

A KÖZOKTATÁSI INTÉZMÉNYEK PREVENCIÓS KOMPETENCIÁINAK ÉS TEVÉKENYSÉ- GÉNEK VÁLTOZÁSAI AZ UTÓBBI 5 ÉVBEN

Paksi Borbála

Absztrakt

Célkitűzés: A tanulmány célja a közoktatási intézmények prevenció/egészségfejlesztési tevékenységében, s azt meghatározó jellemzőkben az utóbbi években történt változások bemutatása. A vizsgált kérdéskörök a következők: a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is magában foglaló, tudásátadáson túlmutató feladatokkal kapcsolatos pedagógusi szerepfelfogás és feladatvállalás; az intézmények prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására rendelkezésre álló személyi és intézményi kapacitásai; a közoktatási intézményekben a prevenció/egészségfejlesztési tevékenység elterjedtsége és jellemzői. *Módszer:* A vizsgálat a közoktatási intézmények, és az ott tanító pedagógusok országos reprezentatív mintáján készült. A minta kiválasztása kétlépcsős, véletlen mintavételi eljárással történt. A kérdőívek felvétele kérdezőbiztosok bevonásával, az iskolai szinten, jellemzően face to face technikával zajlott 2009 tavaszán. *Eredmények/következtetések:* Az öt évvel korábbi állapothoz képest csökkent azon iskolák aránya, ahol a prevenció/egészségfejlesztési feladatok ellátására rendelkeznek valamilyen intézményi kapacitással. A pedagógusok között tendenciájában csökkent a prevenció/egészségfejlesztési kompetenciákat növelni hivatott továbbképzésen résztvevők aránya. Jelentősen visszaszorult a drogügyi koordinátor szerepe is az iskola világában. Az egyéni és intézményi prevenció kompetenciák/kapacitások kedvezőtlen irányú elmozdulása ellenére a prevenció tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: a korábbi mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlik valamilyen prevenció beavatkozás, s az iskolák 85–88%-ában van valamilyen prevenció program az egyes tanévekben. Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami

Abstract

Objectives: The aim of the study is to present the changes occurred in the drug prevention/health promotion activities and in their determining characteristics during the past years. The examined questions are as follows: role interpretation and task undertaking of teachers concerning tasks beyond the transfer of knowledge including the topic of drug prevention/health promotion; personal and institutional capacity of institutions available for performing drug prevention/health promotion related tasks; coverage and characteristics of drug prevention/health promotion activities in public education. *Methodology:* The study was conducted on a national representative sample of public schools and their teachers. Two-step random sampling procedure was applied. The questionnaires were completed in schools with the involvement of interviewers using face to face technique during the spring of 2009. *Results/Conclusions:* Compared to the situation five years ago, there was a decrease in the ratio of schools having institutional capacity to perform drug prevention/health promotion tasks available. There was a decrease in the ratio of pedagogues participating in training activities aiming at the enhancement of drug prevention/health promotion competencies. The role of drug coordinators in schools have significantly decreased. In spite of the unfavourable developments observed in the prevention related individual and institutional competencies/capacities the frequency of prevention activities significantly increased: the ratio of schools where prevention interventions take place every year increased from 30% to 80% and there is some kind of prevention program in 85–88% of schools each year.

leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül, ma már a drogrevenüciós programokkal azonos arányban szerepelnek az iskolai szintén a mentálhigiéniével valamint a táplálkozással foglalkozó prevenüciós intervenüciók.

Kulcsszavak: iskolai drogrevenüció, iskolai egészségsfejlés, pedagógusok szerepfelvéása, országos reprezentatív adatfelvéétel

While in previous years licit and illicit drug use were the most commonly targeted fields, nowadays prevention interventions dealing with mental hygiene and nutrition can be found in schools to the same ratio as drug prevention programmes.

Keywords: school-based drug prevention, health promotion, role interpretation of pedagogues, national representative survey

Bevezetés

A drogrevenüelőzésnek számos szintere létezik, amelyek más és más mechanizmusokon keresztül, eltérő funkciót betölteve szolgálják a drogrevenüelőzés visszazsorítását. Talán nem túlzás azonban azt állítanunk, hogy az iskola több szempontból is a drogrevenüelőzés/egészségsfejlés egyik kitüntetett szintere, s ezt a kijelentést nem csak az iskolában eltöltött idő mennyisége teszi indokolttá.

Az iskola kitüntetett prevenüciós szintér egyrészt azért, mert – mint azt a drogrepidemiológiai 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 ma 18–24 éves korcsoport az idősebb korosztályokhoz képest korábban kezdik és az első években igen intenzíven élük meg a tiltott drogokkal való „ismerkedést” (Paksi és Arnold 2007).

Az elmúlt másfél évtizedben a középiskolás korosztályban készült drogrepidemiológiai 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 kapcsolatba kerülés életkori sajátosságai vonatkozásában az előzőekben leírtakat. Emellett ezek a vizsgálatok a középiskolás populáció drogrévenüelőzöttségének közel egy évtizeden keresztül tartó növekedését, majd az utóbbi években az érintettség változatlanágát mutatták, jelezve a közoktatási intézmények fokozódó, illetve nem csökkenő drogrevenüelőzés szerepét. A 2007-ben készült országos középiskolás vizsgálat adatai szerint 10. évfolyamos korára átlagosan a diákok több mint egynevede túl van az első droghasználaton (Elekes 2009).

Az iskolás korosztály más egészséget veszélyeztető magatartásmódok – alkoholfogyasztás, 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 prevenciószerepét 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 potenciálja¹ révén a közvetlenül elért populáción túlmutató prevenciószerepét/egészségfejlesztő hatást is képes gyakorolni.

Ugyan az iskolai megelőzés általában vett hatékonyságát már többen megkérdőjelezték (Coggans 2006, Gorman és mtsai 2007), a közelmúltban készült szakirodalmi áttekintések (EU-Dap tanulmány², Soole, Mazerolle és Rombouts 2005) pozitív eredményekről számoltak be, s az iskolát az Unio valamennyi tagállamában a megelőzés egyik legfontosabb színtérének tekintik (EMCDDA 2005). Az Európa-szerte működő droprevenciószerepét programokat egységes szempontrendszer szerint leírni és közzé tenni hivatott EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) adatbázisában megtalálható programok négyötöde az iskoláskorú populációt célozza meg, és a programok fele az iskolai színtéren jelenik meg.

A kilencvenes évek végéig Magyarországon csak elvétve zajlott prevenciószerepét/egészségfejlesztő tevékenység a közoktatási intézményekben, s a 2000/2001-es tanévig bezárólag is mindössze az intézményeknek egyötöde szerzett ilyen irányú tapasztalatot. Igazi lendületet az iskolai prevenciószerepét/egészségfejlesztés a 2001/2002-es tanévben vett, amikor is az iskolák további kétötöde indított valamilyen – többnyire valamilyen legális és/vagy illegális szerhasználat interveniálását (is) célul kitűző – prevenciószerepét programot. A 2003/2004-es tanévben már tíz iskolából kilenc rendelkezett prevenciószerepét tapasztalattal, s az iskolák közel háromnegyede végzett aktuálisan is valamilyen – a programok háromötöde esetében a legális és/vagy

¹ Itt az iskola társadalmi kompetenciahatáraival, külső világának kiterjesztésével foglalkozó – a harmincas évekre visszanyúló – megközelítésekre kívánunk utalni (lásd community school), aholis az iskola a helyi társadalom részeként, annak közösségébe ágyazottan jelenik meg, azaz kompetencia határa túlmutatnak az iskola falain (lásd pl. Perjés és Kovács 2002).

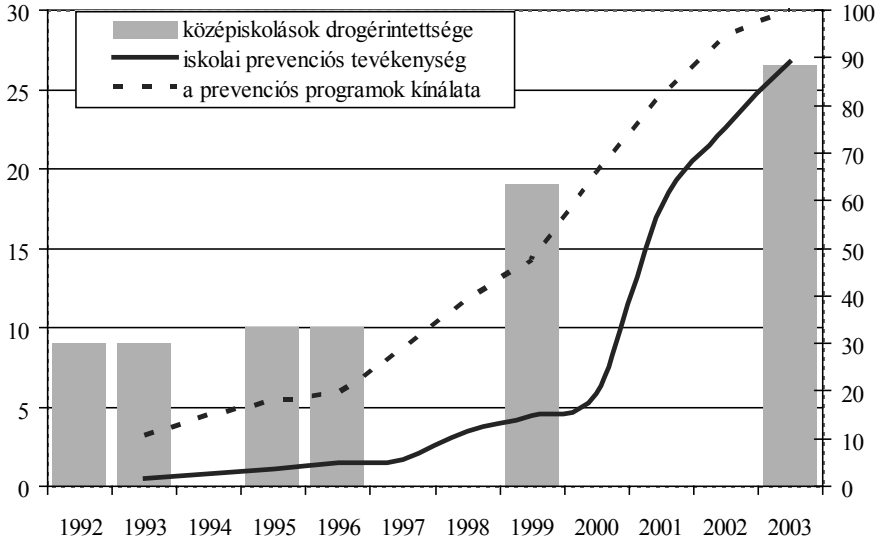
² Az Európai Bizottság által finanszírozott projektet és keresztértékelését hét országban, kilenc regionális központban és 143 iskolában hajtották végre 7000 tanuló részvételével (3500 a kísérleti csoportban, ugyancsak 3500 a kontrollcsoportban). Az EU-Dap arról számolt be, hogy a kontrollcsoporttal 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/>).

illegális szerhasználat megelőzésére irányuló – prevenció/egészségfejlesztő tevékenységet (Paksi, Felvinczi és Schmidt 2004, Felvinczi, Kerek és Paksi 2004).

A közoktatási intézmények prevenció/egészségfejlesztő munkába való bekapcsolódásának trendjét összevetve az intervenciók dominánsan megcélzott területére, a drogprobléma alakulására vonatkozó epidémiái adatokkal, egyrészt az iskolák reagálásának megkésetttsége, másrészt a finanszírozás-érzékenysége mutatkozik meg. Az iskolák prevenció tevékenysége a beavatkozás tematikája alapján annak célját jelentő jelenség epidémiájára, a középiskolások drogérzékenysége alakulására (Elekes és Paksi 1996, 2000, 2003) csak 3–4 éves késéssel, az ISM-OM finanszírozásával megvalósuló, „Az iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatása” című projekt beindulásával azonos időben kezdett reagálni (lásd az 1. ábrán az oszlopdiagram és folyamatos vonaldiagram viszonyát). Az iskolák prevenció tevékenysége tehát elsősorban nem a szükségletekhez alkalmazkodó módon, sokkal inkább a források, elsődlegesen a támogatási rendszer alakulásának függvényében történt. Ez nem csak a prevenció tevékenység dinamikájában, de a tematikájában, az átlagosnál nagyobb mértékben támogatott drogtematika dominanciájában is megjelent.

A közoktatási intézmények prevenció aktivitásának trendjét az iskolai drogprevenció szintjén jelenlévő szolgáltatások kínálatának trendjével (Paksi és Demetrovics 2005, Paksi és mtsai 2006) összevetve, pedig azt láthattuk, hogy az iskolák a prevenció szintjén kevésbé aktív szereplői voltak, prevenció aktivitásuk inkább kínálatkövetően, mintsem azt meghatározó módon alakult (lásd az 1. ábrán a szaggatott és a folyamatos vonaldiagramok viszonyát).

1. ábra. Az iskolák preventiók aktivitásának (az iskolák százalékában, a jobboldali tengelyen ábrázolva),³ a preventiók szolgáltatások megjelenésének (a 2003-ban jelenlévő programok százalékában, szintén a jobboldali tengelyen ábrázolva),⁴ valamint a középiskolások drogérinthettségének (a 10. évfolyamos diákok körében a biztosan droghasználati célú szerhasználat életprevalencia értéke, a baloldali tengelyen ábrázolva)⁵ alakulása.



Célkitűzések

2004 tavaszán a magyarországi közoktatási intézmények, illetve az ott tanító pedagógusok körében kutatást végeztünk az iskolai preventiók/egészségfejlesztési szintér befogadói/felhasználói oldalról való megismerése céljából (Paksi, Felvinczi és Schmidt 2004). A 2009 tavaszán a kutatást megismételtük, azzal a céllal, hogy nyomon kövessük a közoktatási intézmények droghasználati/egészségfejlesztési tevékenységében, s azt meghatározó jellemzőkben az évtized második felébe történt változásokat.⁶

Tanulmányunkban a közoktatási intézmények droghasználati/egészségfejlesztési kapacitásaiban és tevékenységében az utóbbi 5 évben történt változásokat vizsgáljuk, a következő témakörök mentén:

³ Forrás: Paksi, Felvinczi és Schmidt 2005.

⁴ Forrás: Paksi és Demetrovics 2005.

⁵ Forrás: Elekes és Paksi 1996, 2000, 2003.

⁶ A kutatást az OKM, és a Nemzeti Droghasználati Intézet (NDI) megbízásából és finanszírozásával a Budapesti Corvinus Egyetem Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet Viselkedéskutató Központja készítette.

- a közoktatási intézmények, valamint az azokban oktató pedagógusok 2009-ben mennyire tekintik feladatkörükbe tartozónak a prevenció/ egészségfejlesztés témakörét is magában foglaló tudásátadáson túlmutató feladatok ellátását,
- az intézmények milyen mértékben rendelkeznek a prevenció/ egészségfejlesztési feladatok ellátására személyi és intézményi kapacitásokkal, mennyiben hoznak létre az iskolán belül e feladatok ellátására funkciókat,
- hogyan írhatók le 2009-ben a különféle jellemzők – célok, módszerek stb. – mentén a közoktatásban jelenlévő prevenció/egészségfejlesztő programok, az iskolák prevenció/egészségfejlesztő tevékenysége,

A kutatásnak külön aktualitást adott az a tény, hogy a 2000-ben elfogadott Nemzeti Drogstratégia (Nemzeti Stratégia 2000) 2009-ig megvalósítandó hosszú távú céljai között számos céltételezést fogalmazott meg az iskolai drogprevenció szintér vonatkozásában (Felvinczi 2009). A kutatás adatai lehetővé teszik a szintéren a stratégiai periódusban lezajlott változások nyomon követését, illetve a most induló, 2010–2018 közötti időszakra vonatkozó stratégia periódus (Nemzeti Stratégia 2010) kiinduló helyzetének rögzítését.

Módszer

A kutatás egyik elsődleges célkitűzése a 2004-es kutatásban (Paksi, Felvinczi és Schmidt 2005) kapott eredményekhez képest történt elmozdulások vizsgálata, ezért a kutatás módszereinek megválasztása során meghatározó szerepet kapott a korábbi vizsgálattal való összehasonlíthatóság⁷. Ezt intézményi szinten tudjuk megtenni. Azonban a kutatás keresztmetszeti célkitűzései⁸ fényében az iskola világában az utóbbi években lezajlott szervezeti változások⁹ szükségessé tették azt, hogy feladatellátási helyek szintjén is elemezhetőek legyenek az adatok. Éppen ezért a tanulmányunkban elemzett vizsgálat végső célpopulációját a magyarországi

⁷ A 2004-es vizsgálat végső célpopulációját a magyarországi közoktatási intézmények, illetve az ezekben az intézményekben tanító főállású pedagógusok sokasága képezte. A minta kiválasztása a kutatás céljainak – az intézményi szintű, illetve a pedagógusokra vonatkozó elemzési céloknak – megfelelően két lépcsős rétegzett véletlen mintavétellel történt, első lépcsőben intézményi mintát vettünk, majd a kiválasztott intézményekben választottuk ki a megkérdezendő pedagógusokat. A kutatás részletes módszertani jellemzői a nyilvánosan hozzáférhető kutatási beszámolóban megtalálhatók (Paksi, Felvinczi és Schmidt 2005).

⁸ Ilyen célok a kutatás célváltozóinak formális és informális szervezeti jellemzők mentén való mintázódásának vizsgálata, illetve a kutatás – jelen tanulmányban nem érintett – hatásvizsgálati elemei (a kutatás részletes módszertani jellemzői a nyilvános kutatási beszámolóban megtalálhatók (Paksi 2009b)).

⁹ Lannert és Sinka (2009) kutatási eredményei 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.

közoktatási intézmények¹⁰, az intézményekben működő feladatellátási helyek, illetve az ezekben az intézményekben tanító főállású pedagógusok sokasága képezte.

A mintaválasztás stratégiája, a bruttó és a nettó minta nagysága

A mintakeretbe az OKM közoktatási statisztikai adatgyűjtés 2007/2008-as tanévre vonatkozó adatai (KIR 2008) alapján 3295 intézmény, és 5086 feladatellátási hely tartozott. Az intézményekben tanító főállású pedagógusok száma az összesített intézményi adatok alapján 118 361 fő volt.

A mintaválasztás a kutatás céljainak – az intézményi szintű, illetve a pedagógusokra vonatkozó elemzési céloknak – megfelelően kétféle, rétegzett véletlen mintavételi eljárással történt.

Első lépcsőben intézményi mintát vettünk. Az intézmények kiválasztása rétegzett, véletlen mintavétellel történt, melynek során rétegzési szempontként az iskola székhelye, és programtípusa változókat alkalmaztunk. Az iskola székhelye alapján kettő (Budapest és vidék), a programtípusok mentén létrehozott kategoriális változó szerint pedig hét¹¹ kategóriába soroltuk az iskolákat. Összességében 14 réteget hoztunk létre.

A minta nagyságát a középiskolai képzést is tartalmazó programtípusok esetében az alapsokaság 6%-aként, a csak általános iskolai képzéssel foglalkozó intézmények esetében pedig az alapsokaság 3%-ában határoztuk meg. Az így létrejött bruttó minta összesen 133 intézményt tartalmazott, melyből 132 intézményben sikerült a kérdezést megvalósítani. Ez a mintanagyság az intézményi adatokban 95%-os megbízhatósági szinten a standard hibát $\pm 8,4\%$ -ban maximálja. A minimális intézményi kiesés ellenére a részleges (csak egyes feladatellátási helyeket érintő) mintakiesések némi torzulást eredményeztek a minta összetételében. Emiatt, valamint az általános iskolák mintakialakításkor történt alul-reprezentációja miatt az intézményi minta súlyozást igényelt. A lekérdezett minta arányait mátrixsúlyozással korrigáltuk. (1. táblázat)

¹⁰ Közoktatási intézményeknek jelen vizsgálatban az általános iskolákat, a gimnáziumokat, a szakközépiskolákat, a szakiskolákat tekintjük (nem tartoznak a célpopulációba az óvodák és a speciális szakiskolák illetve a gyógypedagógiai intézmények).

¹¹ A kategoriális változó létrehozásának elve a következő volt: van-e az intézményben szakképzés vagy nincs / van-e az intézményben érettség adó képzés vagy nincs / van-e az intézményben általános iskolai képzés vagy nincs. Az ennek alapján logikailag létrehozható 8 kategóriából 1 üres, tehát a célpopuláció ezen ismérv szerint 7 kategóriába sorolható.

1. táblázat. Az iskolák eloszlása az alapsokaságban, a nettó mintában és a súlyozott adatbázisban, az alkalmazott súlyok feltüntetésével (országos összesen 100%).

| | programtípusok | sokasági eloszlás | nettó minta eloszlása | súly | súlyozott adatbázis eloszlása |
|----------|--|-------------------|-----------------------|------|-------------------------------|
| Vidék | Csak általános iskola | 57,12 | 40,60 | 1,41 | 57,12 |
| | Általános iskola + szakképzés* | 1,27 | 3,01 | 0,42 | 1,27 |
| | Csak érettségít adó képzés | 3,73 | 5,26 | 0,71 | 3,73 |
| | Általános iskola + érettségít adó képzés | 2,37 | 3,76 | 0,63 | 2,37 |
| | Szakképzés + érettségi | 15,96 | 23,31 | 0,68 | 15,96 |
| | Általános isk. + érettségi + szakképzés | 1,61 | 3,01 | 0,53 | 1,61 |
| | Csak szakképzés** | 2,03 | 2,26 | 0,90 | 2,03 |
| Budapest | Csak általános iskola | 7,37 | 5,26 | 1,40 | 7,37 |
| | Általános iskola + szakképzés* | 1,27 | 3,01 | 0,42 | 1,27 |
| | Csak érettségít adó képzés | 2,00 | 3,01 | 0,67 | 2,00 |
| | Általános iskola + érettségít adó képzés | 1,70 | 2,26 | 0,75 | 1,70 |
| | Szakképzés + érettségi | 4,40 | 7,52 | 0,59 | 4,40 |
| | Általános isk. + érettségi + szakképzés | 0,42 | 0,75 | 0,57 | 0,42 |
| | Csak szakképzés** | 0,27 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

* Általános iskolai + szakképzés esetében az alacsony mintaelemszám miatt a területi kategóriát összevontan kezeltük. A táblázatban mindkét mintakategória esetében az együttes arány került feltüntetésre.

** Csak szakképzés esetében az alacsony mintaelemszám miatt a területi kategóriát összevontan kezeltük, az arány összevont kategória.

A feladatellátási helyek mintáját a mintába került intézményekben aktuálisan működő¹² feladatellátási helyek teljes köre jelentette. Az így meghatározott bruttó minta 207 feladatellátási helyet tartalmazott, melyből – a pótlásokkal együtt – 165 feladatellátási helyen sikerült a kérdezést megvalósítani¹³. Az általános iskolák alul-reprezentációja, valamint a lekérdezett minta összetételének kisebb torzulásai

¹² Működőnek tekintettük azokat a feladatellátási helyeket, ahol a 8. illetve 11. évfolyam tanulói létszáma nagyobb nullánál. Erre azért volt szükség, mert a kutatásnak volt egy – jelen tanulmányban felhasználásra nem kerülő – diák almintája is.

¹³ 11 esetben a 2007/2008-as közoktatási statisztikai adatoktól eltérően már nem működött a feladatellátási hely, illetve – főként a szakiskolák esetében – a bekövetkezett intézményi változások (TISZK-ek megjelenése) miatt nem volt 11. évfolyam az adott feladatellátási helyen, így a diákminta megvalósítása érdekében a feladatellátási helyen nem történt kérdezés. Amennyiben a kiesett feladatellátási hely okán az intézmény mintakategória besorolása megváltozott pótmintát alkalmaztunk. A feladatellátási helyen történő vezetői kérdés 40 esetben hiúsult meg (ebből 24 esetben a székhely feladatellátási helyen az igazgató egy személyben volt a feladatellátási hely vezetője is, 16 esetben pedig a feladatellátási helynek nem volt nevesíthető vezetője).

miatt, a lekérdezett minta sokasági arányait ezúttal is mátrix súlyozással korrigáltuk (2. táblázat). A ténylegesen elért nettó minta nagysága mellett a standard hiba nagysága 95%-os megbízhatósági szinten maximum $\pm 7,5\%$.

2. táblázat. A feladatellátási hely típusok eloszlása az alapsokaságban, a nettó mintában és a súlyozott adatbázisban, az alkalmazott súlyok feltüntetésével (országos összesen 100%).

| | programtípusok | sokasági eloszlás | nettó minta eloszlása | súly | súlyozott adatbázis eloszlása |
|----------|------------------|-------------------|-----------------------|------|-------------------------------|
| vidék | Általános iskola | 55,96 | 45,45 | 1,23 | 55,90 |
| | Szakiskola | 8,47 | 10,91 | 0,78 | 8,51 |
| | Gimnázium | 8,08 | 10,91 | 0,74 | 8,07 |
| | Szakközépiskola | 12,49 | 16,36 | 0,76 | 12,43 |
| Budapest | Általános iskola | 6,63 | 6,06 | 1,09 | 6,61 |
| | Szakiskola | 1,53 | 1,21 | 1,27 | 1,54 |
| | Gimnázium | 3,22 | 5,45 | 0,59 | 3,22 |
| | Szakközépiskola | 3,62 | 3,64 | 0,99 | 3,60 |

A következő lépcsőben a pedagógus minta kiválasztása történt, a mintába került intézményekben a feladatellátási helyek típusa és mérete szerint rétegzett véletlen mintavétellel. A feladatellátási helyen dolgozó pedagógusokat az adott feladatellátási hely tantestületének mérete alapján kategóriákba soroltuk, minden 12 fő után egy fővel növeltük a megkérdezendő pedagógusok számát. Az így meghatározott bruttó minta 837 pedagógusra terjedt ki¹⁴. A mintakiesés ebben a mintában volt a legnagyobb, azonban itt is több mint 80%-os (82,7%) mintaerést sikerült megvalósítani, azaz a nettó minta nagysága 692 fő. Ez a mintanagyság 95%-os megbízhatósági szinten a standard hibát $\pm 3,7\%$ -ban maximálja, azonban a 80% körüli elérési hatékonyság alapján ekkora hibahatárral ténylegesen valamivel kisebb, mintegy 92%-os megbízhatósággal számíthatunk¹⁵. Az általános iskolák mintakialakításkor történt alul reprezentációja miatt, illetve a lekérdezett minta összetételében bekövetkezett torzulások ellensúlyozására ez esetben is mátrix súlyozást alkalmaztunk (3. táblázat).

¹⁴ A pedagógus mintába tartozónak tekintettük az intézmény vezetőjét, több feladatellátási hely esetében a feladatellátási hely vezetőket is.

¹⁵ A tényleges megbízhatósági szint megadásakor abból indultunk ki, hogy a mintakiesési okok között a visszautasítás alacsony aránya alapján nincs okunk a célváltozók szisztematikus eltérését feltételezni a megkérdezettek és a nem megkérdezettek között (Rudas 2006).

3. táblázat. A pedagógusok eloszlása az alapsokaságban, a nettó mintában és a súlyozott adatbázisban, az alkalmazott súlyok feltüntetésével (országos összesen 100%).

| | programtípusok | sokasági eloszlás | nettó minta eloszlása | súly | súlyozott adatbázis eloszlása |
|----------|--|-------------------|-----------------------|------|-------------------------------|
| vidék | Csak általános iskola | 47,57 | 22,98 | 2,07 | 47,57 |
| | Általános iskola + szakképzés* | 1,41 | 2,89 | 0,49 | 1,42 |
| | Csak érettségít adó képzés | 8,64 | 5,64 | 1,53 | 8,63 |
| | Általános iskola + érettségít adó képzés | 5,18 | 6,07 | 0,85 | 5,16 |
| | Szakképzés + érettségi | 13,03 | 34,68 | 0,38 | 13,18 |
| | Általános isk. + érettségi + szakképzés | 4,06 | 6,21 | 0,65 | 4,04 |
| | Csak szakképzés | 1,40 | 1,01 | 1,38 | 1,39 |
| BUDAPEST | Csak általános iskola | 7,66 | 3,61 | 2,12 | 7,65 |
| | Általános iskola + szakképzés* | 1,41 | 2,89 | 0,49 | 1,42 |
| | Csak érettségít adó képzés | 4,53 | 2,89 | 1,57 | 4,54 |
| | Általános iskola + érettségít adó képzés | 3,63 | 3,47 | 1,05 | 3,64 |
| | Szakképzés + érettségi | 2,19 | 9,54 | 0,23 | 2,19 |
| | Általános isk. + érettségi + szakképzés | 0,70 | 1,01 | 0,69 | 0,70 |
| | Csak szakképzés** | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

* Általános iskolai + szakképzés esetében az alacsony mintaelemszám miatt a területi kategóriát összevontan kezeltük. A táblázatban mindkét mintakategória esetében az együttes arány szerepel.

** Csak szakképzés esetében az alacsony mintaelemszám miatt a területi kategóriát összevontan kezeltük, az arány itt is összevont kategória.

Az adatfelvétel eszköze és módja

A kutatás kérdőívei a következő kérdésköröket tartalmazták:

- I. Intézmény-, illetve a feladatellátási hely vezetői kérdőív:
 - a) szervezeti jellemzők (az iskola szervezetének formális jellemzői, szervezeti nyitottság, az iskola társadalmi megítélésre vonatkozó intézményi percepciók);
 - b) az intézmény/feladatellátási hely humánerőforrás kapacitásának jellemzői;
 - c) az intézmény/feladatellátási hely prevenció/egészségfejlesztési tevékenységének leírására vonatkozó kérdések;
 - d) a pedagógus kérdőív kérdései.

II. Pedagógus kérdőív:

- a) a gyermek- és fiatalok körében az iskola világában előforduló problémás magatartásokkal (szenvedélyszer-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);
- b) Tantestületi légkör, szervezeti bizalom (Sass 2005, Paksi és Schmidt 2006);
- c) Kompetenciaérzettel, egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok (Paksi, Felvinczi és Schmidt 2005, Paksi és Schmidt 2006);
- d) Egyéni szocio-ökonómiai változók (beleértve a szervezeti funkciókkal, az iskolához kötődő egyéb egyéni jellemzőkkel, valamint a képzettségi státussal kapcsolatos változókat is).

A vezetői és a pedagógus kérdőívek esetében adatfelvétel kérdezőbiztosok bevonásával, az iskolai szinten történő személyes megkereséssel, a szervezeti bizalomra vonatkozó kérdéssor kivételével – mely önkitöltős módszerrel került felvételre – face to face technikával zajlott. A diákok esetében kérdezőbiztosok közreműködésével, csoportos (osztály szintű) önkitöltős technikával történt az adatfelvétel.

A mintaveszteség pótlására a mintával azonos elvek szerint választott, az egyes rétegek kategóriák mentén a főmintához illesztett pótmintát alkalmaztunk.

Az adatok felvétele 2009. március 11. és április 24. között zajlott.

Eredmények

Egyéni és intézményi források

A pedagógusok szerepvállalása. Korábbi vizsgálatunk adatai azt jelezték, hogy a pedagógusi szereppel kapcsolatban a szakma (azaz a kutatásban reprezentált pedagógustársadalom) részéről megfogalmazott, az általános pedagógusra értelmezett elvárások, és a pedagógusok mindennapi munkája során az egyes feladatok artikulálódása szétválik, rendre a gyakorlat rovására. Emellett a 2004-es vizsgálat adatai azt is mutatták, hogy a nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, a prevenció/egészségfejlesztés témakörét is hordozó olyan feladatok/tevékenységek, mint a diákok döntéshozási, érzelem-feldolgozási stb. készségeinek fejlesztése, jövőképek alakítása – a tudásátadáshoz kapcsolódó feladatokhoz képest – kevésbé hangsúlyosak a pedagógusok szerepfelfogásában, s ez a szerepek gyakorlása, a tényleges pedagógusi munka során fokozottban megjelenik (Paksi és Schmidt 2006).

A fentiekhez képest 2009-re elsősorban a pedagógusi szerepfelfogás tekintetében tapasztaltunk változásokat. Az egyes feladatok pedagógusi feladatkörbe tartozásának mértékéről alkotott pedagógusi vélemények átlaga mindegyik vizsgált feladat

esetében szignifikánsan csökkent ($p < 0,001$). A tevékenység szintjén azonban a csökkenés csak a – korábban is kevésbé hangsúlyos – tudásátadáson túlmutató feladatok esetében mutatkozott meg (4. táblázat).

4. táblázat. A különböző tevékenységek tanári feladatkörbe tartozásával kapcsolatos vélemények, valamint a tanári tevékenységben betöltött szerepének változása 2004 és 2009 között (5 fokozatú skálán kapott átlagértékek¹⁶).

| Feladat | 2004 | 2009 | Szignifikancia |
|-------------------------------------|------|------|----------------|
| 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 jövőképeinek alakítása | 4,49 | 4,38 | $p = 0,001$ |
| Egyéb készségek fejlesztése | 4,43 | 4,29 | $p < 0,001$ |
| Tevékenység | 2004 | 2009 | Szignifikancia |
| 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 jövőképeinek alakítása | 4,03 | 3,94 | $p = 0,027$ |
| Egyéb készségek fejlesztése | 3,95 | 3,84 | $p = 0,016$ |

A fenti táblázatban azt is láthatjuk, hogy a nem közvetlen tudásátadáshoz kapcsolódó, inkább nevelési jellegű feladatok a tudásátadáshoz közvetlenül kapcsolódó feladatokhoz képest 2009-ben is kevésbé hangsúlyosan vannak jelen a pedagógusok szerepfelfogásában. A tudásátadáson túlmutató feladatoknak a pedagógusi szerepelvárásokban megmutatkozó relatív háttérbe szorulása fokozottan megjelenik a szerepek gyakorlása során, azaz a tényleges pedagógusi munkában. Mindegyik vizsgált feladatkör vonatkozásában a pozitív tartományban mozgó válaszok túlsúlya jellemző, azaz a pedagógusok többségének tevékenysége valamilyen szinten kiterjed a vizsgált tevékenységek mindegyikére, de a szigorúan vett szakmai tudásátadáson kívül minden más feladat esetében az „egyértelműen igen” (5-ös) válaszok aránya már nem éri el az egyharmadot.

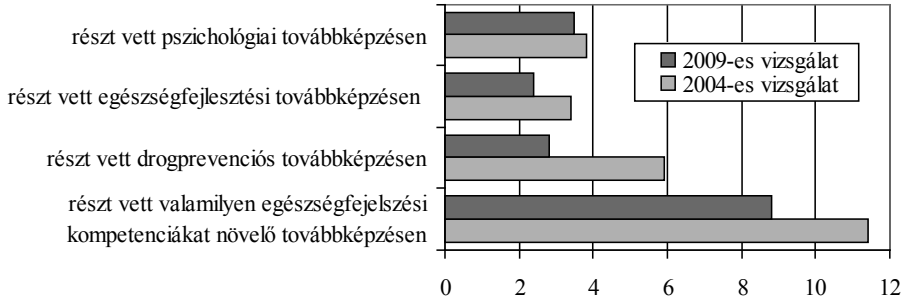
A korábbi évekhez képest a pedagógusok között tendenciájában¹⁷ csökkent a prevenció/szegélyfejlesztési kompetenciákat növelni hivatott továbbképzésen

¹⁶ A skálán az 1-es az „egyáltalán nem”, az 5-ös pedig a „teljes mértékben” választ jelentette. Az átlagok összehasonlítására Független Mintás T-próbát (Independent Samples T-test) alkalmaztunk.

¹⁷ A tendencia jelleggel megfogalmazott állítások kétharmados megbízhatósági szint mellett hibahatáron túli változásokat takarnak.

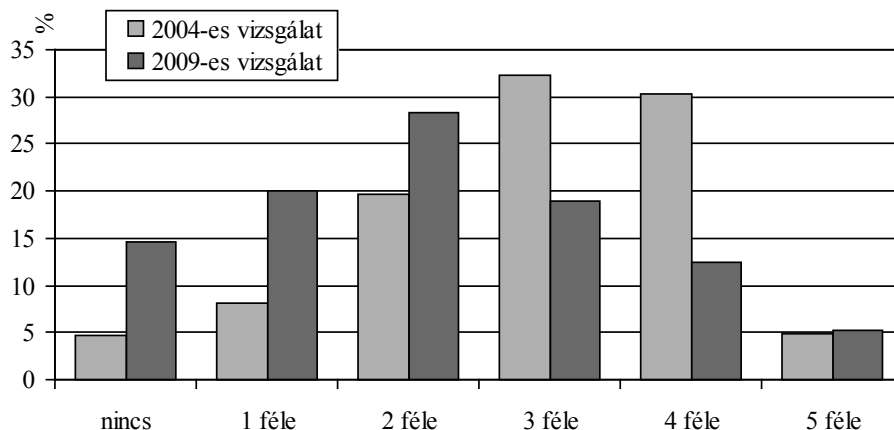
részvevők aránya. A megkérdezettek kevesebb, mint tíz százaléka vett részt a 2004 óta eltelt 5 évben egészségfejlesztési, és/vagy dropprevenciós és/vagy pszichológiai jellegű továbbképzésen. A dropprevenciós továbbképzések tekintetében a csökkenésre vonatkozó állítás azonban 95%-os biztonsággal is kijelenthető (2. ábra).

2. ábra. A valamilyen prevenciós/egészségfejlesztési területtel foglalkozó továbbképzésen részt vett pedagógusok aránya 2004-ben és 2009-ben (a megkérdezettek százalékában)



Intézményi kapacitások. A 2009-ben a vizsgált közoktatási intézmények 85,3%-ában volt valamilyen személyi kapacitás – iskolapszichológus, drogügyi koordinátor, egészségfejlesztő, ifjúsági orvos, vagy az iskolában rendszeresen jelen lévő védőnő – az iskolai prevenciós/egészségfejlesztési feladatok, illetve azok valamely részterületének ellátására. Ezek közül az iskolák felében egy-kettő, valamivel több, mint egyharmadukban pedig legalább háromféle ilyen pozíciót/funkciót tartanak fenn. Adataink alapján 95%-os megbízhatósággal azt mondhatjuk, hogy öt évvel korábbi állapothoz képest 2009-ben nagyobb arányban vannak olyan iskolák, ahol a prevenciós/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 – hibahatáron túli mértékben – nagyobb arányban vannak olyan iskolák is, ahol a felsoroltak közül mindössze egy pozíciót tartanak fenn a prevenciós/egészségfejlesztési feladatok ellátására. Ezzel párhuzamosan – 95%-os megbízhatósági szinten – csökkent azoknak az iskoláknak az aránya, ahol legalább 3 féle prevenciós/egészségfejlesztési funkcióban találunk munkatársakat (3. ábra).

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



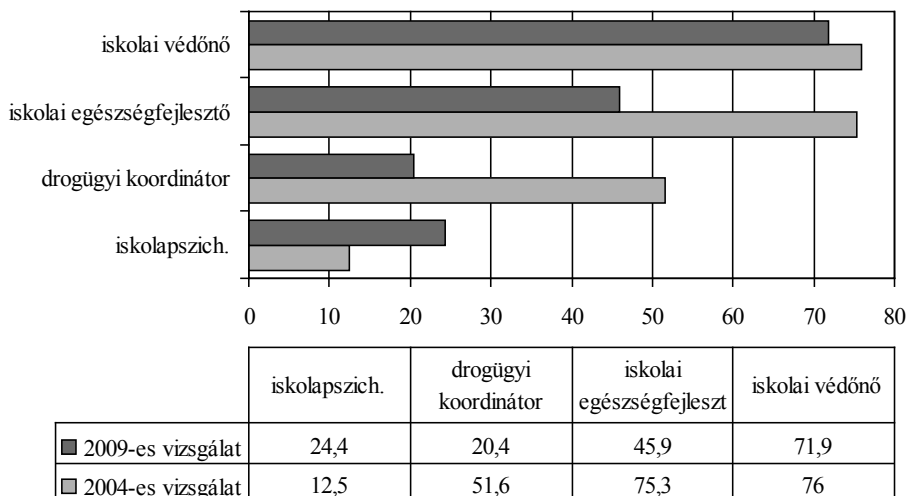
A korábbi vizsgálatunkban (Paksi és mtsai 2005) szignifikáns mintázatot mutató intézményi jellemzők (az intézmény képzési típusa, földrajzi elhelyezkedése, illetve a tantestület mérete) mentén ma is szignifikáns (F-próba, minden esetben $p < 0,05$) mintázat mutatkozik a betöltött prevenció/egészségvédelmi funkciók száma tekintetében, sőt a korábbi különbségek ma még inkább markánsan kirajzolódnak. Az e tekintetben az öt évvel ezelőtt 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. Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy a funkciók csökkenése nem csak ezekben korábban is kevésbé ellátott intézménycsoportokban következett be: valamennyi intézményi csoportban csökkent a betöltött egészségfejlesztéssel kapcsolatos funkciók száma (5. táblázat).

5. 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 érettségít 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 |

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 (4. ábra).

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



A 2009-es kutatásban új prevenció/egészségfejlesztési humán-erőforrásként – a Nemzeti Drogstratégia percepció analízisét elvégző kvalitatív vizsgálatban a szakemberek által megfogalmazott javaslattal összhangban, mely szerint „az iskolai szociális munkás (a drogügyi koordinátor helyett) legyen az iskolai prevenció kulcsfigurája” (Vitrai 2009: 16) – 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 drogkoordinátorok száma – mint a fenti ábrán láthatjuk – szignifikánsan csökkent az utóbbi 5 évben, szociális munkással azonban ma is nagyon ritkán (mindössze az iskolák 2,9%-ában) találkozhatunk az iskola világában.

A közoktatási intézmények utóbbi években végzett prevenció/ egészségfejlesztési tevékenysége

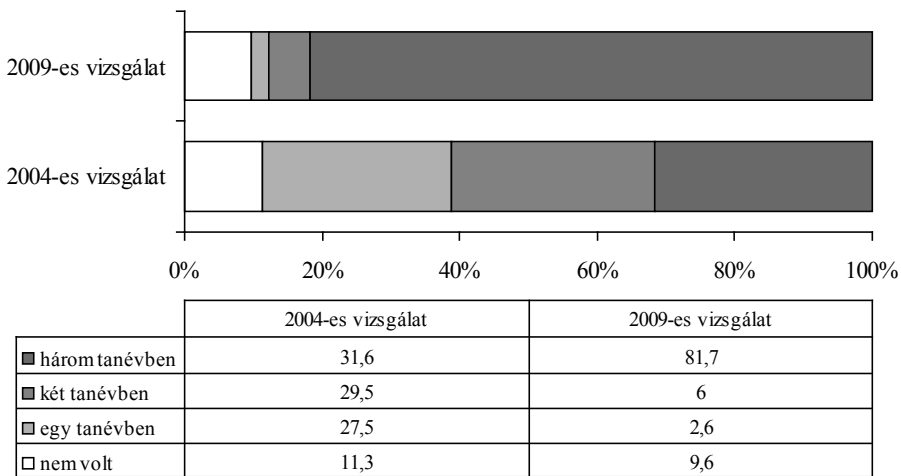
A prevenció tevékenység elterjedtsége az iskolákban

Kutatásunk egyik fő célkitűzése volt annak vizsgálata, hogy az utóbbi években hogyan alakult az iskolák prevenció aktivitása, illetve miként írhatók le a különféle jellemzők mentén a közoktatásban jelenlévő prevenció/egészségfejlesztő programok.

A vizsgált három tanév (az aktuális 2008/2009-es, illetve az azt megelőző két tanév) valamelyikében az általános és középiskolák 90,4%-a végzett valamilyen

prevenációs vagy egészségfejlesztő tevékenységet, döntő többségükben – az iskolák négyötödében – minden évben. A 2004-es vizsgálathoz (Paksi és mtsai 2005) képest nem változott azoknak az iskoláknak az aránya, ahol a vizsgálatot megelőző 3 évben semmilyen prevenációs aktivitás nem zajlott (stabilan az iskolák egytizede sorolható ide), azonban a prevenációs tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: a korábbi mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben történik valamilyen prevenációs beavatkozás (5. ábra).

5. ábra. Az elmúlt három tanévből hány tanévben volt prevenáció/egészségfejlesztés az iskolában (az iskolák százalékában).



Mint ahogy azt már a tanulmányunk bevezetőjében említettük, a prevenációs programok az iskolai szintéren a 2001-es évtől jelentek meg nagyobb számban. Az ezt követő években évről-évre dinamikusan növekedett a programok kínálata, és az azokat alkalmazó iskolák száma is. Az utóbbi években a prevenációs tevékenységet aktuálisan is folytató iskolák aránya meglehetősen stabilitást mutat, az iskolák 85–88%-ában van valamilyen prevenációs program az egyes tanévekben. A rendszeres prevenációs aktivitás általánossá válása következtében ma már a korábbi enyhe intézményi mintázatok sem jelennek meg a prevenációs programok elterjedtsége, illetve gyakorisága tekintetében: nem találunk szignifikáns különbséget iskolák között sem területi elhelyezkedés, sem képzéstípus, sem intézményméret mentén (Pearson Chi-Square, minden esetben $p > 0,1$).

A prevenációs aktivitást mutató iskolák felében – az intézményvezetők erre vonatkozó becslése alapján – nagyobb volt a részvételi arány 70–80%-nál, mindazonáltal átlagosan a diákoknak csak valamivel több, mint kétharmada vett részt az egyes években a prevenációs programokon. Figyelembe véve az egyes években

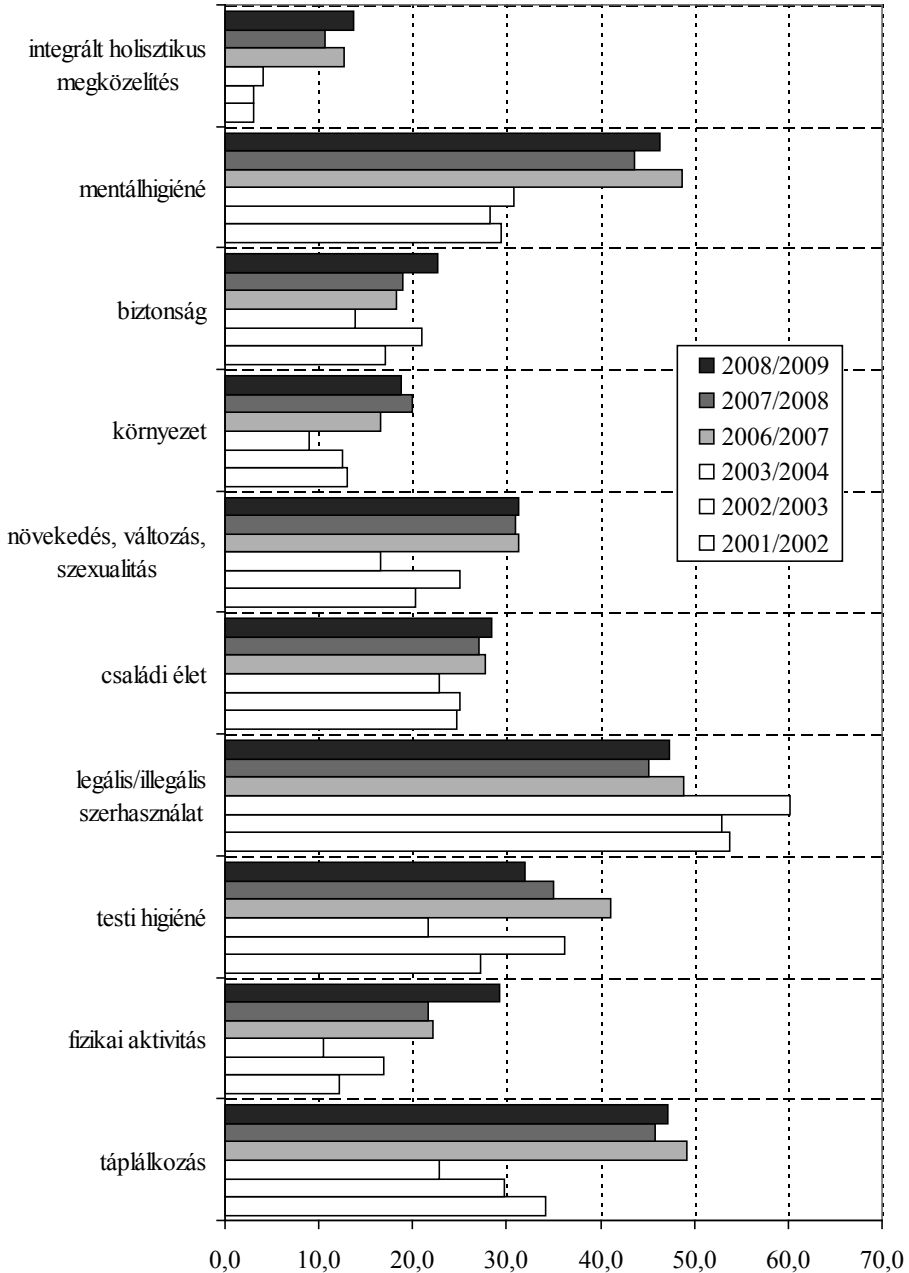
országosan a közoktatási intézményekben tanuló diákok létszámát (KSH 2009), azt mondhatjuk, hogy az utóbbi három évben évente átlagosan mintegy 800 ezer diák vett részt az iskolai szintéren valamilyen prevenció programban (6. táblázat).

6. táblázat. Az iskolai prevenció programokban résztvevő diákok becsült aránya és becsült száma az egyes tanévekben és átlagosan 2006 és 2009 között.

| Tanévek | Prevenciót végző iskolák aránya | Résztevők becsült aránya | | Diákok száma országosan | Prevencióban résztvevő 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 |

Felölelt területek. Míg a korábbi években a legális/illegális szerhasználat volt az, ami a leginkább kiemelkedett a megcélzott területek közül (Paksi és mtsai 2005), ma már a drogprevenció programokkal azonos arányban szerepelnek az iskolai szintéren a mentálhigiéniével valamint a táplálkozással foglalkozó prevenció intervenciók. A vezető témák átstrukturálódása úgy következett be, hogy a drogtematika szerepe – a korábbi növekedést követően – az utóbbi években csökkent, míg a mentálhigiéniével, illetve a táplálkozással foglalkozó programok előfordulása növekszik az iskola világában. Bár ezekhez a területekhez képest kisebb súllyal, de a korábbi évekhez képest szintén 95%-os biztonsággal nagyobb arányban fordul elő a felölelt területek között a „fizikai aktivitás”, illetve az integrált holisztikus megközelítés, továbbá kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy növekedett néhány olyan, korábban alacsonyán prioritizált terület szerepe, mint a környezet, biztonság, növekedés/változás/szexuális (6. ábra).

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

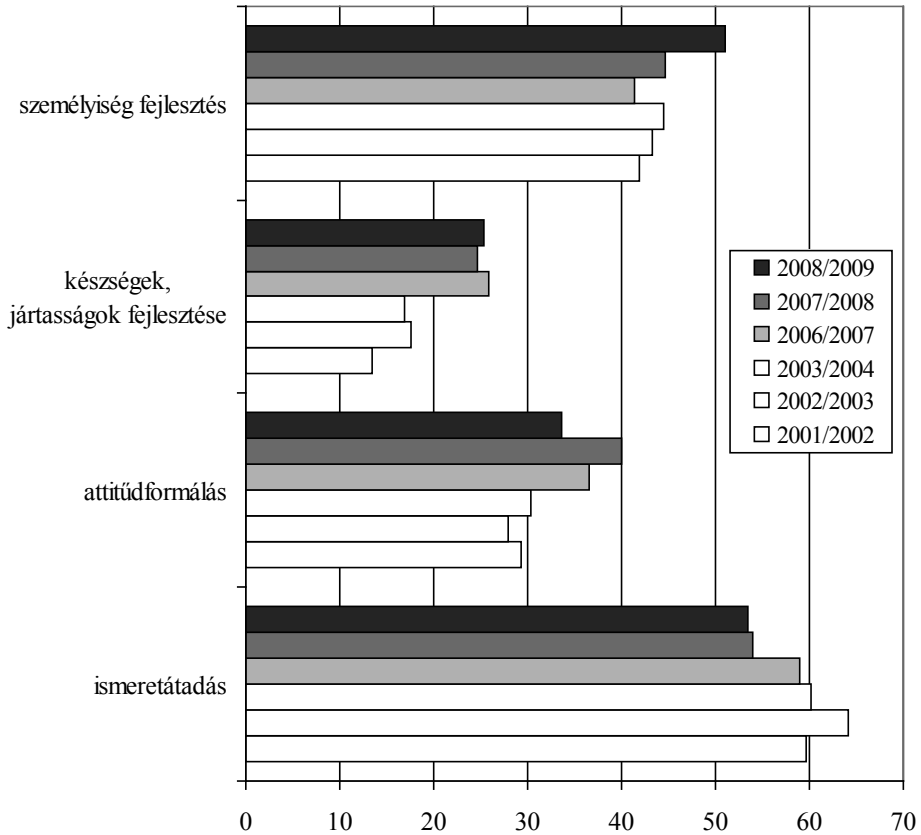


Ma tehát a leggyakrabban előforduló, az iskolák közel felében megjelenő interveniált területek viszonylag stabilan a mentálhigiéné, a táplálkozás, illetve a legális- vagy illegális szerhasználat, s az iskolák negyedében, harmadában foglalkoznak a testi higiéné, növekedés/változás/szexualitás, illetve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

A programok tematikája mentén a fentiekben bemutatott prevenciók struktúra meglehetősen egységesnek mondható a 2009-ben prevenciók 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 gyakrabban (Pearson Chi-Square, $p < 0,05$) a fővárosi iskolákban, és tendencia jelleggel (Pearson Chi-Square, $p = 0,078$) az általános iskolai képzést is folytató iskolák gyakrabban foglalkoznak a prevenciók beavatkozásai során a legális/ illegális szerhasználattal.

A beavatkozások során prioritizált prevenciók megközelítései. Az iskolákban az utóbbi években zajló prevenciók/egészségfejlesztési beavatkozások több mint felében ma is jelen vannak ismeretátadásra vonatkozó célkitűzések. E megközelítés dominanciája azonban a legutóbbi években tapasztalható változások fényében valamelyest visszaszorulni látszik. Kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy az ismeretátadásra (is) koncentrálok megközelítései 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) koncentrálok megközelítései 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. Legkevesebb pedig változatlanul a készségek, jártasságok fejlesztésével (is) kapcsolatos megközelítései elterjedtsége jellemző (7. ábra).

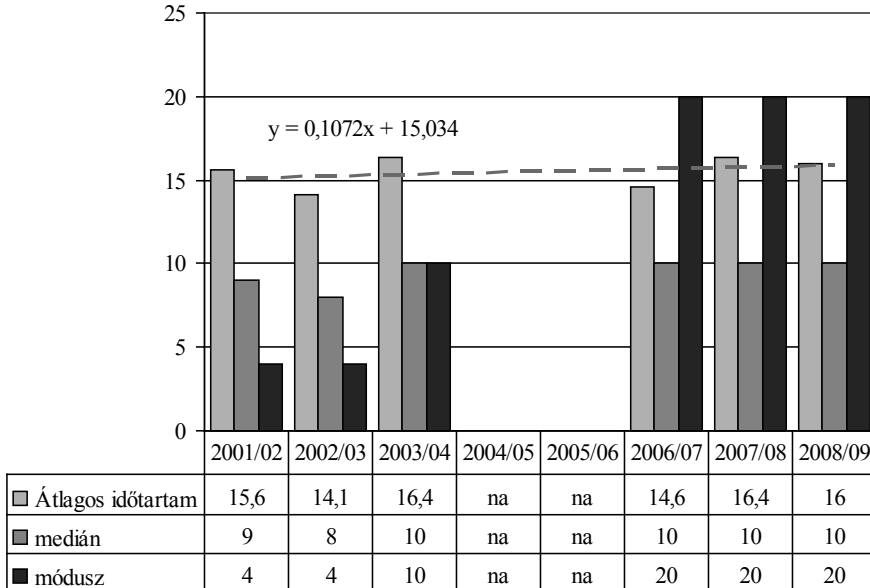
7. ábra. Milyen prevenciós megközelítésre/irányzatra koncentrált a program (a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve, iskolánként több választ megengedve).



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 szignifikáns 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 céltelezéseket, melyekkel szignifikánsan (Pearson Chi-Square, $p < 0,05$) gyakrabban találkozhatunk a fővárosi iskolákban.

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 növekszik átlagosan az iskolákban a prevencióra fordított idő (lásd a 8. ábrán szaggatott vonallal jelzett függvényt, melynek meredeksége 0,1072). Ha azonban nem az átlagokat, hanem a leggyakrabban előforduló óraszámokat vizsgáljuk, már jelentősebb változásokat tapasztalunk. Míg az ezredfordulót követő években (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 az iskolák többsége ilyen hosszú prevenciót végez: 2001 és 2002 között az iskolák fele 8–9 órát, vagy annál kevesebb időt fordított prevencióra évente (Paksi és mtsai 2005), 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) (8. ábra). A középértékek kedvező tendenciájával, és azzal párhuzamosan, hogy legnagyobb arányban ma már nem 3–5 órás, hanem 11–20 órás prevenciós beavatkozások zajlanak az iskolákban, az utóbbi években a 20 óránál hosszabb beavatkozások aránya csökkent.

8. ábra. Az iskolákban zajló prevenció beavatkozások időtartamának átlaga, középértéke, valamint a leggyakrabban előforduló időtartam az egyes tanévekben¹⁸

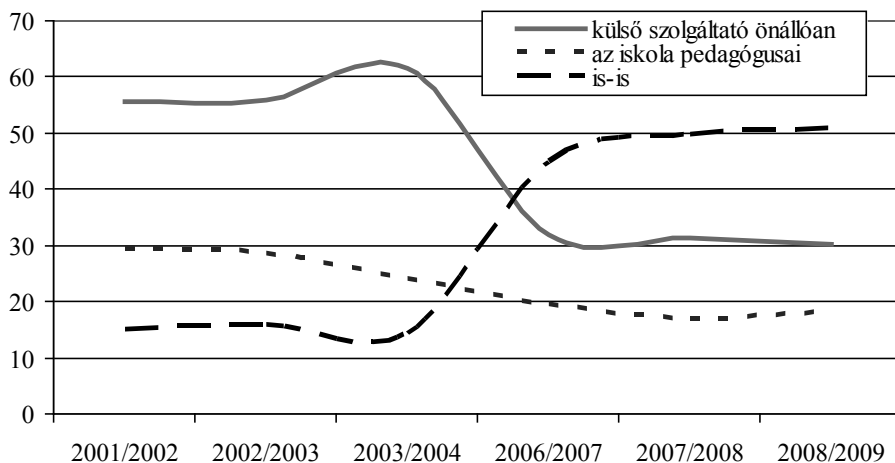


Az iskola pedagógusainak részvétele a prevenció beavatkozásokban. Talán a tematika megváltozása, a pedagógusok által erőteljesen hártott¹⁹ drogprevenció téma háttérbe szorulása is közrejátszhatott abban, hogy az iskolákban zajló prevenció/egészségfejlesztő programok ma már nem elsősorban külső szolgáltatók által lebonyolított beavatkozások. Míg a 2003/2004-es tanévben megvalósult prevenció beavatkozások háromötödében a szolgáltatók önállóan, az iskola pedagógusainak bevonása nélkül végezték a prevenció 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 (9. ábra).

¹⁸ Na: nincs adat.

¹⁹ Drogprevenció programokról folytatott beszélgetések során a korábbi vizsgálat alkalmával pedagógusok közül többen úgy vélték, hogy „a drogkérdéshez a pedagógusok nem értenek, és ezért van szükség külső szakértő bevonására”.

9. ábra. Kik végezték a prevenciósi tevékenységet az iskolában
(a prevenciót végző iskolák százalékában kifejezve).



Az iskolai prevenciósi tevékenységbe való bevonódás általánosan megfigyelhető kedvező tendenciája mellett azonban a csak „legális és/vagy illegális szerhasználat” foglalkozó programokkal szemben a pedagógusok ma is fenntartással viseltek: a csak erre a területre kiterjedő programok háromnegyede esetében a programokat ma is külső szolgáltatók végzik, önállóan. A felőlt területek többsége esetében azonban nem különbözik szignifikánsan az átlagtól a pedagógusok részvétele az intervencióban (Pearson Chi-Square, $p > 0,1$). Mindössze a táplálkozással, fizikai aktivitással, illetve a környezettel (is) foglalkozó iskolai programokban vállalnak szignifikánsan (Pearson Chi-Square, $p < 0,05$) nagyobb szerepet a pedagógusok, bár leginkább azokat sem önállóan végzik (7. táblázat).

7. táblázat. A pedagógusok bevonódása tekintetében a prevenciót végző iskolák egészére jellemző arányoktól szignifikánsan ($p < 0,5$) eltérő prevenciósi 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 |
| Legális/illegális szerhasználat | 75,0 | 12,5 | 12,5 |
| Összes program | 30,3 | 18,3 | 50,9 |

Diszkusszió

Az iskolai prevenció expanzív időszakai

Az iskolák prevenció-s tevékenységbe való bekapcsolódásának dinamikája, és a beavatkozások tartalmi jellemzőinek változása alapján a 2001 és 2004 közötti periódust az iskolai prevenció expanzív időszakának tekinthetjük. A kilencvenes évek végéig csak elvétve zajlott prevenció-s/egészségfejlesztő tevékenység a közoktatási intézményekben, s az ezredfordulón is csak az iskolák egyötöde szerzett ilyen irányú tapasztalatot, a 2003/2004-es tanévben azonban már tíz iskolából kilenc rendelkezett valamilyen prevenció-s tapasztalattal, és az iskolák háromnegyede végzett aktuálisan is valamilyen prevenció-s/egészségfejlesztő tevékenységet.

Tartalmi/minőségi változásokat azonban 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 különböző programjellemzők közül egyedül a programok időtartama tekintetében mutatkozott a korábbiakhoz képest a 2003/2004-es tanévben a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő irányba való elmozdulás.

A programok tartalmi jellemzőinek változatlansága 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 növelő tartalmak (Hansen 1992, Dusenbury és Falco 1995, Paglia és Room 1999, Tobler és mtsai 2000, Tobler 2001, Soole, Mazerolle és Rombouts 2005) térhódítása. Hasonlóképpen nem tapasztaltunk a komplex, integrált szemléletű programok irányába való elmozdulást sem. Ugyanakkor nem csökkent az ismeretadásra fókuszáló programok aránya, holott a szakirodalom ma már ezeket a beavatkozásokat nem tekinti hatékony megközelítéseknek (Werch és Owen 2002, Soole, Mazerolle és Rombouts 2005), sőt „a nem kívánt hatások kockázatát is megában rejti” (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, melyeket a korszerű szakirodalom nem tart hatékonyak (EMCDDA 2005).

A programok tartalmi jellemzőinek változatlansága azt is jelentette, hogy, az iskolák által alkalmazott prevenció-s beavatkozások kiválasztása során nem mutatkoztak spontán evaluatív folyamatok beindulására utaló elemek: a megvalósult prevenció-s beavatkozások tapasztalatai, az azokkal kapcsolatos vélemények nem tükröződtek a későbbi programválasztásokban. Ennek egyik oka lehetett a

strukturált programleírások hiánya, a prevenció programok kínálatát illetően az iskolák alulinformáltsága, az információhiány dominálta „kényszerválasztás”.

Az iskolák a prevenció színtér kevésbé aktív szereplőinek mutatkoztak az ezekben az években. Az iskolai prevenció expanzív időszakában az iskolák prevenció tevékenysége elsősorban nem saját kapacitásokkal, hanem külső szolgáltatók bevonásával zajlott. A közoktatási intézmények prevenció tevékenységbe való bekapcsolódásának az iskolai drogprevenció színtéren jelenlévő szolgáltatások kínálatát kifejező trenddel való összevetése is az iskolák prevenció passzivitására utal: az iskolai prevenció aktivitás inkább kínálatkövetően, mintsem azt meghatározó módon alakult.

Az iskolai prevenció tevékenység szükségletekre, illetve szakmai trendekre egyaránt kevésbé reagáló voltának oka lehet az is, hogy a prevenció 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 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 hordoznak oktatási potenciált.

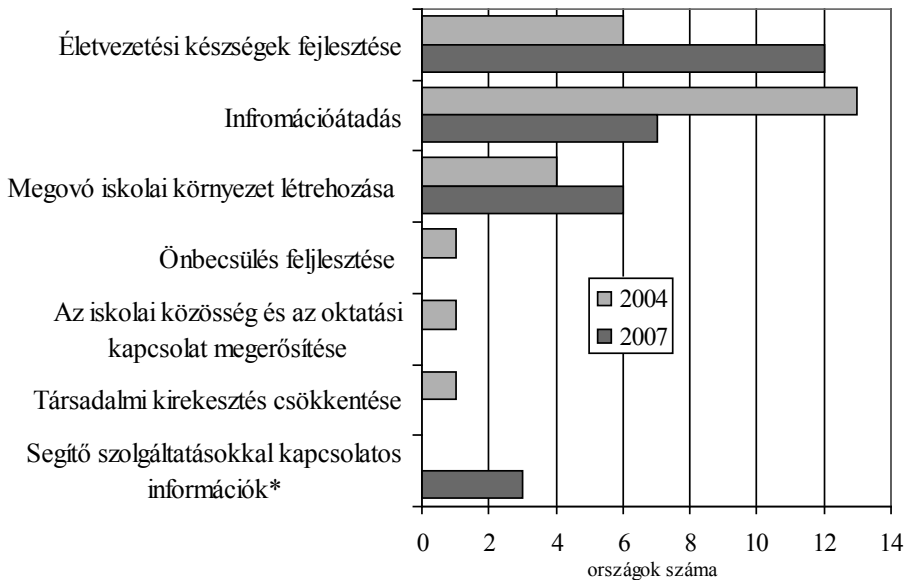
Az iskolák prevenció tevékenysége az utóbbi 3 évben

Az iskolák prevenció expanzív időszakának végére kialakult prevenció aktivitása arány az utóbbi években stabilizálódni látszik, az egyes tanévekben az iskolák 85–88%-ában zajlik valamilyen prevenció beavatkozás. Ennek következtében azt mondhatjuk, hogy – ezredfordulót követő évekhez képest – az utóbbi 3 évben a prevenció tevékenység rendszeressége jelentősen növekedett: az ezredforduló első éveiben jellemző mintegy 30%-ról 80%-ra emelkedett azon iskolák aránya, ahol minden évben zajlik valamilyen prevenció beavatkozás. A beavatkozások rendszeressé válása minőségi változásra utaló tendenciaként értelmezhető, tekintettel arra, hogy a szakirodalom szerint (Soole, Mazerolle és Rombouts 2005) a beavatkozások hatásosságát növeli, ha egy éven belül ismétlésre, vagy a beavatkozás bizonyos elemeinek felfrissítésére sor kerül.

Az utóbbi években megszűnni látszik az ismeretátadásra koncentrálo megközelítés dominanciája az iskolák prevenció tevékenységében: kétharmados biztonsággal azt mondhatjuk, hogy ismeretátadásra (is) koncentrálo megközelítések szerepe 2006 és 2009 között csökkent, míg az összes többi irányzat esetében azok fokozott jelenléte irányába mutató tendencia mutatkozik. Mindazonáltal iskolák-

ban zajló prevenciós/ egészségfejlesztési beavatkozások több mint felében ma is jelen vannak ismeretátadásra vonatkozó célkitűzések, s a korszerű szakirodalom alapján priorizált, a társas kompetenciákat növelő 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 10. ábra).

10. 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

Összességében azt mondhatjuk, hogy az 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.

Az iskola világában alkalmazott prevenciós beavatkozások tartalmi jellemzőinek az utóbbi években tapasztalt kedvező irányú elmozdulásai mellett, azonban az iskolai feladatvállalások/kapacitások területén kedvezőtlen jelenségeket tapasztaltunk.

A korábbi vizsgálat tapasztalataihoz hasonlóan a 2009-es adatok is 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, és e tevékenységek különösen nagy – és a korábbiakhoz képest fokozott – lemaradása tapasztalható 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 pedagógus társadalom 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. 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.

Irodalomjegyzék

- Aszmann A. (szerk.) (1997): *Iskolás-gyermekek egészségmagatartása 1986–1993*. Országos Csecsemő- és Gyermkegészségügyi 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 Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Balázs J. és Sajgál R. (1998): Középisikolások értékorientációi. *Educatio*. 7: 316–326.
- Coggans, N. (2006): „Drug education and prevention: has progress been made?”. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13: 417–22.
- Dusenbury, L. és Falco, M. (1995): Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65: 420–425.
- Elekes Zs. és Paksi B. (1996): *A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Elekes Zs. és Paksi B. (2000): *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISM, Budapest.
- Elekes Zs. és Paksi B. (2003): *A 8–10. évfolyamon tanuló fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai*. Kutatási beszámoló. Kézirat.

- Elekes Zs. (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon – ESPAD 2007*. L'Harmattan, Budapest.
- 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
- Felvinczi K., Kerek J. és Paksi B. (2004): Prevenció. In: Nyírády A. és Felvinczi K. (szerk.): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. ICSSZEM, Budapest.
- Felvinczi K. (1998): A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban, *Iskolakultúra*, 5, 17–31.
- Felvinczi K. (2009): A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő prevenciók tevékenység alakulása Magyarországon. In: Felvinczi K. és Nyírády A. (szerk.): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 81–141.
- Flay, B. (2000): Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours*, 25, 861–866.
- Gorman, D. M., Conde, E. és 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.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., Kokkevi, A., Morgan, M. és 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. és 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. és 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. és 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.
- Kovács Z. és Perjés I. (2002): Az iskola külső és belső világának interdiszciplináris vizsgálata. In: Perjés I., Kovács Z. (szerk.): *Életvilágok találkozása*. Aula Kiadó, Budapest.
- Lannert J. és Sinka E. (2009): *A pedagógusok munka- és munkaidő-terhelése*. Kutatási Beszámoló, OKM.
- KSH (2009): *tsADAT táblák – Idősoros éves adatok, 2.6. oktatás*. http://portal.ksh.hu/portal/page?_pageid=37,593694&_dad=portal&_schema=PORTAL (letöltés: 2009.05.25)

- Nemzeti Stratégia (2000): *Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében*. Ifjúsági és Sportminisztérium. Budapest.
- Nemzeti Stratégia (2010): *Biztonságosabb társadalom, megtartó közösség. Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma kezelésére 2010–2018*. Szociális és Munkaügyi Minisztérium. Budapest.
- 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 prevalenciáértékei, mintázata, tendenciái. In: Ritter I. (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. GYISM. Budapest.
- 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. és Nyírády A. (szerk): *Drogpolitika számokban*. L'Harmattan, Budapest, 81–141.
- Paksi B. (2009b): *Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról*. Kutatási beszámoló, OKM, http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/iab_paksi_091124.pdf
- Paksi B. és Elekes Zs. (2004): *A felnőtt lakosság droghasználata – különös tekintettel a nagyvárosi fiatal felnőttekre*. MAT V. Országos Kongresszusa. Balatonfüred, október 21–23.
- Paksi B. és Arnold P. (2007): A magyarországi felnőtt népesség drogérzékenysége – új fejlemények. MAT VI. Országos Kongresszusa. November 22–24. Siófok, *Addiktológia*, 6, Supp 1: 49.
- Paksi B. és Demetrovics Zs. (2005): *Országos Droprevenció Adattár*. CD. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Paksi B. és Elekes Zs. (2003): A középiskolások drogfogyasztása 2003-ban Budapesten. Helyzetkép és tendenciák. *Addiktológia*, 3–4: 275–305.
- Paksi B., Felvinczi K. és Schmidt A. (2004): *Prevenció/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban*. Oktatási Minisztérium. http://www.om.hu/doc/upload/200507/prevencios_tevekenyseg_20050710.pdf
- Paksi B., Demetrovics Zs., Nyírády A., Nádas E., Buda B. és Felvinczi K. (2006): A magyarországi iskolai droprevenció programok jellemzői. *Addiktológia*, 1–2, 5–36.
- Paksi B. és Schmidt A. (2006): Pedagógusok mentálhigiénés állapota. Különös tekintettel az iskolai érték átadást, egészségfejlesztést és problémakezelést befolyásoló dimenziókra. *Új Pedagógiai Szemle*, 6: 48–65.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. és Baer, J. (2000): Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education, *Journal of Drug Education*, 30: 399–421.
- Rudas T. (2006): *Közvéleménykutatás. Értelmezés és kritika*. Corvina Kiadó, Budapest.
- Sass J. (2005): *Bizalommintázatok és bizalmi döntések a szervezetekben*. PhD értekezés, Pécs.
- Siegel, M. és 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. és Rombouts, S., (2005): *School based drug prevention: A systematic review of the effectiveness on illicit drug use*. The Drug Policy Modelling Project Monograph Series.

- Strizek, G. A., Pittsonberger, J. L., Riordan, K. E., Lyter, D. M., and 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, Number 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. és 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. és Ochshorn, P. (2000): School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20: 275–336.
- Vitrai J. (2009): *Tanulmány a „nemzeti drogstratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” megvalósulásának dokumentum és mélyinterjú-elemzésen alapuló értékeléséről*. Kutatási beszámoló, NDI, 1–166.
- Werch, C.E. és Owen, D.M. (2002): „Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs”. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 581–90.