24. között.

A kutatás kérdőívei a következő kérdésköröket tartalmazták:

- intézmény-, illetve feladatellátásihely-vezetői kérdőív;
- szervezeti jellemzők (az iskola szervezetének formális jellemzői, szervezeti nyitottság, az iskola társadalmi megítélésére vonatkozó intézményi percepciók);
- az intézmény / feladatellátási hely humán erőforrás-kapacitásának jellemzői;
- az intézmény/feladatellátási hely prevenció/egészségfejlesztési tevékenységének leírására vonatkozó kérdések;
- a pedagógus kérdőív kérdései.

Pedagógus-kérdőív:

- gyermek- és fiatalkorúak körében az iskola világában előforduló problémás magatartásokkal (szenvédélyszer-használat, iskolai agresszió, pszichoszociális problémák stb.) és az iskola, ill. a diákok egyéb jellemzőivel (pl. eredményesség, hírnév stb.) kapcsolatos pedagógusi percepciók (Strizek és mtsai, 2006);
- tantestületi légkör, szervezeti bizalom (Sass, 2005; Paksi, Schmidt, 2006)
- kompetenciaérzettel, egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok (Paksi, Felvinczi, Schmidt, 2004; Paksi, Schmidt, 2006);
- egyéni szocioökonómiai változók (beleértve a szervezeti funkciókkal, az iskolához kötődő egyéb egyéni jellemzőkkel, valamint a képzettségi státussal kapcsolatos változókat is).

75. táblázat. A „Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/ségességfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedések és reagálások vizsgálata” című kutatás módszertani paramétereinek összefoglalása

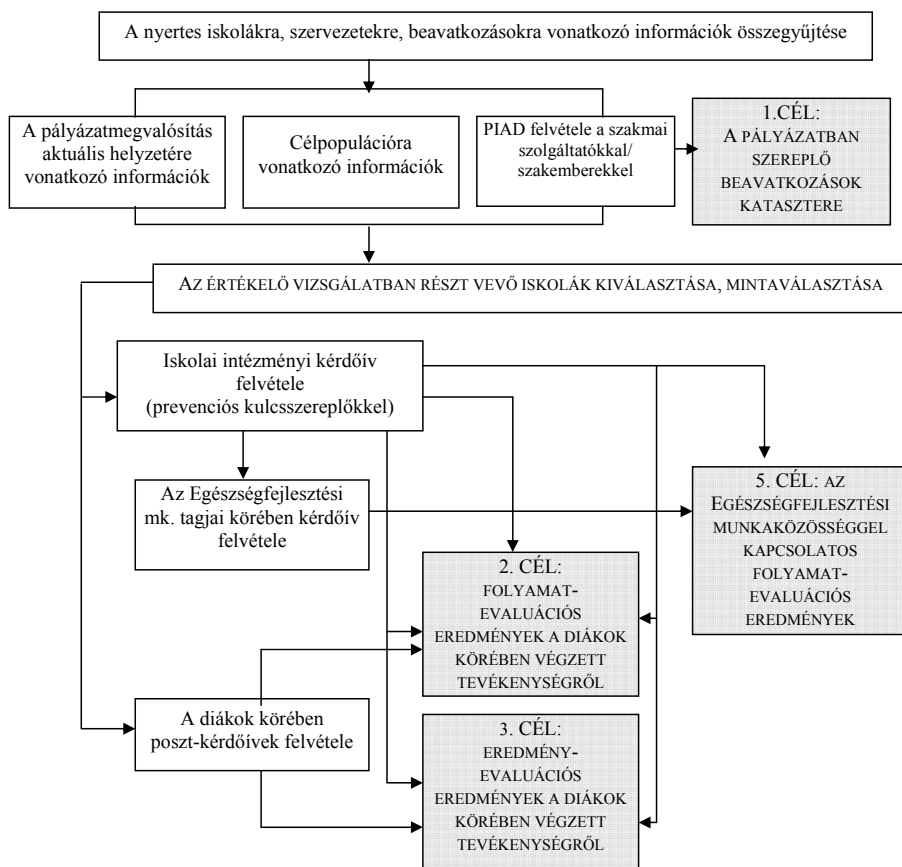
MINTAKERET	A magyarországi közoktatási intézmények, az intézményekben működő feladatellátási helyek, illetve a főállásban ott tanító pedagógusok sokasága
MINTAVÉTELI ELJÁRÁS	Kétlépcsős, rétegzett, véletlen mintavétel – Intézményi minta kiválasztása: a mintaválasztás első lépcsőjében az iskola székhelye és programtípusa szerint rétegzett, véletlen mintavétellel – Feladatellátási helyek mintája: a mintába került intézményekben aktuálisan működő, azon feladatellátási helyek teljes köre, ahol a 8., illetve 11. évfolyam tanulói létszáma nagyobb nullánál – Pedagógusminta: a mintába került intézményekben a feladatellátási helyek típusa és mérete szerint rétegzett, véletlen mintavétellel
BRUTTÓ MINTANAGYSÁG	– 133 (a középiskolai képzést is tartalmazó programtípusok esetében 6%-os, a csak általános iskolai képzéssel foglalkozó intézmények esetében 3%-os minta) – 207 feladatellátási hely – 837 pedagógus
NETTÓ MINTANAGYSÁG	– 132 intézmény – 165 feladatellátási hely – 692 pedagógus
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Kérdőbiztosok bevonásával, az iskolai szintén, személyes megkereséssel, jellemzően face to face technikával
ADATFELVÉTEL IDEJE:	2009. március 11. – április 24.
SÚLYOZÁS	rétegek kategóriák szerinti mátrixsúlyozás
ADATFELDOLGOZÁS	SPSS for Windows programcsomaggal

AZ ICSSZEM ÉS AZ OM TÁMOGATÁSÁVAL FOLYÓ ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ-DROGMEGELŐZÉSI TEVÉKENYSÉG ÁTTEKINTÉSÉRE ÉS ÉRTÉKELÉSÉRE IRÁNYULÓ KUTATÁS

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium megbízásából és finanszírozásával a 2005/2006-os tanévben „Az alap- és középfokú oktatási intézmények számára iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” az ICSSZEM és az OM által kiírt pályázat keretében megvalósult programok áttekintése, illetve értékelése céljából végeztünk kutatást.

Az alábbi folyamatábra a kutatás egyes munkafázisait, a célok, illetve az azok eléréséhez használt eszközök kapcsolódását mutatja be.

100. ábra. A kutatás folyamata, eszközei és outputjai



A kutatás összetettsége és az elemzések során a különböző kutatási fázisok szövevényes kapcsolódása miatt ez esetben az egyes fázisok módszertani hátterének bemutatására nem az eredmények leírása során térünk ki, hanem röviden itt vázoljuk fel.

A PÁLYÁZAT KERETÉBEN MEGVALÓSULÓ BEAVATKOZÁSOK KATASZTERÉNEK ÖSSZEÁLLÍTÁSA SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

A kutatás első lépéseként azonosítottuk a pályázaton nyertes iskolákban az ICSSZEM–OM pályázati rendszer keretében megvalósuló beavatkozásokat, illetve az ezekhez rendelhető szakmai szervezeteket/szakembereket és/vagy teameket. Majd az identifikált szereplők pályázati tevékenységének tartalmára vonatkozó információkat gyűjtöttük össze részben a további lépések mintakeretének meghatározásához, részben a „prevenciós tevékenység teljes körű áttekintése” kutatási cél megvalósítása miatt.

1. fázis:

A pályázat megvalósulásában résztvevők, illetve az elért célpopuláció identifikálása

A pályázat résztvevőire, illetve a pályázat megvalósulása során elért célpopulációra vonatkozó információk megszerzése végett a kutatás első fázisban az ICSSZEM–OM-pályázaton nyertes iskolák teljes körére kiterjedően kvantitatív adatgyűjtést hajtottunk végre. Az adatfelvétel az alábbi témakörökre terjedt ki:

- az iskolában a prevenciós/egészségfejlesztő tevékenységet leginkább átlátó, az azzal kapcsolatos munkát összefogó, a kutatás további fázisaiban „kulcs-szereplőnek” tekintett iskolai alkalmazottak azonosítása;
- a pályázat keretében az iskolában a diákok körében zajló prevenciós beavatkozások identifikálására vonatkozó adatok (kik végzik, elérhetőségi adatok),
- a pályázat keretében az egyes beavatkozások által elért osztályok létszámára vonatkozó adatok;
- a beavatkozások megvalósulásának menetére, aktuális állapotára vonatkozó alapadatok.

76. táblázat. Az 1. fázis módszertani jellemzőinek összefoglalása

ADATFELVÉTEL TÍPUSA	Kvantitatív adatfelvétel
AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2006. február–március
MINTAKERET	Az ICSSZEM–OM-pályázaton nyertes 313 iskola
MINTANAGYSÁG	Bruttó minta: 313 iskola, nettó minta: 277 iskola
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Telefonos megkérdezés
MEGKÉRDEZETT SZEMÉLYEK	Prevenációs kulcsszereplők

2. fázis:

A pályázat keretében megvalósulásra kerülő beavatkozások jellemzőire vonatkozó adatgyűjtés

A következő fázisban a pályázaton nyertes iskolákban zajló preventációs beavatkozásokat megvalósító szolgáltatók, szakemberek, illetve szakmai teamek körében végeztünk teljes körű adatgyűjtést.

Az adatfelvétel ebben az esetben is kvantitatív jellegű információk gyűjtésére irányult. A programok leírása során az iskolai drogprevenció szintér kínálati oldalának a jelen kötet harmadik fejezetében bemutatott, az Országos Drogprevenció Adattár (Paksi és Demetrovics, 2005) felállításakor is alkalmazott standardokat (Bukovski, 1997; EMCDDA, 1998, 2001; Kröger és mtsai, 1998; Baker et al. 1998, Bury, 2000; Neaman, Nilson és Solberg, 2000; Morgan, 2000; Rácz, 2001; Nadas, 2004), valamint a pályázati prioritások által megkívánt indikátorok képzéshez szükséges input információszükségleteket tartottuk szem előtt.

Az adatgyűjtés eszközét az országos preventációs kínálat leírására irányuló – 3. fejezetben (is) szereplő – kutatás során alkalmazott Programinformációs Adatlap (PIAD) (lásd: Paksi és Demetrovics, 2005) rövidített, aktualizált változata képezte. A pályázat keretében a diákok körében megvalósításra kerülő beavatkozásokról a következő főbb információcsoportok mentén gyűjtünk adatokat:

- általános, összefoglaló beavatkozástípusú ismérvek,
- a végső célcsoport (diákok) jellemzőire vonatkozó specifikációk,
- a beavatkozás célja,
- az alkalmazott módszerek, eszközök,
- a pályázat személyi háttere,
- a programot üzemeltető szervezet alapvető jellemzőire vonatkozó információk.

Az adatok struktúrája lehetővé teszi, hogy összehasonlító elemzéseket készítsünk az országos kataszter (lásd a jelen kötet 3. fejezetét, továbbá: Paksi és Demetrovics, 2005; Paksi és mtsai, 2006), valamint az iskolák preventációs tevékenységnek leírása (Paksi, Felvinczi és Schmidt, 2004) során alkalmazott dimenziók mentén.

77. táblázat. Az 2. fázis módszertani jellemzőinek összefoglalása

ADATFELVÉTEL TÍPUSA	Kvantitatív adatfelvétel
AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2006. február–április
MINTAKERET	Az ICSSZEM–OM-pályázaton nyertes iskolákban prevenciósz tevékenységet végzők: szolgáltatók, szakemberek, teamek
MINTANAGYSÁG	Teljes körű megkérdezés
MEGKÉRDEZETTEK SZÁMA	277 iskola szolgáltatója – 229 prevenciósz program
ADATGYÚJTÉSI ELJÁRÁS	Telefonos megkérdezés
MEGKÉRDEZETT SZEMÉLYEK	Programvezetők, illetve programfelelősök
ADATFELDOLGOZÁS	SPSS for Windows programcsomaggal, leíró és összehasonlító elemzések

AZ ÉRTÉKELO KUTATÁSI RÉSZ SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Az értékelő vizsgálati rész megvalósításához szükséges adatfelvételeket a pályázatban részt vevő iskolák, illetve a pályázat egyes elemeinek megfelelő célcsoportok reprezentatív mintáján végeztük.

3. fázis:

Az iskolai prevenciósz kulcsszemélyek körében végzett kutatás

Az adatfelvétel intézményi mintakeretét a feltáró fázisban az iskolai és szolgáltatói oldalról egyaránt elért, tehát az iskolai keretinformációk (a beavatkozásban részt vevő osztályok mintaválasztási szempontok szerinti pontos azonosíthatósága) és a prevenciósz programjellemezők mentén egyaránt definiálható – az előző kutatási fázisban a megkérdezés során elért – 277 iskola képezte.¹⁷⁷ Az adatfelvétel a mintakeretbe tartozó iskolák reprezentatív mintájának prevenciósz kulcsszereplői körében történt.

A mintába kerülő iskolák kiválasztása a prevenciószban részt vevő osztályok száma alapján, iskolaméret szerint arányos, rétegzett, véletlen mintavétellel történt, ahol a mintavételi egységet az iskolák jelentették. A kiválasztott bruttó minta 100 iskolára terjedt ki. A diákok körében készült, illetve a prevenciósz munkacsoportra vonatkozó adatbázissal való összekapcsolhatóság végett ez az intézményi minta jelentette a

¹⁷⁷ A keretnek a programok mentén is definiált voltát az indokolta, hogy csak így tudjuk a programjellemezőket magyarázó változóként az adatbázisokhoz csatolni.

kutatás 4. fázisában az egészségfejlesztési munkaközösség, illetve az 5. fázisban a diákok körében végzett adatfelvételek mintaválasztásának első lépcsőjét is.

A kiválasztott iskolák közül 4 iskolában sikertelen volt a prevenciós kulcsszereplő megkérdezése, tehát ezen kutatási fázis nettó mintáját 95 iskola prevenciós kulcsszereplői körében felvett kérdőív adatai képezik.

78. táblázat. A mintakeretbe, illetve a bruttó és nettó mintába tartozó iskolák eloszlása rétegzési szempontok szerint

A PREVENCIÓBAN RÉSZT VEVŐ OSZTÁLYOK SZÁMA	MINTAKERET		BRUTTÓ MINTA	NETTÓ MINTA	
	ISKOLÁK SZÁMA	%	ISKOLÁK SZÁMA		%
1–8 osztály	95	34,3	34	34	35,8
9–16 osztály	107	38,6	39	36	37,9
17 vagy több osztály	75	27,1	27	25	26,3
Összesen	277	100,0	100	95	100,0

Az adatgyűjtés iskolai szintén, face to face technikával történő kérdőíves megkérdezéssel történt, előzetesen felkészített kérdezőbiztosok bevonásával. Az adatfelvételi battéria fő kérdéskörei a következők:

- Az iskola intézményi jellemzői
 - iskolaméret
 - funkciók
 - az iskola társadalmi elhelyezkedésére, státusára vonatkozó szubjektív indikátorok
- Az iskola prevenciós aktivitása
 - a prevenció fontossága
 - a korábbi években végzett prevenciós tevékenység
 - kapcsolati nyitottság
- A prevenciós szolgáltató(k) kiválasztásával kapcsolatos döntések
 - diákok interveniálását végző (vagy abban résztvevő) szolgáltatóval kapcsolatos döntések
 - az Egészségfejlesztési munkaközösség kialakításában közreműködő szakmai szolgáltató kiválasztásával kapcsolatos döntések
- A pályázati rendszerrel kapcsolatos kérdések

Ez a kutatási fázis egyrészt intézményi szintű információkat adott a pályázatmegvalósítás folyamatának egyes lépéseiről, körülményeiről, másrészt háttérváltozókkal szolgált a diákok körében végzett beavatkozásokra, illetve az Egészségfejlesztési munkacsoportban folyó munkára vonatkozó elemzésekhez.

79. táblázat. Az 3. fázis módszertani jellemzőinek összefoglalása

ADATFELVÉTEL TÍPUSA	Kvantitatív adatfelvétel
AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2006. április 25-től május 31-ig
MINTAKERET	Az adatfelvétel mintakeretét feltáró fázisban elért 277 iskola
MINTAVÁLASZTÁSI EGYSÉG	Iskolák
BRUTTÓ MINTANAGYSÁG	100 iskola
NETTÓ MINTANAGYSÁG	95 prevenciós kulcsszereplő
MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	A prevencióban részt vevő osztályok száma alapján rétegzett, véletlen mintavétel
SÚLYOZÁS	A minta nem igényelt súlyozást
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Iskolai szintén, face to face technikával zajló egyéni megkérdezés
AZ ADATGYŰJTÉS ESZKÖZE	Face to face kérdőív
ADATFELDOLGOZÁS	SPSS for Windows programcsomaggal, leíró és összehasonlító elemzések

4. fázis:

Az Egészségfejlesztési munkaközösség tagjai körében végzett adatfelvétel

Mint említettük, a prevenciós munkacsoportra vonatkozó adatbázisnak a prevenciós kulcsszemélyekre vonatkozó adatokkal való összekapcsolhatósága miatt a prevenciós kulcsszereplők körében történő adatgyűjtés során kiválasztott intézményi minta jelentette ezen adatfelvételi fázis intézményi mintáját is.

Eben a fázisban az intézményi mintába tartozó iskolákban az Egészségfejlesztési munkaközösség tagjai körében teljes körű adatfelvételre törekedünk. A munkaközösségi tagok bruttó mintanagyságának becsléséhez 87 iskolára vonatkozóan ismertük a tagok számát. Ennek alapján az iskolákban átlagosan 6 fő vesz részt e munkaközösségek munkájában. Amennyiben az iskolánként átlagos munkacsoportmérettel számolunk, akkor 100 iskolában mintegy 600 fő képezte a kutatás bruttó mintanagyságát. Ténylegesen iskolánként átlagosan 5, összességében a 94 iskolában 489 személlyel történt sikeres kérdőívfelvétel, azaz a becsült bruttó mintanagyság alapján 81,5%-os mintaelérést sikerült megvalósítani.

Az adatgyűjtés iskolai szintén, kérdezőbiztos jelenlétében, önkitöltős technikával történt, iskolánként 1–3 ülésben. A kérdőív a következő kérdéskörökre terjedt ki:

- A munkaközösség összetételével kapcsolatos kérdések
- a résztvevők szervezeti pozíciója
- képzettségi státusa
- témával kapcsolatos előképzettsége

- demográfiai jellemzők
- a tagok pedagógusszerep-felfogása
- A munkaközösség létrehozásával kapcsolatos kérdések
- A munkaközösség működésével kapcsolatos, folyamatevaluációs kérdések
- a munkaközösségi ülések összehívásának módja, gyakorisága
- a munkaközösség céljai
- a munkaközösség kapcsolati nyitottsága
- A munkaközösség munkájának reagálás-központú értékelését lehetővé tevő kérdések
- Szervezetszociológiai kérdések
- Szervezeti légkör
- Szervezeti bizalom skála

80. táblázat. Az 4. fázis módszertani jellemzőinek összefoglalása

ADATFELVÉTEL TÍPUSA	Kvantitatív adatfelvétel
AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2006. április 25-től május 31-ig
MINTAKERET	Az adatfelvétel mintakeretét feltáró fázisban elért 277 iskola
MINTAVÁLASZTÁSI EGYSÉG	Iskolák
A MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	Intézményi mintavétel, a prevencióban részt vevő osztályok száma alapján rétegzett, véletlen kiválasztással
BRUTTÓ MINTANAGYSÁG	100 iskolában az Egészségfejlesztési munkaközösség összes tagja: kb. 600 fő
NETTÓ MINTANAGYSÁG	94 iskola, 489 munkaközösség tag
SÚLYOZÁS	A minta nem igényelt súlyozást
ADATGYŰJTÉSI ELJÁRÁS	Iskolai szintén, kérdezőbiztos jelenlétében történő önkitöltős megkérdezés
AZ ADATGYŰJTÉS ESZKÖZE	Önkitöltős kérdőív
ADATFELDOLGOZÁS	SPSS for Windows programcsomaggal elsősorban leíró elemzések

5. fázis:

A diákok körében végzett adatfelvétel

Mivel a pályázaton nyertes iskolák túlnyomó többségében (94%-ában) már a kutatás 1. fázisának lebonyolításakor elkezdődött a diákok körében végzett prevenciósz tevékenység, a diákok körében csak a prevenciósz beavatkozásokat követően nyílt lehetőség adatfelvétel lebonyolítására.

A különböző kutatási fázisokban felvett adatbázisok összekapcsolhatósága miatt

a diákok körében történő adatgyűjtés során is az iskolák intézményméret szerint rétegzett reprezentatív mintája képezte a mintavétel első lépcsőjének eredményét. Második lépcsőben a 3. fázisban leírt intézményi mintába tartozó iskolákban (100 iskola) az ICSSZEM–OM-pályázat keretében zajló prevenciók beavatkozásban részt vevő osztályok közül egyszerű véletlen mintavétellel választottuk ki a megkérdezendő osztályokat, iskolánként 2-2, azaz összességében 200 osztályt. Az intézményi mintára jellemző átlagos osztálylétszámmal (24,9 fő) számolva ez 4890 fő várható mintanagyságot jelentett. Összességében 96 iskolában, 189 osztályban 3495 diákot sikerült megkérdeznünk, azaz iskolai szinten 4%-os, osztály szinten pedig mindössze 1,6%-os mintakiesésünk volt. Mindazonáltal a diákok körében végzett adatfelvétel nettó mintája mindössze a bruttó minta 72%-át éri el, azaz a 24,3 fő átlagos osztálylétszámból 18,5 fő esetben történt sikeres megkérdezés.¹⁷⁸

A mintakiesések nagy aránya, illetve – a különböző kutatási fázisok kapcsolódása okán a mintaválasztás lépcsőinek egymásra épülése következtében – a kis létszámú iskolákban a tanulók nagyobb bekerülési esélyének ellensúlyozására¹⁷⁹ a nettó diákmintát iskolaméret, valamint az iskola székhelye (Bp. – vidék) dimenziók mentén utólagos súlyozással arányosítottuk.

81. táblázat. A diákmintakeret a megkérdezett diákok, illetve a súlyozott minta eloszlása a prevencióban részt vevő osztályok száma és az iskola székhelye mentén (%)

	MINTAKERET		MEGKÉRDEZETT DIÁKOK		SÚLYOK		SÚLYOZOTT MINTA	
	Budapest	Vidék	Budapest	Vidék	Budapest	Vidék	Budapest	Vidék
1–8 osztály	1,8	11,5	3,5	26,6	0,5143	0,4323	1,8	11,5
9–16 osztály	9,0	25,8	7,4	30,2	1,2162	0,8543	9,0	25,9
17 vagy több osztály	6,5	45,4	3,4	29,0	1,9118	1,5655	6,5	45,4

¹⁷⁸ Az egyéni szintű (24%-os) mintakiesések közel fele (11,5%) szülői elutasítás, a maradék része elsősorban egyéb ok (nem betegség) miatti hiányzás következménye volt.

¹⁷⁹ Az alkalmazott mintaválasztási mód az iskolák szintjén biztosította a mintaválasztási egységek azonos bekerülési esélyét, ugyanakkor – az adatbázisok összekapcsolhatósága, illetve a kutatás költségköltségei alapján meghatározott iskolánként 2-2 osztály megkérdezése – az ICSSZEM–OM pályázatban különböző számú osztályokkal részt vevő iskolák diákjai esetében egyenlőtlenségeket eredményezett.

Az adatfelvétel osztályos megkérdezéssel, az iskolától és a prevenciós szolgáltatótól független, az adatfelvételt megelőzően felkészítésben részesített kérdezőbiztosok bevonásával történt, minden szinten – iskolai, osztály és tanuló¹⁸⁰ – érvényesítve az önkéntesség és az anonimitás elvét. Az adatgyűjtés eszközt önkitöltős kérdőívek képezték. A kérdőív tematikája a következő volt:

- szociodemográfiai adatok
- a pályázati prioritásokat kifejező indikátorokat leképező változók
 - Ways of coping-skála (Lazarus, Folkman, 1984; Kopp, Skrabski, 1995; Pikó, 2001)
 - én-hatékonyság (self-efficacy) rövidített skála (Brown, DiClemente, Reynolds, 1991; Kopp, Schwarzer, Jerusalem, 1993; Schwarzer, 1992; Bukovski, 1997)
 - egészségkontroll-attitűd-skála (Wallston, Wallston, Kaplan, Maides, 1976)
- a drogprevenciós programok általános végső célját operacionalizáló indikátorok
 - egészséghit-modell (Hochbaum 1970; Becker 1974)
 - drogfogyasztással kapcsolatos attitűdöket mérő kérdések
 - drogfogyasztással kapcsolatos ismereteket leképező kérdések
- a prevenciós beavatkozásban való részvételre/bevonódásra vonatkozó szubjektív, önbevallásos indikátorok
- tetszési indexek képzésére alkalmas változók (Paksi és mtsai, 2002a, 2002b; Paksi és Demetrovics, 2002a)

A diákok körében készült adatfelvételt kiegészítettük egy rövid, az osztály szintű kontextuális háttérváltozókra (létszámadatok, hiányzások, az adatfelvétel körülményei) vonatkozó, a vizsgált osztályok osztályfőnökei körében megkérdezésre kerülő ún. „osztályadatlap” felvételével.

¹⁸⁰ A tanulók szintjén az önkéntesség két részből tevődött össze, a szülő hozzájárulásából és abból, hogy a kérdezett személyesen vállalja a válaszadást.

82. táblázat. Az 5. fázis módszertani jellemzőinek összefoglalása

ADATFELVÉTEL TÍPUSA	Kvantitatív adatfelvétel
AZ ADATFELVÉTEL IDŐPONTJA	2006. május 25-től június 2-ig
MINTAKERET	Az adatfelvétel mintakeretét feltáró fázisban elért 277 iskola tanulói
MINTAVÁLASZTÁSI EGYSÉG	Osztályok
A MINTAVÁLASZTÁS MÓDJA	Első lépcsőben az iskolák kiválasztása a prevencióban rész vevő osztályok száma alapján rétegzett, véletlen kiválasztással, második lépcsőben az osztályok egyszerű, véletlen mintavételi eljárással
BRUTTÓ MINTANAGYSÁG	100 iskola 200 osztályában kb. 5000 fő
NETTÓ MINTANAGYSÁG	96 iskola, 189 osztály, 3495 diák
SÚLYOZÁS	Iskolaméret és -székhely szerinti mátrixsúlyozás, a különböző mintába kerülési esélyek, valamint a mintakiesések ellensúlyozása
ADATGYÚJTÉSI ELJÁRÁS	Csoportos (osztályonkénti) önkitöltős meg- kérdés, kérdezőbiztos jelenlétében
ADATGYÚJTÉS ESZKÖZE	Önkitöltős kérdőív
ADATFELDOLGOZÁS	SPSS for Windows programcsomaggal, leíró és összehason- lító elemzések, valamint magyarázó modellek kidolgozása