

**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ȘCOALA DOCTORALĂ DE SOCIOLOGIE**

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

Conducător științific:

PROF. DR. ALBERT-LÓRINCZ ENIKŐ

Doctorand:

KELEMEN KATALIN

2015

**Când vine vremea să mănânci corect
și să începi să faci exerciții,
nu există ”Voi începe de mâine”.
Mâine este boala. (V. L. Allineare)**

ARGUMENT

În ultimele decenii mulți cercetători au abordat sănătatea în studiile lor, descriind și definind problema, dar în același timp căutând relații cu mai multe domenii ale științelor. Deoarece transformările și reformele din țară, din diferite domenii, au influențat negativ starea de sănătate a populației, indicatorii ei cunoscând o diminuare dramatică în ultimii zece ani, autorul consideră că este de datoria cadrelor didactice ca prin intermediul școlii să-i ajute pe elevi să înțeleagă că ei sunt o parte importantă a comunității și sănătatea lor în ansamblu este dată de sănătatea tuturor indivizilor care o alcătuiesc. Sănătatea trebuie privită ca un dar neprețuit, pe care avem obligația nescrisă de a-l păstra.

Actualitatea temei analizate este indiscutabilă din moment ce descriptorii cheie al condițiilor de sănătate al copiilor sunt insuficiente. Drumul greșit, care a condus spre acest rezultat este foarte complex, dar cu siguranță putem aminti lipsa unei strategii în privința educației pentru sănătate, promovarea sănătății din curriculumul școlar. Alegerea temei ce vizează educația pentru sănătate vine în sprijinul elevilor din ciclul primar deoarece conform multor teorii comportamentale (Ajzen 1985, Ajzen și Fishbein, 1980, Bandura, 1994) ei au nevoie de cunoștințe specifice despre sănătate, ca o premisă pentru adoptarea unui stil de viață sănătos și minimizarea riscurilor. Tema este abordată din dublă perspectivă: teoretică (în cadrul primului capitol) dar și practică-aplicativă (capitolele doi și trei), propunându-și pentru implementare cele nouă subiecte specifice educației pentru sănătate și prezentând situația educației pentru sănătate în școlile primare, precum și legile, reglementările și metodologiile conexe pe plan național și practicile internaționale.

Rezultatele cercetărilor din lucrare contribuie la regândirea sistemului educației pentru sănătate în cadrul școlii, precum și la dezvoltarea unui curs de formare continuă al profesorilor din învățământul preuniversitar.

Cuprinsul lucrării

Recunoaștere	4
Introducere	7
Formularea problemei de cercetare.....	8
Modelul conceptual al lucrării.....	11
I. Contextul conceptual al analizelor.....	17
1.1. Concepte de sănătate	17
1.1.1. Abordare istorică.....	17
1.2. Factorii determinanți ai sănătății.....	20
1.2.1. Conceptul de comportament de sănătate și cultura sănătății.....	22
1.2.2. Conceptul de promovare a sănătății	25
1.2.3. Conceptul de educație pentru sănătate.....	27
1.2.4. Modelele de sănătate	31
1.3. Științe ale sănătății	41
1.3.1. Psihologia Sănătății	41
1.3.2. Sociologia Sănătății.....	43
1.3.3. Rolul științelor educaționale în promovarea sănătății	45
II. Relația dintre educație și sănătate în Europa	47
2.1. Aspecte ale educației pentru sănătate al diferitelor epoci istorice.....	47
2.2. Relația dintre educație și sănătate	62
2.3. Eforturile Uniunii Europene de a relaționa educația și sănătatea.....	67
III. Studiul practicii educației pentru sănătate în școlile din România.....	84
3.1. Metodologia de cercetare.....	85
3.1.1. Obiectivele și ipotezele cercetării.....	87
3.1.2. Prezentarea eșantionului și intervalul de timp al cercetării.....	92
3.1.3. Instrumentele cercetării.....	98
3.1.4. Derularea cercetărilor.....	102
3.2. Analiza de documente	104
3.2.1. Legi, planuri cadre, programe școlare	105
3.2.2. Prezentarea subiectelor de educație pentru sănătate școlare europene și naționale în prisma datelor	121
3.2.3. Concluziile analizei de documente.....	152
3.3. Prezentarea rezultatelor cercetării empirice.....	155
3.3.1. Răspunsuri la întrebările cercetării.....	155
3.3.2. Analiza ipotezelor	157
3.3.3. Rezumatul cercetării empirice	178

Concluzii și recomandări.....	185
Bibliografie.....	190
Lista figurilor.....	202
Lista tabelelor.....	206
Lista hărților.....	208
Anexe.....	209

Cuvinte-cheie: educație pentru sănătate, disciplină opțională, ciclul primar, profil pedagogic, programa școlară, plan cadru, dezvoltare profesională de specialitate, programe naționale și internaționale în educație pentru sănătate,

Scurtă sinteză a tezei de doctorat

Tema centrală a lucrării este situația educației pentru sănătate, analiza lui în cadrul claselor primare. Modelul conceptual al lucrării este prezentat în Figura 1.

În cadrul temei mai largi despre educația pentru sănătate autorul își propune de a scoate în evidență rolul acestei discipline în curriculumul actual ca disciplină opțională, posibilitățile de extindere a predării ei prin introducerea temelor propuse de WHO și UE, dar și de analiza legislației, a planurilor cadru și a programelor școlare pentru clasele primare.

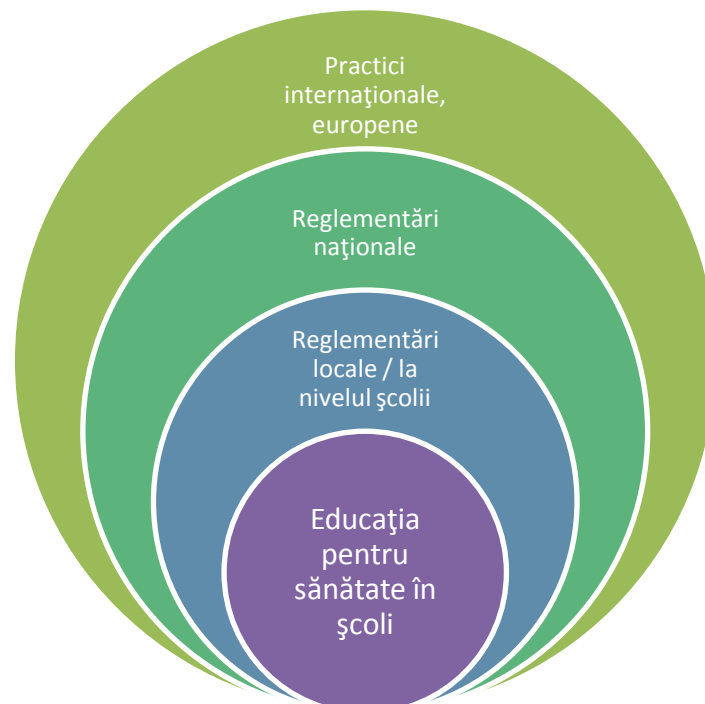


Figura 1: Modelul conceptual al lucrării – sursă proprie

Obiectivele generale pe care le-a urmărit în cadrul demersului teoretic dar mai ales al cercetării experimentale a fost de a examina rolul disciplinei opționale de *Educație pentru sănătate* în planul cadru de învățământ, diversele aspecte interdisciplinare dar și necesitatea introducerii temelor specifice. Lucrarea trece în revistă și cele mai importante rezultate ale unor cercetări de bază și rapoarte, prezentând date statistice naționale și internaționale.

Pentru a înțelege mai bine poziția pe care o ocupă *Educația pentru sănătate* în planul de învățământ, autorul și-a propus să studieze relațiile dintre această disciplină opțională și disciplinele obligatorii *Dezvoltarea personalității*, *Educație pentru societate*, *Educație fizică și sport*, *Muzică și mișcare*, *Matematică* și *Explorarea mediului*.

Conform interpretării autoarei, activitățile de educație pentru sănătate în cadrul școlii sunt influențate de o serie de reglementări, practici și legi pe diferite nivele. Cadrul cel mai larg este oferit de practicile internaționale, respectiv ale Uniunii Europene. Lucrarea analizează acest subiect în capitolul al doilea, care detaliază modelele internaționale legate de programele școlare cu teme de educație pentru sănătate, alimentația sănătoasă în școlile din Europa, precum și unul din cel mai răspândit programul de nutriție școlară (fructe și lapte).

Un alt nivel al reglementărilor privind educația pentru sănătate este cel național. În capitolul III. al lucrării – prin metoda analizei de documente – autorul descrie legile educaționale aflate în vigoare pe parcursul realizării cercetării (84/1995 și 1/2011), precum și metodele, planurile cadru și programele școlare ale acestora.

Cercetările proprii se axează pe analiza nivelului școlii (al clasei), considerând - conform modelului conceptual – că acest nivel are cea mai directă legătură cu educația pentru sănătate. În acest sens sunt prezentate două cercetări efectuate de autor.

Prin primul studiu desfășurat pe un eșantion de cca. 10000 elevi, 704 de clase din clasele primare din județele Harghita și Covasna au fost identificate disciplinele opționale predate de către cadrele didactice între 2008-2012 iar în studiul al doilea au fost înregistrate răspunsurile a 262 de cadre didactice din 12 județe despre părerea lor în legătură cu educația pentru sănătate. Cercetările dau un răspuns cu privire la practicile dezvoltate recent pe plan local privind educația pentru sănătate și prezintă factorii care stimulează acest lucru.

Lucrarea este structurată pe trei capitole după cum urmează: primul capitol se intitulează *Contextul conceptual al analizelor* și prezintă abordările teoretice și conceptualizarea principalelor termene utilizate în lucrare, precum și cercetările anterioare care au condus la formularea întrebărilor de cercetare și integrarea rezultatelor cercetării într-un context de analiză mai largă.

În acest capitol sunt prezentate diferitele noțiuni de sănătate (1.1.), pornind de la o analiză istorică (1.1.1.), apoi sunt dezbătute și explorate factorii determinanți ai sănătății (1.2.) și se încheie prin prezentarea științelor umane interdisciplinare (1.3.). Pentru a descrie factorii determinanți ai sănătății se recurge la lucrările lui Doyle și Ward (2001), Pikó și Kopp (2006), Kamarás Ferenc (2004), Meade și Earickson (2000), Gidai (2007) respectiv, Whitehead și Dahlgren (1991). Mai apoi sunt prezentate o serie de concepte înrudite cu termenul *sănătate*, acestea fiind prezentate sintetic prin figura 2. Noțiunii de *sănătate* sunt

asociate mai multe definiții dintre care cea mai folosită (și implicit acceptată) este cea oferită de Organizația Mondială a Sănătății care include printre componente fizicul, mentalul și starea de bunăstare socială. Conceptul de viață sănătoasă are la rândul lui o accepțiune foarte largă. Tocmai din acest motiv, copiii și tinerii (elevii) trebuie să ajungă singuri să distingă între sănătate și boală prin raportare la valorile personale. La fel ca și conceptul de sănătate, cel de boală este analizat holistic, omul fiind analizat ca subiect bio-psiho-socio-cultural.

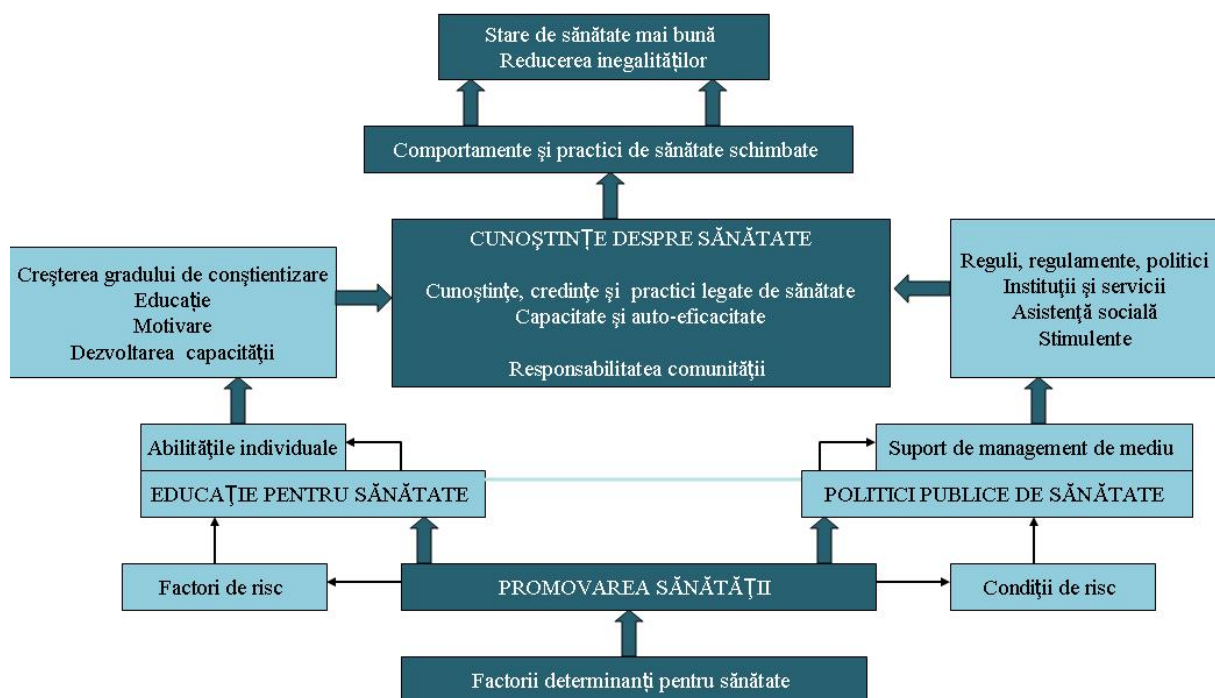


Figura 2: Relația dintre conceptele de sănătate – Sursa: WHO (2012)

Abordarea sintetică este prezentă și în continuarea lucrării, modelele de sănătate și teoriile legate de sănătate fiind prezentate printr-o metaanaliză al cercetărilor internaționale din domeniu. Teoriile moderne legate de sănătate necesită abordare complexă: modelele actuale sunt construite prin proiecte, și deși nu diferă foarte mult în privința conținuturilor, terminologiile utilizate sunt întotdeauna diferite. Modelele prezentate în metaanaliză sunt următoarele: Modelul biomedical – The biomedical model of health, Modelul bio-psiho-social – The biopscho-social model (Engel, 1977), Modelul salutogenetic – Salutogenesis model, Modelul sănătate-credință sau modelul convingerilor despre sănătate – Health Belief Model, Modelul protecție și motivație – Protection-Motivation Theory, Teoria acțiunii raționale –

Theory of Reasoned Action, Teoria comportamentului planificat – Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985), Teoria regretului anticipat, Modelul trans-teoretic – Transtheoretical Model, Teoria social-cognitivă – Social Cognitive Theory (Bandura, 1994), Modelul social al sănătății – Social model of health. Teoria capitalului uman al sănătății – The human capital model of the demand for health (Grossman 1972), Teoria interdisciplinară al sănătății – Interdisciplinary health theory (Hurrelmann, K. 2000), Teoria continuumului boală-sănătate – Illness-wellness continuum (Insel, Roth, 2010).

În concluzia metaanalizei, autorul constată multidimensionalitatea și complexitatea terminologiei legate de sănătate, ce poate fi definit prin multe direcții, dar notează două mari categorii ale acestora. În secolul XXI. Noțiunea de *sănătate* devine una dinamică, cu modele integrative, abordat ca proces în care individul ocupă primul plan, el fiind nevoit să își dezvolte abilitățile pe tot parcursul vieții pentru a-și îndeplini potențialul legat de sănătate.

În subcapitolul *Științe ale sănătății* sunt prezentate rolurile Psihologiei sănătății, Sociologiei sănătății și al Științelor educaționale în promovarea sănătății. Amintim sursele bibliografice reprezentative care sunt citate în această parte a lucrării: Matarazzo (1982), Belar, Deardoff și Kelly (1987), Gentry (1984) și Albert-Lőrincz (2007) în domeniul psihologiei sănătății, (Armstrong 1995) (Nettleton 2008), Pikó (2002a,2006) în domeniul sociologiei sănătății și Németh (2007), Pikó (2002b) Urbán (2001) în domeniul științelor educaționale.

Întregul capitol ilustrează corespunzător interdisciplinaritatea ariei analizate. Se notează că științele sănătății reprezintă parte integrantă a științelor aplicative, având de asemenea printre activitățile importante și inventarierea literaturii de specialitate ce s-a dezvoltat într-un ritm nemaîntâlnit în ultimile decenii.

Capitolul II. intitulat *Relația dintre educație și sănătate în Europa* scoate în evidență preocupările naționale și internaționale, ilustrate prin promovarea și implementarea unor politici de sănătate care urmăresc o puternică componentă educațională preventivă și informativă.

În primul subcapitol (2.1.) autorul prezintă aspecte ale educației pentru sănătate ai diferitelor epoci istorice, începând cu școlile greci și spartane, continuând cu formele educației pentru sănătate ale Evului Mediu, iar în ultima parte analizând istoria recentă a școlilor. Este documentat într-un mod exigent contextul formal al educației pentru sănătate

din România, prin detalierea legislației și literaturii de specialitate a diferitelor epoci. Se concluzionează faptul că diseminarea cunoștințelor legate de sănătate prin pedagogie s-a integrat în activitățile de informare și sensibilizare privind sănătatea doar la începutul secolului XX. Deși disciplina *Educație pentru sănătate* apare deja din 1882 în planurile de învățământ ale diferitelor școli, acesta nu are o viață lungă ca disciplină distinctă. Ideile formulate la începutul secolului și-au menținut actualitatea până în prezent. Sarcina școlii este ca pe lângă cunoștințele acumulate în cadrul domeniilor de știință deja consacrate să transmită și cunoștințele practice legate de viața de zi cu zi. Stilul de viață sănătos și dezvoltarea unui comportament igienic nu reprezintă doar cheia prosperității individului, ci a întregii societăți.

Subcapitolul 2.2 aduce mai aproape cititorului relația dintre educație și sănătate. Mai multe cercetări subliniază importanța și beneficiile legăturii dintre activitățile didactice și sănătate. În acest sens este amintit lucrarea lui Kopp și Skrabski (2001), unde autorii subliniază faptul că pentru a avea nu doar cetățeni de succes, dar și o națiune întreagă plină de realizări, atunci este nevoie ca acești cetățeni să devină persoane mature, sănătoase. Sănătatea publică este privită ca o responsabilitate publică și de către Mikola István (2006). În opinia sa sănătatea individului, bunăstarea lui fizică și psihică sunt factorii de bază ai progresului socio-economic.

Conform lui Mărginean și Precupțiu (2008) sănătatea reprezintă o componentă importantă al capitalului uman, fiind o condiție esențială pentru desfășurarea activităților umane, pentru atingerea obiectivelor, pentru experiența unei vieți pline și pentru a fi membru activ al societății. În ultimii ani până și economia a folosit diferitele domenii ale sănătății ca principală sursă de comparație al țărilor (Albert și Kohler, 2004). Astfel s-a dovedit încă o dată (dacă mai era nevoie) că nu numai bunăstarea economică are efect asupra sănătății, dar și invers există o influență. Există deci o relație reciprocă între creșterea economică și sănătate (Frenk 2004). Pe lângă indicatorii economici există o asociere și între nivelul educațional și speranța de viață la naștere - afirmă Polányi (2013, 135-137) și pentru probarea acestor afirmații el prezintă tabele de corelații evidențiind că populația care dispune de un nivel educațional mai înalt are o speranță de viață la naștere mai lungă.

Conform cercetărilor lui Leger și Nutbeam (2001) starea de sănătate a elevilor joacă un rol esențial în procesul de învățare, dovedind că o stare precară de sănătate rezultă o scădere al potențialului de învățare.

Tahin și colaboratorii (2000a, 2000b) evidențiază faptul că o componentă a calității vieții reprezintă starea de sănătate, aceasta fiind strâns legat de nivelul de educație. Această relație se concretizează în general printr-o stare de sănătate mai bună în rândul celor cu un nivel educațional mai ridicat, fiind mult mai rar în rândul lor limitarea activităților cauzate de boală, dar și prin rate mai reduse ale morbidității și mortalității.

În subcapitolul 2.3. sunt prezentate programele școlare și bunele practici de educație pentru sănătate. Programul Școlile pentru sănătate¹ (Schools for Health in Europe) a fost o inițiativă care a debutat la începutul anilor 1990 și la care au colaborat Organizația Mondială a Sănătății, Consiliul Europei și Comisia Europeană – fiind o rețea europeană de școli care promovează sănătatea. România s-a alăturat acestei inițiative fiind a 45-lea țară și considerând ca cea mai mare provocare (printre altele) schimbarea atitudinii instituțiilor și al indivizilor, înrădăcinarea unei paradigme holistice care să contribuie la creșterea bunăstării, reducerea îmbolnăvirilor. Pentru asigurarea sănătății elevilor este nevoie de politici sănătoase bine puse la punct, politici caracterizate printr-o mare exigență, dictată de normative impuse de Uniunea Europeană.

Educația pentru sănătate reprezintă cel mai important element al promovării sănătății și este definit ca activitatea care are ca scop creșterea stării de bine și prevenirea sau diminuarea bolii la indivizi și grupuri, prin influențarea în mod favorabil a atitudinilor, credințelor, cunoștințelor și comportamentelor, atât a celor care dețin puterea, cât și a comunității în general. La ora actuală în cadrul țărilor incluse în „Rețeaua de Școli care promovează sănătatea” se derulează o serie de programe de educație pentru sănătate (programul lapte-corn-mere, modelul mâncare gătită, programul lapte-corn programul fructe pentru școli). Educația pentru sănătate la nivelul școlii reprezintă una din principalele căi de promovare a cunoștințelor corecte privind diferite aspecte ale sănătății și totodată de formare a atitudinilor și deprinderilor indispensabile unui comportament responsabil și sănătos.

După o inventariere a programelor europene legate de nutriție autorul disertației analizează educația fizică și sportul în context european, referindu-se la raportul publicat în martie 2013² ce a avut ca scop prezentarea suportului, metodologiei și frecvenței educației fizice din 40 de țări.

¹ <http://www.schools-for-health.eu/she-network> (2015.01.15.)

² http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150en.pdf (2015.01.15.)

Capitolul 3. al tezei prezintă metodologia cercetării. Această parte metodologică începe cu prezentarea scopului cercetării și cu concretizarea temei, respectiv a grupului țintă al cercetării. Introducerea este urmată de prezentarea ipotezelor, care sunt bazate pe rezultatele cercetărilor anterioare dar inspirate și din experiențe proprii. După prezentarea ipotezelor, sunt prezentate alegerile metodologice și instrumentele folosite, mai apoi urmează detalierea rezultatelor.

Legat de scopul alegerii temei și de obiectivele cercetării – conform lui Rughinis (2003) – se afirmă că cercetarea de față are în primul rând un caracter aplicativ, practic. Accentul este pus pe culegerea și analiza datelor empirice. Analiza teoretică a cercetării are profunzimea necesară pentru interpretarea corespunzătoare și științifică a rezultatelor. Prin informațiile și datele acumulate prin cercetare se dorește o contribuție la rezolvarea problemelor practice.

Subcapitolul 3.1 conține metodologia cercetării. Complexitatea obiectivelor de cercetare se datorează faptului că până în momentul prezent nu s-a realizat nici o cercetare complexă legată de numărul și felul disciplinelor opționale în județele Covasna și Harghita. În această parte a lucrării sunt detaliate întrebările de cercetare. Scopul lucrării este pe de o parte realizarea unei imagini cât mai precise despre condițiile alegerii disciplinei *Educație pentru sănătate*, diferențele (dacă sunt) între mediul rural și urban. Se urmărește de asemenea identificarea unor factori demografici și sociale în ceea ce privește profesorii care tind să aleagă cu mai mare probabilitate această disciplină.

Autorul lucrării își propune de asemenea o comparație între diferitele limbi de predare, pentru a marca eventuale diferențe în obiceiurile de alegere al disciplinelor opționale. Este important de asemenea și abordarea timpului în planificarea opționalului, deoarece acesta poate varia pe o scală destul de largă (de la un an sau un semestru până la patru ani). După schimbarea Legii Educației Naționale (1/2011) s-au formulat noi obiective și scopuri de cercetare: analiza atitudinii profesorilor din școlile primare privind numărul de ore săptămânale prevăzute de noua legislație, influența sa asupra disciplinelor opționale și în mod special asupra disciplinei Educație pentru sănătate.

Scopul cercetărilor efectuate, pe lângă descrierea fenomenului, este și explicarea lui. Autorul dorește să descopere problemele semnalate de profesorii claselor primare ce pot

interferă cu activitățile didactice din școli și ce pot fi legate de sănătate. Pe parcursul cercetării sunt folosite deodată logica deductivă și cea inductivă.

Întrebările cercetării sunt următoarele:

1. Ce discipline opționale au ales clasele ciclului primar din județele Covasna și Harghita în perioada 2009-2012?
2. În ce proporție învață elevii din clasele primare Educația pentru sănătate sau teme (proiecte) înrudite?
3. Există asociere între alegerea disciplinei analizate și vârsta, nivelul educațional al profesorului?
4. Există diferențe între opțiunile claselor cu predare în limba maghiară și română?
5. Există diferențe între mediul urban și rural privind opțiunile?
6. Există diferențe între județele studiate privind lista opțiunilor?

Tipul cercetării: cantitativă și calitativă.

Ipotezele cercetării sunt:

1. *Există o diferență măsurabilă între opțiunile claselor cu predare în limba maghiară și română.*
2. *Nu există diferențe privind disciplina Educația pentru sănătate în mediul urban și rural ale celor două județe.*
3. *Existența opțiunilor este influențată de părerea profesorilor din ciclul primar privind numărul săptămânal de ore.*
4. *Există un profil identificabil al profesorilor din ciclul primar care au o atitudine suportivă față de educația pentru sănătate.*
5. *Identificarea cazurilor speciale de sănătate de către profesorii din ciclul primar se află în relație directă nu numai cu atitudinea față de educația pentru sănătate dar și cu activitățile formale organizate de cadrul didactic.*

De-a lungul prezentării ipotezelor sunt parcurși pașii necesari de conceptualizare și operaționalizare, adică sunt definite sensurile exacte ale conceptelor prezente în ipoteze și sunt prezentați indicatorii cu ajutorul cărora vor fi testate ipotezele. Ipotezele sunt legate în primul rând de asumții teoretice, în al doilea rând de rezultatele analizei de documente, și în al treilea rând de experiențele și prezumțiile proprii ale autorului.

Subcapitolul 3.1.2. prezintă eșantionul și planificarea realizării cercetărilor sociologice.

Prima cercetare din teren l-a constituit un studiu diagnostic realizat pe un eșantion de 704 clase de elevi în ciclul primar din județele Harghita și Covasna (330 de clase din mediul urban și 374 clase din mediul rural). Cea de a doua cercetare s-a realizat printr-un chestionar online pe un eșantion de 262 de cadre didactice din 12 județe.

Subcapitolul 3.1.4. prezintă metodele și instrumentele folosite pe parcursul cercetării. O alegere posibilă era alcătuirea unei imagini cuprinzătoare despre opțiunile predate de către cadrele didactice care au ales *Educația pentru sănătate*, folosind numai metode de cercetare calitative (interviuri, focus grupuri organizate în teren). Alternativa era realizarea unei cercetări mai ample, mai de profunzime și detaliate, unde pe lângă metodele cantitative ar fi folosite și metode calitative (analiza de documente). În final s-a optat pentru a doua variantă, decizia fiind motivată de faptul că scopurile cercetării au cerut realizarea unei cercetări ample. Astfel pentru culegerea datelor și formularea răspunsurilor pentru întrebările cercetării au fost alese metodele de analiză cantitative a datelor care pot fi obținute din documente oficiale și metoda anchetei sociologice bazate pe chestionar tradițional, respectiv chestionar online.

Pentru culegerea datelor despre cadrele didactice care predau *Educație pentru sănătate* și despre clasele în care se învață această disciplină ca disciplină opțională au fost alese două metode principale de culegere a datelor: prelucrarea statisticilor primite de la inspectoratele școlare județene și metoda anchetei prin chestionar tradițional și online. În alegerea metodelor au fost luate în considerare avantajele și dezavantajele lor, așa cum sunt descrise în literatura de specialitate, și sunt prezentate și măsurile luate pentru a evita dezavantajele. De exemplu, prin chestionarea față-în-față se pot reduce interpretările greșite ale cadrelor didactice, deoarece prezența intervievatorului previne acesta. În schimb costurile și timpul necesar colectării datelor sunt foarte mari.

Metoda anchetei online prezintă beneficiile chestionarului (permite descrierea caracteristicilor unor populații mai mari, dar și formularea unor explicații), la care se adaugă costurile mici și timpul redus necesar completării lui și asigură ușor anonimitatea respondenților. Cea mai importantă problemă metodologică legată de metoda anchetei online este rata mai ridicată și impredictibilitatea non-răspunsurilor (Babbie 2003, Horváth et al. 2012). Din această cauză eforturile autorului s-au concentrat în special în această direcție

dând un rezultat pozitiv, pentru că în loc de o rată de returnare preconizată de 15% (Kuráth – Németh 2011) a fost atinsă o rată de 32%.

În subcapitolul 3.2. sunt prezentate sursele folosite în cadrul analizei de documente. Acestea sunt legile 84/1995 și 1/2011, precum și ordinele Ministerului Educației Naționale cu numărul 4686/2003, 5198/2004, 3654/2012, 3371/2013 și 5003/2014 și anexele acestora. Analiza documentelor se realizează folosind sursele bibliografice precum Ballér (1996), Doina (2008), Fóris-Ferenci (1999), Bárdossy (2002) Kádárné și Káldi (1996) și Zsolnai (1986).

Subcapitolul 3.2.2. are ca titlu *Prezentarea temelor educației pentru sănătate școlare europene și naționale în prisma datelor* și sunt detaliate cele nouă arii ale educației pentru sănătate: boală-sănătate, alimentație – mișcare, programul zilei – timp liber – somn, igienă personală, sănătate mintală, prevenirea accidentelor-primul ajutor, sexualitate, relațiile familiale și de grup, comportamente adicitive – decizii corecte. Sunt prezentate și analizate în detaliu datele naționale și cele internaționale, subliniind importanța lor, și în subcapitolul 3,5 sunt formulate propuneri privind posibile direcții de realizare în cadrul claselor primare din școlile române.

Prezentarea studiului privind disciplinele opționale și Educația pentru sănătate

Studiul efectuat în județele Harghita și Covasna a cuprins în total 126 școli din mediul urban și rural, colectând date despre peste 700 clase, acest lucru însemnând estimativ informații legate despre disciplinele opționale a 10000 de copii. Colectarea datelor din teren a început în anul școlar 2010/2011 cu școlile din reședințele de județ, municipiile și orașele aflate pe teritoriul analizat. Înregistrarea datelor a continuat și în anul școlar următor, prin includerea comunelor și satelor.

Necesitatea și actualitatea temei se justifică și prin faptul că în nici una din județele analizate nu s-a efectuat încă o analiză aprofundată a comportamentului de sănătate la nivelul ciclului primar. Totuși, în anul școlar 2005/2006 s-a realizat o cercetare exploratorie pentru determinarea comportamentului de sănătate și a factorilor legate de sănătate în rândul adolescenților în județul Covasna (Brassai 2007).

Tabelul 1: Distribuția claselor studiate

<i>Tipul localității</i>	<i>Harghita</i>	<i>Covasna</i>	<i>Total</i>
Oraș	156	174	330
Comună	141	116	257
Sat	75	42	117
Total	372	332	704

Sursa: date proprii

Studiul privind părerile profesorilor din școlile primare privind schimbările legislative din învățământ

Apariția noilor planuri cadru în metodologia Legii Educației Naționale 1/2011 (3654/29.03.2012, 3371/12.03.2013) au influențat nu numai sistemul disciplinelor opționale (în trecut cel puțin o disciplină – actualmente cel mult o disciplină), dar și al celor obligatorii, eliminând intervalele și definind ore fixe pentru fiecare disciplină. Astfel, dacă înainte de 2012 profesorul putea decide numărul orelor pentru o disciplină, în noile clase pregătitoare acest lucru nu mai este posibil.

Scopul cercetării este cunoașterea atitudinii profesorilor legat de noile schimbări, dacă în aceste condiții preferă să țină discipline opționale, și dacă da, ce preferințe au. De asemenea cercetarea dorește să descopere problemele de sănătate ale copiilor prin perspectiva profesorilor.

Colectarea datelor s-a realizat printr-un chestionar online prin metoda CASIC (Computer Assisted Survey Information Collection) între 2 februarie – 7 martie 2014. În acest studiu au fost completate 262 chestionare, profesorii școlilor primare fiind din județele Arad, Bihor, Brașov, Harghita, Hunedoara, Cluj, Covasna, Mureș, Maramureș, Sălaj, Satu Mare și Timiș (figura 3). Studiul a ținut acea parte a profesorilor ciclului primar, care au avut experiențe cu clasele pregătitoare, pentru că în aceste cazuri s-au aplicat majoritatea schimbărilor legislative. Pentru a avea o eficiență cât mai mare în contactarea acestei părți a profesorilor, s-a apelat la listele de formare din cadrul programului ICOS (<http://www.icos-edu.ro/>). Această formare este obligatorie pentru cei care predau în clasele pregătitoare.

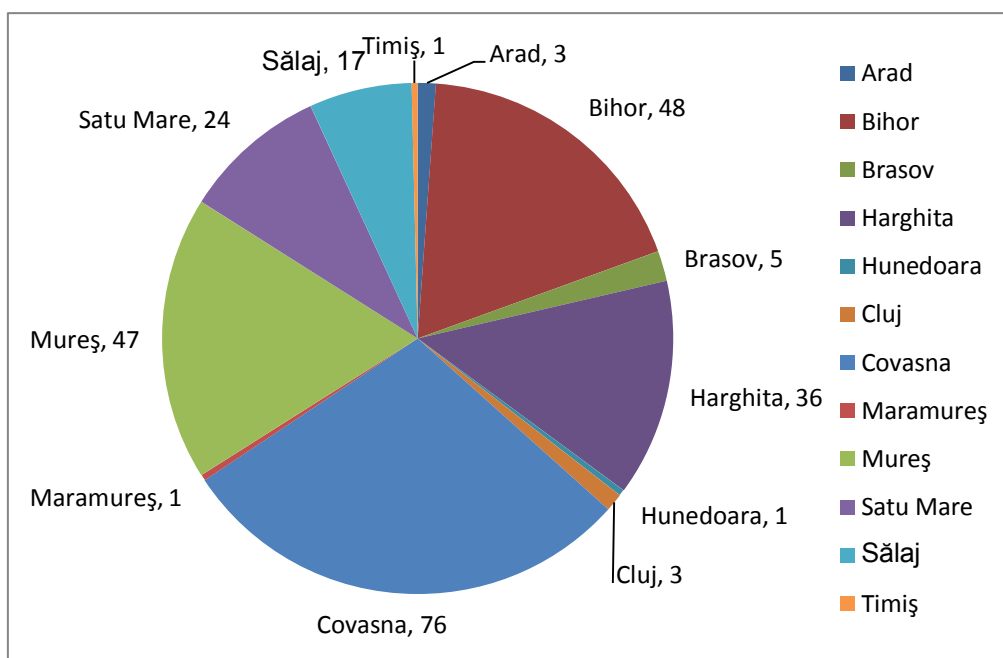


Figura 3. Distribuția respondenților pe județe – sursa: date proprii

Cele mai multe răspunsuri au venit din județele Harghita, Covasna și Mureș (circa 60%). Deși în județul Harghita erau cele mai multe cadre didactice formate în limba maghiară în cadrul programului ICOS (343 de pedagogi), dintre aceste persoane au răspuns doar 12%. În cazul județului Covasna există o rată mai mare a răspunsurilor (76 din 210, 36%). Județul Mureș se situează între aceste valori, cu o rată de răspuns de 31% (47 de chestionare completate din 210 persoane contactate).

Metode statistice

Prelucrarea datelor obținute s-a realizat în programul SPSS și au fost utilizate pe lângă indicatorii ai statisticii descriptive și statistică inferențială, utilizând teste ce implică variabile multiple, cum ar fi testul chi-pătrat, testul T, construcția de modele de regresie. Rezultatele cercetărilor sunt prezentate în subcapitolul 3.7.

Pentru prima ipoteză conform căreia există o diferență măsurabilă între opțiunile claselor cu predare în limba maghiară și română s-a creat o listă a tuturor disciplinelor menționate ca opționale. În total s-a identificat 151 titluri diferite (lista lor se găsește în anexa lucrării), după care titlurile asemănătoare erau categorizate împreună (ex. Matematică, Matematică distractivă, lumea lui Mate etc.). Sunt foarte multe discipline cu o singură apariție (cercetarea a identificat 77 astfel de titluri, adică în jur de 50%). Pentru testarea ipotezei s-a analizat pentru fiecare an școlar distribuția celor mai frecvente discipline alese pe

fiecare limbă de predare, după care s-au calculat teste statistice (chi-pătrat) și nivelul de semnificație al lor (p). Astfel s-au conturat opt discipline importante după numărul frecvențelor și s-a analizat distribuția lor pe baza limbii de predare.

Diferențele între clasele cu limbă de predare maghiară și română sunt semnificative în cazul fiecărui an școlar studiat (valoarea p este mai mică de 0,000). Se pot identifica discipline tipice în cazul claselor cu predare în limba maghiară.

Dacă în cazul claselor cu predare în limba maghiară Dansul popular, Informatica și Teatru erau printre disciplinele cele mai preferate, în cazul claselor cu predare în limba română aceste discipline nu apar deloc (cu excepția teatrului ce apare o singură dată în anul școlar 2011/2012). Valoarea testului chi-pătrat calculat pentru anul școlar 2008/2009 este $\chi^2=25,917$, asociat cu o valoare p de 0,001.

Tabelul 2 ilustrează ultimul an școlar analizat. Și în acest caz se pot identifica acele discipline ce par a fi specifice claselor cu predare în limba maghiară. Primul loc este ocupat de Educația pentru sănătate (în ambele cazuri), dar diferențele sunt semnificative, valorile calculate fiind $\chi^2=31,024$, $p=0,000$.

Tabel 2: Distribuția disciplinelor opționale cu cele mai mari frecvențe în anul școlar 2011/2012 pe limbă de predare

<i>Disciplina</i>		<i>Limba predării</i>		<i>Total</i>
		<i>Maghiară</i>	<i>Română</i>	
Educație pentru sănătate	frecvență	89	18	107
	%	23.3%	48.6%	25.5%
Dans popular	frecvență	74	0	74
	%	19.4%	0.0%	17.7%
Limba străină	frecvență	35	7	42
	%	9.2%	18.9%	10.0%
Matematică	frecvență	43	5	48
	%	11.3%	13.5%	11.5%
Jocuri dramatice	frecvență	46	0	46
	%	12.0%	0.0%	11.0%
Literatura pt. copii	frecvență	29	6	35
	%	7.6%	16.2%	8.4%
Informatică	frecvență	19	0	19
	%	5.0%	0.0%	4.5%
Teatru	frecvență	47	1	48
	%	12.3%	2.7%	11.5%
Total	frecvență	382	37	419
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Sursa: date proprii

Rezultatele arată și faptul că ar fi util un curriculum aprobat de ministerul de resort în cazul disciplinei Educația pentru sănătate pentru clasele cu predare în limba maghiară.

Pentru testarea ipotezei a doua (nu există diferențe privind disciplina Educația pentru sănătate în mediul urban și rural ale celor două județe) s-a analizat distribuția frecvențelor pentru fiecare tip de localitate al disciplinei vizate și au fost comparate cele două județe (Covasna și Harghita). Tabelul de mai jos prezintă rezultatele pentru fiecare an școlar analizat.

Tabel 3: Educația pentru sănătate ca disciplină opțională – distribuție pe tipuri de localitate

<i>Tip localitate</i>	<i>Are acest opțional?</i>		<i>Total</i>
	<i>Nu</i>	<i>Da</i>	
2008-2009			
Oraș	90.0%	10.0%	100.0%
Comună	90.3%	9.7%	100.0%
Sat	99.1%	0.9%	100.0%
	91.6%	8.4%	100.0%
$\chi^2=10,365$; $p=0.006$			
2009-2010			
Oraș	87.3%	12.7%	100.0%
Comună	89.5%	10.5%	100.0%
Sat	98.3%	1.7%	100.0%
	89.9%	10.1%	100.0%
$\chi^2=23,861$; $p=0.000$			
2010-2011			
Oraș	87.6%	12.4%	100.0%
Comună	91.1%	8.9%	100.0%
Sat	97.4%	2.6%	100.0%
	90.5%	9.5%	100.0%
$\chi^2=12,237$; $p=0.000$			
2011-2012			
Oraș	84.2%	15.8%	100.0%
Comună	94.2%	5.8%	100.0%
Sat	98.3%	1.7%	100.0%
	90.2%	9.8%	100.0%
$\chi^2=26,478$; $p=0.000$			

Sursa: date proprii

După cum se poate observa din tabel, diferențele sunt semnificative în toți cei patru ani analizați, valoarea χ^2 fiind de fiecare dată peste 10, iar valoarea p tinde spre 0. Așadar se poate spune că în orașe Educația pentru sănătate a fost mult mai des ales ca disciplină opțională față de clasele primare din comune. Diferențele sunt și mai mari dacă se compară satele cu comunele sau orașele cu satele.

Dacă ne îndreptăm atenția spre analiza la nivel județean, atunci se poate constata că în fiecare dintre cei patru ani școlari analizați există diferențe semnificative între Harghita și Covasna privind raportul claselor care optează pentru Educația pentru sănătate. De fiecare dată există un procent mai mare al celor care optează pentru această disciplină în județul Harghita. Nu se poate afirma că ar fi o dinamică clară în timp între județe, dar se constată faptul că în anul școlar 2009/2010 și 2010/2011 raportul claselor care și-au ales Educația pentru sănătate în județul Harghita era de aproape trei ori mai mare față de județul Covasna. În primul și ultimul an analizat această proporție era dublă. Modelul optimal de regresie logistică creată de autor este în concordanță cu calculele testului chi-pătrat, deoarece consolidează rezultatele acestuia – raportul de trei ori mai mare în județul Harghita, valoarea $\text{Exp}(B)$ fiind de 3,145.

Legat de analiza ipotezei a treia (*Existența opționalelor este influențat de părerea profesorilor din ciclul primar privind numărul săptămânal de ore*) notăm că 70% dintre respondenți consideră fiind mult sau foarte mult numărul de ore prevăzut pentru clasa pregătitoare (22 de ore) și pentru clasa I. (24 de ore). În consecință profesorii tind să nu propună ore opționale (ce ar crește încărcarea săptămânală al orelor), nemaiașintind de procedura anevoioasă al aprobării unui program.

Pentru testarea ipotezei s-a analizat proporția celor care în anul școlar 2011/2012 au ales vre-un opțional pentru clasa în care predau. Rezultatele arată că doar o treime al profesorilor recurg la alegerea unei discipline opționale, menționând mulți dintre ei că acest lucru se datorează faptului că au clase simultane (unde prevederile alegerii disciplinelor opționale sunt altele, ținând cont de faptul că sunt implicate și alte promoții mai mari), astfel organizarea și planificarea activităților este mai simplă.

Luând în considerare cele menționate mai sus, s-a comparat disciplina opțională al celor care au clase simultane cu cel al claselor tradiționale. S-a constatat că în clasele simultane probabilitatea alegerii unei discipline opționale este mult mai mare ($p=0,000$), valoarea testului statistic calculat fiind de $\chi^2=47,969$, frecvența fiind de 63% în cazul claselor simultane și de doar 15,79% în clasele tradiționale. S-a calculat testul chi-pătratului și în cazul relației dintre părerile legate de numărul de ore și existența disciplinei opționale, unde se poate observa o diferență. Cu toate acestea, valorile testului fiind de doar $\chi^2=5,664$, respectiv $p=0,129$, înseamnă că diferențele nu sunt semnificative.

Pentru ipoteza a patra s-a folosit modelul optimal de regresie lineară, în cadrul căreia variabila dependentă era părerea respondenților legat de disciplina Educație pentru sănătate și variabilele independente erau anul nașterii, vechimea, numărul de probleme de sănătate în clasă, educația, tipul localității, tipul clasei, promoția, frecvența organizării activităților integrale, feed-back primit legat de munca profesională etc.

Variabilele cu cea mai mare putere explicativă sunt vechimea, felul (tipul) clasei, numărul copiilor din clasă care au probleme igienico-sanitare, părerile despre calitate și excelență. Aceste patru variabile au o putere explicativă însumată de 13,4%, valoare R fiind de $R=0,134$.

Variabilele cercetării nu pot explica în totalitate (sau peste 50%) atitudinea profesorilor școlilor primare. Cu toate acestea se pare că sunt identificate importante elemente ce influențează acest lucru, ceea ce conturează un profil al pedagogului care are o atitudine suportivă față de educația pentru sănătate. Dacă se analizează doar acele județe de unde au venit cele mai multe răspunsuri (Harghita și Covasna), se poate constata că profilul nu diferă foarte mult de cel național.

Ultima ipoteză, conform căreia *identificarea cazurilor speciale de sănătate de către profesorii din ciclul primar se află în relație directă nu numai cu atitudinea față de educația pentru sănătate dar și cu activitățile formale organizate de cadrul didactic* necesită explicarea „cazurilor speciale de sănătate”: ex. ochelari de vedere, lipsa igienei personale, cazuri de diabet etc. care pot fi observate de pedagog și despre care autorul – prin prezentarea mai multor cercetări internaționale – a arătat în capitolele anterioare că afectează în mod negativ succesul școlar.

Analizând datele se poate constata că profesorii care sunt mai sensibili la problemele apărute în clasă, organizează mai des activități de zi sau de săptămână pe tema sănătății. Utilizând testul corelației, valorile calculate sunt $r=0,615$, $p=0,00$. Se confirmă așadar legătura formulată în cadrul ipotezei, pentru care s-a calculat și testul t, analizând numărul cazurilor reportate al celor două grupe alcătuite (suportive și indiferenți sau opozanți față de educație pentru sănătate), valoarea testului fiind de $t=8.956$, iar $p=0.001$.

La sfârșitul tezei de doctorat, sunt sintetizate cele mai importante concluzii ale studiului (subcapitolul 3.8.) și recomandările autorului despre posibilitățile de continuare a cercetării.

Lucrarea scoate în evidență necesitatea introducerii disciplinei opționale de *Educație pentru sănătate* pe paleta disciplinelor obligatorii începând din clasa pregătitoare până în clasa a XII-a, având în vedere schimbările economice, sociale, culturale din toată lumea, care exercită o influență profundă asupra sănătății și dezvoltării copiilor și tinerilor.

Necesitatea parcurgerii celor nouă teme specifice ale educației pentru sănătate prezentate în lucrare se impune deoarece viața individului a devenit mai complicată decât altădată. Educația pentru sănătate poate fi considerată un proces de implementare a unor atitudini, cunoștințe, norme de comportament care să influențeze favorabil atitudinile și practicile igienice ale individului, familiei și ale comunității. Finalitatea educației pentru sănătate în școală, este însușirea unor comportamente igienico-sanitare de către copii în vederea formării unui stil de viață sănătos contribuind prin perfecționarea sănătății fizice, afectiv-emoționale și mintal-spirituale la dezvoltarea multilaterală a personalității și la integrarea socială a celor educați.

Studiul diagnostic realizat pe un eșantion de 705 clase de elevi din ciclul primar în județele Harghita și Covasna și cel care a implicat 262 de cadre didactice din 12 județe au furnizat informații despre disciplinele opționale predate, despre diferențele dintre clasele cu limbi de predare diferite, despre diferențe regionale (tipuri de localități, județe), despre profilul pedagogic al celor care favorizează educația pentru sănătate.

Ca o componentă a educației și a culturii generale, educația pentru sănătate este un sistem de măsuri și influențe pentru formarea comportamentului igienic, este activitatea de ghidare a copilului și a tânărului de la condiția sa de ființă naturală la aceea de ființă social-culturală. Educația pentru sănătate trebuie să înceapă la vârste mici, pentru că în această etapă se dobândesc obiceiuri care sunt relevante pentru activitățile ulterioare.

Este important să se conștientizeze la toate nivelurile educaționale (cu toate că studiul se limitează la nivelul primar), că sănătatea reprezintă nu numai unul din drepturile de bază al omului ci și o resursă a statului. În procesul de învățământ în general, și cu atât mai mult în cel educativ-sanitar în special, se pune astăzi din ce în ce mai mult accentul pe o activitate menită să-l stimuleze pe elev pentru activitate, să fie dinamic, flexibil, adaptabil noilor condiții de viață.

În această parte finală sunt sumarizate și recapitulate scopurile și motivele cercetării și sunt prezentate dificultățile întâmpinate pe parcurs. Cea mai mare dificultate, pe lângă

volumul mare de vizite în teren pentru chestionare față-în-față în cele două județe, a constituit-o prelucrarea datelor empirice în așa fel, încât să se încadreze în limitele impuse de lucrare (tema, întinderea etc.). Totodată, această dificultate este tratată și ca o posibilitate, deoarece examinarea acestor întrebări (ale căror analiză nu a fost posibilă în teză) poate fi o posibilă cale de continuare al cercetării. Cea mai importantă recomandare a autorei este legată de dezvoltarea profesională a cadrelor didactice: se recomandă organizarea unor sesiuni, conferințe, cursuri de perfecționare acreditate sau autorizate, deoarece în acest fel se poate urmări și sprijini mai eficient alegerea disciplinei educației pentru sănătate în rândul cadrelor didactice din ciclul primar.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In: Kuhl J. & Beckman J. (Eds.): *Action control: From cognition to behavior*. Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. NJ, Prentice Hall: Englewood Cliff.
- Alber, J., & Kohler, U. (2004). *Health and care in an enlarged Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf>.
- Albert-Lőrincz, E. (2007). *Salus Satis*. Kolozsvár: Kolozsvári Egyetemi Kiadó.
- Armstrong, D. (1995). *Az orvosi szociológia alapjai*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Babbie, E. (2003). *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Budapest: Balassi Kiadó.
- Ballér, E. (1996). A nemzeti alaptantervtől az iskolai nevelő-oktatói munka tervezéséig. *Országos Közoktatási Intézet*, 13-16.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. *Encyclopedia of human behavior*. Vol. 4. 71–81. San Diego: Academic Press.
- Bárdossy, I. (2002). *A curriculumfejlesztés alapkérdései. Távoktatási tananyag pedagógusok számára*. Pécs: PTE Tanárképző Intézet.
- Belar, C. D., Deardoff, W. W., & Kelly, C. E. (1987). *The practice of health clinical Psychology*. New York: Pergamon Press.
- Brassai, L. (2007). *Serdülőkorúak egészségi állapotát és egészséggel kapcsolatos magatartását meghatározó tényezők*. Sepsiszentgyörgy: Táltos kiadó.
- Doina, G. (2008). *Ghid metodologic pentru disciplinele optionale (ediția a II-a revăzută și adăugită)*. București: D&G Editur.
- Doyle, E., & Ward, S. (2001). *The Process of Community Health Education and Promotion*. California–London–Toronto: Mountain View.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine Science. *Science*, 196:129–136.
- Fóris-Ferenci, R. (1999). *Tantervek átminősülése*. Kolozsvár: Erdélyi Tankönyvtanács.
- Frenk, J. (2004). *Health and the economy: A vital relationship*. UK: OECD Observer No. 243.
- Gentry, D. (1984). *The handbook of Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press.
- Gidai, E. (2007). Az egészségi állapot és jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országokban. *Magyar Tudomány*, 168. 9. sz. 1145-1148.

- Grossmann, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80, pp. 223-255.
- Horváth, T., Kiss, L., Nyerges, A., & Roberts, É. (2012). *Horváth Tamás – Kiss László – Nyerges Andrea – Roberts Éva (2012): Diplomás pályakövetés kézikönyv. Education Társadalmi Szolgáltató Kht – Országos Felsőoktatási Információs Központ. elektronikus változat: <http://www.felvi.hu/felsooktatasimuhely/dpr/ebook/>. Budapest: Education Társadalmi Szolgáltató Kht – Országos Felsőoktatási Információs Központ. elektronikus változat: <http://www.felvi.hu/felsooktatasimuhely/dpr/ebook/> (2015.02.17).*
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie*. München: Juventa Verlag.
- Insel, P. T., & Roth, W. T. (2010). *Core Concepts in Health*. New York: McGraw-Hill Higher Education,.
- Kádárné, J. F., & Káldi, T. (1996). Tantervezés. Útmutató a helyi tanterv kiválasztásához, szerkesztéséhez, írásához. *Iskolaszolga*, 21-27.
- Kamarás, F. (2004). *Demografiai helyzetkép. In: Bakacs Marta es Vitrai Jozsef (szerk.): Népegészségügyi jelentés 2004 – szakértői változat*. Budapest: Jóhán Béla Országos Epidemiológiai Központ.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2001). Egészség és gazdagság Európa fiatal generációjának, a megelőzés kihívásai. *EUSUHM Nemzetközi Konferencia*.
- Kuráth, G., & Németh, P. (2011). *A DPR eredményeinek hasznosítása az alumni rendszerek építésekor a Pécsi Tudományegyetem példáján in Diplomán innen és diplomán túl*. Gödöllő: Szent István Egyetem DPR tanulmányok.
- Leger, L. S., & Nutbeam, D. (2001). *Egészségfejlesztés az iskolában. In: IUHPE Bizonyítékok az egészségfejlesztés hatékonyságára. A nepegeszsegugy kialakitasa az uj Europaban. A Nemzetkozi Egészségfejlesztési es Egészségnevelési Unio (IUHPE) jelentese az Europai Bizottsag számára*. Budapest: Medinfo.
- Mărginean, I., & Precupețu, I. (2008). *Calitatea vieții și dezvoltarea durabilă. Politici de întărire a coeziunii sociale*. București: Editura Expert – CIDE.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health' challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.
- Meade, M. S., & Earickson, R. J. (2000). *Medical Geography*. New York: Guilford.
- Mikola, I. (2006). Népegészség és közéleti felelősség. *Mester és tanítványa*, 10.
- Németh, Á. (2007). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. *Gyógypedagógiai szemle*, 1-11.
- Nettleton, S. (2008). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press, 308. old.

- Pikó, B. (2002). *Egészségyszociológia*. Budapest: Új mandátum.
- Pikó, B. (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest: Akadémiai kiadó.
- Pikó, B. (2006). *Orvosi szociológia*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Pikó, B., & Kopp, M. (2006). *Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói*. in: Kopp Mária és Kovács Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Polányi, I. (2013). Egészség, oktatás és emberi tőke In. Egészség és oktatás. *Educatio*, 135-137.
- Rughiniş, C. (2003). Mize și strategii le cercetării comparative in *Sociologia Românească. Sociologie*, I. évfolyam, 1-2 szám, 2003/1-2, 129-143, 129-143, www.academia.edu/285921/Mize_si_Strategii_Ale_Cercetarii_Comparative Utolsó letöltés .
- Tahin, T., Jeges, S., & Lampek, K. (2000a). Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 1. 70-93.
- Tahin, T., Jeges, S., & Lampek, K. (2000b). Az iskolai végzettség és az egészségi állapot változása követéses vizsgálat alapján. *Demográfia*, 2-3, 305-334.
- Urbán, R. (2001). Útban a magatartásszempontról egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 593-622.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- WHO. (2012). *Health Education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Zsolnai, J. (1986). *A tanulás tervezése és irányítása a nyelvi, irodalmi kommunikációs nevelési programban*. Budapest: Tankönyvkiadó.