



Oktatási
Minisztérium

Az

Oktatási Minisztérium

A „Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására”

(96/2000. (XII. 11.) OGY hat.)

alapdokumentumból adódó

drogprevenációs

stratégiája

2003.

A koncepció kidolgozásában közreműködött:

Felvinczi Katalin

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

Dr. Rác József

pszichiáter

Brassói Sándor

Oktatási Minisztérium

Közoktatás-fejlesztési Főosztály

Főosztályvezető-helyettes

Simonyi István

Oktatási Minisztérium

Közoktatás-fejlesztési Főosztály

szakreferens

**ESÉLYT TEREMTENI ARRA, HOGY A FIATALOK KÉPESSÉ VÁLHASSANAK
EGY PRODUKTÍV ÉLETSTÍLUS KIALAKÍTÁSÁRA ÉS A DROGOK
VISSZAUTASÍTÁSÁRA**

Az OM drogstratégia célja az egyszeri alkalmakból álló kábítószer-prevenció helyett a korszerű, átfogó egészségfejlesztés keretébe ágyazott drogprenvenció feltételeinek kialakítása. A legális és az illegális pszichoaktív szerekkel kapcsolatos prevenció része az iskolai egészségfejlesztésnek, így az azt tartalmazó iskolai egészségfejlesztési tervnek is. Az iskolában gazdája az egészségfejlesztő szakember, aki drogügyi koordinátori feladatokat is ellát, valamint lehetőség szerint az iskolai egészségfejlesztés területén együttműködő munkacsoport. Az átfogó egészségfejlesztésbe ágyazott drogprenvenció figyelembe vesz életkori, szociodemográfiai és szociokulturális viszonyokat, veszélyeztető állapotokat. Nem valaminek a hiányát vagy tilalmát állítja a középpontba (Ne drogozz!), hanem a pozitív célmegfogalmazást (Élj egészségesen! Javíts az életminőségeden és érezd jól magad). Az iskola és az oktatás világának valamennyi szereplője számára célul tűzi ki, hogy „feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjék ahhoz” (Egészségügyi Világszervezet, Ottawa Karta). Az iskola a helyi közösséggel „esélyt teremt arra, hogy a fiatalok képessé váljanak egy produktív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására” (Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, Országgyűlési határozat, 2000).

BEVEZETÉS

Napjainkra Magyarországon a drogok illegális használata és az ezzel összefüggésben fellépő egyéni, illetve társadalmi károk az oktatási rendszer komoly problémájává váltak. Évről évre emelkedik a kábítószereket kipróbáló fiatalok, iskoláskorúak köre, a drogfogyasztók, a drogfüggők, a droghasználattal összefüggésben fertőző betegségeket hordozók száma. Ezzel összefüggésben nő a kábítószerekkel kapcsolatos azon bűncselekmények aránya, amelyek az iskoláskorú fiatalok csoportjaihoz is köthető. A kábítószerek veszélyt jelentenek az egészségre, a gyermekekre, oktatási intézményekre, illetve a társadalom egészére is. Fenyegetik a használót és hozzátartozóit egyaránt. A kábítószer-probléma sosem elszigetelt jelenség. Összefügg egyéni és közösségi, lelki és szociális problémákkal. A kábítószer pusztítja az egyéni akaratot, a családok egységét, a közösségi kohéziót és a társadalmi biztonságot egyaránt. Ellene csak világos, eltökélt és megalapozott együttműködéssel lehet eredményt elérni.

Az említett stratégia dokumentumok, nemzetközi szerződések, valamint a különböző jogszabályok, így egyebek mellett a Kormány 1036/2002. (IV. 12.) határozata az Oktatási Minisztériumra is jelentős kötelezettségeket ró. Azonnali beavatkozás szükséges, elsősorban a legveszélyeztetettebb 12–18 éves, iskoláskorú korosztály körében.

Az Oktatási Minisztérium valós súlyának megfelelően értékelte a diákok veszélyeztetettségét és figyelembe vette a tervezés során a pedagógusok véleményét, igényét. Megkezdődött az iskolák drog-prevenációs helyzetével összefüggő országos adatszolgáltatási rendszer kiépítése. Ennek első elemeként elkészült az a két részből álló - az ESPAD vizsgálattal összhangban összeállított - kérdőív, amely kiküldésre kerül valamennyi iskolába. Ez a kérdőív szolgált alapul a Gyermek-Ifjúsági és Sportminisztérium valamint az Oktatási Minisztérium közös egészségnevelési és drog-prevenációs pályázata során készült felméréshez.

Az "Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról" című európai kutatás (ESPAD '99) Magyarországra vonatkozó adatai szerint 1992-1999 között elsősorban a tiltott szerek fogyasztása nőtt meg a 16 éves középiskolások között, azonban a legális szerek használata (gyógyszerek, alkohol, gyógyszer-alkohol együttfogyasztása) sem csökkent: 1992-ben a tiltott szerek legalább egyszeri használata a megkérdezett fiatalok 11,6%-át, 1995-ben 12,1%-át, 1999-ben pedig 28,8%-át érintette. A növekedés két és félszeres a vizsgált időszakban. Minden vizsgált évben a leggyakrabban használt tiltott szer a marihuána volt. 1995 és 1999 között több mint háromszorosára

emelkedett a marihuánát legalább egyszer használók aránya. 1999-re a különböző szerek, elsősorban a marihuána-fogyasztóinak negatív megítélése csökkent.

Az előzőekben ismertetett kutatás Pest megyei (részletesebb adatokat tartalmazó) eredményei szerint a középiskola négy éve alatt közel a duplájára emelkedett a tiltott szerek fogyasztása ("életében legalább egyszer próbálta" kérdés esetén). A tiltott szerek fogyasztása elsősorban a szakmunkásképző intézményekben tanulóakra jellemző, őket követik a szakiskolások, a szakközépiskolások, végül pedig a gimnazisták. Az alacsonyabb iskolai végzettségű apák gyermekei valamivel magasabb arányban használtak tiltott szereket ebben a középfokú oktatási intézményekben tanulók körében. Az első használat legkorábban a 13-14 éves korra esik. A legtöbben 16 évesen próbálkoznak a leggyakrabban használt droggal, a marihuánával. Az évtized végére azonban jelentősen megváltozott a helyzet. Az 1998-ban és 1999-ben végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy a megkérdezett középiskolások több mint egynegyed része kipróbált már valamilyen tiltott vagy legálisan hozzáférhető kábítószer. A korábbi vizsgálatokban kapott értékekhez képest elsősorban a tiltott szereket kipróbálók arányának növekedése szembetűnő. Míg az évtized első felében a fogyasztás többé-kevésbé stabil volt, addig 1996 és 1999 között a tiltott szereket valaha kipróbálók aránya mintegy megduplázódott.

Ma már országos átlagban minden hetedik középiskolás kipróbálta a marihuánát, vagy a hasist. A következő legelterjedtebb tiltott drogok az LSD és az Ecstasy. Ezeket a szereket azonban a marihuánához képest jóval kevesebben próbálták ki, átlagosan minden huszadik-huszonötödik középiskolás. Népszerűek még az amfetaminok is. A többi szert kipróbálók aránya 1-2% körül mozog ma is.

Ugyanakkor a 2000 tavaszán végzett vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy csökkenni látszik a másodéves középiskolások körében a drogfogyasztás trendje, ugyanis a 2000-ben mért értékek az 1999-esek alatt maradnak! Ez a tény megerősíti, hogy jól szervezett és országosan koordinált programokkal vissza lehet fordítani a növekvő tendenciákat!

Ugyanakkor rendkívül keveset tudunk a középiskolán kívüli népesség drogfogyasztásáról. A rendelkezésre álló szórványos adatok valószínűsítik, hogy az általános iskolákban egyelőre nem jellemző a drogfogyasztás.

Hasonlóképpen keveset tudunk az egyetemistákról, főiskolásokról. E korcsoportokban azonban valószínűsíthető, hogy a drogfogyasztás inkább nagyobb, (Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről a Kormány részére 2000) mint a középiskolások körében. Erre utalnak azok a vizsgálatok, amelyek egy időben, ugyanazon a településen kérdeztek középiskolásokat és egyetemistákat.

Az Oktatási Minisztérium határozott szándéka- felismerve a fentiekben megfogalmazott problémák súlyosságát- mindenekelőtt az egészséges életmódra nevelés és ezen belül hangsúlyosan a prevenció, a drog-prevenció és az ezzel kapcsolatos programok, események, tevékenységek támogatása, amely elsősorban a veszélyeztetett, 12–18 éves iskoláskorú fiatalokra, és az őket oktató, nevelő pedagógusokra terjed ki. Ennek megfelelően került kidolgozásra a 2000–2001. évi cselekvési program, amely az említett célcsoportok elérésével valamint az állami és civil szervezetekkel összefogva volt hivatott megvalósítani a feladatokat a kábítószeres mindenszintű visszaszorítása érdekében. A 2000. évi feladatok már az alakuló Nemzeti Stratégia szellemében és elveinek figyelembevételével kerültek kidolgozásra, míg a 2001. évi feladatok teljes egészében e szerint szerveződtek. Végrehajtása, a célok elérése a társadalom egészének támogatását és közreműködését igényelte.

Ebben a feladattervben a nevelési oktatási intézmények szerepe, felelőssége határozottan megjelenik, hiszen a prevenció az oktatásnak, mint a megelőzés egyik lehetséges színterének a fontossága vitathatatlan. Ennek megfelelően komoly feladatokat rendel az oktatási intézményekhez, amelyek megvalósítása az egyetlen esély arra, hogy a szerfogyasztók számában megfigyelhető exponenciális növekedési ütemben csökkenés következzen be.

Fentiek megvalósításához a Köznevelési törvény és OM rendeletek 1999-ben, illetve 2000-ben történt módosítására is szükség volt:

A Köznevelési Törvény 48. §-a írja elő az iskolák számára kötelező egészségnevelési feladatokat és ezeknek a pedagógiai programba való beillesztését. A 47.§-ban az óvodák, a 48.§-ban az iskolák vonatkozásában előírja a gyermek- és ifjúságvédelmi feladatok ellátását, mint kötelező feladatot. A Köznevelési Törvény rendelkezik a tartalmi szabályozás kérdéseiről, a Nemzeti Alaptanterv és a kerettantervek, helyi tantervek kapcsolatáról a kerettantervekhez igazított helyi tantervekről. Az elkészített kerettantervekben az alábbi területeken jelenik meg a drog-prevenció:

Biológia és Egészségtan tantárgy 8. évfolyamon, Kémia tantárgy 10. évfolyamon, Biológia tantárgy 11. évfolyamon, valamint az osztályfőnöki órákba építve az 5-12. évfolyamokon, melyek 30%-ában (minimum évi 10 órában) kötelező az iskola az egészséges életre neveléssel kapcsolatos foglalkozásokat tartani.

A helyi tantervek kerettantervek szerinti kidolgozásának előkészítését 2000. évben kezdték meg az intézmények. Az ehhez szükséges segédanyagokat, kerettantervi ajánlásokat – egészségnevelési tantárgyhoz és az osztályfőnöki órák egészséges életmódra neveléshez ajánlott tananyagot – az OM saját,– és külsőszakemberek bevonásával készítette el, majd ezen kiadványokat térítésmentesen juttatta el az iskolákba, ezzel is segítve a szakmai munkát.

Az oktatási tárca 2000 évben módosította továbbá a 11/94-es MKM rendeletet a 8/2000 (V/24) OM rendelettel, melynek 4. és 6. §-ai egyaránt kitérnek az intézményi kötelezettségeként megszervezendő drog-prevenációs munkára.

4.§ „A gyermek- és ifjúságvédelmi felelős feladata különösen:

(g.) az iskola nevelési programja, gyermek- és ifjúságvédelemmel kapcsolatos feladatai keretében egészségnevelési, ennek részeként kábítószer-ellenes program kidolgozásának segítése, végrehajtásának figyelemmel kísérése; szükség esetén intézkedés megtételének kezdeményezése az iskola igazgatójánál, tájékoztatás nyújtása a tanulók, a szülők és a pedagógusok részére.”

6.§ „A szabadidő szervező segíti az iskola pedagógusainak és a tanulók szabadidő-szervezéssel, közösségi élet kialakításával összefüggő munkáját. A szabadidő-szervező feladata különösen:

(f.) az egészséges életmód továbbá a szenvedélybetegségek megelőzésével, valamint a gyógyult szenvedélybeteg tanulók beilleszkedésével összefüggő szabadidős tevékenység szervezése”.

Megkezdődött az iskolák drog-prevenációs helyzetével összefüggő országos adatszolgáltatási rendszer kiépítése. Ennek első elemeként elkészült az a két részből álló (az ESPAD vizsgálattal összhangban összeállított) kérdőív, amely kiküldésre kerül valamennyi iskolába. Ez a kérdőív szolgált alapul a 2000. őszén kiírásra került közös ISM–OM középiskolai pályázat kérdőívéhez.

Annak érdekében, hogy a harmadik évezred küszöbén egy olyan szabad, magabiztos és produktív társadalom alakulhasson ki, mely képes kezelni a kábítószeres használatával és terjesztésével összefüggő egészségügyi, szociális és bűnügyi ártalmakat és veszélyeket, szükséges, hogy:

- a társadalom váljon érzékenyebbé a kábítószerkérdések hatékony kezelése iránt, a helyi közösségek pedig növeljék problémamegoldó készségüket a kábítószer-probléma visszaszorításában (közösség, együttműködés),
- esélyt kell teremteni arra, hogy a fiatalok képessé válhassanak egy pozitív életstílus kialakítására és a drogok visszautasítására (megelőzés),
- segíteni kell a drogokkal kapcsolatba kerülő és a drogproblémákkal küzdő egyéneket és családokat (kezelés, rehabilitáció),
- és csökkenteni kell a drogokhoz való hozzáférés lehetőségét (kínálat-csökkentés).

A koncepció elsősorban az egészséges életmódra nevelés, az egészségfejlesztés színterein határoz meg feladatokat, amelyen belül a kábítószerekkel is foglalkozik, így több területen a feladatok elválaszthatatlanok az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a szerves oldószer használat, sőt az orvosi javallat nélküli gyógyszer-fogyasztás problémájától. Ilyen a helyi közösségek szintje, ahol e problémák sokszor összefonódnak és egy családon belül vagy egy egyénnél együtt jelentkeznek; ilyen a megelőzés, ahol eredményes programok csak úgy képzelhetők el, ha e szerek használatával kapcsolatosan egyértelmű üzeneteket közvetítünk.

Az említett területeken együttműködésre törekszünk a szakemberekkel, az állami és szakmai intézményekkel, a civil és az egyházi szervezetekkel, a helyi közösségekkel.

HELYZETKÉP

1. MIT TUDUNK A FIATALOK SZERHASZNÁLATÁRÓL, EGÉSZSÉGMAGATARTÁSÁRÓL, ÉLETVEZETÉSI SZOKÁSAIRÓL?

Drog-, alkoholfogyasztás és dohányzás Magyarországon a középiskolások körében

Magyarországon a drogfogyasztás *közvetlen indikátorai* mentén csak a középiskolás populációra vonatkozóan rendelkezünk időben összehasonlítható – azonos, vagy egymást részben átfedő populációkat képviselő mintákon, azonos módszerekkel készült kutatásokból származó –, azaz a trendek felrajzolására alkalmas adatokkal. Ezek viszont meglehetősen nagy részletezettséggel teszik lehetővé a jelenség „természetrájának” és időbeni változásainak leírását. Ezeket a kutatásokat Elekes Zsuzsanna és Paksi Borbála (Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem) végezték, és számos helyen publikálták. Vizsgálataik egy része – az 1995-ös és az 1999-es, 16 évesekre kiterjedő vizsgálatok – része volt az „Az európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról” (ESPAD) kutatásoknak. Ezt a kutatást a résztvevő mintegy 30 országban, így Magyarországon is, 2003. márciusában ismétlik meg, országosan reprezentatív mintákon.

A következőkben az Elekes-Paksi szerzőpáros eredményeit ismertetjük, nagyobb hangsúlyt adva az illegitim droghasználatnak, de feltüntetjük az alkoholfogyasztás és a dohányzás adatait is. Utóbbiak előfordulási gyakoriságai ugyanis szintén aggodalomra adnak okot.

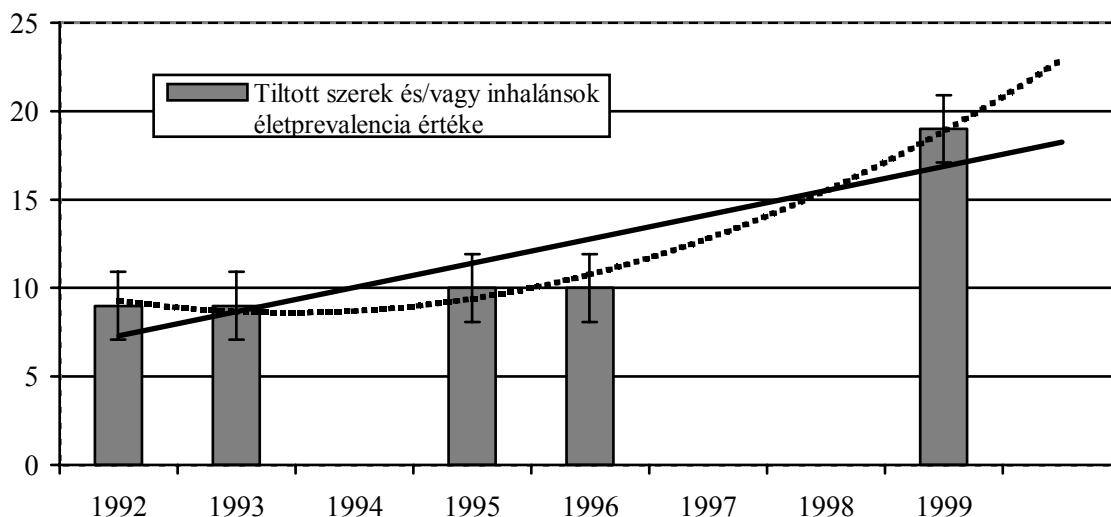
A kilencvenes évek második felében a tiltott drogok¹ és az inhalánsok együttes életprevalencia értéke² országosan közel kétszeresére – 10%-ról 19%-ra - növekedett a másodéves középiskolások körében.

A tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia értékének alakulása a kilencvenes években, (a trendvonal, és a standardhiba feltüntetésével)³

¹ Tiltott szerek közé az alábbiakat sorolták: marihuána vagy hasis, LSD, ecstasy (1995-től), amfetaminok, crack (1995-től), kokain, heroin, egyéb ópiátok, mágikus gomba (1999-től), intravénás drogok, valami más, itt fel nem sorolt egyéb tiltott drogok (a fel nem sorolt kategória szerepeltetése lehetővé teszi az összesített értékek összehasonlíthatóságát).

² A magyarországi gyakorlatban kiszámítják a tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes prevalenciaértékét, melyet „biztosan droghasználati szerfogyasztás néven szerepeltetnek”.

³ A fekete vonal a lineáris kapcsolat esetén várható trendet jelzi, a szaggatott pedig az un. polinominális kapcsolat esetén megrajzolható mutatót mutatja.



A Budapesti változásokra vonatkozóan a fentieknél részletesebb tagolásban, 1992, 1995, 1998, 1999, és 2000. valamint a legutóbbi vizsgálat alapján 2002 évre vonatkozóan is vannak adataink. Így a fővárosban meglehetősen részletes, és az országosnál hosszabb időszakot felölelő, az utóbbi évek tendenciáit is bemutató képet tudunk adni a változásokról.

A budapesti középiskolás vizsgálatok 10. évfolyamos tanulókra vonatkozó életprevalencia adatai⁴

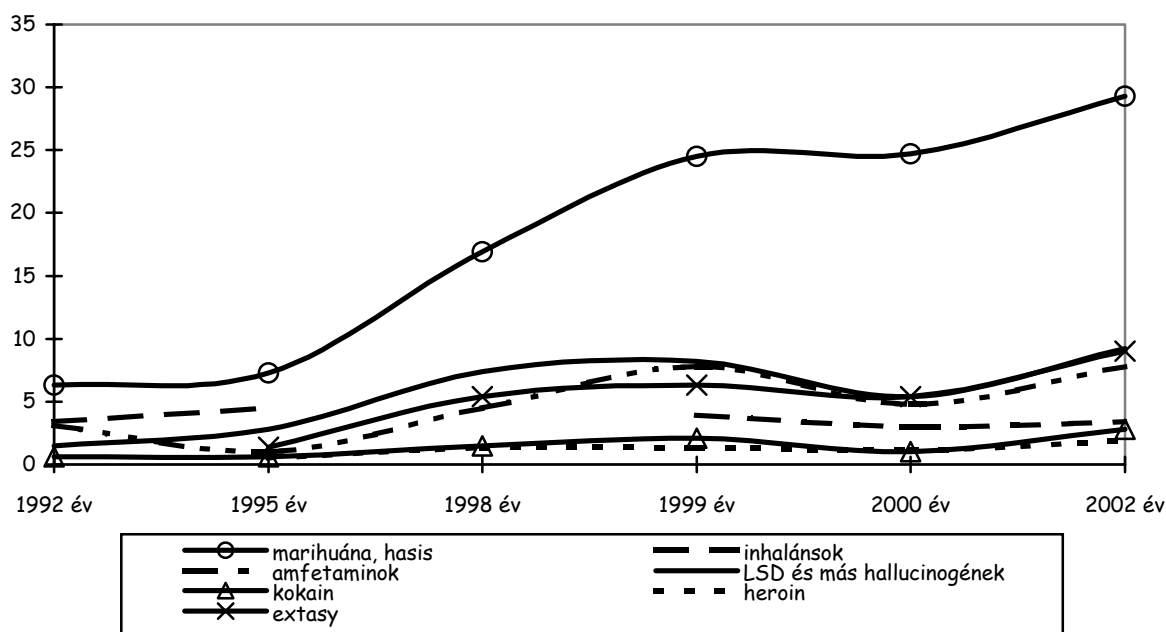
Szerek	1992 év ⁵	1995 év	1998 év	1999 év	2000 év	2002 év
marihuána, hasis	5,4-7,2	6,0-8,6	12,9-20,9	20,9-28,1	21,1-28,3	25,7-32,9
inhalánsok	2,7-4,1	3,5-5,5		2,3-5,5	1,6-4,4	2,0-4,8
amfetaminok	2,4-3,8	0,5-1,5	3,3-6,7	5,5-10,1	3,0-6,6	5,7-9,9
LSD és más hallucinogének	1,0-2,0	2,0-3,6	4,6-10,2	5,9-10,5	3,5-7,3	6,9-11,5
crack	-	0,2-0,8	0,3-2,9	0,5-2,5	0,2-1,8	0,6-2,6
kokain	0,3-0,9	0,2-1,0	0,2-2,8	0,9-3,3	0,2-1,8	1,5-4,1
heroin		0,2-0,8	0,1-2,5	0,3-2,3	0,2-2,0	0,8-3,0
ecstasy	-	0,8-2,0	3,0-7,8	4,3-8,3	3,5-7,3	6,8-11,2
fecskendővel bevitt drogok	-	0,2-0,8	0,2-2,8	0-1,1	0,3-2,1	0,4-2,2
tiltott szerek /inhalánsok együtt	10,4-12,8	10,5-13,7	-	25,0-32,6	23,4-30,8	28,3-35,7
(N)	4518	2762	597	932 fő,	946 fő	1083

⁴ 99%-os megbízhatósági szint melletti hibahatárok feltüntetésével, illetve a hibahatárt meghaladó változások kiemelésével.

⁵ Harmadéves középiskolások mintáján készült adatfelvétel.

A fővárosban az 1995-1999 közötti időszakban végbement növekedés az országos átlagnál jóval nagyobb mértékű volt, a tiltott szerek és/vagy inhalánsok életprevalencia értéke ebben a periódusban összességében 12,1 %-ról 28,8 %-ra, tehát 16,7 százalékponttal, azaz az évtized eleji értéket 100%-nak tekintve mintegy 140%-kal növekedett. Ezen belül 1995 és 1999 között bekövetkezett növekedés 138%. Ebben az időszakban valamennyi tiltott szer életprevalencia értéke növekedett, ezen belül elsősorban a kannábisz származékok növekedése a meghatározó, de jelentős az LSD és más hallucinogének, az amfetaminok, valamint az ecstasy elterjedtségének növekedése is. A legutóbbi, 2002 tavaszán készült vizsgálat adatai azonban a néhány szer –az ecstasy, az LSD kokain és a kannábisz származékok - esetében ismét az életprevalencia értékek hibahatáron túli növekedését jelzik.

A szerenkénti életprevalencia értékek tendenciái 1992-től napjainkig, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében



1995 és 1999 között növekedett a fogyasztás intenzitása. A kilencvenes évek második felében életük során csupán 1-2 alkalommal próbálkozók aránya alig több mint másfélszeresére, a 3-5 alkalommal használóké kétszeresére, az 5-nél több alkalommal fogyasztók aránya pedig ötszörösére növekedett a 10. évfolyamos populációban. Ez azt jelenti, hogy ebben az időszakban a fogyasztók között mintegy felére csökkent a csak 1-2 alkalommal használók aránya, s a legalább 6 alkalommal használók aránya pedig két és félszeresére emelkedett. Az elmúlt években ez a tendencia is mérséklődni látszik. A korábban megfigyelt drasztikus változások az utóbbi három évben nem jelentkeztek, ugyanakkor a drogfogyasztók közül a

leginkább intenzív – életük során már 40 vagy több alkalommal – használók aránya 2000-ről 2002-re egyharmadával növekedett, s arányuk a populációban közel megduplázódott (4,7 %-ról 8,1 %-ra növekedett).

A kilencvenes évek fogyasztási volumen és intenzitás változásait a szerkezet változása is kísérte. A fogyasztási struktúrában – a korábbiakhoz képest - kiemelkedő szerepre tett szert a marihuána és a különféle szintetikus party- drogok. Az utóbbi években e tekintetben markáns átalakulásokat nem tapasztaltunk.

Az első tiltott drog használat továbbra is többnyire középiskolás korban, 14 éves vagy azt követően történik. Azonban míg a kilencvenes évek második felében a 15 és a 16 éves korban való első próbálkozás arányában tapasztaltunk elmozdulást, addig az utóbbi három évben – bár a kipróbálások többsége most is 15 évesen történik - megnövekedett a 14 éves korban próbálkozók aránya.⁶

Az első tiltott droghasználat életkora

(a kérdésre válaszoló 10. évfolyamos drogfogyasztók %-ában)

	1995	1999	2002
14 ÉVES KOR ELŐTT	10,3	7,4	12,0
14 ÉVESEN	12,8	15,8	22,8
15 ÉVESEN	35,4	42,3	41,4
16 ÉVESEN VAGY IDŐSEBB KORBAN	41,5	34,4	23,9

A korábbi tapasztalatokkal szemben, amikor is – a nemzetközi tapasztalatokkal megegyezően - csökkenő mértékben ugyan, de nemek szerint szignifikáns különbségek jelentkeztek a prevalencia értékekben, 2002-ben Budapesten a nemenkénti összesített életprevalencia értékekben már nem mutatkozik szignifikáns különbség. Sőt, az utóbbi években bekövetkezett elterjedtség növekedés gyakorlatilag a nemek közötti különbségek kiegyenlítésének, a lányok körében lezajlott változásoknak tudható be.

Az 1995-ös és az 1999-es ESPAD adatokat összevetve kiderül, hogy nemcsak a tiltott szerek és vagy inhalánsok használata nőtt, hanem – bár kisebb arányban – a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a lerészegedés előfordulása is.

A különböző drogfogyasztó magatartások életprevalencia értékei iskolatípusonként (%), 1999

	gimnázium	szakközép	szakmunkás	szakiskola	összesen
Nem fogyasztott	78,0	73,3	70,5	64,1	73,4
Tiltott szert és/vagy inhalánst	13,4	18,0	22,0	27,7	18,3
Gyógyszer visszaélés	8,6	8,7	7,5	8,2	8,3
összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A dohányzás főbb mutatói iskolatípusonként, (%), 1999

	Gimnázium	szakközép	szakmunkás	szakiskola	összesen
életprevalencia	65,8	73,5	80,2	75,7	73,3
Havi prevalencia	27,3	38,5	53,6	53,9	40,4
Napi 1-20 szál	15,7	26,3	39,0	37,9	27,5

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói iskolatípusonként (%), 1999

	Gimnázium	szakközép	szakmunkás	szakiskola	összesen
életprevalencia	93,0	91,4	89,9	83,9	91,1
Havi prevalencia	50,9	50,1	57,4	44,2	52,2
Előző hónapban 6 vagy több ital	7,7	9,2	14,1	11,3	10,3

⁶ Az összehasonlító minták átlagéletkora csak kismértékben változott: 1995-ben 16,6; 1999-ben 16,8; 2002-ben pedig 17 év volt.

A lerészegedés mutatói iskolatípusonként (%), 1999

	Gimnázium	szakközép	szakmunkás	szakiskola	összesen
életprevalencia	43,6	53,0	68,0	59,1	54,9
Éves prevalencia	34,2	42,2	56,3	45,1	44,0
Havi prevalencia	16,0	22,5	32,8	24,6	23,7

Illegitim drog-, alkoholfogyasztás és dohányzás nemzetközi összehasonlításban

Az ESPAD'99 vizsgálatban 28 ország, illetve térség (pl. Moszkva külön) vett részt. Az adatok alkalmasak egy európai (nyugat- és kelet-európai) összkép megrajzolására. Ebben a környezetben nézzük most meg, hol helyezkedik el Magyarország:

Szerhasználó magatartásforma tartalma	Legmagasabb előfordulási gyakoriság %-ban	Magyarország %-ban	Legalacsonyabb előfordulási gyakoriság %-ban
40-nél többszöri cigaretta elszívása	Grönland 50	28	Románia 15
napi dohányzás	UK 20	9	Görögo. 3
Az utolsó évben több mint 20x-i alkoholfogyasztás	Dánia 51	9	Macedónia 7
Utolsó 30 napban több, mint 10x-i alkoholfogyasztás	Málta 20	5	Finno. 1
Utolsó évben több, mint 10x részeg	Dánia 39	6	Ciprus 1
Utolsó 30 napban több, mint 3x részeg	Dánia 30	7	Románia 2
Illegális drog életprevalencia	UK 36	12	Ciprus 3
Elmúlt 30 napban cannabis	Franciao. 22	4	Románia 1
Alkohol+gyógyszer életprevalencia	Dánia 15	8	Grönland 2
Szerves oldószer	Írország 22	4	Románia 1

A különböző szerek használata tekintetében Magyarország az európai középmezőnyben foglal helyet, szemben az 1995-ös helyzettel, amikor Magyarország még az utolsók (=azaz a legalacsonyabb előfordulási arányokat mutató országok) közé tartozott.

A szerzők legfontosabb megállapításai:

- a leginkább intenzív használók aránya 2000 és 2002 között valamelyest növekedett.
- Az első tiltott drog kipróbálásának életkorát az elmúlt tíz évben készült vizsgálatok a középiskolás korra jelzik⁷, azonban 1995 és 1999 között 16 éves korról 15-re tevődött a próbálkozás domináns kora, s az utóbbi években mind gyakoribbá válik a 14 éves korban való próbálkozás.
- A tiltott drogok fogyasztásának szokásos nemi mintázata a fővárosi középiskolások körében kiegyenlítődni látszik. Az utóbbi években az elterjedtségben bekövetkezett változások elsősorban ennek a kiegyenlítődésnek tudhatók be.

Az Elekes-Paksi szerzőpáros a droghasználat alakulását különböző háttértényezőkkel is igyekezett kapcsolatba hozni: a lakhellyel, az iskolatípussal, a szülők foglalkozásával, a család anyagi helyzetével, az apa iskolai végzettségével, a családban előforduló devianciákkal, a megkérdezett fiatalok iskolai előmenetelével stb. A szerzők a következő fontosabb kapcsolatokra mutatnak rá:

- A budapesti iskolákban magasabb droghasználati arányok mutatkoznak;
- A hiányzások száma és a viszonylag rosszabb tanulmányi átlag összefügg a droghasználattal.
- A nagyobb életkor, illetve a magasabb iskolai évfolyam összefügg a droghasználattal.
- A fiúk magasabb arányban használnak tiltott szereket.
- A családi devianciák összefüggést mutatnak a droghasználattal.
- A védő-óvó családi légkör óv a droghasználattól.
- A legerőteljesebb hatás az életmódváltozók és a droghasználat között mutatkozik, elsősorban a szabadidős tevékenységek vonatkozásában.

⁷ A 2001-ben készült felnőtt populációs vizsgálat is ezt erősíti.

- A kortárs kapcsolatok fontos szerepet játszanak a droghasználó diákok életében.
- A lelki problémák (hangulatzavar, negatív önértékelés) összefüggenek a droghasználattal.
- A szakmunkás tanuló iskolák és a szakiskolák diákjai rosszabb helyzetben vannak szinte minden fogyasztási mutatóban.

Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása – a HBSC⁸ kutatás tapasztalatai

Magyarország 1985 óta vesz részt az 1980-as évek elején skandináv kutatók által kezdeményezett „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) című kutatásban. A kutatás célja az iskoláskorú gyermekek egészséget befolyásoló szokásainak monitorozása mellett a tanulók egészségi állapotának és közérzetének megismerése, valamint adott magatartással összefüggést mutató tényezők azonosítása, és ezek ismeretében a magatartás kedvező irányú befolyásolása.

Ezen kutatási cél mintegy hézagpótló szereppel bír az egészségmagatartás kutatások terén. A felnőttek egészségi állapotára vonatkozó adatok már 10 évvel ezelőtt is ismeretesek voltak, számos hazai és nemzetközi vizsgálat foglalkozott a témával. Ezek a vizsgálatok rámutattak, hogy a felnőtt lakosság körében nagymértékben elterjedt a dohányzás és a túlzott mértékű alkoholfogyasztás, jellemző a testedzés hiánya, valamint az állati zsírokat nagymértékben, zöldségfélét pedig a szükségesnél kisebb mértékben tartalmazó táplálkozás. A nyolcvanas évek második felében az ifjúságkutatás is felvette témái közé a serdülőkor végén, felnőttkor elején járó fiatalok egészségi állapotát is érintő életmódbeli szokások tanulmányozását. A serdülőkor kezdetén kialakuló egészségveszélyeztető magatartásmódok vizsgálatából eredő releváns adatok és összefüggések azonban hiányoztak mind a magyarországi, mind a nemzetközi kutatások palettájáról.

A nemzetközi megállapodásnak megfelelően az adatgyűjtésbe bevont célcsoportok a 11,5, 13,5 és a 15,5 éves átlagéletkorú fiatalok, akik a magyar iskolarendszerben az általános iskolák VI. és VIII., valamint a középfokú oktatási intézmények II. osztályos tanulói közül kerülnek ki. A minta kiválasztása több lépcsőben, rétegzéssel történik, annak érdekében, hogy minden településtípus és iskolatípus valamint korcsoport képviselve legyen.

⁸ A kutatás vezetője dr. Aszmann Anna, szervezeti kereteit az Országos Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Intézet a Nemzeti Egészségvédelmi Intézettel közösen biztosította 1999-ig, 2001 óta az Országos Egészségfejlesztési Központ és a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet gondozza a kutatási tevékenységet.

Az alábbiakban az 1997-es adatfelvétel néhány tapasztalatát összegezzük. Minthogy Magyarország 1985 óta vesz részt ebben az összehasonlító kutatásban, néhány viselkedésforma alakulásával kapcsolatban a tendenciák elemzésére is lehetőség nyílik.

A dohányzást kipróbálók arányának változása a 6. és a 8. osztályosok körében

	6. osztályosok		8. osztályosok	
	Fiúk %	Lányok %	Fiúk %	Lányok %
1986	21,5	10,7	52,4	33,2
1990	23,4	8,5	55,2	36,1
1993	23,1	15	50,1	41,9
1997	28,5	17	57,9	53,1

Az adatok egyértelműen mutatják, hogy a dohányzás kipróbálásának életkora egyre korábbra tolódik.

A valamilyen alkoholtartalmú italt kipróbálók aránya nem változott említésre méltóan 1986 és 1997 között, a megkérdezett 6. osztályosok mintegy 2/3-a, a 8. osztályosoknak pedig $\frac{3}{4}$ kóstolt már valamilyen szeszes italt ebben az életkorban. A részegség alakulásában figyelemre méltó, hogy a korábban alig érintett lányok körében terjed ez a jelenség, 1990-ben a 8. osztályos lányok 1,5 % volt már részeg valaha életében, míg 1993-ban ez az arány 4,5 %.

A kutatás figyelmet fordított annak vizsgálatára is, hogy milyen háttértényezők hozhatók az egészséget veszélyeztető magatartásformákkal összefüggésbe. A kutatók megállapításai szerint kevesebb eséllyel dohányoznak azok a fiatalok, akiknek

- Édesapjuk magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik;
- Szüleik segítik őket az iskolai feladatokban és reális elvárásokat támasztanak velük szemben;
- Jó a család légköre, problémáikat könnyen beszélnek meg a fiatalok szüleikkel

A dohányzás és alkoholfogyasztást befolyásoló iskolai tényezők a következőképpen alakulnak:

A fiatalok nagyobb eséllyel rendelkeznek egészséget támogató szokásokkal, ha:

- Szeretik az iskolát, ahol tanulnak,

- Elfogadják azokat a rendszabályokat, amelyek az iskolában uralkodnak,
- Tanáraik magatartását igazságosnak és személyközpontúnak ítélik;
- Jól tanulnak és sikereket érnek el az iskolában

Azonban már 11 éves életkortól megnő a dohányzás valószínűsége amennyiben a gyerekek

- Nem szeretik az iskolát
- Nem fogadják el az iskolai rendszabályokat
- Ezek a tanulók többet mulasztanak (lógnak) az iskolából.

Fontos megállapítása a kutatóknak, hogy az egészséget kritikusán befolyásoló szokások „csoportokba” szerveződnek, vagyis halmozottan jelentkeznek.

Az adatok részletes elemzése alapján erősen valószínűsíthető, hogy a későbbi egészségi állapot, a jelenlegi kritikus egészségmagatartás szempontjából az önértékelésnek és a depressziósság mértékének van kiemelkedő szerepe.

Összességében megállapítható, hogy a serdülőkorúak egészségmagatartásában sok szempontból kedvezőtlen tendenciák azonosíthatóak az elmúlt 10 év mozgásait figyelembe véve. Az is szembeötlő, hogy bizonyos egészséget veszélyeztető magatartásformák előbb jelentkeznek az évek előrehaladtával.

A közoktatási szféra felelősségére hívják fel a figyelmet azok a megállapítások, melyek szerint az iskola, az iskolai légkör és a fiatalok iskolai közérzete szoros kapcsolatban van egészséget veszélyeztető magatartásformáikkal, általános közérzetükkel.

Protektív tényezőnek tekinthetjük, ha az iskola lehetőséget biztosít a pozitív értékelésre, sikerre, alacsony stressz-terhelésnek teszi ki a fiatalokat, reális elvárásokat támaszt velük szemben, valamint hozzájárul a kedvező jövő perspektíva kialakításához.

A fentiekben áttekintett kutatási adatok meggyőzően érvelnek amellett, hogy a fiatalok életvezetése, egészségmagatartása, szerhasználati szokásai egyfelől nem kevés aggodalomra adnak okot, másfelől pedig, hogy hatékony stratégiai és rendszerszerű beavatkozások, kezdeményezések elindítására van szükség. A fiatalok életvezetési szokásainak alakítása szempontjából kiemelkedő szerepe van az iskolának, a közoktatás különböző intézményeinek, az ott dolgozó szakembereknek. Ez az intézményrendszer azonban nem pusztán a gyerekekre

gyakorol hatást, hanem ezen keresztül lehetőség nyílik a családok mindennapjainak a befolyásolására is, amennyiben az iskola megfelelőképpen értelmezi saját szerepét és rendelkezik azokkal az eszközökkel (szakértelemmel, információval és pénzügyi erőforrásokkal), amelyek e feladat teljesítéséhez elengedhetetlenül szükségesek. A kutatási tapasztalatok elsősorban az iskolarendszer keretei között megtalálható fiatalok életvezetési szokásairól tájékoztatnak, ugyanakkor nem feledkezhetünk meg az e keretek között nem elérhető, kiváltképpen kedvezőtlen helyzetben lévő ifjúsági csoportok problémáiról sem, nem mondhatunk le az ő életvezetési szokásaik megismeréséről és alakításáról sem. A fiatalok jobb életesélyeinek megteremtése érdekében az egyik legfontosabb feladat az interszektoralitás feltételeinek, működőképes fórumainak életre hívása és működtetése.

Jelen dokumentum a közeli és távolabbi jövő feladatainak kijelölése során arra törekszik, hogy kimunkálja és erősítse a szinergikus viszonyokat a Nemzeti Stratégiával, amely a kábítószer-probléma visszaszorítását célozza, valamint a Johan Béla Népegészségügyi programmal.

2. A PREVENCIÓ HELYZETE

2.1. Az oktatási szektort érintő, de nem az Oktatási Minisztérium által indított prevenciós kezdeményezések

- **Felsőoktatási program** keretében egyrészt a felsőoktatási tanácsadók képzésére kerül sor, másrészt életvezetési ambulanciákat létesülnek a nagy befogadóképességű egyetemi campusokban.
- **Civil kezdeményezések**
Az országban becsléseink szerint mintegy 60 olyan civil kezdeményezés (egyesület, alapítvány) működik, melyek kínálatában prevenciós programok, tanárképzések és tanártovábbképzések szerepelnek. Ezen civil kezdeményezések működéséről korlátozottan állnak rendelkezésünkre adatok, finanszírozásuk többnyire pályázati támogatások révén biztosítható.

Az iskolán kívül szervezett drogmegelőzési programok hazánkban az alábbi hat csoportba sorolhatók:

- egészségfejlesztő programok

- kábítószer-ellenes rendezvények, események
 - a kábítószer-fogyasztás alternatívájaként szervezett szabadidős programok
 - vizuális ismeretátadó programok (pl. kiállítás)
 - kortárssegítő programok
 - célzott ifjúsági programok az iskolarendszertől kikerülők, kimaradók számára
- **Az alternatív oktatási intézmények** zömmel társadalmi szervezeti keretben, általában alapítványként működnek. A hagyományos iskolai keretből kiszakadók itt folytathatják évvessztés nélkül, esetleg évvessztéssel korábban megszakított tanulmányaikat. A hagyományos formák és keretek sértői, az átlagostól eltérő, veszélyeztetett, hátrányos helyzetű fiatalok, vagy tanulási problémák miatt tanulmányaikat megszakítók kerülnek ide. A leghosszabb múlttal és tapasztalattal a Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium (Budapest) rendelkezik. Az elsőleges megelőzést elsősorban a mentor-rendszer alkotja, amely ezekben az intézményekben általános. Minden tanulónak van „tanár párja”. Ez a bizalmi kapcsolat teret ad a tanulástechnikai problémák feldolgozása mellett az életvezetési és személyiségi (önismereti) problémák feltárására és megoldására is. Mivel gyakori, hogy drogot használó, függő, vagy absztinens drogfüggő is van a diákok között, a megelőzésnek minden fokozata egyszerre kell, hogy jelen legyen ezekben az intézményekben. A szükségesnél kevesebb hasonló intézmény működik még, néhány a fővárosban, és elvétve a vidéki nagyvárosokban.
 - **Az alap-, a közép- és a felsőfokú oktatási intézményrendszer egészét elérő prevenció támogatási és programfejlesztési rendszer** első alkalommal nyújt ún. integrált, szakmailag megalapozott és minőségorientált megelőzési képzést a legfontosabb célcsoportok számára.

2.2. A korábbi iskolai drogprevenció megítélése

Egy 1998. év végén középiskolai pedagógusok körében végzett közvélemény-kutatás⁹ eredményei szerint a tanárok 90 százaléka szerint nőtt a kábítószer-fogyasztás a középiskolás korúak körében, ugyanakkor csak egyharmaduk ismeri el saját iskolájában a kábítószer-probléma növekedését. Szervezett formában csak 47 %-ban kaptak ismereteket

⁹ Középiskolai pedagógusok a kábítószer-problémáról és a fiatalok kábítószer-fogyasztásáról
Magyar Gallup Intézet Budapest, 1998. december – 1999.január

drogmegelőzéssel kapcsolatban, illetve a drogok felismerésére vonatkozóan. A pedagógusok 72 %-a szerint a drog-megelőzési tevékenység csak kismértékben, 17 %-uk szerint pedig egyáltalán nem hatékony. 84% nyilatkozott úgy, hogy Magyarországon sürgősen szükség van a drogmegelőzési és felvilágosító tevékenységek fokozására.

2.3. Az iskolai drogprevenció hatékonyság-vizsgálata

2001-ben került sor budapesti, iskolai drogprevenciós programok értékelésére, Paksi Borbála és Demetrovics Zsolt vezetésével, az ISM felkérésére.

A szerzők megállapításai szerint Budapesten összesen 30 olyan programot találtak, mely a 12-18 éves célpopuláción közvetlen iskolai drogprevenciós tevékenységet (is) végez, s közülük összesen 27 szervezet 44 programjának az adatait sikerült kataszterükben összegyűjteniük.

A vizsgált szervezetek a megjelölt fő tevékenységük, a prevenciós tevékenység típusa, módja alapján egyaránt meglehetősen variabilitást mutattak. A kitűzött célok, és az alkalmazott módszerek heterogenitása miatt a programok a szokásos kategória rendszerekbe csak igen nehezen voltak illeszthetők. A legtöbb program elsődlegesen nem elméleti megfontolásokból, alapvetésekből kiindulva, illetve arra építve alkotta meg a saját programját, módszerét, hanem a program kialakításában sokkal inkább a programgazda, illetve programgazdák rendelkezésére álló tudás, módszer és (adott esetben szubjektív) elképzelés volt a döntő. Néhány esetben a tényleges tevékenységet döntően a spontaneitás, a meglévő készségek az adott helyzetben történő alkalmazása határozta meg. Az egyes programokban előforduló modalitások szerkezetét, az egyes szempontok együtt járási gyakoriságát vizsgálva a szerzők azt tapasztalták, hogy a leggyakrabban a 'kortárs szempontok' és a 'tudásátadás és érzelmi nevelés' dimenziók jelentek meg együttesen egy programon belül. Szintén gyakori volt a 'tudásátadás' együtt járása a 'kortárs szempontokkal', illetve a 'tudásátadás és érzelmi nevelés' dimenzióval, valamint az 'önismeret fejlesztésének' és a 'kortárs szempontoknak', illetve a 'tudásátadás és érzelmi nevelés' dimenzióknak az együttes megjelenése. A fővárosban elérhető programok között legnagyobb gyakorisággal – megközelítőleg azonos aránnyal - a „rövid futamidejű információ átadó”, valamint a „hosszú intervallumú egészségfejlesztő programok” szerepelnek. Ez a két kategória teszi ki a programok több mint felét. A programok 10-10%-a „hosszabb intervallumú integrált drogprevenciós program”, illetve „drámapedagógiai módszereket alkalmaz”, vagy veszélyeztetett csoportok számára végez

prevenációs munkát. A programok további összesen kb. egyhatoda kortársképzést, alternatív programokat vagy egész napos rendezvényeket kínál.

A programok eredményessége tekintetében is vegyes kép alakult ki. A szerzők megállapításai szerint a vizsgált háttérváltozók azt jelzik, hogy az epidemiológiai adatfelvételek szerint a drogfogyasztás szempontjából valószínűsíthetően kisebb érintettséget, illetve potenciálisan kisebb érintettséget mutató (fiatalabb, átlagos társadalmi státusú családi háttérrel rendelkezők, lányok) fiatalok körében nagyobb a programok elfogadottsága.

Ugyanakkor a célváltozók kiinduló értékei és az elért hatás közötti kapcsolat azt jelzi, hogy a programok eredményességének értékelése során nem tekinthetünk el attól, hogy az elért populáció beavatkozás előtti állapota hogyan írható le a befolyásolni szándékozott dimenziók mentén. Az eredményváltozóknál elérni szándékolt hatás becslése szempontjából nagyon fontos a program tervezési fázisában a célpopuláció ismerete a célváltozók mentén is.

Következtetések

A vizsgálat tanúságai szerint tehát a prevenációs programokat nehéz leírni – ami az akkreditációt nehezíti meg; illetve a prevenációs szervezetek felé elvárásként fogalmazható meg, hogy bizonyos előírt szempontok szerint fogalmazzák meg saját módszerüket. Kétséges, hogy az egyszeri-kétszeri alkalmak, „drogellenes napok”, „egészségnapok” stb. beilleszthetők-e a prevenáció rendszerébe – nem vitatva, hogy ezek bizonyos célokra alkalmasak, de ezek a prevenáció közvetlen céljain kívül helyezkednek el. Ilyen cél lehet, pl. egy program indítása vagy lezárása egy látványos rendezvénnyel, bizonyos célpopuláció, pl. a szülők elérése és bevonása stb. Nyilván, ilyen esetekben a droghasználat csökkenését, a drogokkal kapcsolatos attitűdök, de még a tudás változását sem igen várhatjuk el. Sőt, egyes esetekben akár a drogprevenáció céljaival ellentétes hatásokkal is számolhatunk!

A vizsgálat kiemeli azt a sokszor tapasztalt helyzetet, hogy a „jó gyerekek” fogékonyabbak a prevenációs üzenetekre, míg a rászorultabbak kevésbé. Ugyanakkor a programok éppen a veszélyeztetettebb fiatalok körében mutattak fel több eredményt. Ez egy iskolán, sőt egy osztályon belül is a célpopuláció pontosabb ismeretét feltételezi a programok végrehajtói számára – legyenek azok iskolán kívüli szakemberek, vagy az iskola alkalmazottai.

A vizsgálat a hosszabb futamidejű programok most már országos értékelését is sürgetővé teszi. A hosszabb futamidőnél már droghasználati szokások (prevalencia-értékek) jellegű mutatókat is lehet vizsgálni – ha az adatvédelmi feltételek adottak.

2.4. A prevenciós tevékenységek értékelése nyomán az alábbi összefoglaló megállapítások tehetők

- Az iskolai drogprevenció területén számos állami, önkormányzati és civil szervezet működik.
- A szolgáltatók az iskolákat sokszor ellenőrizhetetlen tartalmú programmal keresik meg.
- Az iskolában a valamilyen formában kiképzett pedagógusok nehezen összesíthető prevenciós tevékenységet fejtenek ki.
- Dominálnak az egyszeri alkalomból álló „programok”.
- Keveredik az egészségfejlesztés hangsúlyú drogprevenció, a közvetlen - akár elrettentő, így legfeljebb rövid hatású - kábítószer-ellenes program és az érzékenyítő kurzus.
- A programok kialakításánál jobban figyelembe kellene venni a korszerű, egészségfejlesztés hangsúlyú drogprevenciós elméleteket és módszereket.
- A programok részévé kell tenni az értékelést – legalább a folyamat-értékelés szempontjait.
- Áttekinthetővé kell tenni a „prevenciós piacot” – mind az állami döntéshozók, mind pedig a felhasználók (iskolák, pedagógusok, szülők) számára. A kétféle áttekinthetőség (döntéshozó – felhasználó) jó esetben fedi egymást.
- A különböző célcsoportok számára – itt most elsősorban a drog iránti veszélyeztetettség vonatkozásában – célzott programokat érdemes tervezni.
- Biztosítani kell a droghasználó fiatalok számára a szakmai segítség elérését (iskola-egészségügyi szolgálat? Kezeléssel foglalkozó szakmai szervezetek).
- Biztosítani kell az iskolák és a helyi közösség szorosabb kapcsolatát, az iskolák és az iskolai igények reprezentációját a helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórumokban (KEF).
- A KEF alkalmas lehet a szabadidőprogramok, illetve az iskolából kikerülő fiataloknak szervezett programok koordinálására is.

3. A STRATÉGIAI CÉLKITŰZÉSEK EU-S KÖRNYEZETE

Az Oktatási Minisztérium drogstratégiája szempontjából egyrészt az Európai Unió oktatáspolitikai koncepciója, másrészt a 2008-ig érvényes népegészségügyi, illetve a 2004-ig szóló drogstratégiája tartalmaz irányadó szempontokat. Az említett dokumentumok egybehangzó üzenetei az alábbiakban összegezhetőek:

- **Szubszidiaritás**, vagyis, hogy a szolgáltatásokat, ellátásokat a keletkező szükségletek megjelenési helyén és szintjén, a lokális erőforrásokat és lehetőségeket szem előtt tartva, azokat a szükségletek szintjére fejlesztve szükséges nyújtani;
- **Interszektorialitás**, vagyis, hogy a problémák komplex természetéhez illeszkedő módon, valamennyi érdekelt szektor együttműködésére, kooperációjára, szinergiákat erősítő beavatkozásaira van szükség.
- **Partneri viszony**, vagyis, hogy a paternalisztikus, felülről szerveződő intézkedések helyett az érdekelték részvételével, igényeihez illeszkedő módon szükséges a beavatkozásokat, kezdeményezéseket kimunkálni. Fontos szempontból az érdekelték információon alapuló felelős döntéshozatala
- **Információ**, vagyis, hogy a korrekt és személyes szükségletekhez illeszkedő információnyújtásra kell törekedni; méghozzá abban a formában, ahogy az érdekelték azt leginkább befogadni és hasznosítani képesek;
- **Participáció**, vagyis, hogy az érdekelték nemcsak használói, hanem alakítói is legyenek az őket érintő beavatkozásoknak, továbbá, hogy az alkalmazott módszerek az érintettek tényleges bevonódását követeljék meg.

A fenti elvi megfontolások számos konkrét projekt keretei között érvényesülnek, ezek közül példaként csak kettőt említünk meg:

- (i.) az Egészséges Iskolák Európai Hálózata (European Network of Health Promoting Schools), mely projekt a WHO, Európa Tanács és az Európai Unió közös finanszírozásában és szakmai együttműködése mellett valósul meg

- (ii.) „Egészséges Iskolák és a Drogok” (Healthy Schools on Drugs), amely projekt a hollandiai Trimbos Intézet szakmai irányítása mellett dolgozott ki komplex kurrikulumot a szerhasználat megelőzése érdekében.

4. A JOGSZABÁLYI KÖRNYEZET

Az Oktatási Minisztérium drogprevenációs és egészségfejlesztési stratégiájának kimunkálása szempontjából fontos gondosan elemezni a jelenleg érvényben lévő és irányadó jogszabályi környezetet. A leglényegesebb dokumentumok, melyeket szem előtt szükséges tartani a Nemzeti Stratégia a kábítószer probléma visszaszorítására elnevezésű stratégiai program (OGYh 96/2000.), 1036/2002. Korm.hat. a 'Johan Béla' Egészséges Nemzetért népegészségügyi program (Korm. Hat.), valamint az 1993. évi LXXIX. Törvény a Közoktatásról és a Nemzeti Alaptanterv.

A felsorolt dokumentumok bizonyos egyértelmű és egy irányba mutató üzeneteket fogalmaznak meg, melyeket az alábbiakban röviden áttekintünk.

- Esélyt és eszközöket kell adni a fiataloknak ahhoz, hogy káros szenvedélyektől mentes, egészséges és produktív életvezetést folytathassanak;
- Készségekkel és jártasságokkal kell a fiatalokat felruházni annak érdekében, hogy az egészségkárosító magatartásformáktól mentes életet élhessenek, testi-lelki jól-létük megtartása mellett;
- Valós képet szükséges kialakítani a fiatalok szükségleteivel kapcsolatban annak érdekében, hogy olyan életmintákat, kínálatot lehessen számukra biztosítani, amely jó közérzetüket előmozdítja;
- Minthogy az egészségkárosító magatartásformák kialakulásának hátterében jelentékeny szerepet játszik az esélyegyenlőtlenség fontos, hogy érdemi lépések történjenek ezen egyenlőtlenségek mérséklése érdekében;
- A kutatási adatok egyértelműen bizonyítják, hogy a rosszul teljesítő, teljesítmény zavarokkal küzdő fiatalok hajlamosabbak a szerhasználatra és egyéb egészségüket

veszélyeztető magatartásformák tanúsítására, ezért az iskolai oktatás keretei között törekedni kell arra, hogy olyan módszerek, technikák váljanak elterjedtté, amelyek érdemi megoldást kínálnak a zavarok mérséklésére;

- A kutatási adatok arra is rámutatnak, hogy a fiatalok önértékelése és önismerete fontos tényező az egészségmagatartás befolyásolása szempontjából. Elodázhatatlanul fontos, hogy az iskolai keretek között oktatott tantárgyak és oktatási technikák hozzájáruljanak a személyiség megfelelő formálásához;

5. MIT TETT EDDIG AZ OKTATÁSI MINISZTERIUM?

Az OM mindig hangsúlyozta saját felelősség érzetét a felnövekvő generációk életésélyeinek javítása terén, az elmúlt években a következő területeken történtek e tekintetben említésre méltó kezdeményezések:

- az egészségnevelés területén kifejlesztett pedagógus-továbbképzések fenntartása, támogatása,
- az iskolai drogrevenációs képzést végzett pedagógusok (1200 fő) folyamatos szakmai tájékoztatása és szupervíziója,
- a kiépített regionális drogrevenációs hálózat továbbfejlesztése,
- a hátrányos helyzetű fiatalok számára kialakítandó drogrevenációs programok fejlesztése, támogatása,
- a szakmai civil szervezeteknek az iskolák prevenációs munkájába történő hatékony bevonása,
- az iskolai drogrevenációs és egészségstratégiák kialakításának szakmai támogatása,
- a 2002-ben elindított iskolapszichológus szak fenntartásának bővítése, a pedagógusok ösztönzése a képzések igénybevételére,
- az iskolapszichológus módszertani központ támogatása,
- a „Mentálhigiénés Alapképzés Pedagógusoknak” (MAP) c. képzés továbbfejlesztése,
- a „MAP” c. továbbképzési programba tömörült pedagógusok hálózatának bővítése,
- mentálhigiénés szakirányú továbbképzési szakokon tanuló pedagógusok költségtámogatása,

- a Mentálhigiénés Szakértői Bizottság működtetése.

Pályázati tevékenység

Kiemelkedő jelentőségű volt az Oktatási Minisztérium és az Ifjúsági és Sportminisztérium közös pályázata, 205 millió Ft értékben, az általános iskolák 6–8. évfolyamai számára, „Iskolai egészségfejlesztési-drogmegelőzési tevékenység támogatására” címmel. A pályázati kiírás célja az iskolai egészségfejlesztési, hangsúlyosan a drogmegelőzési munka előmozdítása és támogatása, amely szerves folytatása a 2000. évben középiskolák részére kiírt hasonló tartalmú pályázatnak.

Kerettantervi szabályozás

Az elkészített kerettantervekben öt területen jelenik meg a drog-prevenció:

- Biológia,
- Egészségnevelés tantárgyi modul - 6. 8. évfolyam,
- Kémia,
- Biológia 11. évfolyam,
- Osztályfőnöki órák egészségfejlesztési tartalma 5-12 évfolyam.

A továbbiakban hatékony eszközökkel kell arra törekedni, hogy a dokumentumokban rögzített célkitűzések a napi gyakorlatban is megvalósuljanak, hogy a megvalósulás színvonala is megnyugtató és kielégítő legyen.

Iskolai drogügyi koordinátorok képzése

A speciális iskolai drogügyi koordinátor pedagógusok továbbképzése, a végzettek szupervíziója kiemelkedő jelentőségű. Az OM kezdeményezésére a PTMIK által alapított és akkreditált 30 órás pedagógus-továbbképzést végzettek (amelyet eddig 1200 tanár végzett el) számára már működik az a regionális hálózat, amely külsős szakemberek bevonásával, az OM felügyelete mellett folyamatos továbbképzést, konzultációt és esetmegbeszélést biztosít.

2003-ban elkezdődött az általános iskolában dolgozó pedagógusok ilyen irányú felkészítése is.

Az OM által finanszírozott „Mentálhigiénés Alapképzés Pedagógusoknak” c. 30 órás akkreditált továbbképzések szervezése.

Prevenációs munka óvodában

Az *óvodában* folyó prevenációs munka elsősorban a legális droghasználattal összefüggő prevenációs tevékenységnek tekinthető. Több olyan program ismert, amely az adott életkori csoport fejlődépszichológiai szükségleteihez illeszkedik, és drogprevenációs célkitűzéseket fogalmaz meg (Szív – kincsesláda, Kalandozás Illatóriában stb.) Ezek a programok egészségfejlesztési kontextusban tárgyalják a legális drogok veszélyeit (elsősorban a dohányzásét), dacára az előző pontban megfogalmazottaknak, főleg az ismeretközlés eszközével élnek, pozitívumuk, hogy igénylik és el is érik a gyerekek aktív bevonódását.

A drogprevenáció szempontjából fontos körülmény az óvodai nevelés alapprogramja (1997).

6. OKTATÁSI MINISZTERIUM EMBER-GYEREK KÉPE

Ahogy ez a Kormányprogramból is kiviláglik az oktatási szektorra igen nagy feladat hárul annak érdekében, hogy a III. évezredben egy magabiztos és alkotni képes generáció felnövekedésének a feltételei megteremtődjenek. Minden gyerek megszületésekor lehetőségekkel és tehetségekkel jön a világra, a felnőtt társadalom feladata, hogy ezek a lehetőségek kibontakozzanak, tényleges tartalommal teljenek meg, hogy a fiatalok jól érezzék magukat, bánni tudjanak és eligazodjanak az információk rengetegében, rendelkezzenek az önálló, felelős életvezetés készségeivel, harmóniában éljenek önmagukkal és környezetükkel, szeretni és dolgozni egyaránt képesek legyenek.

Ennek az ambiciózus célkitűzésnek megfelelően megkezdjük a gyerekek iskolai túlterheltségének csökkentését, olyan gyerekközpontú iskolák megteremtését, amelyekben minden gyereknek színvonalas oktatásban és személyes igényeinek megfelelő nevelésben, törődésben van része. Több időt biztosítunk az úgynevezett kulcskompetenciák, a tanuláshoz nélkülözhetetlen kommunikációs készségek és képességek fejlesztésére és ezzel szolgáljuk az alapkészségek, -képességek nyugodt elsajátítását.

A Közoktatási törvény módosítása is ezeknek a célkitűzéseknek megfelelően történik, hangsúlyozván azt a gondolatot mi szerint a közoktatási intézményrendszer napi működésének, az ezt keretekbe foglaló jogszabályi környezetnek előmozdítania és szolgálnia kell a fenti célok megvalósulását.

7. STRATÉGIAI CÉLKITŰZÉSEK

Szükség van **az iskolai prevenciós programok támogatására**, a megfelelő akkreditációt követően növelni kell kapacitásukat és a képzésekben résztvevők számát,

Olyan **információs kiadványokat kell** megjelentetni és olyan médiaeseményeket szükséges támogatni, melyek a meghatározott célcsoportokhoz valóban eljutnak.

Az egészségmegőrzés – drogprevenció gondolatosságának és módszertanának mindenhol érvényesülnie kell, ahol a fiatalok vagy az őket segítők megjelennek, illetve a hozzátartozók, a segítők, a közösségszervezők, sőt a döntéshozók és a politikai szint tevékenységét és cselekvéseit is át kell hatnia a prevenció szemléletének.

A szakemberek (pedagógusok, egészségnevelők, más iskolai szakemberek) képzésében élvezzenek előnyt az akkreditált, "képzők képzése" típusú programok.

Kiemelt szerepe van a helyi közösségek prevenciós munkájának, ezek között **a szabadidő- és sportprogramok különös jelentőségűek**

Interszektoriális megközelítés és program megvalósítás szervezeti feltételeinek biztosítása a meglévő intézményi struktúrák jobb kihasználása révén.

8. A STRATÉGIÁ CÉLKITŰZÉSEK MEGVALÓSULÁSI SZINTJEI

8.1. Közoktatás

8.1.1. Kutatások

Föltétlenül szükség van a droghelyzet monitorozására: A már több alkalommal hivatkozott „Európai vizsgálat a középiskolások alkohol- és drogfogyasztásáról, valamint dohányzásáról” (ESPAD) protokoll alapján ismétlődő jelleggel sor kerül a közoktatásban résztvevő fiatalok szerhasználati viselkedésének feltárására. Ugyanakkor szükség van a közoktatási intézményrendszerből kimaradó – kihulló fiatalok körében is ennek a vizsgálatnak a lebonyolítására, ez természetesen a protokoll és az elérés módjának átdolgozását kívánja meg. Az ESPAD kérdőív alkalmazása az adatokat összehasonlíthatóvá teszi egyrészt 1992-ig visszamenőlegesen a magyarországi helyzet vonatkozásában, másrészt az 1995-ös, 1999-es,

2003-as európai helyzet tekintetében is (utóbbi esetben csak a 16 éves korosztály tekintetében).

8.1.2 Programfejlesztés - monitorozás

A közoktatásban használatos egészségfejlesztő, prevenciós módszerek összegyűjtése. Külön hangsúllyal kell kezelni a települési egészségfejlesztési terv részeként megjelenő iskolai egészségfejlesztési terveket, valamint a prevencióra szakosodott szolgáltatók kínálatát. Utóbbiakat pályázati rendszerrel (illetve a később bevezetésre kerülő prevenciós normatíva által is) arra kell ösztönözni, hogy folyamatosan monitorozzák, hogy szakembereik, illetve az általuk kiképzett pedagógusok mikor, milyen prevenciós programot végeznek, mekkora lefedettséggel. Célzott vizsgálatokkal, az iskolákon keresztül is vizsgálható a programok által lefedett népesség, illetve a programokkal való elégedettség és a programok eredményessége. A prevenciós programok értékelésénél az EU-s ajánlásokat kell figyelembe venni (lásd az Európai Drogokat- és Drogaddikciót Monitorozó Központ ajánlásait).

Az országos prevenciós hangsúlyú egészségfejlesztési programokat, illetve szolgáltatóikat olyan módon kell ösztönözni pályázatok révén, hogy az egész ország területéről elérhető legyenek, elsősorban a „képzők képzése” módszer révén. A szolgáltatók az általuk kiképzett szakemberek munkáját folyamatosan monitorozzák, és ezeket az adatokat egy országos adatbankban helyezték el. Ugyancsak ez az adatbank szolgálna arra, hogy a prevenciós szolgáltatásokhoz tartozó egyéb szolgáltatásokat is igénybe lehessen venni: szupervízió, „frissítő” továbbképzés, esetmegbeszélés stb. A cél megvalósulását elősegíti a prevenciós programok akkreditációja, és az akkreditáció feltételeként szabott monitorozás és (legalább) folyamat-értékelés.

A tudásközpontú programok mellett/helyett a mindennapi készségfejlesztő programokat kell előnyben részesíteni. Ezt segíti elő a prevenciós programok akkreditációs listája, illetve az említett adatbank működtetése. Az oktatás és az iskola világával kapcsolatba kerülő szakemberek sokfélesége miatt (oktatási, gyermekvédelmi, egészségügyi, szociális szakemberek) célszerű az érintett minisztériumokkal közös akkreditációs rendszert és adatbankot működtetni (vagy az információk tekintetében a különböző intézmények között az átjárhatóságot biztosítani).

A pedagógus-, illetve más szakember prevenciós továbbképzésének igazodnia kell a különböző célpopulációk igényeihez: a közoktatásban és a felsőoktatásban tanuló diákokhoz, az iskolából kimaradó – kihulló, és a más szempontból veszélyeztetett fiatalokhoz. Ebben az esetben együttműködésre kell törekedni az iskola- és a gyermek-egészségügyi szolgálattal, a gyermekjóléti szolgálatokkal, a munkaerő központokkal, az addiktológiai ellátást nyújtó intézményekkel. Sok esetben ugyanis a prevenció itt már közvetlen segítségnyújtást is jelent (másodlagos prevenció – szelektív, illetve indikatív prevenció). Ebben az esetben a közösségi programoknak és a szabadidős alternatíváknak kulcsszerep jut, mert a fiatalok másképp nem elérhetőek. Itt helyi szinten a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumnak kell koordinálnia az egyes feladatokat.

A drogügyi feladatokat is ellátó iskolai egészségfejlesztő az iskolai drogprevenciós programok összefogója, valamint ő tartja a kapcsolatot az iskolán kívüli segítő intézményekkel. Itt folytatni kell az OM által megkezdett munkát: mind a képzés, mind a szupervízió és a megyei, folyamatos továbbképzés tekintetében. A drogügyi koordinátorok, vagy az ilyen szerepet is betöltő egészségfejlesztők munkáját folyamatosan monitorozni kell; ennek célja nem az ellenőrzés, hanem a munka hatékonyságának fokozása, a szakemberek bevonása az országos programok kialakításába és fejlesztésébe. Az iskolai minőségbiztosítás egyik eleme az iskolában folyó egészségnevelő munka, az egészséges – biztonságos iskola megteremtése.

A szülők elérése külön feladatként jelenik meg: sok esetben a drogügyi koordinátor, máskor a segítő intézmény tehető alkalmassá arra, hogy a szülők számára megfelelő programokat dolgozzon ki, illetve a szülőket integrálja az iskolában már folyó egészségnevelő, drogprevenciós munkába. A külső intézmény megkönnyítheti az iskola – szülő esetenként ellenérdekelt (vagy annak tűnő) helyzetének feloldását.

A kortárs támogatók kiemelt feladatot kapnak az egészségfejlesztés és a drogprevenció vonatkozásában. A kortársak bevonása az EU „White Paper” szellemében messze meghaladja az egészségfejlesztést és a drogprevenciót, és messze meghaladja a ma átlagosnak tekinthető mértéket. Itt a fiatalok és az oktatási intézmények, a fiatalok – helyi közösség kapcsolatának újragondolásáról van szó, ami a Drogstratégia keretein túlnő.

Egészségfejlesztési normatíva tartalmi elemeinek meghatározása és működési feltételeinek kimunkálása révén biztosítani szükséges a közoktatási intézményekben folyó prevenciók tevékenység kiszámítható és megnyugtató finanszírozását.

8.2. Felsőoktatás

8.2.1. Tantárgyi modulok

A felsőoktatásban egyrészt ki kell alakítani a témával kapcsolatos tantárgyi modulokat, melyek nemcsak tartalmukban, de oktatás-módszertanilag is követik a korszerű egészségfejlesztési-prevenciók elveket: pl. interaktív, kiscsoportos oktatás.

8.2.2. Életvezetési ambulanciák

A másik feladat, hogy a felsőoktatásban tanulók számára a megfelelő, könnyen elérhető, nem patologizáló, életvezetés-ambulanciákat, -tanácsadó szolgálatokat kell létesíteni, elsősorban a nagyobb egyetemi campus-okban.

A fentiekben részletezett feladatok az „Egészséges egyetem” projekt életre hívásával egy integrált tevékenység keretébe ágyazott formában lenne megvalósítható.

8.2.3. Kutatás

Szükség van olyan kutatás elindítására is, ami hangsúlyozottan foglalkozik a felsőoktatási intézményeket látogató fiatalok életvezetési szokásaival, szerhasználatával. Erre azért is különösen nagy szükség van, minthogy ez a populáció általában nem képezi a különböző drogepidemiológiai vizsgálatok célcsoportját, noha egészségmagatartásuk, életvezetési szokásaik különösen fontosak, hiszen ők lesznek a későbbiekben a legjelentékenyebb véleményformálók. Hatványozottan igaz ez az állítás a tanárképzésben és az egészségügyi felsőoktatási képzésben résztvevők esetében.

8.3. Pedagógusok graduális képzése

A felsőoktatásban leírtak fokozottabb módon érvényesek a pedagógusképzésre: nagyobb óraszám, megfelelő gyakorlati képzéssel kiegészítve kell törekedni az egészségfejlesztő-prevenációs tárgyak tartalmának kialakítására. Ezeknek a tantárgyi moduloknak a pedagógus mesterség blokk keretében kell megjelenniük, hiszen az egészségfejlesztés, drogprevenáció feladatai nem kötethek – és nem is lenne szerencsés kötni – semmilyen speciális tárgyhoz; ezek az ismeretelemek, készségek és jártasságok az általános tájékozottság és pedagógiai kompetenciák részeként szükséges, hogy megjelenjenek. A pedagógusképzés ilyen jellegű áthangszerelése közelebb vihet a más dokumentumokban sokat hangoztatott tantárgyközi (cross-curriculáris) egészségfejlesztés – prevenció ideájának megvalósításához.

8.4. Pedagógusok posztgraduális és továbbképzése

Az országban számos helyen folyik a pedagógusok szakirányú továbbképzése egészségfejlesztő-mentálhigiénikus szakokon. Nagy a száma az akkreditált pedagógus továbbképzéseknek is. Ez utóbbi esetben azonban szükség lenne a programok átvizsgálására, szakmai tartalmuk esetleges felülvizsgálatára. Növelni szükséges azon továbbképzések számát, amelyek a személyes hatékonyság növelését tűzik ki célul, illetve amelyek hatékony védelmet kínálnak a kiégettségi szindróma megjelenésével szemben, és ezt képesek is megvalósítani. Meg kell vizsgálni annak a lehetőségét, hogy a képzések költségeiből az OM mekkora hányadot vállaljon át, és hogyan történjen ennek elosztása: a pedagógusok kapják a támogatást, vagy pedig akkreditált képzőhelyek/programok pályázhatnak hallgatóik számára költségtérítésre. A pedagógus továbbképzéseken, posztgraduális képzéseken való részvétel finanszírozása szempontjából egy további, megoldást kívánó elem a helyettesítések kérdése és annak anyagi konzekvenciái.

8.5. Kiadványok, kommunikációs stratégia

Az OM egészségfejlesztéssel foglalkozó szakmai bizottsága a „Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására” OGY határozat és az Egészség Évtizede Johan Béla Nemzeti Programja feladataiból származó kérdésekkel foglalkozik. Ez a bizottság, vagy ennek albizottsága hangolja össze az OM drogprevenációval összefüggő kommunikációs stratégiáját. Ebbe a kommunikációs stratégiába célszerű illeszteni az OM drogprevenációs

kiadványait is: azokat, melyeket minden oktatási intézménybe, vagy azok egy bizonyos részébe juttat el, de azokat is, melyek egy speciális szakmai körnek, illetve a nagyközönségnek szólnak. A hatékony, többszörös kommunikációs stratégiával elérhető, hogy a pedagógusok használják is azokat a szakanyagokat, melyeket az OM az iskolákba eljuttatott, illetve eljuttat, és használják a képzések során szerzett ismereteiket is. A többszörös kommunikáció hozzájárulhat, hogy kialakuljon a pedagógusokban az a meggyőződés, hogy hatékonyan tudják kezelni az iskolai droproblémákat, és van eredménye az iskolai prevenciónak.

8.6. A szervezeti kultúra fejlesztése

Ahogy ez már több ízben is megfogalmazódott, a sikeres és valóban rendszerszerű megoldásokat alkalmazó stratégia feltétlenül igényli a szektorköziséget, hatványozottan igaz ez olyan összetett problémák kezelése esetén, mint amilyen a szerhasználat, illetve az egészségmagatartás. Minden lehetséges szinten egyeztetett akciók kidolgozására és megvalósítására van szükség, mind kormányzati, mind önkormányzati, mind pedig az adott intézmény szintjén. Ez természetesen a szervezeti kultúra gyökeres átalakítását teszi szükségessé: a kompetitív viszonyok kooperatívvá való formálását. Ennek a célkitűzésnek a megvalósulását hozhatja közelebb az iskolai egészségfejlesztési-droprevenciós munkaközösségek kialakítása, melyekben az intézmény minden olyan munkatársa részt és szerepet vállalhat, akinek feladata van az érintett területen.

8.7. Monitorozás

A stratégia megvalósulását természetesen monitorozni szükséges, a monitorozás során nemzetközi sztenderdeket szükséges szem előtt tartani, az idetartozó konkrét tevékenységeket az egyes akcióprogramok belső logikája és tényleges tartalma kell, hogy meghatározza. Általános elvként fogalmazható meg, hogy a nehezen mérhető eredmény centráltság helyett a folyamatokra szükséges ennek során koncentrálni.

9. AKCIÓPROGRAM

9.1. AZ AKCIÓPROGRAM KONCEPCIONÁLIS ALAPJAI

- a család mellett az iskola váljék az egészségfejlesztés kiemelkedő színterévé,
- kedvező irányban változzék a közoktatás intézményrendszerének légköre,
- 2003-ban és azt követően folyamatosan és következetesen érvényt kell szerezni azon jogszabályoknak, amelyek biztosítják a gyermek-egészségügyi alapellátásban és az iskola-egészségügyi szolgálatban az egészségfejlesztés szempontjait,
- 2004-re kerüljön kidolgozásra a tanár- és egészségügyi (orvos, védőnő stb.) felsőfokú képzésben alkalmazható egészségfejlesztési tananyag, valamint a képzés intézményi keretei,
- 2005-ben „Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) című kutatással összhangban olyan önálló felmérés elindítása, amely – a jelenleg is kulcsfontosságúnak tartott változók mellett – a nemi különbségek szerepét is vizsgálja az egészségmagatartás alakulása és az egészségfejlesztési programok használhatósága szempontjából,
- 2006-ra a közoktatási intézményekben bevezetésre kerülő minőségbiztosítási rendszer tartalmazzon egészségfejlesztési szempontokat,
- 2006-ra ki kell munkálni, és meg kell teremteni azon tárgyi feltételeket, amelyek az iskolákat (óvodákat) biztonságossá, és egyben az egészségfejlesztés alkalmas színtereivé teszik,
- 2006-ra fokozatosan el kell érni, hogy minden óvodában, általános és középiskolában, a teljes életkori vertikumban, a stratégiai célokkal harmonizáló, integrált egészségfejlesztési tartalmak közvetítése folyamatos és rendszeres legyen,

Az eddigi gyakorlattól eltérően a következő időszak kiemelkedően fontos céljának tekintjük a leszakadó rétegeket (romák, állami gondoskodásban élők, stb.) valóban elérő és megszólító programok fejlesztését és bevezetését.

9.2. Esélyegyenlőség az egészségért fejezet

A graduális és posztgraduális egészségügyi szakképzés kiegészítése a másság, a fogyatékoság iránt való érzékenységet fokozó, tréning jellegű képzéssel.

9.3. Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein fejezet

- Az egészségfejlesztési terv a településfejlesztési terv szerves része legyen
- A magyarországi iskolarendszer a tanulók egészségvédelme mellett a pedagógusok, valamint a tanulók családtagjainak egészségvédelmét és egészségfejlesztését is segítse.
- Az államigazgatási, oktatási és egészségügyi felsőfokú képzésben legyen jelen az egészségfejlesztés és egészségmegőrzés szemlélete és lehetőségei.
- Egészséges Oktatási Intézmények és az Egészségesebb Iskolákért Hálózat továbbfejlesztése – a pedagógusok számára az óvoda, iskola váljon egészséges munkahellyé.

9.4. További fejezetek, amelyek OM közreműködést igényelnek az egyes programokban, és többnyire részét képezik az eddig leírt feladatoknak:

- Dohányzás visszaszorítása
- Az alkohol és drogprevenció
- Egészséges táplálkozás
- Aktív testmozgás elterjesztése
- Nemzeti Környezetegészségügyi Akcióprogram

A nevezett stratégiai anyagok nem vagy csak részben tartalmaznak célokat és feladatokat a korszerű családtervezés és szexuális felvilágosítás terén, miközben a program előkészítése

már a társadalmi egyeztetés fázisában van. Ezért mindenképp indokolt olyan munkabizottság létrehozása, amely:

- a fenti feladatok tükrében is komplexen kezeli az OM-en belüli egészségneveléssel kapcsolatos kérdéseket,
- szakmai javaslataival megalapozza az OM ilyen irányú tevékenységét mind az oktatási, mind az egészségügyi és drogrevenziós ágazatközi feladatokban is.

A munkabizottság tagjai a Mentálhigiénés Szakértői Bizottság tevékeny szerepet ellátó tagjaiból, új külső szakértők bevonásával, és az OM érintett szakterületeinek illetékes referenseinek közreműködésével áll fel. A bizottság a Johan Béla Nemzeti Program mentén szakmai előkészítő munkát végez, illetve a miniszteri értekezleten elfogadott döntések alapján meghatározott feladatokat is ellát. A szakbizottság konkrétan megfogalmazott feladatköréről, összetételéről a Közoktatási Államtitkárság előterjesztése alapján, miniszteri értekezleten kerül sor a döntésre, az új testület 2003 első negyedévében kezdi meg a munkát.

9.5. Az OM létrehozandó munkabizottságának tervezett feladatai:

9.5.1. A munkabizottság elkészíti ügyrendjét, kiemelten a családi és szexuális életre neveléssel kapcsolatos akciótervét, valamint – többek közt – felelős lesz az alábbi feladatok terén is:

- a Johan Béla Nemzeti Programban kiemelt feladatként és stratégiai pontként szerepeljen a családi és szexuális életre nevelés kérdésköre a nevelési-oktatási intézményekben.
- a 2002-ben 3 egyetemen, 100 fő pedagógus részére államilag finanszírozott formában elindított pszichológus másoddiplomás levelező tagozatos alapképzési szak fenntartásának bővítése, a pedagógusok ösztönzése a képzések igénybevételére,
- a pedagógusok mentálhigiénés állapotát felmérő kutatási terv lebonyolításában,

- a Mentálhigiénés Szakértői Bizottság 2002. májusáig kidolgozta a kutatás lebonyolításának tervét és költségvetését. Továbbra is javasoljuk a szakképzési terület szakmai és költségvetési bevonását abból a megfontolásból, hogy a szakképző iskolákban dolgozó pedagógusok nagyobb mértékű leterheltsége fokozottabb figyelmet és odafigyelést érdemel,
- az iskolapszichológusi hálózat fejlesztése érdekében az OM támogassa minden iskolára kiterjedően azt, hogy – az egészségügyi ellátó rendszer keretein belül – számottevően emelkedjen az iskolapszichológusok mielőbbi munkába állása,
- graduális és posztgraduális mentálhigiénés és egészségnevelési képzési programok felmérése, valamint a mentálhigiénés jellegű szakirányú továbbképzési szakok támogatásának folytatása,
- a bizottság működési ideje alatt a kutatás szakmai tartalmára vonatkozó elő-tervjavaslat elkészüljön,
- 2002/2003. tanévben támogatjuk azon felsőoktatási intézményekben tanuló 1. éves gyakorló pedagógusokat, akik a munkáltatójuktól semmilyen továbbképzési támogatást nem kaptak, vagy GYES-en, GYED-en vannak. Ez a támogatás az éves tandíjköltségük maximum 40%-át fedezi.
- az iskolai drogrevenziós képzést végzett pedagógusok folyamatos szakmai tájékoztatása és szupervíziója,
- további, az OM által finanszírozott „Mentálhigiénés Alapképzés Pedagógusoknak” c. 30 órás akkreditált továbbképzések szervezése
- A Zánkai Gyermekek és Ifjúsági Centrum Kht.-nak 2003-ban ismét biztosítjuk a továbbképzések megszervezésének finanszírozását, mellyel népszerűbbé tehetjük a pedagógusok számára annak elvégzését.
- a kiépítés alatt álló regionális mentálhigiénés esetmegbeszélő műhelyhálózat továbbfejlesztése

9.5.2. A „MAP” továbbképzést elvégzett pedagógusok részére folytatásként tervezett esetmegbeszélő műhelyhálózatot a PTMIK akkreditáltatta, melyben 10 csoport évi négyszeri találkozóját továbbra is az OM finanszírozással valósul meg. A nagy érdeklődésre és szakmai hasznosságára való tekintettel feltétlenül 2003-ban is a folytatjuk a programot, kibővített csoportokkal és évi többszöri találkozóval.

9.5.3. a GYISM-OM-ESZCSM által a jövőben akkreditálandó, prevenciót végző szakmai civil szervezeteknek az iskolák egészségvédő munkájába történő hatékony bevonásának ösztönzése

9.5.4. Fel kell venni a kapcsolatot a társtárcaikkal, és megkezdeni a Johan Béla Nemzeti Program véleményezését. Az OM koordinálásával kezdeményezni kell egy tárcaközi bizottság felállítását az ESZCSM és GYISM bevonásával. A munkabizottság elnöke a bizottság egy-két tagja bevonásával működjön közre a tárcaközi bizottságban.

A tárcaközi bizottság felállításának célja: a nevelési-oktatási intézményekben megvalósítandó szexuális ismeretek és családi életre nevelés programjának megtervezése és lebonyolítása.

9.6. Általános célok megnevezése

1. Szakmai anyagok, programok, konferenciák szervezése, támogatása. (pl.: Vészcsengő, iskolai drogügyi koordinátorok regionális konferenciája)
2. Az iskolák egészségfejlesztési, drogprenziós tevékenységének támogatása normatív módon.
3. A képzések minőségének fejlesztése pályázati úton.
4. Helyi ellenőrzési formák fenntartása.
5. Felmérések a fiatalok droghasználat elterjedtségéről és ennek monitorozása

6. Felmérések a prevenciós programok elterjedtségéről és hatékonyságáról

7. Prevenciós programok egységes minőségbiztosítása, akkreditációja az érintett tárcák szempontjai alapján

8. Prevenciós programok nemzetközi tapasztalatainak felhasználása és hozzáférhetővé tétele

9. A helyi közösségek kezdeményezéseinek erősítése

- a támogatási, finanszírozási elvek kidolgozása
- Szülőcsoportok, közösségi programok, egyházak közösségi munkájának támogatása
- Veszélyeztetett fiatalok számára speciális programok kidolgozása, a meglévők összegyűjtése
- (drog)alternatív szabadidős és sportprogramok és az ilyeneket szervező intézmények (ifjúsági központok, klubok, művelődési házak) támogatása,
- A megyei, városi és helyi önkormányzatok bevonása a prevenciós munkába

10. Információs kiadványok, médiaesemények támogatása (fiatalok különböző csoportjainak illetve a szülőknek)

11. Képzések

- a pedagógus továbbképzésében prevenció, egészségfejlesztési hangsúllyal
- a tanárképzésben a prevenció, egészségfejlesztés megjelenítése
- iskolai drogkoordinátorok felkészítése
- iskolai drogügyi koordinátorok továbbképzése

12. Kortársképzés, kortárs támogatók képzése

13. Csatlakozás Európai Unió programokhoz

9.7. Az OM munkabizottsága két évente monitorozza a tárca drogpreevenciós stratégiáját és szükség esetén javaslatot készít az illetékes szakterületeknek a korrekciókra. Az illetékes szakterületek a javaslat alapján kidolgozzák új koncepciójukat, majd a szakbizottság egyeztet a KKB-vel, az OKNT-vel és az észrevételek figyelembevételével a módosítás elfogadására a Közoktatási Államtitkárság előterjesztést készít miniszteri értekezletre.