

Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben

Szakirodalmi áttekintés

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József PhD.

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Bevezetés

Jelen tanulmány a „*Komplex intézményi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolákban, többcélú intézményekben valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával*” című TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001 projekt keretében, 2015 őszén tervezett iskolai egészségkultúra-felmérés megvalósulását támogatja hazai és nemzetközi vizsgálatok módszertanának, jó gyakorlatainak áttekintésével, adaptálhatóságának vizsgálatával. A téma fontosságát indokolja, hogy az egészségkultúra-felmérések hazai alkalmazása által, valamint azok eredményeinek felhasználásával célzottabb és hatásosabb népegészségügyi és oktatási szakpolitikai irányok és prioritások meghatározására nyílik lehetőség.

Módszer

A releváns hazai és nemzetközi iskolai egészségkultúra-vizsgálatok módszertanát leíró szakirodalom áttekintése a következő keresőszavak segítségével történt az EISZ- és a PubMed-adatbázisokban: *kultúra, egészségkultúra, iskolakultúra, iskolai légkör, felmérés*, illetve *culture, health culture, school culture, school climate, school ethos, survey*.

Jelen tanulmánynak nem célja a vizsgálatok eredményeinek ismertetése, csupán az egyes felmérések módszertani szempontú bemutatására törekszik.

Eredmények

A kultúra fogalma

A kultúrának alapvetően nincsen a kutatók számára egységesen elfogadott definíciója. Kroeber és Kluckhohn (Kroeber, Kluckhohn, 1952) könyvükben 165 definíciót gyűjtöttek össze, azonban ezen meghatározások meglehetősen hasonlóak. Felépítésük a nyelvtani mondat szerkezetet idézi, mindegyikük négy elemet tartalmaz: 1. Az „alany”, vagyis az ember és az emberek csoportjai, közösségei. 2. Az „állítmány”, vagyis az emberek tárgyi tevékenysége. 3. A „tárgy”, vagyis ami a tevékenység által létrejön (pl. anyagi tárgy, társadalmi szerveződés, csoport, intézmény, szellemi tárgy, nyelv, ismeret, tudomány, művészet, vallás). Mindezek rendszert alkotnak, mint a nyelvben a mondat. 4. A negyedik elem fenti elemek társadalmi, kulturális és civilizációs rendszerbe tömörülése. A legtöbb kultúradefiníció beilleszthető ebbe a rendszerbe (Vitányi, 2002).

A kultúra latin eredetű szó, a 'colere', azaz „művelni” igéből származik. A „kultúra” kifejezést a mindennapi élet sok területén használják, úgymint *nemzeti kultúra, mezőgazdasági kultúra, egészségkultúra és iskolakultúra*. Az ókorban elsősorban *földművelést, gondoskodást* jelentett, az idő múlásával azonban a szó és annak jelentése fokozatosan átalakult. A 17. században a 'cultura' elsősorban már a *művelődést, a nevelést és az önművelést* jelentette. A kultúra fogalma azonban a 19. században már a társadalmi dimenzióban értelmezhető módon is megjelent (Kondor, s.a.), ekkor már egy általános tár-

sadalmi állapotot is jelentett, mely lehetővé teszi, hogy az emberek olyan szervezett és rendezett társadalomban éljenek, mely a jólét biztosításának tekintetében kifinomult erkölcsökkel és gazdag szellemi teljesítménnyel rendelkezik. Emellett adott népcsoport adott korszakához köthető, kifinomult társadalmi létezmódot is jelent. Fogalmának történeti jelentésváltozása általában egyetemes jellegű, pozitív értékre utaló terminusnak tekinthető (Márkus, 1992).

Napjainkban a kultúra önmagát mint egy kultúrát a sok közül határozza meg, ilymódon reflektálva önmagára. Az eddigiek alapján a kultúra általános fogalmát meghatározhatjuk egyrészt valamiféle olyan alkotó tevékenység felől, mely egyfajta belső viszonyulást és magatartást fejez ki, másrészt a vallás, a művészet, a tudomány, a nyelv, a jogalkotás és az állam formálója. Azaz a kultúra fogalma magában foglal mindenfajta tevékenységet és azok eredményeit, valamint értéket is hordoz (Kondor, s.a.).

Íme a fentiek alapján egy-egy definíció: „Huff és Kline szerint a kultúra egy komplex erő az egyének, csoportok és a közösség életében. Ez az összetettség megnehezíti a kultúra elfogadott definiálását, abban viszont általános az egyetértés, hogy a kultúra tanulható, egyik generációról a másikra öröklődik, átadható. Megnyilvánul a csoport értékeiben, normáiban, szokásaiban, rendszer-értelmezéseiben, az életmódban és más társadalmi szabályokban” (Huff, Kline, 2008).

A kultúra általános meghatározása szerint a megtanult normák, értékek, hiedelmek és viselkedés közös rendszert képeznek. A meghatározás elismeri a fogalom epidemiológiai kutatásokban történő használatát a populáció egészségbeli különbségeinek magyarázatához. A társadalmi kohéziót és együttműködést, az egyéni és társadalmi célok igazságos módon történő elérését az egészségfejlesztés területén a kulturális változás segítheti elő. A társadalmi kontextus a kultúra által meghatározott, ahol az egészséges viselkedés alkotja a normát, és amelyben a társadalmi, intézményi és fizikai környezet elősegíti annak megvalósulását (Davies et al., 2014).

A kultúra Goldman-féle jéghegymodellje szerint csak a jéghegy képzeletbeli, vízszint feletti része, 10 százaléka megfigyelhető, mely az emberek jól látható viselkedésében nyilvánul meg. Az életmód, az életforma, a szokások, a szabályok, az intézmények, a jelképek, a rítusok, a termékek, az alkotások, a nyelv és a kommunikáció mind az adott társadalom és az abban élő egyének kultúráját alkotja és jellemzi. Ez az ember tudatában található, módosítható felső réteg idegen környezetben könnyen adaptálható, emellett a kutatók számára is könnyen vizsgálható.

Ezzel szemben a jéghegy víz alatti 90 százaléka nem látható. Ez a fiatalkori szocializáció során olyan mélyen rögzül az egyén személyiségében, hogy azzal még saját anyakultúrája tekintetében sincsen tisztában, egészen

addig, míg egy eltérő, idegen kultúrával nem szembesül. A reakciók mögött álló kulturális háttér tudatosan nem lehet megváltoztatni. A *gondolkodás* (értékek, normák, tudás, vélemények, szerepek, ideológiák, hiedelmek, világnézet) és az *érzelme*k (előítéletek, sémák, ízlések, attitűdök, elvárások, vágyak, feltételezések) a jéghegy víz alatt lévő, tudattalan részéből eredeztethetőek (Vörös, 1998).

Egészségkultúra

Az egészségről alkotott elképzelések alapvetően kulturálisan meghatározottak, a különböző társadalmakban nagymértékben eltérnek, így pusztán a klinikai ellátás és a megbetegedések alapján nem meghatározhatók. Ha az értékek kulturális rendszerének szerepét az egészség tekintetében figyelmen kívül hagyjuk, illetve a biológiai paraméterekre úgy tekinthetünk, mint a teljes jól-lét egyetlen mérőeszközére, akkor nagymértékben lecsökken annak lehetősége, hogy a kultúra az egészségmegőrzés és -fejlesztés kulcselemévé váljon. Ezért elengedhetetlen annak megértése, hogy *kultúra* és *egészség* egymással összefüggenek, illetve hogy a kulturális tényezők az egészségfejlesztő viselkedést befolyásolják (Napier et al., 2014).

Emellett Hruschka és munkatársai megfogalmazása szerint az *egészségkultúra* a közösségi szinten megjelenő, az egészséggel kapcsolatban általánosan elfogadott ismeretek, értékek, elvárások, szokások, viselkedési szabályok, magatartások halmaza, melyek a közösség tagjainak gondolkodását és viselkedését alapvetően befolyásolják (Hruschka, Hadley, 2008).

Az egészségkultúra az egyetemes kultúra része, mely mindazon tevékenységeket, ismereteket magában foglalja, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, annak helyreállításához, valamint a betegségek elkerüléséhez. A kulturált életmód révén az egyén képes egészséget megtartani, fejleszteni vagy helyreállítani (Matlákné, 2010; Szalay, 2008). Az egészségkultúra maga az elsajátított életmód, a társadalmi kultúra és a társadalomban létező egyének egészségi állapota közötti közvetítő mechanizmus. Az egyén életmódja révén befolyásolhatja egészségi állapotát, egészségével kapcsolatos szükségleteit, az egészségi állapot pedig visszahat az életmódra, attól elválaszthatatlan. Az *egészségi állapot* az egészségkultúra azon része, mely sok részében közvetlenül nem – esetleg csak az életmód közvetett behatásával – interiorizálható (Matlákné, 2010).

A népegészségügy továbbfejlesztésének első hullámát (megközelítőleg 1830–1990 között) olyan klasszikus népegészségügyi beavatkozások jelentették, mint a strukturális ellátottság (ivóvíz és szennyvíz) kérdései. A második hullámban (megközelítőleg 1890–1950 kö-

zött) a biomedikális áttörés és a tudományos racionalizmus számos területen teret hódított (gyártás, orvoslás, közlekedés, szállítás, kommunikáció). A *harmadik hullámot* (megközelítőleg 1940–1980 között) az életmódfüggő betegségek elleni küzdelem jellemezte (a háborút követően a jóléti államok kialakulásának időszaka). A *negyedik hullámban* (1960-tól napjainkig) az egészségügyi meghatározók – a kockázati tényezők, az életmód és az egészség-egyenlőtlenségek kerültek a népegészségügy fókuszába.

Brit népegészségügyi szakemberek (*Davies et al., 2014*) legújabb megközelítése szerint a népegészségügy továbbfejlesztésének legújabb, *ötödik hulláma* az egészség kulturális beágyazottságának figyelembevételével. Az ötödik hullám a normák és a viselkedés kulturális megközelítéséből indul ki, és az egyének, közösségek, intézmények, a helyi és központi kormányzat, valamint a magánszektor bevonásával valósul meg. Az ötödik hullám felveti az egyének szerepét, akik a közösség tagjaiként, megosztott felelősséggel az egészséges viselkedés alapértelmezetté válását és mások ebben való támogatását segítik. A kulturális különbségek és az azok által befolyásolt viselkedési mintázatok adják a hatékony egészségügyi beavatkozások – eltérő sikerrel történő – megvalósulásának alapját. A fenti jelenség kezelésére létrejött új megközelítés szerint egy bizonyítékokon alapuló gyakorlat kialakításának és hatékony megvalósításának sikere nagyban függ a viselkedésváltozást előidéző beavatkozástól (*Huff, Kline, 2008*).

Michie és munkatársai egy olyan viselkedési rendszert dolgoztak ki (*COM-B modell*), melyet három meghatározó tényező alkot, úgymint *képeség/Capability* (pszichológiai, fizikai), *lehetőség/Opportunity* (szociális, anyagi), *motiváció/Motivation* (szokások, szándék), melyek eredménye a viselkedés/*Behavior*. A fent említett feltételek jelentik a viselkedés megváltoztatásához szükséges modell „kerékének” középpontját. Ezeket kilenc intervenciótípus övezi, melyek célja ezen viselkedési minták befolyásolása. A viselkedési minták megváltoztatásával egyúttal az adott egyén és/vagy társadalom viselkedése is befolyásolhatóvá válhat a tudatos és nem tudatos – nem megfigyelhető – rétegek változásának eredményeképpen. A kerék középpontja körül hét szakpolitikai kategória található, melyek ezen beavatkozások megvalósulását befolyásolják és lehetővé teszik. Nem lineáris modellről van szó, ebben a viselkedési rendszerben – akárcsak a szakpolitikai rétegen belül a funkciók és az intervenciók – a komponensek kölcsönhatásban állnak egymással (*Michie et al., 2011*). Annak érdekében, hogy az egyén és/vagy a társadalom egészséget befolyásoló viselkedése, egészségkultúrája pozitívan változzon, többféle intervenció eszközzel és többféle szakpolitikai irányból szükséges beavatkoznunk.

Iskolai (egészség)kultúra

A nemzetközi szakirodalomban az *iskolakultúra* kifejezés helyett általában a *'school climate'* vagy *'school ethos'* kifejezést használják, azonban ezek az iskolai egészségkultúrának csak egy szűkebb halmazát képezik. Az *iskolai egészségkultúra* ennél bővebb jelentést tartalommal bír, nemcsak a tevékenységeket és az iskola légkörét befolyásolja, hanem az egész oktatási intézmény működését is áthatja.

A *kultúra* és az *ethosz* sok tekintetben ugyan megfoghatatlanok, de ennek ellenére a mindennapokban jelen vannak, megtestesítik az iskola értékeit és jövőképét, valamint meghatározzák az adott intézmény környezetét, infrastruktúráját. Az interakciók mindennapi folyamatból rajzolódhatnak ki, így magukban foglalják az iskolai normákat és az iskola légkörét is. A környezet, az iskolát körülvevő társadalmi-gazdasági adottságok nagymértékben befolyásolják minőségüket.

Az iskola a személyiségfejlődés és az intézményes szocializáció kitüntetett színtere, nemcsak az iskolában eltöltött idő mennyisége, sokkal inkább az iskolai élet történései miatt (*Felvinczi, 1998*). Az iskola közösségének minden tagja aktív szerepet játszik az iskolai ethos meghatározásában és újradefiniálásában (*Bragg, Manchester, 2011*).

Az iskola rejtett tananyagának része tehát a kultúra, melyet az iskolai légkör generál. Az iskolai légkör az egyének által észlelt belső sajátosságok, az iskolával kapcsolatos attitűdök, érzések, elégedettségek, elégedetlenségek összessége (*Bábosik et al., 2006*). A tanterv és a rejtett tanterv közötti távolság minimalizálását leghatékonyabban a kultúra oldaláról történő beavatkozás segítheti elő. A kultúra része továbbá az iskola házirendje, a fennálló viselkedési normák, az iskola pedagógusai által elfogadott és a diákokkal szemben alkalmazott attitűd, valamint az ezen értékekkel telített működésmód (*WHO, 2006*).

Az iskolakultúra leírja az iskola jellemzőit, mely tükrözi az értékek, hiedelmek, tradíciók mintázatának mélységét, mely fennállása óta folyamatosan formálódik, valamint segítségül szolgál a mindennapok interpretálásában is (*Deal, Peterson, 1990*). Ezért tehát az iskola, mint intézmény – a család elsődleges szocializációjának színtere mellett – kiemelt szereppel bír az egészséggel kapcsolatos értékek tudatos közvetítésében. Fontos szerepet játszik a fejlődésben, mert ismeretátadó funkciója mellett alakítja a társas-érzelmi képességeket, így hatással van a testi-lelki egészségi állapotra és az egészségmagatartásra (*Kökönyei et al., 2009*). Az iskolában történő egészségnevelés megvalósulása szintén nagymértékben hozzájárulhat az adott intézmény, valamint az abban tanuló diákok és pedagógusok általános egészségkultúrájának és egészségműveltségének javulásához.

Az iskola komplex társadalmi struktúra, melyet fel kell ismernünk, amikor a szintéren fejlesztést tervezünk. A kutatások azt mutatják, hogy vannak olyan jelentős tényezők a teljes intézmény szintjén, melyek gátolhatják vagy elősegíthetik a kívánt változást. Bizonyított tény, hogy a jobban kötődő fiatalok nagyobb érzelmi jól-léttel és jobb tanulmányi eredménnyel rendelkeznek. Egy komplex reform megvalósításának és fenntartásának kritikus faktora továbbá a pedagógusok elkötelezettsége (SHE, 2013).

Hazai és nemzetközi helyzetkép

Napjainkban egyre nagyobb – az egész napos iskola bevezetését követően különösen nagy – hangsúlyt kap az iskola nevelő funkciója, annak belső működésmódja, az iskolai légkör. A nevelés mellett kiemelkedően fontos szerepe van az iskolai légkör minőségének, mert az iskolai stressz befolyásolja a tanuló önértékelésének, ön-hatékonyágának, egészségének, jól-létének fejlődését és fenntartását. Epidemiológiai tanulmányok kiemelik, hogy 12–30% közötti azon iskoláskorú gyerekek aránya, akiknél legalább mérsékelt fokú magatartási, szociális és érzelmi probléma tapasztalható. A fent említett problémákat súlyosbítja a középiskola átmeneti periódusa, így különösen fontos az iskola funkcióinak, a diákokra gyakorolt hatásainak tanulmányozása. Az iskolával kapcsolatos tapasztalatok egyfajta kockázati tényezőt vagy erőforrást jelentenek a serdülőkorú fejlődés számára. Azok a diákok, aki nem kedvelik az iskolát, jobban ki vannak téve az iskolai kudarcoknak. Ha a tanuló esetleges részképtelenség-zavarait az iskolában nem korrigálják, ez a későbbi egészségtelen magatartás, a pszichoszomatikus problémák és a szegényebb életminőség kockázata szempontjából hosszú távú hátrányt jelenthet. Kimutatható továbbá, hogy a pozitív iskolai légkör és a jó tanulmányi eredmény összefügg a tanárral való jó kapcsolat kialakulásával (Vieno et al., 2005).

Az iskolai egészségkultúra és légkör vizsgálatára, mérésére a nemzetközi gyakorlatban leggyakrabban alkalmazott módszer a köznevelési intézmények különböző szereplői (döntéshozók, nevelőtestület, személyzet, tanulók és szülők) körében végzett kvantitatív kérdőíves kutatás.

A hazai iskolai egészségkultúra-vizsgálatok módszerei

Hazánkban csak az iskolai egészségkultúra mérésére koncentrált kutatást eddig nem végeztek, azonban fellelhetőek olyan kérdőíves felmérések, melyek – többek között – a kérdőív egy-egy dimenziójában az iskolai légkört vizsgálják (bár a kutatások fő fókuszát nem ez jelentette).

Ilyen volt például a hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek elején az a tanárok véleményén alapuló vizsgálat, melyben a munkahelyi (iskolai) légkört mérték. A kilencvenes években megjelentek a tanulók, illetve a tanárok és a tanulók közérzetéhez kapcsolt kutatások is. Az iskolára jellemző egyéni arculat, az intézményi atmoszféra kifejezésére Kozéki Béla vezette be az *iskolaethosz* fogalmát. Az elmúlt másfél évtizedben a plurálissá és decentralizálttá vált magyar oktatási rendszerben az iskolák különböző szempontok mentén – iskolafenntartók, alkalmazott pedagógiai koncepciók, ideológiák, társadalmi, pénzügyi háttér, stb. – szerint differenciálódtak. Ily módon minden iskola – a szervezeti kultúra részeként – egyedi sajátosságokkal bír (Bábosik et al., 2006).

Hazánkban az „*Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*” (*Health Behaviour in School-aged Children* – a továbbiakban *HBSC*-kutatás) című, több mint 20 éves múltra visszatekintő, kiemelkedő jelentőségű nemzetközi kutatás olyan keresztmetszeti vizsgálat, melyre – nagyrészt európai országok részvételével – négyévenként kerül sor. A kutatás nemzetközileg standardizált módszerei révén széleskörű, országok közötti összehasonlítást is lehetővé tesz (Németh Á., Költő A., 2011). Az iskola-fókuszú kutatás adatfelvétele – az iskolák és a szülők beleegyezését követően – az 5., a 7. és a 9. évfolyamos tanulók körében, önkitaltásos kérdőívek segítségével, szigorúan anonim módon történik (Kökényei et al., 2009). A kutatók szerint a serdülőkor és a fiatal felnőttkor kritikus időszak az egészség, a jól-lét, az egészségmagatartás és a kockázati magatartások kialakulása tekintetében, melyet széles körben elfogadottnak tekintenek. A *HBSC*-kutatás célja az egészségügyi szakpolitika és a hatékonyabb beavatkozások gyakorlatának befolyásolása (Candace et al., 2015).

A *HBSC*-kutatás 2002-es felmérésében a minta – a korábbi évekhez hasonlóan – az országos reprezentativitás (minden iskola- és településtípus, valamint minden földrajzi régió megfelelő arányú képviselője) érdekében rétegzett mintavételi eljárással készült, alapját randomizációval kiválasztott iskolai osztályok (5., 7., 9.) tanulói képezték. A mintavételi hibát csökkentő rétegzés a következő szempontok figyelembevételével történt:

- földrajzi elhelyezkedés: régiók
- településtípus: fővárosi kerületek, megyei jogú városok, egyéb városok, nagyközségek, községek
- középiskolák képzési típusa: gimnázium, szakközépiskola, szakiskola/szakk munkásképző
- iskolafenntartó típusa: önkormányzat (az összes intézmény több mint 90%-a), egyéb fenntartó (ezek felét a történelmi egyházak teszik ki) (Németh Á., Költő A., 2011).

A kutatás célja a fiatalok önminősített egészségi állapotának, közérzetének monitorozása volt. A kérdések

többek között az alábbi témák köré csoportosultak:

- erőszak és balesetek;
- család: kapcsolatok, nevelési stílus;
- kortársak: kapcsolatok, a szabadidő eltöltése;
- az egészség értékelése, elégedettség, a depresszió tünetei;
- iskolai környezet: a iskolához, a tanárokhoz, a társakhoz fűződő kapcsolat, az iskolai szabályok, a szociális egyenlőtlenségek.

A részletes eredményeket a WHO nemzetközi kutatása keretében 2003-ban megjelent magyar vizsgálat ún. *Nemzeti Jelentése* tartalmazza (Aszmann, 2003).

A HBSC-kutatás 2010-ben történő adatfelvétele az egyes magatartáselemeken túl az életmód egésze, illetve a közérzet/egészség háttérben álló tényezőkkel való összefüggés vizsgálatára irányult (pl. családstruktúra, a családok szocioökonómiai helyzete, a szülői és tanári bánásmód, az egyes személyiségtényezők). A kutatás csoportos mintavételi eljárással, anonim kérdőíves kutatás formájában hazánk 358 iskolájában zajlott, s az alábbi témaköröket ölelte fel:

– *egészségmagatartás* (táplálkozási szokások, testtömeg-kontrollálás, fizikai aktivitás, fizikailag passzív szabadidő-eltöltési tevékenységek, rizikómagatartások, szexuális magatartás, sérülések, balesetek);

– *szubjektív jól-lét* (egészség értékelése, krónikus betegségek, étellel való elégedettség, pszichoszomatikus panaszok, gyógyszerhasználat, depresszív tünetek, önértékelés, testkép, tápláltsági állapot);

– *háttértényezők* (demográfia, család, kortársak, iskola, szociális egyenlőtlenségek, biológiai fejlődés, szenzoros élménykeresés) (Németh Á., Költő A., 2010).

A fenti hazai és a későbbiekben említésre kerülő külföldi HBSC-vizsgálatokról elmondható, hogy céljuk végső soron az eredmények felhasználása és beépítése az egészségvédelem és egészségfejlesztés gyakorlatába, valamint az egészség- és oktatáspolitikába (Aszmann, 2003).

A „*Reprezentatív kutatás/felmérés készítése és elemzése a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról*” című kutatás 2004-ben valósult meg. A felmérés célja a közoktatási intézmények prevencióval/egészségfejlesztéssel kapcsolatos elgondolásainak, tevékenységének, egyéni és intézményi kompetenciáinak, illetve az ezeket befolyásoló tényezőknek a közoktatási intézményekben való feltárása volt. A kutatás alapvetően két részből állt: egy kvantitatív adatfelvételtől (önkitöltéses kérdőív), valamint a résztvevőkből képzett almintában fókuszcsoportos beszélgetésből („face-to-face” technikával), iskolai szinten. Az adatfelvétel anonim módon, az alábbi változók megkérdezésével zajlott:

– az iskola korábbi és a jövőben tervezett prevenció/egészségfejlesztési aktivitásai;

– kompetenciaérzéssel, egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok;

– egyéni és szocioökonómiai változók; értékorientációkkal, orientációhiánnyal, anómiával, elidegenedéssel, kompetenciaérzéssel kapcsolatos változók; általános mentális állapot, problémamegoldás, kiégettség, egészségmagatartással kapcsolatos skála; szervezetszociológiai változók.

A kutatás eredményeit a továbbiakban az iskolák prevenció, egészségfejlesztési magatartásának magyarázatához használják fel (*Intézmény személyi állományának érték- és egészségmagatartással kapcsolatos orientációi, probléma-megoldási stratégiák* – Paksi et al., 2005).

A Paksi Borbála vezetésével 2009-ben lezajlott „*Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról*” című országos kutatás a közoktatási intézmények 200 feladat-ellátási helyén zajlott. Az „*Iskolai Klíma 2009.*” című kérdőív a három célcsoport körében végzett anonim adatfelvétel során az alábbi kérdésköröket vizsgálta:

– *Intézményvezetők*: szervezeti jellemzők, az intézmény/feladatellátási hely humán erőforrás-kapacitásának jellemzői, az intézmény/feladatellátási hely prevenció/egészségfejlesztési tevékenységének leírására vonatkozó kérdések, valamint a pedagógus-kérdőív kérdései.

– *Pedagógusok*: a gyermek- és fiatalok körében az iskola világában előforduló problémás magatartásokkal és az iskola, illetve a diákok egyéb jellemzőivel kapcsolatos pedagógus-percepciók, a tantestületi légkör, a szervezeti bizalom, továbbá a kompetenciaérzettel, az egészségmagatartással kapcsolatos kérdéssorok, illetve egyéni szocioökonómiai változók.

– *Tanulók*: szerhasználattal kapcsolatos kérdések az ESPAD-standardoknak – *ESPAD: Az alkohol- és egyéb drogfogyasztással foglalkozó európai iskolai projekt. Több mint 40 európai ország független kutatócsoportjainak összefogásával valósul meg, ezáltal ez a világ legnagyobb olyan nemzetközi kutatási projektje, amely a serdülők szerhasználati szokásait vizsgálja.* <http://real.mtak.hu/12613> – megfelelő kérdéssorok alkalmazásával, Egészség-hit modell, iskolai bántalmazással kapcsolatos kérdések, konfliktuskezelés, egészség-kontroll attitűd skála, én-hatékonyság, az iskolai státussal, iskolai-integrációval kapcsolatos kérdések, iskolai drogvizsgáló programon való részvételre vonatkozó kérdés, valamint szocioökonómiai státussal kapcsolatos változók.

A kutatás eredményeit felhasználva a szakpolitikai és intézményi stratégiák lépéseinek kidolgozása és a prioritások megfogalmazása történik (Paksi, 2009).

A fentiekben túl létezik kifejezetten a pedagógusok

lelki egészségét vizsgáló felmérés is, melyek eredményei nagymértékben tükrözik azt az iskolai légkört és kultúrát, mely nap mint nap körülveszi őket. A *Pedagógus 2010 – Pedagógusok időmérleg vizsgálata* című kutatás során több mint háromezer pedagógust és több mint kétszáz intézményvezetőt kérdeztek munkaterhelésükről kvalitatív és kvantitatív módokon (on-line naplózás, papíralapú kérdőív, személyes interjú). A kutatás célja a közoktatásban dolgozó pedagógusok munkaidejének, feladatainak és szakmájukkal összefüggő terhelésének részletes, tényszerű kimutatása volt. A felmérés a korábbi kutatások során még fel nem tárt területekre fókuszált, úgymint:

- a pedagógusok tantermi órákon kívüli, munkakörrel kapcsolatos tevékenységeinek tartalmi elemei;
- az osztálytermi órák felosztásának szerkezete;
- a nem tantermi szakórák (pl. szakkörök) helye, időtartama és jellege;
- az iskolára rakódott „plusz terhek” súlya a pedagógusok munkaterhelésében;
- az intézményen kívüli, de pedagógiai munkával kapcsolatos szaktevékenységek struktúrája, ezen belül elkülönítve a tanulókkal végzett, és a nem tanulókkal végzett szaktevékenységeket.

A kutatás célja a tényeken alapuló szakpolitika kialakítását hivatott támogatni (Lannert, 2010).

A TÁMOP-6.1.3.B-12/1-2013-0001 *Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt keretében a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* – korábban *Országos Egészségfejlesztési Intézet* – 2015 márciusában egészségkommunikációs kutatást és szociometriai felmérést végzett. A gyermekek körében végzett szociometriai felmérés célja a viselkedés megváltoztatását célzó hatásos kommunikáció és beavatkozások tervezéséhez szükséges, a közösségre jellemző ismeretek, attitűdök, szokások, valamint a közösség kapcsolódási hálózatának, a tagok egymáshoz fűződő viszonyának megismerése volt. Ezért a kutatás az egyének egészségkultúrájának, kapcsolati hálózatának sajátosságait kívánta feltérképezni. A felmérés eredményei alapján azt remélik, hogy az egészségpolitika célzottabb beavatkozás útján tudja elősegíteni a lakosság egészségét.

Nemzetközi iskolai egészségkultúra-vizsgálatok, módszerek

Nemzetközi gyakorlatban fellelhetőek kifejezetten az iskolai egészségkultúrát, pontosabban az iskola légkörét feltáró kutatások. Ennek oka vélhetően abban keresendő, hogy a pozitív társas és érzelmi légkör növeli a tanulók iskolai teljesítményét. Köztudott, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező egyének nagyobb eséllyel hosszabb ideig élnek, jobb az egészségi állapotuk, saját egészségüket támogató magatartással bírnak (pl. rendsze-

res testmozgás, a dohányzás mellőzése, az egészségügyi kontroll- és szűrővizsgálatokon való részvétel). Az iskola által megteremtett pozitív légkör továbbá csökkentheti a stresszt, növelve az egyén és környezete egymáshoz kapcsolódó pozitív attitűdjét.

A skót oktatási kormányzat 1990 szeptemberétől 1991 júniusáig végzett kutatásában az iskolai kultúrát/légkört szintén anonim, önkitöltéses kérdőív segítségével mérték. A vizsgálat célja a pedagógusok, a tanulók és szülők által adott válaszokon alapuló iskolai fejlesztési terv kidolgozása volt. A módszer alkalmazását azzal indokolták, hogy nehéz valakit arra ösztönözni, hogy őszintén számoljon be tapasztalatairól és bizonyos témákkal kapcsolatos attitűdjéről. A tanulmány 12 indikátort javasolt egy adott iskolai kultúra felmérése céljából:

- a tanulói morál;
- a pedagógusok morálja;
- a pedagógusok munkájukkal való elégedettsége;
- a fizikai környezet;
- a tanulási környezet;
- a tanár–diák kapcsolat;
- a fegyelem;
- az egyenlőség és igazságosság;
- a tanórai kereteken kívüli tevékenységek;
- az iskolai vezetés;
- a szülők informálása;
- a szülő–pedagógus konzultációs lehetőségek.

A kérdőívet 3 célcsoport számára fejlesztették ki: pedagógusok, tanulók és azok szülei számára. A kérdőívnek az alábbi elvárásokat kellett teljesítenie: legyen érdekes és figyelemfelkeltő; felhasználóbarát; nyelvezete egyértelmű és lényegretörő; legalább három vagy több nézőpontot tartalmazzon, továbbá nagyon kicsi gyermekek számára is alkalmazható legyen. Kétféle kérdéstípust tartalmaz, eldöntendő és feleletválasztó kérdéseket, melyek szokásokat, véleményt és attitűdöt mérnek (McGlynn, 1992).

1992-ben jött létre a *School for Health in Europe (SHE)* hálózat, melyet az európai régió 43 országának nemzeti koordinátorai alkotnak. A hálózat a *Health Promoting Schools (HPS) – Egészségfejlesztő Iskolák* elnevezésű kezdeményezésből fejlődött ki, s célja, hogy az iskolai egészségfejlesztés az európai oktatási és egészségügyi szektorok szakpolitikájának szerves részévé váljék. Együttműködnek abban, hogy az iskola a tanulás és az egészség megfelelő színtere legyen. Az egészség és a jól-lét fogalmát pozitív értelemben használják, elismerik az *Egyesült Nemzetek Gyermekek Jogairól szóló Egyezményét*.

Az egészségfejlesztő iskola olyan intézmény, mely strukturált és szisztematikus tervet valósít meg az egészség és jól-lét érdekében minden diák, pedagógus és iskolai személyzet számára, országoként eltérő elne-

vezéssel, de hasonló megközelítéssel, valamint a *whole school approach* jellemzővel. Az egészségfejlesztő iskolák fő ismérvei: a méltányosság, a pedagógusok képzése, továbbképzése; az iskolai kultúra megértése; a tanulók részvétele; az egészségfejlesztés összekapcsolása az iskolák alapfeladataival; a szülők és gondviselők bevonása az iskolai egészségfejlesztésbe; a dolgozók egészségének és jól-létének elősegítése (SHE, 2013).

Az Egyesült Államokban működő *Tananyag-fejlesztési és ellenőrzési Egyesület* (Association for Supervision and Curriculum Development – ASCD egy olyan globális közösség, mely elkötelezett a kiváló tanulás, tanítás és vezetés elősegítése mellett) és az *Amerikai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ* (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, a továbbiakban CDC) munkatársai az iskolai egészségfejlesztési célok előmozdítása érdekében alkották meg a fent említett ún. *Whole School, Whole Community, Whole Child* (a továbbiakban WSCC) modellt. A WSCC a szűken értelmezett tanulmányi eredmény helyett a gyermek teljes kognitív, szociális, érzelmi és fizikai fejlesztésének, illetve sikerének elősegítésére koncentrált, az alábbi céltérületek meghatározásával:

- egészségnevelés, testnevelés, fizikai aktivitás;
- a fizikai környezet;
- az étkezési környezet és szolgáltatások;
- az egészségügyi szolgáltatások;
- tanácsadások, pszichológiai és szociális szolgáltatások;
- a társas és érzelmi légkör;
- a munkavállalók jól-léte;
- a család elkötelezése;
- a közösség bevonása.

A modell kidolgozásába az egészségügy, a népegészségügy, továbbá az oktatás és az iskola-egészségügy kulcsszereplőit is bevonták, hogy egységes és együttműködő megközelítést alakítsanak ki a tanulás és az egészség fejlesztése érdekében (WSCC, 2014).

Az *Egyesült Államok Oktatási Minisztériuma Oktatástudományi Intézete* (U.S. Department of Education) a CDC és az UNICEF közös kezdeményezésére az iskolai légkört vizsgálta. Az együttműködés keretében célként határozták meg, hogy létrehozzanak egy biztonságosabb, támogatóbb és elkötelezettebb, ún. *K-12* iskolát. A kezdeményezés keretében az iskolai légkört az alábbi öt – a legfontosabbnak tartott – dimenzióban mérték, melyeken belül további 12 területet különítettek el:

- biztonság (1. szabályok és normák, 2. fizikai és 3. szocio-emocionális biztonság érzése);
- tanítás és tanulás (4. tanulás támogatása, 5. szociális, érzelmi, etikai és állampolgári tanulás);
- kapcsolatok (6. diverzitás tisztelete, 7. diákok és 8. felnőttek társas támogatása);

- intézményi környezet (9. iskolai kötődés, elköteleződés, 10. fizikai környezet, források, eszközök); valamint
- iskolafejlesztés folyamata (11. vezetés, 12. szakmai kapcsolatok).

A kérdőíveket három célcsoport számára fejlesztették ki: a vizsgált iskola diákjai, a diákok szülei és az iskola személyzete/pedagógusai számára. Mindhárom esetben anonim válaszadás történt, önkitöltéses, feleletválasztós (öt fokú skála) kérdések alkalmazásával. A tanulmány ajánlása szerint az iskolai légkör mérésére a kezdetektől fogva megbízható és valid felmérést és megfigyelést kell alkalmazni, mely alapján mérhetővé válik, hogy a tanulók, szüleik/gondviselőjük, valamint az iskolai személyzet és a közösség tagjai hogyan érzik az iskolai életet az alábbi négy fő területen: 1. biztonság, 2. kapcsolatok, 3. tanítás és tanulás, valamint 4. intézményi környezet, beleértve a környezetet és iskolai viselkedési normákat is. A kutatás egy bizonyítékokon alapuló fejlesztési stratégia részét alkotta, mely a diákokat, a szülőket, a pedagógusokat, magát az iskolát, valamint a személyes tanulást egyaránt támogatta (Thapa et al., 2013).

Az 1993–1994 között zajló nemzetközi HBSC-kutatás keretében szintén az iskolai légkört vizsgálták, pontosabban azt, hogy a diákok iskolai légköréről alkotott elképzelései hogyan kapcsolódnak saját iskolájukkal kapcsolatos elégedettségükhöz. Az adatokat 11, 13 és 15 éves tanulók válaszai adták, melyeket anonim, önkitöltéses kérdőívek segítségével vettek fel. A felmérés speciális fókuszát a tanulók iskolai és osztálylégköréről alkotott elképzelései alkották. A négy vizsgált faktor a következő volt: 1. igazságosság az iskolában; 2. az osztályban történő rendezettség; 3. a pedagógusok támogatása; 4. a tanulók támogatása. A kutatás célja az oktatás és az egészségügy területén hatásos beavatkozás megalkotásának támogatása volt (Samdal et al., 1998).

A HBSC 2005-ben publikált későbbi kutatási projektjének keretében az észak-olaszországi Veneto régiójában általános iskolások 8. évfolyamos (12–13 évesek) tanulói körében végeztek vizsgálatot. A kutatás célja az iskolai légkör különböző komponenseinek vizsgálata volt a jól-lét különböző vonatkozásaiban. Az anonim, önkitöltéses, kérdőíves vizsgálatban 1 347 fő vett részt, melyből 48,6% lány volt. A minta kiválasztásához kétszakaszos, csoportos, földrajzi területen alapuló, rétegzett mintavétel történt. 351 iskolából 82-ben történt adatfelvétel. A kiválasztott osztályok minden tanulója kitöltötte a kérdőívet, melyre 45–60 perc állt rendelkezésükre. A vizsgált 10 változó az alábbiak volt: tanárok; szülők és osztálytársak támogatása; tanárok és szülők tanulmányi elvárásai; iskolával történő elégedettség; tanulmányi eredmény; iskolai stressz; kockázati magatartás; vélt egészség; valamint életminőség (Vieno, Santinello et al., 2005).

Szintén a fent említett észak-olaszországi régióban

egy hasonló témájú vizsgálatot végeztek *HBSC*-adatok- ra támaszkodva, melynek célja a közösségérzet egyéni és iskolai szintű előrejelzése volt a serdülők körében. Hierarchikus lineáris modellezést használtak, hogy megvizsgálják az

– egyéni (demográfia, szülők által gyakorolt kontroll és ellenőrzés, demokratikus iskolai légkörről alkotott elképzelés),

– az osztály és az iskola jellemzőit (átlagos demokratikus iskolai légkör, demográfia, programok, az iskola mérete, az iskola állami/magán kormányzása, lehetőségek), valamint

– az iskolai közösségérzetet.

134 iskola 248 osztályából (6., 8., 10. évfolyam) összesen 4 092 10–18 év körüli tanuló vett részt a vizsgálatban (Vieno, Douglas et al., 2005).

A CDC munkatársai által 2012-ben kidolgozott *Iskolai Egészség Index (School Health Index – a továbbiakban SHI)* célja a diákok körében történő egészséges és biztonságos viselkedés elősegítése, mely az iskolák küldetésének alapvető része, továbbá a fiatalok számára ismeretet és képességet nyújt, melyekre szükségük van ahhoz, hogy egészséges és produktív felnőttekké váljanak. A tanulók egészségének és biztonságának elősegítése növeli a diákok tanulási kapacitását, a fizikai állóképességet, a hiányzások csökkentését és a szellemi teljesítőképességét is. A *SHI* egy önértékelésen alapuló tervezési útmutató, mely lehetővé teszi az iskolai egészségfejlesztés és a biztonság elősegítését célzó irányelvek és programok erőségeinek és gyengeségeinek azonosítását. Továbbá cselekvési tervet készít, bevonja a pedagógusokat, szülőket, tanulókat, valamint a közösséget az iskola irányelveinek, programjainak és szolgáltatásainak fejlesztésébe.

A *SHI* két elemből áll: egy önértékelési és egy fejlesztési folyamat megtervezéséből. A tervezési folyamat 8 értékelési (kérdőív) és fejlesztési modulból áll, amely összhangban van a *WSCC* elődjével, a *Koordinált Iskolai Egészség* elnevezésű kezdeményezés célterületeivel. Ezek témái:

– az egészséges és biztonságos környezet, valamint az azt célzó intézkedések;

– az egészségnevelés;

– a fizikai aktivitási programok, testnevelés;

– az étkeztetési szolgáltatások; egészségügyi szolgáltatások;

– a pszichológiai, szociális szolgáltatások;

– az egészségfejlesztés az iskolai személyzet számára;

– a család és közösség bevonása (CDC, 2012).

Észak-Karolinában működik az ún. *North-Carolina Healthy Schools (NCHS)* kezdeményezés, melynek célja egy olyan, az oktatás és az egészségügy között működő infrastruktúra létrehozása, mely lehetővé teszi az iskolák és a közösségek számára, hogy egy *Koordinált*

Iskolai Egészségügyi Programot hozzanak létre. Ennek keretében a már említett *Iskolai Egészség Index (SHI)* vagy egy ehhez hasonló, önértékelésre alkalmas eszköz segítségével kívánják mérni az adott iskola intézkedéseit, tevékenységeit és különböző programjait az alább szempontok szerint:

– iskolai személyzet összetétele, végzettsége, tudományos tevékenységek;

– fizikai aktivitással, táplálkozással, dohányzással kapcsolatos ismeretek, prevenciós programok;

– interperszonális kommunikációs, döntéshozási készségek fejlesztése;

– írott fejlesztési terv, amely tartalmazza az egészséggel kapcsolatos célokat és intézkedéseket.

A felmérés célcsoportja az iskolák igazgatói és a vezető egészségnevelő tanár (Michell, 2011).

Összefoglalás

Napjainkban az iskola nevelő funkciója mellett egyre nagyobb hangsúlyt kap az iskola légköre és annak belső működésmódjára. Mivel a gyermekek mindennapjaik jelentős részét ezen intézmény keretei között töltik, az iskolai egészségkultúra fogalma és annak minősége felértékelődik.

A bemutatott hazai és nemzetközi tanulmányok áttekintését követően elmondható, hogy a kultúra fogalma, jelentése az elmúlt évszázadok során hatalmas átalakuláson ment keresztül. A *kultúra* olyan komplex fogalom, mely az idő előrehaladásával más-más jelentéstartalommal bír, s ahogyan régen, úgy most sincsen általánosan elfogadott definíciója. Ezzel szemben az *egészségkultúra* – a kultúra meghatározásához szorosan kapcsolódva – ennél körülhatárolhatóbb jelentéstartalommal bír. Az egészségkultúra magában foglalja mindazon tevékenységeket, ismereteket, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, annak helyreállításához, valamint a betegségek elkerüléséhez.

Az nem kétséges, hogy az egészségkultúra az iskola és az oktatás szerves részét képezi, eltérő szinten és minőségben minden intézményben jelen van. Egy adott intézmény egészségkultúrájának egyik indikátora lehet az iskolai légkör, a biztonság, az iskolai személyzet és a diákok közérzete; az egészséges étkezést és a megfelelő, mindennapos fizikai aktivitást/testnevelést elősegítő, higiénés körülményeket biztosító infrastrukturális környezete; szervezett programjai; az egészségügyi és szociális szolgáltatások hozzáférhetősége; a közvetlen egészségfejlesztést célzó irányelvei, programjai; a család, a nevelőkörnyezet és a közösség bevonásának mértéke az iskola mindennapjaiba.

Az iskolai egészségkultúra és légkör felmérése, a nemzetközi gyakorlatban, a fenti változók (dimenziókba rendezve), kérdőíves, anonim adatfelvétellel tör-

ténik. Az adatfelvétel esetek többségében három célcsoport körében: iskolai személyzet, családtagok és tanulók, vagy ezek valamelyikében (tanulók/iskolai személyzet). A kutatás célja minden esetben a keresztmetszeti vizsgálat által nyújtott helyzet felmérése, az adott iskola későbbi adekvát, szükségleteken alapuló iskolai egészségprogram létrehozása, valamint a szakpolitika megfelelő prioritásainak, stratégiájának kidolgozása érdekében.

Következtetések, javaslatok

A fenti tanulmányok áttekintése alapján elmondhatjuk, hogy általánosságban azok bizonyulnak a leghatékonyabb egészségfejlesztő programoknak, amelyek beépülnek az adott iskola tantervébe és az iskola közösségével együttműködve, teljes körűen kerülnek kifejlesztésre. Egy pozitív iskolai légkörben a tanároktól elvárható, hogy pozitív hatással legyenek a gyerekekre és a fiatalokra, ne csupán akadémiai ismeretekkel ruházzák fel őket, hanem társas és morális érzékenységüket, jellemüket is fejlesszék (Thapa et al., 2013).

A kutatások által megfogalmazott eredmények szerint, a (korai) kamaszkor átmeneti időszakában, az iskolai légkör nemcsak a diákok motivációjára és iskolai élettel való elégedettségére van hatással, hanem az életmódjukra, egészségükre, valamint életminőségükre egyaránt (Vieno, Douglas et al., 2005).

A pedagógusok támogatására, kiégésük megelőzésére és pozitivitásuk megőrzésére, valamint olyan pozitív iskolai légkör megteremtésére van szükség, amelyet folyamatos interakció, demokratikus vezetés és csapatmunka jellemez, amelynek célja a tanulók tanulmányi előmenetelén túl testi és lelki jól-létének fejlesztése is. Hazánkban eddig nem történtek kifejezetten iskolai egészségkultúrát vizsgáló kutatások, pedig a rendszeres időközönként végzett, reprezentatív felmérések eredményeit felhasználva azonosíthatók lennének az iskolák problémái. Az ily módon azonosított problémákra fókuszált beavatkozásokat lehet kialakítani. A diákok és pedagógusok, valamint az iskolai személyzet közérzetének fejlesztése megalapozza az iskola jövőben tervezett fejlesztési programjainak sikeres megvalósítását és hosszú távú fenntarthatóságát.

Annak érdekében, hogy az iskolai egészségkultúrát a lehető legalaposabban feltérképezzük, az egyén belső lelki folyamatait és az őt érő környezeti hatásokat egyaránt számításba kell venni (Hanlon et al., 2012).

A köznevelés intézményeiben történő egészségkultúra-vizsgálatok rendszeres időközönként történő elvégzése lehetővé tenné a specifikus, célzott beavatkozások kidolgozását, amellyel egy adott intézmény tekintetében a hatékonyabb beavatkozások érhetők el az általános egészségi állapot és egészségkultúra területén. Emellett az egészségügyi és oktatási szakpolitikák kialakításában

a rendszeresen monitorozott, köznevelési helyzetre reagáló stratégiák és prioritások megalkotásában nyújthatnak kiemelkedő szerepet ezek az iskolai egészségkultúrát mérő felmérések. Ehhez azonban a szakpolitikai döntéshozók elkötelezése elengedhetetlen a felmérések finanszírozhatósága szempontjából.

A pozitív iskolai légkör és egészségkultúra köznevelési szintéren történő fejlesztési stratégiájának és hosszú távú fenntartásához elengedhetetlen a teljes körűség igénye, a holisztikus szemlélet kialakítása. Valamint a jelenlegi redukcionista megközelítés helyett a tudományos paradigmák, a helyes (társadalom által elfogadott értékek) és a kreativitás, önmegvalósítás összekapcsolása útján (Hanlon et al., 2012).

Az iskolai szintéren történő nemzetközi egészségkultúra és iskolai légkör-kutatás mentén további hasonló témájú felmérések adaptálására, alkalmazására van szükség hazánkban a teljes körű iskolai egészségfejlesztés elősegítő hatásos beavatkozások megvalósítása érdekében.

Összefoglalás

A cikk célja a kultúra és (iskolai)egészségkultúra fogalmi kereteinek tisztázása, valamint a köznevelési szintéren történő felmérések módszertanának hazai, illetve nemzetközi feltérképezése.

Módszer: A releváns hazai és nemzetközi iskolai egészségkultúra-vizsgálatok módszertanát leíró szakirodalom áttekintése a következő keresőszavak segítségével történt az EISZ- és a PubMed-adatbázisokban: *kultúra, egészségkultúra, iskolakultúra, iskolai légkör, felmérés, illetve culture, health culture, school culture, school climate, school ethos, survey.*

Eredmények: A kultúra olyan komplex fogalom, melynek jelenleg nincs általánosan elfogadott definíciója. Az (iskolai) egészségkultúra az iskolai élet szerves része, eltérő szinten és minőségben minden intézményben jelen van.

Egy adott intézmény egészségkultúrájának egyik indikátora lehet az iskolai légkör, a biztonság, az iskolai személyzet és a diákok közérzete; az egészséges étkezést és a megfelelő, mindennapos fizikai aktivitást/testnevelést elősegítő, higiénés körülményeket biztosító infrastruktúrális környezete; szervezett programjai; az egészségügyi és szociális szolgáltatások hozzáférhetősége; a közvetlen egészségfejlesztést célzó irányelvei, programjai; a család, a nevelőkörnyezet és a közösség bevonásának mértéke az iskola mindennapjaiba.

Az iskolai légkör és egészségkultúra felmérése, a nemzetközi gyakorlatban legtöbbször kérdőíves, anonim adatfelvétellel történik. A kutatások célja minden esetben a keresztmetszeti vizsgálat által nyújtott helyzet feltérképezése, az adott iskola későbbi adekvát, szükség-

leteken alapuló iskolai egészségfejlesztési programjainak kialakítása érdekében.

Következtetések: Az iskolai szinten történő nemzetközi egészségkultúra és iskolai légkör-kutatás mentén további hasonló témájú felmérések adaptálására, alkalmazására van szükség hazánkban. A köznevelés intézményeiben történő egészségkultúra-vizsgálatok rendszeres időközönként történő elvégzése lehetővé tenné a specifikus, célzott beavatkozások kidolgozását, amellyel egy adott intézmény tekintetében a lehető leghatékonyabban lehetne beavatkozni az általános egészségi állapot és egészségkultúra javításába.

Kulcsszavak: kultúra, egészségkultúra, iskolakultúra, iskolai légkör, felmérés

Abstract

The main aims of the article are the clarification of conceptual framework of the school health culture and mapping the survey methodology at national and international level in the area of public education.

Method: Review relevant national and international literature by using the following key words: *culture, health culture, school culture, school climate, school ethos, survey* in EISZ and PubMed database.

Results: The culture is a complex concept without universally accepted definition. The school health culture

forms an integral part of school life in all institutions to various extent.

Specific indicators for the health culture could be the school climate, the safety, the way the school staff and the students feel; the promotion of healthy eating and adequate daily physical activity/physical education, the hygiene conditions of infrastructural environment; organized programs; accessibility of health and social services; policies and programs directly aim the health promotion; the degree the involvement of families, educational environment and community in the school's everyday life.

In the international practices, the measurements of school climate and culture mostly carried on by questionnaire anonymously. The aim of the investigations is generally mapping the situation provided by cross-sectional study in order to create an adequate, needs-based school health promotion program.

Conclusions: In Hungary, we need to adapt and use further similar-themed surveys. The health culture surveys carrying out at regular intervals would enable the development of specific targeted interventions may intervene in the most efficient way the general health and improving health culture in public educational institutions.

Keywords: *culture, health culture, school culture, school climate, survey.*

IRODALOM

Aszmann (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása.*

HBSC-felmérés. Országos Gyermekégeszségügyi Intézet http://www.ogyei.hu/upload/files/nemzeti_jelentes_2003.pdf

Bábosik, et al. (2006): *A gyakorlati pedagógia néhány alapkérdése.*

Az iskolák belső világa. ELTE PPK, Neveléstudományi Intézet, HEFOP-3.3.1-P.-2004-09-0134/1.0 sorszámú pályázata. <http://mek.niif.hu/05400/05461/05461.pdf>

Bragg–Manchester (2009): *Creativity, School Ethos and the Creative Partnerships programme. Final Report of the project: Evaluation of the nature and impact of the Creative Partnerships programme*

- on school ethos, 2009–10. The Open University, May 2011.
- Candace, et al. (2015): *Building knowledge on adolescent health: reflections on the contribution of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv017> 4–6 First published online: 24 March 2015.
- CBO, WHO–SHE secretariat (2013): *School for Health in Europe (SHE) – School health promotion: evidence for effective action factsheet 2*. Publication date: December 2013. http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE-Factsheet_2_School%20health%20promotion_Evidence.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (2012): *School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school version*. Atlanta, Georgia, 2012. http://www.cdc.gov/Healthyyouth/SHI/pdf/Elementary-Total-2014-Tagged_508.pdf
- Davies, et al. (2014): „For debate: a new wave in public health improvement.” In: *Lancet*, 2014; 384: 1889–95. Published Online April 3, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7)
- Deal–Peterson (1990): *The Principal's Role in Shaping School Culture*, U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED325914.pdf>
- Felvinczi (1998): „A mentálhigiéné és az egészségmegőrzés lehetőségei a közoktatásban.” In: *Iskolakultúra*, 1998/5. http://www.epa.uz.ua/00000/00011/00016/pdf/iskolakultura_EPA00011_1998_05_017-030.pdf
- Galambosné (2011): „A rétegzett mintavételről.” In: *Statistikai Szemle*, 89. évfolyam, 9. szám. http://www.ksh.hu/statszemle_archive/2011/2011_09/2011_09_909.pdf
- Giles (2014): *Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) – A Collaborative Approach to Learning and Health, 2014*. <http://www.ascd.org/ASCD/pdf/siteASCD/publications/wholechild/wsccl-a-collaborative-approach.pdf>
- Hanlon, P.–Carlisle, S. (2012): „A perspective on the future public health: an integrative and ecological framework.” In: *Perspective in Public Health*, November 2012. <http://www.researchgate.net/publication/232740885>
- Hruschka D.J.–Hadley C. (2008): „A glossary of culture in epidemiology.” In: *J Epidemiol Community Health*, 62:947–951. <http://jech.bmj.com/content/62/11/947>
- Kondor (s.a.): *A kultúra fogalmának és tartalmának változása Cicerótól Carey-ig*. <http://www.phil-inst.hu/uniworld/kkk/crosscul/kondor/1.htm>
- Kroeber, A.L.–Kuckhohn, C. (1952): *Culture. A Critical Review of the Concepts and Definitions*. Papers of Peabody Museum of Archeology and Ethnography. http://www.jstor.org/stable/40450928?seq=1#page_scan_tab_contents
- Kökönyei et al. (2009): *Iskola és közérzet*. HBSC–OGYEI, Budapest. http://www.ogyei.hu/upload/files/iskola_es_kozerzet_ogyei_hbsc_2009.pdf
- Kroeber–Parsons (1998): „A kultúra és a társadalmi rendszer fogalma.” Ford.: Vörös Miklós. In: *Replika*, pp. 236–238.
- Lannert (2010): *PEDAGÓGUS 2010. Pedagógusok időmérleg vizsgálata, Kutatási zárójelentés*. TÁRKI–Tudok, Budapest.
- Márkus (1992): „A kultúra: egy fogalom keletkezése és tartalma.” In: *Kultúra és modernitás*, T-Twins 1992, 9–41.
- Matlákné (2008): *A testi-lelki egészség fenntartásának lehetőségei*. TÁMOP-2.2.3-07/1-2vF-2008-0008 ÚMFT. http://www.humantisztk.hu/modularis_jegyzetek/10_2_matlakne_mf.pdf
- McGlynn: *Using Ethos Indicators in Primary Schools Self-Evaluation, Taking Account of the Views of Pupils, Parents and Teachers*. School Development Planning, Support Materials, Scottish Office Education Department, 1992. <http://www.ethosnet.co.uk/documents/PrimarySEEDSCHEEFECTIV.pdf>
- Mitchell et al. (2011): *School Health Profiles North Carolina Middle and High Schools, Findings of the 2010 School Health Education Profiles – Principals' Survey*. <http://www.nchealthyschools.org/docs/data/profiles/2010/2010profiles.pdf>
- Michie et al. (2011): „The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change.” In: *Implementation Science*, 2011, 6:42. <http://www.implementation-science.com/content/6/1/42>
- Napiet et al. (2014): „Culture and health.” In: *Lancet*, 2014; 384:1607–39. Published Online October 29, 2014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Németh–Költő (2010): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. HBSC Nemzeti jelentés*. Országos Gyermekesettségügyi Intézet, Budapest. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf
- Paksi et al. (2005): *Prevenációs/egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. HBSC Kutatási jelentés*. Oktatási Minisztérium, Budapest. www.nefmi.gov.hu/2005/prevenacios-tevekenyseg
- Paksi (2009): *Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenációs/egészségfejlesztési programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról. Kutatási beszámoló*. Oktatási Minisztérium, Budapest. http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/iab_paksi_091124.pdf
- Stewart-Brown S. (2006): *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. *Health Evidence Network report*; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>
- Szalay Piroska, Dr. (2008): *Egészségfejlesztés–egészségkultúra*. Előadás, Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar (TF), 2008. <http://tf.hu/wp-content/uploads/2009/07/efek1.pdf>
- Samdal O.–Nutbeam D.–Wold B.–Kannas L. (1998): „Achieving health and educational goals through school – a study of the importance of school climate and student satisfaction.” In: *Health Education Research*, 13 (3): 383–397. <http://her.oxfordjournals.org/content/13/3/383.full.pdf+html>
- Thapa et al. (2013): *A Review of School Climate Research*. <http://www.schoolclimate.org/publications/documents/sc-brief-research.pdf>
- Vitányi Iván: „Globalizáció és civilizációk. A civilizáció és a kultúra paradigmái.” In: *Magyar Tudomány*, 2002/6. 720. old. <http://www.matud.iif.hu/02jun/vitanyi.html>

Vieno, A.–Santinello, M. (2004): „School Climate and Well Being in Early Adolescence: A Comprehensive Model.” In: *European Journal of School Psychology*, 2, 219–237. https://www.education.umd.edu/HDQM/labs/Alexander/ARL/Publications_files/Maggioni2004.pdf#page=219

Vieno A.–Douglas D. (2005): „Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis.” In: *American Journal of Community Psychology*, December 2005, Volume 36, Issue 3-4., pp. 327–341. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10464-005-8629-8>