

AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉS KONCEPCIONÁLIS KERETEI¹

A tanulók egészségmagatartásának pedagógiai stratégiákkal, módszerekkel és eszközökkel történő befolyásolásához mindenekelőtt az egészség fogalmát alkotó tartalmak feltárása és a neveléstudomány számára is elfogadható értelmezése szükséges.

Mindennapi életünket, ismerősökkel és ismeretlenekkel való konvencionális és hivatalos kapcsolatainkat különböző körülmények és tényezők szabályozzák. E történetek eredményesnek vagy eredménytelennek, harmonikusnak, semlegesnek vagy feszültségekkel terhesnek minősítése és megélése nagyrészt azon múlik, hogy verbális és nem verbális kommunikációink során használt jelrendszerek azonos értését feltételezzük. Fogalomhasználatunk egyértelműségének a hiedelme magyarázza azt is, hogy értetlenül szemléljük evidensnek tartott alapigazságok visszatérően aktuális felfedezését.

Ilyen evidenciának tekinthető, hogy az egészség érték, ugyanakkor azonban a társadalomstatisztikai adatok egészségtelen életmódjellemezők sokaságát tárják fel. Az egészségpszichológiai kutatások tovább árnyalják a képet az egészség társadalmi csoportok szerinti egyenlőtlen elosztásának a bemutatásával. (*Józan*, 1994, 2005) Ezért feltételezhetjük, hogy az *egészség* is azon fogalmaink közé tartozik, melynek értelmezési tartománya jelentős eltéréseket mutathat, többféle tartalom és hangsúly sűrűsödik e fogalom tartalmában. Az egészségfogalom tartalmi összetevőinek a feltárásakor kimutathatók azok a jellegzetességek, melyek *területi*, *településbeli* (pl. Európa és Afrika, Nyugat- és Kelet-Európa, város és falu), *társadalmi* (magas és alacsony státusúak) és *demográfiai* (fiatalok-idősek, férfiak-nők) dimenziók mentén jelenítenek meg más-más hangsúlyokat.² Az egészségfogalom pedagógiai értelmezéséhez e tartalmi összetevők feltárásán keresztül juthatunk el.

¹ A népegészségügyi kérdésekkel foglalkozó szakirodalom kezdetben egészségnevelésről, majd egészségmegőrzésről újabban pedig egészségfejlesztésről beszél. Az „egészségnevelés” pedagógiai értelmezése (a nevelési feladatból adódóan) mind a megőrzés, mind a fejlesztés folyamatát tartalmazza.

² Az egyes nemzetek kulturális hagyományrendszere és gazdasági-társadalmi berendezkedése által alakított életfeltételek az egyéneket összekötő legintimebb szféráig hatnak, országonként eltérő módon alakítva az emberi kapcsolatokat. (Social Network and Support Systems, 1986, ISSP: nemzetközi országonkénti reprezentatív összehasonlító vizsgálat, Ausztrália, USA, Ausztria, NSZK, Nagy-Britannia, Olaszország, Magyarország) *Utasi Ágnes* a magyar almintára jellemző, másoktól leginkább különböző interperszonális kapcsolati tendenciákat emeli ki ebből a vizsgálatból. Témánk szempontjából lényeges jellemzők: az emocionális kötelek gyakori hiánya (*Utasi*, 1991. 171.), a csak magukra számít(hat)ók aránya (négyeszer magasabb, mint a többi ország átlaga!), ezen belül is kiugró a magyar férfiak körében (kb. kétszer nagyobb, mint a nőknél), korcsoportonként pedig az idősek között. A pszichés feszültségoldó funkciót ellátó kontaktusok arányát tekintve a magyarok kapcsolatrendszere a leghíányosabb (*Utasi*, 1991. 181.), és a magyaroknál a legkisebb az esély az emocionális segítségre is utaló baráti kontaktusok működésére, különösen az alacsonyan képzettek csoportjában. Különösen kevesen vannak olyanok a magyarok között, akiknek nyugdíjkoron túl is vannak még lelki jó barátai. Az összehasonlításból nemcsak az derül ki, hogy Magyarországon a leghátrányosabb öregek lenni (*Utasi*, 1991. 184.), hanem az is, hogy Magyarország az utolsó helyen áll az egymás iránti fokozott bizalmatlanság és a pszichés terhek feloldatlan kinjai vonatkozásában. (*Buda Béla* pl. elhallgatott élettörténetekről, elfojtott generációs titkokról beszél egy interjúban, *Kopp Mária* megismételt vizsgálatai pedig más mintákon is alátámasztják a nemzetközi összehasonlító vizsgálatból nyert adatokat. MCs) A személyközi kapcsolatokat is dominánsan a gazdasági érdekek motiválja. (*Utasi*, 1991. 187.)

Az egészségfogalom tartalma gazdag, sokrétű és heterogén, mely mást és mást hangsúlyozó tudományos és köznapis gondolkodásmódokban érhető tetten. (Fitzpatrick, 1984) Ezért az iskolai egészségnevelés alapját képező egészségfogalom pontos leírásához számba kell vennünk a már ismert tartalmi elemeket és mindazokat a körülményeket, melyek e tartalmak kialakulását meghatározzák.

A tudományos egészségdefiníciók rendkívül sokfélék. (Aggleton, 1994) Vannak, amelyek a *testi-lelki betegségek hiányait* rögzítik.³ Az iskolai egészségnevelés újrágondolásához azonban azok a megközelítések visznek közelebb bennünket, melyekben valaminek vagy valamiknek a *megléte* utal az egészségre. Ezekben az egészség felfogható a testi, lelki és szociális jólét állapotaként (WHO, 1946) vagy olyan fizikai és mentális egyensúlyként, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes társadalmi szerepeinek a megvalósítására. (Parsons, 1972) Az egészség megint más felfogásban árucikké válik, üzleti tartalmat kap, amely nemcsak elveszíthető, hanem meg is vásárolható. Magas befektetésekkel *megvehető* a luxusszintű egészségügyi ellátás (pl. magán gyógyintézetek igénybevételével), *eladható* egészséges ételeken, testedzéseken, valamiről leszoktató vagy rászoktató programokon keresztül, *visszavásárolható* a sürgősségi ellátás igénybevételével és a gyógyszerek ártámogatásában, de *el is veszíthető* balesetek, betegségek következtében. (Seedhouse, 1986) Lehet azonban az egészség egyfajta attitűd is, az egyén törekvése és készsége az állandóan változó körülményekhez való adaptálódásra, vagy éppenséggel azoknak a faktoroknak az összessége, melyek az egyént személyes ereje maximális kifejtésében segítik. (Dubos, 1959)

Rövid körképünk az egészség különböző megközelítéseit és az azokhoz kapcsolódó tartalmi elemeket mutatta be. E megközelítések nem zárják ki egymást, mindegyik az egészség egy vagy több lényegi jellemzőjét találja meg. Ebből adódik, hogy nincs egyetlen igazi, egyetlen helyes definíció, ezért az egészség neveléstudományi értelmezéséhez *több szempont együttes figyelembevétele* vezethet.

Az egészségfogalom tartalma tovább bővíthető, ha *kulturális kontextusba* helyezzük az egészségről vallott felfogásokat. Hiszen hogy mikor, milyen esetekben lép át valaki szimbolikusan és/vagy konkrétan az egészség mezsgyéjéről a betegségére, az tág és szerteágazó forráskészleten alapul. Nem hagyható figyelmen kívül még az ezredforduló után sem, hogy milyen hagyományok, tradíciók, kulturális tartalmak jelölik ki különböző társadalmi csoportok és egyének esetében a házi gyógymódok érvényességi és alkalmazási körét, határait vagy az elkerülhetetlen orvoshoz fordulást. Társadalmi és kulturális jelentést hordoz tehát az egészség fogalma abban a vonatkozásban, hogy az egészség és a betegség megítélésében hol és milyen választóvonal található, mi és hogyan szabályozza a beavatkozás vagy be-nem-avatkozás, a házi és/vagy professzionális orvoslás igénybevételét.

A társadalmi-kulturális jelentést hordozó egészségtartalmak szemléletmódbeli változásai végső soron a *társadalmi-történeti idő lenyomatai*, ezért a temporalitást is a

³ Ezen „negatív egészségdefiníciók” szerint nem tekinthető egészségesnek az, aki valamilyen testi abnormalitással rendelkezik, mint ahogy az sem, aki distresszel kínlódik. Ebben a megközelítésben az egészségfogalomban azok a tartalmi jegyek kapnak helyet, melyek meglétekor egészségről már nem beszélhetünk, ugyanakkor a tényleges egészség jellemzőiről nem tudunk meg semmit. (Field, 1976, Blayter és Paterson, 1982, Macintyre, 1986)

fogalom szerves részének tekintjük. Az általunk ismert legősibb egészségfelfogások fő jellemzője a holisztikus szemléletmód volt, mely a hangsúlyt az egyéni belüli, az emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapotra helyezte.⁴ Az 1800-as évek tudományos mentalitása az egészségfelfogást sem hagyta érintetlenül. „Szét-szedtük az univerzumot, és fogalmunk sincs, hogy rakjuk össze. Az előző évszázadban dollárbilliókat költöttünk a kutatásban a természet szétszedésére, csak most ismerjük be, hogy fogalmunk sincs arról, hogyan tovább – kivéve, hogy még apróbb darabokra szedjük.” (Barabási, 2003. 17.) E tendencia az egészségfogalom tartalmát is módosította. A holisztikus látásmód, az egységes gondolkörbe tartozó fogalom a természettudományok és az orvostudomány fejlődése következtében elemeire bomlott, és így az egészség biológiai majd társadalmi faktorai kerültek a figyelem középpontjába. A különböző egészségfelfogások ebben az időszakban aszerint differenciálódtak, hogy mekkora egymáshoz viszonyított súlyt adtak magyarázatukban a biológiai és a társadalmi tényezőknek. A mai modern egészségfelfogások közös sajátossága viszont az, hogy megfigyelhetők bennük a már bemutatott jellemzők, melyekre a szakirodalomban a biopszicho-szociális egészség megnevezés utal. Mindehhez szervesen kapcsolódik az az orvostudományban megfigyelhető gyökeres tartalmi fordulat, mely a kutatások irányát az egészség (és nem a betegség) forrásai felé fordította. (Antonovsky, 1979. 1987)⁵

AZ EGÉSZSÉG AZ ÉRTÉKRENDSZEREK HÁLÓZATÁBAN

Az egyes emberben szocializációja során számos érték alakul ki. A nemzetközi összehasonlító értékutatásokból arról tájékozódhatunk, hogy a vizsgált nemzetek értékrendjében mely értékek vagy mely értékcsoporthoz tekinthetők dominánsnak, melyek kisebb súlyúaknak. Az egyes értékek rangsorolása alapján kialakuló preferenciák mentalitásbeli, magatartásbeli sajátosságokat és különbségeket mutatnak egy adott társadalmon belül és társadalmak között is. E kutatások eredményeinek tükrében biztosan állíthatjuk, hogy az egészség az alapértékek között található. (Losonczy, 1989, Varga, 2004) Ugyanakkor ennek ellentmondanak az egészséges életvitel hiányára is utaló megbetegedési és halálozási statisztikák. (Meleg, 1988) E látszólagos ellentmondás magyarázatát abban kereshetjük, hogy az értékek különféle módon és más-más értékek összekapcsolódásával kialakuló értékrendszerekbe ágyazódnak be. Az egyenként interiorizálódó értékek ereje és magatartásban is megnyilvánuló hatása attól függ, hogy az egyén domináns értékrendjében milyen más értékekkel együtt erősítik vagy gyengítik egymást. Az egészség esetében ez úgy értelmezhető, hogy bár rangsorbeli helye alapján előkelő helyet foglal el más értékekhez viszonyítva, ugyanakkor különböző értékrendszeri beágyazódása következtében az egyéni magatartásban megnyilvánuló hatása más és más lesz. Ezáltal válik életvezetésünk egészségessé vagy egészségtelenné.

⁴ Ezt figyelhetjük meg a hindu, a kínai és a görög egészségfelfogásban.

⁵ Az Ottawai charta (1986) előzménye a kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter 1970-es évek elején tett nyilatkozata, melyben a világon először nyilvánosan is elismerte egy kormányzat, hogy a gyógyászat és az egészségügyi rendszer csak kicsi és korlátozott szerepet játszik az állam polgárainak egészségi állapotában. Ezért a Chartában az egészségi állapot javításának új stratégiájaként az egészségfejlesztést jelölték meg, melyben az egészség minden meghatározó tényezőjét számba vették. Ez pedig szemléletében az Antonovsky által észlelt orvostudományi fordulathoz kapcsolódik. (Varga, 2004. 15.)

telenné, ugyanis az értékrendszerünkben adódó értékítéletek alapján hozzuk meg az életvitelünkre vonatkozó tudatos és/vagy nem tudatos döntéseket, választunk alternatívák között. *Ezért egészségesen élni nem egyenlő azzal, hogy az egészséget mint értéket önmagában elfogadjuk. Az egészséges életvitel azon az (egészséget is magában foglaló) értékrendszeren alapul, mellyel a bennünket körülvevő szűkebb és tágabb világhoz viszonyulunk.*

Az egészségfogalom tartalmának társadalmi, kulturális és időkontextusba helyezésével „az egészség érték” kijelentést tehát különböző jelentéseket és viszonyulásokat hordozó alapigazsággént kezelhetjük. Belátható ugyanis, hogy sem az egészségfogalom tartalmában, sem az egészség értéként megragadásában nem teremthető egységes jelentést eredményező konszenzus. A mélyebb mechanizmusok feltárására irányuló tudományos megközelítéssel azonban megengedhető, hogy „az egészség érték” alapigazságát *értékrendszerhez kapcsolódó viszonyként* értelmezzük. (Kapitány és Kapitány, 1983)

Mivel az értékképződési folyamatban a szocializációs csatornák kiemelt szerepet játszanak, érdemes újból átgondolnunk az egészségérték kiépítésében, formálásában meglévő lehetőségeiket és feladataikat. (Meleg, 1986)

Hogy a család és az iskola – mint az egyén legfőbb szocializációs csatornái – egymást erősítsék az egészség értékének közvetítésében, ahhoz elengedhetetlen az a tudás, melynek segítségével az egészségnek az értékrendszerbe való beágyazottságáról alkothatunk képet.

Kutatási eredmények segítik az eligazodást. A biológiai vagyonnal való sáfarkodásról árulkodnak az iskolázottság és a szociokulturális háttér szerint elkülönülő megbetegedési és halálozási adatok. Azokban a társadalmi csoportokban, ahol az átlagnál magasabb a születéskor várható élettartam, ahol a megbetegedések súlya és gyakorisága átlag alatti, ott azt feltételezhetjük, hogy az egészségérték olyan más értékek közé ágyazódott be, melyekkel együtt egészséget támogató értékrendszer és életvezetési gyakorlat szerveződött. Azokban a társadalmi csoportokban viszont, ahol átlag alatti a születéskor várható élettartam és ezzel egyidejűleg átlag feletti a megbetegedések, ott az önmagában esetleg értéknek vallott egészség támogató értékek hiányában (vagy az egészséggel ellentétes értékek között) nem volt képes az életvezetés során dominanciára szert tenni, hatása háttérbe szorult. Ezekben az esetekben beszélhetünk veszélyeztetett csoportokról, mégpedig nemcsak a felnővekvő, hanem a még meg sem született gyermekek vonatkozásában is. A család ugyanis mint elsődleges szocializációs közeg kitüntetett szerepet tölt be az értékek kialakításában és rendszerré szerveződésében. Egészséges nemzedékeket nevelni, a biológiai vagyont magas szinten továbbörökíteni azok a családok képesek, melyek értékrendszerükkel mint mintával gyermekeik nevelésén keresztül segítik az egyes értékek megfelelő rendszerbe szerveződésének folyamatát. Ezért az intézményes egészségnevelés újragondolásakor nem elégséges csupán az egészség értékminőségére koncentrálnunk, hanem meg kell keresnünk azokat a *támogató értékeket is, melyekkel együtt* várható csak el az életmódban is tükröződő hatás. Kutatási eredmények szerint *a mentálhigiénével, az interperszonális kapcsolatok minőségével, a problémamegoldással, a konfliktuskezelés flexibilitásával összefüggő értékrendszer az, mely az egészségérték beágyazódásával társadalmi csoportonként elkülöníthető egészségmagatartásokat eredményez.* Ezért válik kiemelkedően fontos a lelki egészségvédelemmel kapcsolatos értékrendszer megismerése és fejlesztése, ugyanis kedvező életmódváltoztatás csak akkor remélhető, ha az egészség-

érték a fenti támogató értékrendszerbe egymást erősítő módon épül be. E támogató értékrendszer jelentőségének megfelelő kezelése, karban tartása és fejlesztésének elősegítése az egészségügyi és a köznevelési intézményrendszer közös és felelősségteljes feladata. *A mindenkori felnővekvő generációk egészségmagatartásának minősége az, amely egy hosszú távú egészségnevelési (prevenciós, egészségmegőrzési és -fejlesztési) stratégia alfája és ómegája.* Az egészséghez való viszony így válhat mindennapi életünkben választásainkat, döntéseinket, életvezetésünket befolyásoló értékviszonnyá.

Az egészség értékviszonyként felfogása az 1960-as évektől megfigyelhető kutatásmetodikai szemléletváltásban is tükröződik. A társadalommal foglalkozó szakemberek számára egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az egyes országok fejlettségének mérésére és összehasonlítására nem elegendő csupán mennyiségeket kifejező mérőszámokat alkalmazni. Az anyagi javak birtoklását tartalmazó életszínvonal mellett ugyanis figyelemre méltóak azok a különbségek, melyeket az *életminőség* fogalma fog össze. Ezek fejeződnek ki az emberi kapcsolatok-kapcsolatrendszerek minőségében, az élet értelméről, céljáról, hasznosságáról való meggyőződéseinkben, az önmegvalósításba vetett hitekben. Az egészségpszichológiai kutatások is megerősítik, hogy az egyes országok (és azokon belül a különböző társadalmi csoportok) egészségi állapotát mindent összevetve sokkal inkább életminőségük megítélése, fizikai-szellemi aktivitásuk és testi-lelki kimerültség-érzésük gyakorisága határozza meg, mint a szokványos rizikófaktorok (pl. alkoholfogyasztás vagy dohányzás). (*Tahin – Jeges – Lampek*, 2000. 322.) Ezen kutatások is egyértelműen bizonyítják, hogy a *testi-lelki egészség* az életminőséget meghatározó legfontosabb tényezők között található. (*Allardt*, 1997)

Magyarországon a megbetegedési és a halálozási adatok az életminőséggel kapcsolatos problémákra utalnak. Témánk szempontjából különös figyelmet érdemelnek a pszichoszomatikus megbetegedések arányváltozásai. Az életminőség romlásához vezető korai jelenségek felismerésében és a beavatkozás kontrollálhatóságában kitüntetett szerepe van a tanköteles korosztályokat befogadó iskolarendszernek. Ezért az egészségnevelésre nem tekinthetünk úgy, mint az iskola egyik megoldandó feladatára, hanem azt az iskola oktatási-nevelési rendszerét *átfogó feladatként és koordináló szemléletmódként* értelmezzük.

AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉS ÉS ÚJRAFOGALMAZÁSÁNAK SZÜKSÉGE

Az iskolai egészségnevelés nem új keletű feladata a ma iskolájának, mindig is az intézményes nevelés részét képezte. Bármely történeti kor intézményes oktatást-nevelést érintő szakirodalmába bepillantva jól látható, hogy az egészség mint érték a jövő generációjának vonatkozásában kiemelt figyelmet kapott. Ugyanakkor ebben az esetben sem hagyható figyelmen kívül, hogy az egyes korokban más-más tudattartalmak összegződtek az egészség fogalmában. A kezdeti organikus világtételekből adódó, a test és a lélek egységén alapuló, az ember és környezete közötti harmónia jelentőségét felismerő holisztikus szemléletű egészségtudatban az egymást követő történelmi korokban hangsúlyeltolódások, majd változások következtek be. E folyamat során témánk szempontjából megkülönböztetett figyelmet érdemelnek a 19. és 20. század fordulóján történő társadalmi változások, melyek következtében az iskola a munka-

szervezetek felépítésének, működésének és időstruktúrájának a hatására maga is társadalmi célokat megvalósító szervezetté formálódott. A tantárgyakra bontott tudástartalmakkal együtt az egészség fogalmának korábbi tudattartalmai is darabokra szakadtak, mozaikokra és részletekre estek szét. Mivel mindezen folyamatok időbeli eltolódásokkal ugyan, de az intézményes nevelés mentalitásbeli változásaihoz vezettek, könnyen belátható, hogy az iskolai egészségnevelés – mint azonos elnevezése egy ellátandó feladatnak – különböző korszakokban különböző tartalmakat hordozott. Éppen ezért pontosításra vár, hogy a ma iskolája *milyen tartalmakkal tölti meg az egészség fogalmát* és ezek kialakításához, formálásához, befolyásolásához *milyen nevelési módszer- és eszköztárat* társít.

Az iskolai egészségnevelés tartalma más vonatkozásban is tisztázást kíván. Mivel az egészség több tudománynak is tárgyát képezi, a kompetenciahatárok nem egyértelműek. Az *iskolai egészségnevelés a jövő generációjának egészsége szempontjából értékelhető kutatási eredmények szintézisének és gyakorlattá transzformálódásának* tekinthető, mely mintegy összefogja és ellensúlyozza az egészség tudományágak közötti szétDaraboltságát (orvostudomány, demográfia, szociológia, antropológia stb.).

Az eddig elmondottak alapján belátható, hogy az iskolai egészségnevelés nem tekinthető a korábbi egészséges életmódra nevelés folytatásának vagy új elnevezésének sem, és teljes egészében egyik tantárgy tartalmába sem integrálható. Az *iskolai egészségnevelés alapvető feladata, hogy a felnövekvő nemzedékeket intézményesen is készítse elő egészségmagatartásuk formálására, jövőbeli életminőségük alakítására, megőrzésére*. E feladathoz olyan szemléletmóddal és módszerrel közeledhetünk, melynek alapvető jellemzője a szétesett és hiányos tartalmak újbóli összeillesztése és a *szintézisre* törekvés.

Az egészségfogalom partkularizálódására és fragmentálódására, e folyamat máig ható következményeire több vonatkozásban is érdemes figyelmet szentelnünk. Az *egészségfogalom tartalmában megfigyelhető teljesség szétesésének* következtében az intézményes nevelés során a lelki tartalmak először elhalványultak, majd a későbbiekben teljes mértékben a privát szférába szorultak vissza. Másrészt az is nyomon követhető, hogy az egészségfogalom tartalmának szétesése az *intézményes egészségnevelés kompetenciaszintjében is változást eredményezett*. Az intézményes közvetítés során a fogalmi hangsúlyok különböző tantárgyak résztartalmaivá formálódtak, melyek egymáshoz alig vagy sehogy sem kapcsolódtak. A tantárgyak általi közvetítés következtében (a nevelési-oktatási rendszer egésze helyett) *a nevelési feladat ismeretátadássá kezdett transzformálódni*.⁶ Ez a folyamat teremtette meg a precedenst arra, hogy ismeretátadás és nevelés közé egyenlőségjelet (is) lehet tenni. Végül az új diszciplína, az *iskola-egészségügy* azért érdemel figyelmet, mert tudományos és gyakorlati irányultsága alapján alkalmas lehetett volna arra is, hogy a szakadozó szálakat, a felfeslett egészet összefogja. Ehelyett azonban olyan *törésvonal kezdeteként értelmezhetjük*, mely a köznevelést és az egészségügyet inkább elválasztotta, mintsem összekötötte volna.⁷ Az iskola-egészségügy nem tudott híddá válni a köznevelés és az egészségügy között az egészség résztartalmainak a koordinálásában, a lelki egészségtartalmak pe-

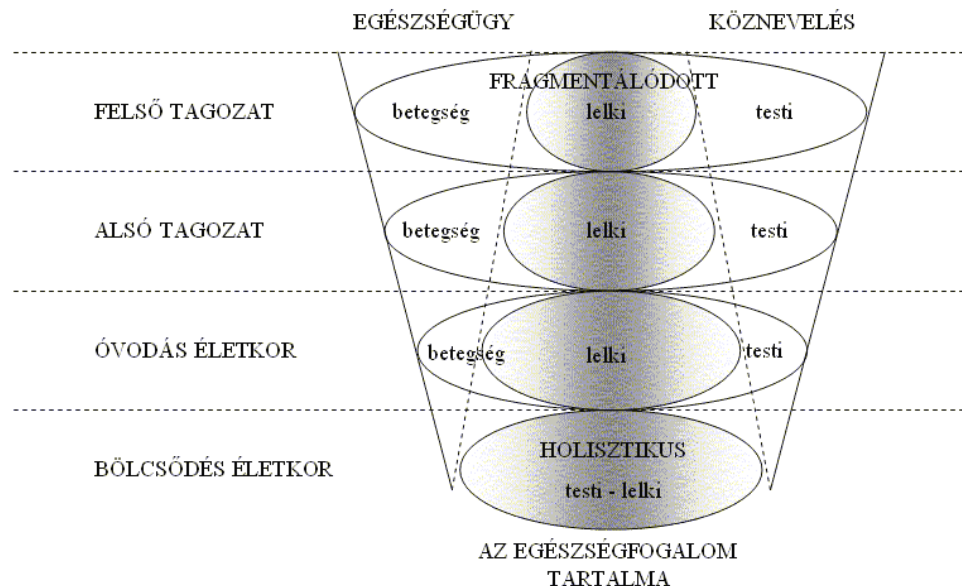
⁶ Azt a hiedelmet pedig, hogy a résztartalmak majd a tanulók fejében és cselekedeteiben egymáshoz kapcsolódva életmódformálóká válnak, a kutatások sorra megcáfolták. (McBroom, 1972)

⁷ E törésvonal mélyülését még Németh László integráló és szintetizáló törekvése sem tudta megállítani. (Németh, 1988)

dig kikerültek az intézményes közvetítésből. Az egészségfogalom tartalmának darabokra törése, az intézményes egészségnevelés kompetenciaszintjének megváltozása és az iskola-egészségügy dezintegráló folyamatai együttesen ahhoz vezettek, hogy a 20. század második felétől az iskolákban folyó egészséges életmódra nevelés hátterében már csupán a testi egészségre leszűkült egészségfogalmat találjuk.⁸ Az 1980-as évek közepén végzett kutatások nemcsak azt mutatták ki, hogy a valamikor volt egészség teljessége szétesett, hanem az is dokumentálhatóvá vált, hogy a lelki egészséggel kapcsolatos tartalmak kikerültek az intézményes közvetítés köréből. (Meleg, 1991) (1. ábra)

1. ábra

A köznevelési és az egészségügyi rendszer együttműködése és az egészségfogalom tartalma



⁸ Az egészségfelfogásban megjelenő tudattartalmak történelmi koronkénti változása a magyar iskolarendszerben is nyomon követhető. Az ép testű és harmonikus lelkű, a görög kalokagathia eszményét idéző egészséges személyek nevelése tölti meg tartalommal a 16. századi protestáns nevelési gyakorlathoz kapcsolódó egészségnevelést. A 17. században Apáczai Csere János az egészséges ember közérzetét testi-lelki harmóniával, külső és belső jellemzők bemutatásával írja le. (Apáczai, 1959) Az iskolai tananyagba az I. Ratio Educationis-szal (1777) visszavonhatatlanul bekerülő egészséges életmódra nevelés a rousseau-i nevelési eszményhez, a harmonikus, teljességet megélő emberképhez kapcsolódik. Ugyan a testi nevelésről szól egy a 19. században megjelent írás, azonban szerzője már a bevezetőben világossá teszi egészségértelmezését: a test eszköz, melynek segítségével a lélek munkálkodik. (Kéri, 2000) Széchenyi István is a testi-lelki értelemben egészséges, teljes ember kibontakozását tartja szem előtt. (Kéri, 1999) Kiragadott példáink azt mutatják, hogy az egyre általánosabbá váló magyar iskoláztatás egészségfelfogásában lényegében megőrizte a görög embereszményt. A 19. század második felében bekövetkező változások (az iskolahálózat jelentős bővülése, a tankötelezettség bevezetésével az iskolák eltömegesedése, a pozitívista tudományos gondolkodásmód) azonban nem kedveztek az egészségfogalom tartalmában addig megőrzött teljességnek. Az egészségnevelés ettől az időszaktól kezdve elsősorban a test nevelésével és a közegészségüggyel kapcsolatos problémává szűkült, az oktatásügy különböző szintjein lelki nevelésről már alig esett szó. *A teljes élet, a komplex egészségfelfogás, az organikus világszemlélet helyett az egészségi állapot fenntartására vonatkozó szabályok kerültek a középpontba.* A törvénycikkre és tantárgyakra bontott teljesség következménye az lett, hogy az egészséges ember nevelése kikerült a nevelési-oktatási rendszer egészét érintő feladatok közül és szakórákon megtanítandó tananyaggá transzformálódott.

Eddigi áttekintésünk az iskolai egészségneveléshez kapcsolódó fogalmak, folyamatok és feladatok újrafogalmazásának a szükségességét indokolta. Az iskolai egészségnevelés ugyanis csak akkor tud megfelelni a vele szemben elvárt követelményeknek, ha a neveléstudomány által felkínált egészségfogalmat értelmezi és nevelési feladattá alakítja.

Az egészségfogalom újrafogalmazásához induljunk ki abból, hogy az iskolában az egészségnek mely résztartalmai jelennek meg és ezek milyen problémákat hordoznak!

A műszerekkel mérhető, általánosan elfogadott standardokkal jellemezhető fittség az egészség kézzelfogható, jól körülhatárolható tartalma. A rendelkezésünkre álló adatsorok kimerevített pillanatfelvételek az adott korosztály egészségi állapotáról. Ezek jelentőségét az adja, hogy az adatsorok segítségével a fejlesztés, a tudatos beavatkozás pontosabban meghatározható. Az állapotmutató képek mögött ugyanis folyamatok zajlanak, melyek az idő tengelyére helyezve javuló vagy romló trendként kötik össze a pillanatfelvételeket. E folyamatok nem öntörvényűek, különböző szinteken történő (társadalmi, szervezeti-iskolai, egyéni) *beavatkozási stratégiákkal* befolyásolhatók. Mivel bennünket az iskolába járó korosztályok érdekelnek, érdemes néhány lényegi kérdésről említést tennünk. Iskolaorvosok, védőnők évtizedek óta jelzik, hogy növekszik azon iskoláskorú gyermekek aránya, akiknek jelenlegi testi elváltozásai megfelelő beavatkozás hiányában felnőttkorban már csak súlyos betegségként kezelhetők (pl. gerincproblémák, lúdtalp, tyúkmell stb.). E fizikai elváltozások keletkezésének hátterében általában nem születési rendellenességek, hanem mozgáshiánnyal összefüggő életmódbeli tényezők és iskolai „ártalmak” állnak (pl. a gyermek súlyának egyötödét kitevő iskolatáska, mely hátitáskaként viselve is tartáskárosító). Az iskolai szintű beavatkozási stratégia tantárgya e vonatkozásban a testnevelés.⁹ Az eredményesség kulcsát az iskola-egészségügy által feltárt jelenségek és a testnevelés órák adta lehetőségek egymásra vonatkoztatásában látjuk, azaz *az iskola-egészségügy által regisztrált és az egész korosztályt veszélyeztető problémákra a testnevelési órák tematikájában és gyakorlatában megjelenő kompetens és adekvát válaszok megtalálásában*. A beavatkozás ebben az esetben a kezdődő elváltozásokat mutató tanulóknál az időbeni korrekciót szolgálná, míg a többiekénél a megelőzést, a prevenciót. Az iskola-egészségügy adatrendszerének ismeretében alapos okkal feltételezhető, hogy a testnevelési órák tematikáinak újragondolása és felépítése a gyógytestneveléssel együtt képzelhető csak el. (Meleg, 1999)¹⁰

A táplálkozással kapcsolatos kérdések mai konjunktúrája jól jelzi az egészségfogalom e tartalmi elemének kiemelését és hangsúlyozását. (Olyannyira, hogy az „egészséges táplálkozás”, „testsúlykontroll”, „reformkonyha” címszó alatt hirdetett termékekből keletkező haszon nyereséget termelő üzletágakat működtet.) A táplálkozástudomány szakemberei közötti véleménykülönbségekben az állásfoglalás, a számtalan speciális részletkérdés ismerete és figyelembevétele nem az iskola feladata. Az viszont

⁹ Az iskolai egészségnevelés vonatkozásában a testnevelés az egyetlen olyan tantárgy, ami még csak lehetőséget sem ad arra, hogy ismeretek megtanításával történjék meg a felmerülő problémákra való válaszadás.

¹⁰ Ha ugyanis már nem egyediek többé, hanem általánossá kezdenek válni a csontrendszerrel kapcsolatos deformitások, akkor a normál testnevelés óra feladata mind a korrekciós, mind a prevenciós feladatok ellátása. Ha az iskolatáska súlya évtizedek óta nem csökkenthető, akkor a későbbi tartási rendellenességeket megelőzendő a gerincoszlop és a vázizomzat kiemelt erősítése is folyamatos feladatot jelent. (Viola-Somhegyi, 2005. 118-132). A növekvő arányú allergiás tanulók számára sem az a legmegfelelőbb megoldás, hogy a testnevelés órák látogatása alól felmentést kapnak. A sor még folytatható.

igen, hogy az iskola kompetenciájába tartozó és a szakemberek egyetértését is élvező kérdések mind az iskola gyakorlatában (pl. közétkeztetés, szakköri tevékenység), mind pedig a táplálkozás kérdéskörét különböző összefüggésekben érintő tantárgyak ismeretanyagában helyet kapjanak. A hangsúlyt e vonatkozásban az iskolában szerzett, a táplálkozással összefüggő gyakorlati tapasztalatok és ismeretek összhangjára helyezük.¹¹ Ilyen feltételek mellett várható csupán azoknak a késztetésnek a kialakulása (és kialakítása), melyek hatására a tanulók saját táplálkozási szokásaikra is odafigyelnek, önként kontrollálják és tudatosan változtatják azokat.

Az egészségügyi szokásrendszer megléte is hozzátartozik az egészségfogalom tartalmához. Az alapvető egészségügyi szokások kialakítása intézményesen az óvodai évek alatt történik, azonban a szokások rendszerbe szerveződésében és automatizmusá válásában az iskolának közvetett módon ugyan, de lényeges szerepe van. Ez elsősorban a feltételek biztosítására és az ahhoz kapcsolódó szabályok betartatására vonatkozik. E tekintetben megfontolandó annak a kérdésnek az újragondolása, hogy az iskola a megfelelő feltételek biztosításán túl milyen módon tud hozzájárulni az alapvető szokások (pl. kézmosás) óvodában megkezdett kialakításának alkalmakhoz (pl. étkezés) kötődő begyakoroltatásához, magasabb szintűvé fejlesztéséhez, megszilárdításához.¹² E vonatkozásban kiaknázatlanok még azok a lehetőségek, melyek a tanulók közötti interperszonális kapcsolatokat, a társas erőterek dinamikájának célirányos felhasználásában rejlenek. (Gondolunk itt pl. a referenciaszemélyek, referenciacsoportok megtalálására és ezek segítségével az utánzásra, mintakövetésre indító kortárs csoportok hatásai kiaknázására.) Ezen indirekt befolyásolások megtervezése és kivitelezése is nevelési, pedagógiai feladat.

Az egészségfogalom eddig említett résztartalmainak közös sajátossága, hogy külön-külön mindegyik hozzájárul az életmód formálásához, azonban önmagában egyik sem felel annak alakulásáért. Viszont ha együttesen szemléljük e résztartalmakat, akkor differenciáltabban közelíthetjük meg az életvitelben betöltött szerepüket.

Képzeljünk el egy skálát, melynek értelmezési tartománya az életmód! Ha erre a

¹¹ Számtalanszor elhangzik, hogy az iskolai étkeztetés azért egyhangú és egészségtelen, mert az egészséges étkeztetés túl sokba kerül. Magam hallottam már évekkel ezelőtt egy rádióműsorban a dietetikus szakember nyilatkozatát, aki e probléma kapcsán értetlenségének adott hangot. Kidolgozott egészséges étrendajánlataink vannak, melyek az iskolai közétkeztetési pénzügyi normákhoz igazodnak. Az iskolák azonban nem fordulnak hozzájuk. Úgy tűnik, ebben az esetben is érvényes a különböző kommunikációs csatornákon való közlekedés. Természetesen az iskolai közétkeztetés ennél jóval bonyolultabb kérdéskör, mivel az iskolák általában gyermekélelmeztetési vállalkozásokkal szerződnek. Ha azonban a vállalkozók közötti választás lehetősége adott, akkor az iskola az egészséges táplálkozás iránti igényeit is érvényesítheti. (Domonkos – Mramurácz, 2005. 52-66)

¹² Az alapvető higiénés szokások intézményes kialakításáról (meghatározott alkalmakhoz kötődő kézmosás, evőeszköz-használat, szájhigiéné stb.) az óvoda gondoskodik. Ezen szokások automatizmussá válása azonban akkor valószínűsíthető, ha az iskolában is megvannak a feltételek pl. a kulturált étkezéshez és a mellékhelyiség használatához. Az egészségügyi szokásrendszer azonban nem csupán elemek sokaságát és egymásmellettségét jelenti. Az iskolás évek alatt történik meg ezen elemek rendszerbe szerveződése. Ekkor formálódik a tanulóknak tudattalanul az a beállítódás, mely a feladatok – iskolai és iskolán kívüli – sokaságának és a hozzájuk kapcsolható időmennyiségnek az összeegyeztethetőségén alapul. Ekkor épül ki a prioritások hierarchikus rendszere, mely a majdani életmódot, életvitelt és életminőséget fogja jellemezni. Ezért az egészségügyi szokásrendszer magasabb szintűvé tételének lényeges kérdése, hogy az iskola e bonyolult egyensúlyteremtési folyamatban tudatosan, egészségnevelési tevékenysége kapcsán milyen feladatot tart magáénak. Például el kívánja-e juttatni tanulóit annak a belátásához, hogy mindennapi életük nem külső körülmények által alakul, hanem saját maguk által alakítható, megtervezhető, melyben felelősségük van. Más szavakkal kifejezve: szerepet vállal-e az iskola a belső kontroll kiépítésének folyamatában. Segítséget ad-e tanulóinak abban, hogy az időbeosztáshoz, a napirend szerint éléshez, a munka és a pihenés egyénre szabott mértékének kialakításához szükséges készségek fejlesztéséhez eszközrendszert bocsát tanulóik rendelkezésére.

skálára vetítjük rá a tanulók életvitelére jellemző sajátosságokat, akkor a fizikai aktivitásban, a táplálkozásban és az egészségügyi szokásrendszerben egyaránt fellelhető hiányosságok nagy valószínűséggel az egészségtelen, míg a fittség, az egészséges táplálkozás és a kíváncsi egészségügyi szokásrendszer együttes megléte az egészséges életmódra engednek következtetni. Az egészségfogalom e *résztartalmi közötti konzisztencia* (megfelelés) tehát hiányosságok esetében világosan kijelöli az iskolai feladatokat: a hiátusok tartalommal megtöltése (ismeretadás és -bővítés) és ezek interiorizálása (a tevékenységrendszer részévé tétel). Az *egészségfogalom ezen résztartalmi közötti inkonzisztencia* a kifejezetten egészségtelen és a kifejezetten egészséges életmód közötti tartományban számtalan variánst eredményez. A fizikai aktivitás magas szintjéhez táplálkozás- és szokásrendszerbeli hiányosságok társulhatnak, vagy más esetben az egészséges táplálkozás mozgáshiánnyal és rendszertelen időbeosztással párosulhat (és így tovább).

A résztartalmak együttes szemlélete, a köztük lévő különböző szintű konzisztenciák és/vagy inkonzisztenciák az iskolai egészségnevelés vonatkozásában kettős üzenetet hordoznak. Egyrészt az egyes területeken meglévő tartalmak számbavétele után a hiányosságok pótlására figyelmeztetnek, másrészt pedig arra, hogy mindhárom részterület együttes fejlesztésének eredményeképpen létrejövő konzisztenciával valószínűsíthető csupán a majdani egészséges életvitel. Bármely részterületnek a többivel szembeni túlhangsúlyozása inkonzisztenciát eredményez, melynek a következménye az is lehet, hogy a pozitív és a negatív hatások kioltják egymást és így az életvitelt nem módosítják.

Az egészségfogalom részeként az alkohol, a drog, a dohányzás és általában az élvezeti szerek kérdésköre egyre hangsúlyosabb szerepet kap az iskolában. Ezen tartalom azonban egészen más módon viszonyul az egészségességhez, mint az előző három. Míg azokban az egészségességhez a fittségben, a táplálkozásban, az egészségügyi szokásrendszerben együttesen meglévő pozitív tartalmak járultak hozzá, addig ebben az esetben az *élvezeti szereknek, azaz a tartalmi elemeknek a hiánya kapcsolódik az egészségességhez*. Ebből viszont az következik, hogy egy virtuális egyensúlyi helyzettől való elmozduláskor (pl. az egészségességet még nem veszélyeztető élvezeti szerekkel élés: kulturált alkoholfogyasztás, alkalmi dohányzás) a tartalmi elemekkel való élés szűkülése (egészen az absztinenciáig) valószínűsíthetően az egészségességgel, míg bővülése (pl. rendszeres alkoholfogyasztás, dohányzás, droghasználat – függetlenül annak mértékétől) egészségkárosodással jár együtt. Minél kevésbé jellemezhetők ugyanis a tanulók dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással, annál inkább egészségesnek minősül az életmódjuk és fordítva: minél gyakrabban élnek ezen élvezeti szerekkel, annál inkább tartjuk egészségtelennek életmódjukat. Az egészségfogalom e résztartalma esetében tehát az előző résztartalmaktól eltérő, azokhoz képest ellentétes irányú változások vezetnek az egészséges vagy egészségtelen életmódhoz. Az iskolai egészségnevelésnek ezt az ellentmondást is kezelnie kell, mégpedig a pedagógiaiilag is kompetens válasz megtalálásával. Az ismeretek közvetítésére berendezkedett iskolában a tanulókat ugyanis meg lehet tanítani az élvezeti szerekre mint veszélyforrásokra, meg lehet ismertetni velük azok káros következményeit és gyakorolhatják visszautasításukat is. Így azonban minél több ismeretre tesznek szert, annál inkább az egészségtelen életmódról való tudásuk gyarapszik. (Gondoljuk el, ha a fittség, táplálkozás, szokásrendszer kapcsán csupán a mozgáshiánnyról, az egészségtelen

ételekről és az egészségügyi szokások hiányáról tanulnának a tanulók, azaz arról, hogyan lehet egészségtelenül élni.) Az ismeretek gyarapításának természetesen e területen is van funkciója. *Intézményes segítséget azonban azok a tevékenységek jelenthetnek, melyeknek felkínálása a tanulók számára vonzó alternatíva az élvezeti szerektől várt élményekkel szemben.* A „mi vonzza egyre nagyobb arányban és mind fiatalabb életkorban a tanulókat az élvezeti szerekhez” kérdése ezért úgy fogalmazható át, hogy „milyen alternatívákat tud kínálni az iskola ahhoz, hogy ne az élvezeti szerek közös fogyasztása hozzon létre több szálon is egymáshoz kapcsolódó kortárs csoportokat”. Kutatási eredmények segítenek a második kérdés megválaszolásában. A csoporthoz tartozás és az abban való megmértetés, a társas közeg, a szorongások, félelmek kiegyenlítésének szükséglete életkori sajátosság (mégpedig azon életkoré, amikor az élvezeti szerek felé fordulás történik!). Ha ezen igények kielégítéséhez nem kapcsolódnak intézményesen felkínált alternatívák, akkor a már dohányzó, alkoholizáló, drogfogyasztó csoportok vonzó hatása könnyebben érvényesül. (Meleg, 1998; Nemzetközi riport, 2000) Mivel a csoportba tartozás előfeltétele a csoportnormák elsajátítása, sok esetben éppen a csoportba tartozás vágyának erőssége kényszeríti ki a dohányzásra való rászokást, az alkohol, a kábítószer kipróbálását, fogyasztását.¹³ Ezért alapos átgondolást igényel, hogy az élvezeti szerek káros következményeinek megismertetésére irányuló iskolai gyakorlatot milyen más jellegű, az életkori igényekhez kapcsolódó vonzó tevékenységek kínálatával lehet kiegészíteni és újjáépíteni.¹⁴ E feladat megoldása két vonatkozásban is előremutató. Egyrészt a csoporthoz tartozás szükségletéhez az iskola teremt alternatívákat, melynek eredményeképpen ellenpontoszható a tanulónál a kényszerfogyasztáshoz vezető hiányérzet és/vagy e szerek bármelyikének hamis ígéretein alapuló várakozás, élménykeresés. Másrészt – és ez talán az előzőnél is jobban tágítja a horizontot – az iskola által közvetített összes egészségtartalom és az egészséges életmód jellemzői képzeletbeli skálánkon ugyanazon irányú mozgások következtében kerülnek az egészséges vagy egészségtelen tartományba. Ennek következtében az iskolai egészségnevelés során egymást erősíthetik az eddig bemutatott egészségtartalmak, az ellentétes irányú mozgások egymást gyengítő vagy éppen kioltó hatásával kevésbé kell számolnunk.

Az eddig bemutatott egészségtartalmak nem újdonságukkal, hanem más megvilágításba helyezésükkel és az ahhoz kapcsolódó egészségnevelési felfogással járulnak hozzá az iskolai egészségtartalom megkonstruálásához. Nem ejtettünk azonban még szót az intézményes közvetítésből kikerülő lelki egészségtartalomról. Mielőtt azonban erről szólnánk, célszerűnek tartunk néhány módszertani megjegyzést.

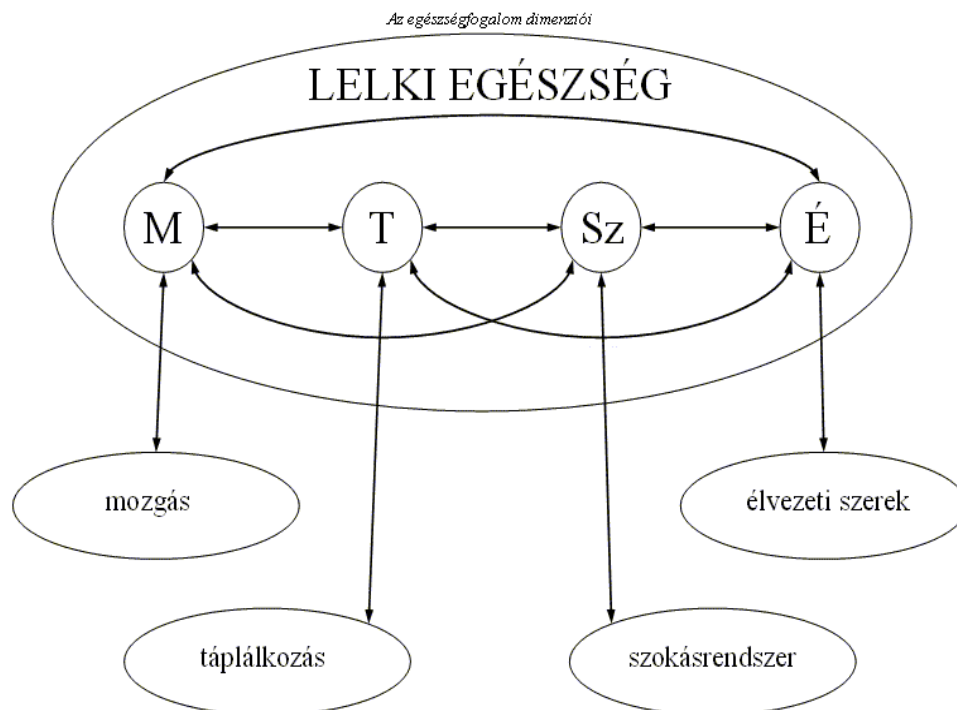
Az eddigi gondolatmenet az elemzés kedvéért választotta szét és vizsgálta meg egyenként az egészségfogalom résztartalmait. Ezzel azonban az a látszat kelthető, mintha egy puzzle-játék keretei között mechanikus egymás mellé helyezéssel össze-

¹³ Andorka Rudolf az elidegenedés és az anómia fogalmainak együttes kezelésével a deviáns viselkedések általános értelmezési keretét alkotta meg. (Andorka, 1994) Elekes Zsuzsa, Paksi Borbála és Oprics Judit empirikus vizsgálatai középiskolások körében mutattak rá ezekre a „normakövető” magatartásokra és a csoportvonzásra. (Elekes – Paksi, 1994, Oprics – Paksi, 1998)

¹⁴ Nem kívánunk e tevékenységekre „receptkönyvet” adni. Kiemeljük azonban a közös élményeket megalapozó, majd továbbépítő kirándulásokban, a hasonló érdeklődésű tanulók számára iskolán belül és azon kívül is együttműködési mintákat nyújtó szakkörökben, a csoportépítésre és a csoportok közötti versengések megtanulására egyaránt alkalmas sporttevékenységekben rejlő lehetőségeket.

rákaphatóvá válhatna az egész. (Tehát ha eddig kimaradtak a lelki tartalmak, akkor csupán vissza kell illeszteniünk.) Hogy az egészség többdimenziós fogalom, több évtizede tudjuk. A kutatások azt is kimutatták, hogy az egészségfogalom eddig bemutatott dimenziói lényegében függetlenek egymástól, a kapcsolat közöttük az egymásmelletti-ség, nem pedig a kölcsönös kapcsolódás. Erre utaltunk a korábbiakban az egészségfogalom résztartalmai közötti inkonzisztencia és az egészséges életmód közötti összefüggés kapcsán. A mindennapi életben mindez úgy jelenik meg, hogy pl. az egészségtelen táplálkozási struktúra egészségesre történő megváltoztatása önmagában nem alkalmas arra, hogy a mozgás és az élvezeti szerek vonatkozásában is átstrukturálódási folyamatot indítson el. Az egészséges táplálkozásra való áttérés nem vonja maga után automatikusan sem a mozgásszegény életmód átalakításának az igényét, sem a dohányzási, alkoholfogyasztási szokások megváltoztatásának a szükségességét. Ugyanígy a dohányzásról, alkohollról való leszokás önmagában nem garantálja a többi területen is az egészségesség irányába való elmozdulást, ugyanis kapcsolódási pontok hiányában a transzferhatás nem érvényesül. Ha ezeket a tanulságokat az iskolai egészségnevelő munkában fel kívánjuk használni, akkor nyilvánvaló, hogy az egyes résztartalmakhoz kapcsolódó területeken az iskolai egészségnevelés lehet sikeres vagy sikertelen (pl. le lehet szoktatni a tanulókat a dohányzásról vagy nem, alkoholfogyasztásukat befolyásolni lehet vagy nem), azonban ezt nem tekinthetjük komplex egészségnevelésnek. Ez a fajta egészségnevelés a résztartalmak egymáshoz való kapcsolódásának hiányában ugyanis nem érintheti meg a teljes személyiséget, és ezért nem válhat az egészséges életmód előrelépőjévé sem.

2. ábra



Az eddig bemutatott résztartalmaktól lényegileg különbözik az egészségfogalom lelki tartalmakat összefogó dimenziója, mely kutatásaink szerint az egészségfogalom valamennyi résztartalmához több szálon kapcsolódik. (2. ábra)

Az ábra azt mutatja, hogy más szinten ugyan, de végül is összekapcsolódhatnak az egyébként egymástól független pályákon futó résztartalmak, azonban ehhez a lelki egészségtartalmakon keresztüli közvetítés szükséges. A kutatásokból leszűrhető tanulságok mindennapi életünk olyan értelmezését engedik meg, hogy *a lelki egészség kedvező folyamatai valamennyi dimenzió esetében az egészségesség irányába mutató törekvéseket* hívnak elő, míg a lelki egészség megbomlása a többi dimenzióban is az egészség szempontjából kedvezőtlen tüneteket vagy tünetegyütteseket eredményez.¹⁵

A lelki egészség integráló, a teljes személyiséget és életvitelét befolyásoló szerepe az iskolai egészségnevelés újrafogalmazásához visz közelebb bennünket. Ezért az eddig külön-külön tárgyalt kérdésköröket is integráljuk a lelki egészség tartalmának a felfejtéséhez.¹⁶ Módszertanilag ez már más megközelítést igényel, analízis helyett szintetizálást kíván.

A *lelki egészség* tartalma rendkívül sokrétű. Tudor (1996) leírásában a következő tartalmi elemek jelennek meg: megküzdési képesség, a feszültségek és a stressz uralásának képessége, megfelelő énkép és önazonossági érzés, önértékelés, önfejlesztés és a fejlődés képessége, autonómia, változási képesség, a társas támogatások igénybevétele képessége. Doku (1997) lelki egészség-modelljében a társas viszonyoknak és az ezekkel kapcsolatos egyéni képességeknek ad nagyobb hangsúlyt, melyekből témánk vonatkozásában külön is kiemelendőnek tartjuk a tapasztalatból tanulás képességét.¹⁷ A felsorolt jellemzők alapján azt mondhatjuk, hogy a lelki egészség tartalmát több más mellett harmónia, kiegyensúlyozottság, megbirkózási készségek, önmegvalósítás, közösségi védőháló, társas folyamatok erőterében való egyéni és kölcsönös felelősség alkotja. Ahogy az előzőekben már bemutattuk, meglétének vagy hiányának az egész személyiséget érintő következményei vannak. Ezért amikor az iskola e tartalom közvetítésében szerepet kíván vállalni, több vonatkozásban is alapvető szemléletváltásra van szükség.

A lelki egészség definícióiban megfelelő tartalmak nem kínálnak olyan objektív adatokkal kicövekelt viszonyítási pontokat, mint az egészségfogalom eddig tárgyalt résztartalmai. Kellő magabiztossággal nyilatkozhatunk arról, hogy az optimális test-súlyhoz képest mi minősül soknak vagy kevésnek. Még arról is vannak elképzeléseink, hogy mennyi mozgás tekinthető optimálisnak bizonyos életkorban, és ezért egy

¹⁵ Például ha azt tapasztaljuk, hogy egy gyereknek felborult a korábban jól működő napirendje, ebből adódóan iskolai teljesítménye romlani kezd, túl keveset vagy túl sokat eszik, elkezd dohányozni vagy alkoholt fogyasztani, akkor három különböző problémát észlelünk. Azonban ha tudjuk, hogy mindezek az érzelmi biztonság sérülésével vannak kapcsolatban, akkor e biztonságérzet újbóli megtalálásában nyújtott segítség a korábbi kedvezőtlen tünetek visszaszorulását, esetleg megszűnését eredményezheti.

¹⁶ A lelki egészségben kifejeződő egyensúlyi állapot belső szerkezetének megértését Antonovsky koherenciaérzet-definíciója segíti. Eszerint a koherenciaérzet olyan globális orientáció, melyben az „átláthatóság, érthetőség” és a „van értelme, érdemes megtenni” érzése mint személyiségdispozíciók képesek a „megvalósíthatóság” érzetét az objektív körülményektől függetlenül is befolyásolni. (Varga, 2005b. 18-19). Az iskola szereplői esetében ez úgy is értelmezhető, hogy az átláthatóság és a személyes elköteleződés érzésének a kiváltása megfelelően alkalmazott pedagógiai eszköztárral képes lehet olyan belső erőforrások mozgósítására, melyek segítségével az adott állapot kezelhetőségének az esélyei megnőnek.

¹⁷ Mindkét kutatóra Buda Béla hivatkozik. (Buda, 2003a. 21-22.)

tapasztalati bázisra épülő közmegállapodás alapján minősítjük a környezetünkben lévőket túl aktívnak vagy túl passzívnak. A lelki egészség vonatkozásában azonban még hallgatólagos közmegegyezés sem létezik. Nem tudjuk, hol van és mindenkre érvényes-e egy határ, melyet különböző irányba átlépve a lelki egészség birodalmában járunk vagy éppen kiléptünk belőle. Azt sem tudjuk, hogy pontosan milyen tényezők együttes megléte esetén tarthatjuk magunkat lelkileg egészségesnek, és mely tényezők együttes hiányakor beszélhetünk annak elvesztéséről.

Maga a probléma és a lelki egészségnek az előző dimenziók mindegyikéhez való többszálú kapcsolódása a nyelvi kifejezés által közvetített tartalmakon keresztül is érzékelhető. A teljesség igénye nélkül néhány példával illusztráljuk az elmondottakat. A testi erő mérhető paraméterekhez viszonyítható. Azonban mihez képest határozhatjuk meg a lelki erő nagyságát, melynek szerepe kétségtelen harmóniára, kiegyensúlyozottságra törekvésünkben, lelki egészségünkben. Az egészséges táplálkozás jegyében az étrendek sokrétű kínálatával találkozhatunk és egy közmegegyezésen alapuló mérték birtokában beszélhetünk túl sok vagy túl kevés egészséges táplálékról. De melyek és hányfajta azok a „receptek”, melyek a lélek táplálásának egészségességét és mértékét legalább az előzőekhez hasonló módon garantálják? Tudjuk, hogy a személyi és a tárgyi környezet erősítheti, de ki is égetheti a lelket, és az emberi szervezetet különböző mértékben károsító élvezeti szereket is jól ismerjük. De mit tudunk mondani a médiumokon keresztül bennünket elárasztó információkról, fogyasztásra felhívó reklámokról, életvezetési tévutakról, azaz azokról az élvezeti szerként funkcionáló hatásokról és mértékükről, melyek a lelket rombolják? Az élvezeti szerek fogyasztása helyett is kínálhatunk más tevékenységeket. De hol vannak a léleképítés olyan erős alternatívái, melyek ellensúlyozni képesek a lelki függőségre csábító ajánlattömeget? A fizikai fájdalmak erősségének különbözőségeiről is közel hasonló mértékben gondolkodunk (pl. a küszöbbe botlás, a csonttörés és a vesegörcs okozta fájdalmak nagyság szerinti sorrendbe állítása egy képzeletbeli „fájdalomerősség-skálán” nem ütközik különösebb nehézségbe, függetlenül attól, hogy valaha is átélte-e az illető bármelyiket). Ugyanakkor nem létezik közmegegyezés arról, hogy a lelki egyensúly fenntartása mekkora erejű és milyen időtartamú fájdalmakat visel még el. A különféle testi fájdalmak gyógyszerekkel csillapíthatók, de a lelki fájdalmakra, a lelket mérgező érzelmekre (pl. bizalmatlanság, ellenségesség) kínálható-e olyan orvosság, amely meg tudja akadályozni az élvezeti szerek által kínált „fájdalomcsillapítást” és az önsorsrontó viselkedésekbe menekülést? Arra a következtetésre juthatunk tehát, hogy a lelki egészség meglétével vagy hiányával kapcsolatos vélekedések, hiedelmek (ön-minősítés és/vagy egymás minősítése) különböző, standardizált határokkal nem rendelkező viszonyítási rendszerekben történnek (természetesen a patológiás esetek kivételével). Úgy gondoljuk, hogy az elmondottak alapján indokolt, hogy az iskola tisztázza saját kompetenciáját és ebből adódó feladatait a lelki egészség vonatkozásában.

A szemléletváltás szükségességét az iskola tantárgyi rendszere is indokolja. Az egymástól különálló egészségtartalmak nagyobbik részének különböző vonatkozásokban ugyan, de meg lehet találni a tantárgyi megfelelőit. A fizikai aktivitás a testnevelés órák gyakorlatában, a táplálkozás, az egészségügyi szokások, az élvezeti szerekkel kapcsolatos problémák pedig különböző tantárgyak túlnyomórészt ismeret- és kevésbé gyakorlati anyagában kapnak helyet. Ez persze azt is jelenti egyben, hogy az egészségnevelési kérdések tantárgyakban megjelenő ismeretanyagként szaktanári és osz-

tályfőnöki felelősséggel „kipipálhatók”. A lelki egészség tartalma azonban nem engedi meg a tantárgyasítást. Ha tehát az iskola *a testi-lelki tartalmakat együttesen tartalmazó egészségnevelést* kíván folytatni, akkor járható útként *az egész iskolát átfogó nevelési rendszerbe való integrálás* kínálkozik.

Az egészségfogalom tartalmi egységének újbóli megteremtése és az iskola nevelési rendszerébe integrálása felkínálja a szemléletváltást. Azonban hogy az iskolában az egészség nevelése végül is hogyan fog történni, az nemcsak a szemléletmódon és a hozzá kapcsolódó eszközrendszer megtalálásán és alkalmazásán múlik. Mindehhez szorosan hozzátartozik az egészségtartalmak integrálásában és a teljes személyiségformálásban kulcsszerepet játszó lelki egészség pedagógiai tartalmának a kidolgozása és nevelési rendszerre szervezése. Ehhez viszont támpontok kellenek.

Az iskola-egészségügy adataiból, a serdülőkkel kapcsolatos kutatásokból megbízható tudással rendelkezünk a korosztály lelki egészségéről, a problémákról, előfordulásuk gyakoriságáról, a különböző szempontokból veszélyeztetett csoportokról (társadalmi helyzet, életkor, nem). Ezen információk különböző módon strukturálhatók, az adott iskolában tapasztalt leginkább jellemző problémák mentén nemcsak rendszerbe szervezhetők, hanem hosszú távon a napi aktualitást igénylő egészséggel kapcsolatos kérdéseknek is megvan a helye bennük.

A lelki egészség vonatkozásában a felnövekvő korosztályokat az iskolás évek alatt érő, alakuló identitásukat befolyásoló tudatos és nem tudatos hatásokat sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Mivel a kutatások által feltárt problematikus jelenségek többnyire az iskolai teljesítményhez kapcsolódnak, ezért az egészségmagatartás formálásának megtervezésekor is célszerű ezekre irányítanunk a figyelmünket.

Az iskolai intellektuális követelményeknek való megfelelés mindenekelőtt teljesítményt vár el a tanulóktól.¹⁸ A követelmények és a teljesítmények közötti távolságnak általában motivációs ereje van, azonban az iskoláskorúakkal végzett vizsgálatok szerint növekszik a *teljesítménykényszerrel* jellemezhető aránya. A perfekcionizmusnak hosszú távú következménye viszont az, hogy személyiségjellemzővé válva a lelki egészséget fertőzi, melyre a test „szervbeszéddel” (elváltozásokkal, betegségekkel) válaszol. Átgondolandó egészségnevelési rendszerképző feladat ezért az iskola részéről a követelmények és a teljesítmények közötti optimális távolságnak a megtalálása, mely a tanulók motivációs bázisának a fejlesztésére irányul.¹⁹

A teljesítménykényszerhez kapcsolódnak azok a zavarok is, melyeket a tanulók *önismeretével, önbizalmával, önértékelésével* kapcsolatos kutatások és gyakorlati tapasztalatok jeleznek. Az önbizalom hiánya és az alulértékelés, valamint a megalapozatlan önbizalom és a felülértékelés is a lelki egyensúly kibillenésének tünetei közé tartozik. Mivel az egyensúly helyreállításának a legkisebb ellenállást jelentő útját a pótcselekvések (pl. élvezeti szerek fogyasztása, táplálkozási túlkapások – nassolás)

¹⁸ Snyder, C. R. kísérletére hivatkozik Goleman, amikor azt írja, hogy a remény foka megbízhatóbban jelzi előre a tanulók félévi jegyeit, mint az IQ-teszt. (Goleman, 1997. 134.) Ebben az értelemben „a remény foka” a követelmények és a teljesítmények közötti időtávlat kifejeződése.

¹⁹ Egy országos reprezentatív vizsgálat szerint a 12-16 éves iskolások közel egyharmada túlzónak ítéli mind a szülei, mind a tanárai elvárását tanulmányait illetően. Ugyanezen iskolások egynegyedét nyomasztják az iskolai feladatok, alvási nehézségeik vannak, egyharmaduk gyakran panaszkodik fejfájásra, lehangoltságra, ingerlékenységre, feszültségre, közel felük pedig idegesnek vallja magát. (Iskolás gyermekek egészségmagatartása 1986-1993. 42., 62., 92.)

kínálják, ezért a nevelési konzekvenciát a *mérték* köré szervezett egészségnevelés jelentheti, mely egyben a koherenciaérzet kialakításához is hozzájárul.²⁰

Az eddig bemutatott, a lelki egészséget veszélyeztető figyelmeztető jelek ellensúlyozására épülő nevelési stratégiák bármelyike alkalmas arra, hogy egy komplex egészségnevelés iskolai rendezőelve legyen. Ennek kidolgozásával és alkalmazásával olyan szintézis teremthető, melynek eredményeképpen a külső kontrollra szocializált korosztályoknak esélye lehet arra, hogy *belső kontrolljuk kialakításához* az intézményes egészségnevelés jelentősen hozzájáruljon.²¹

Az eddigiek során egy tartalmában egységes nevelési folyamatot vázoltunk fel, melynek legfőbb célját abban láttuk, hogy a kötelező iskoláztatásban résztvevő korosztályok saját jövőendő egészségükért érzett felelős egészségmagatartásuk alakításához hatékony intézményes segítséget is kapjanak. Miután értelmeztük az iskolai egészségnevelést és rendszerbe szervezéséhez támpontokat nyújtottunk, e nevelési folyamat megtervezőiről és irányítóiról, a pedagógusokról is szólnunk kell. Szándékosan nem valamilyen szakos tanárokról beszélünk, ugyanis álláspontunk szerint – tudatosan vagy tudattalanul, közvetlen vagy közvetett módon – valamennyi pedagógus nevel egészségre is és annak az ellenkezőjére is. A pedagógus személyisége és az általa közvetített pozitív vagy negatív minta ebben a vonatkozásban is megkerülhetetlen. A további vizsgálódás ezért nem arra irányul, hogy a pedagógusok hajlandóak-e, képesek-e e szemléletváltást és a korábbiaktól eltérő gyakorlatot igénylő feladatban közreműködni. Erre választ fogunk találni az iskolák pedagógiai programjaiban. A kérdés sokkal inkább az, hogy *a pedagógusok hogyan értelmezik saját szerepüket az egészségnevelés folyamatában, egy feladat végrehajtójaként vagy együttműködőjeként* definiálják-e önmagukat. (Burden, 1981; Chandler, 1981; Cochran-Smith és Lytle, 1993; Combs, 1982; Dworkin, 1987; Friese, Prokop és Sarros, 1988)²² Lényeges a szerepvállalás, ugyanis ez alapozza meg az önreflexiót. Ismeri-e a pedagógus önmagát, mit tud saját testi-lelki egészségéről, milyen tényezőknek tulajdonít jelentőséget saját életminősége alakításában, hogyan éli meg konfliktusokkal teli mindennapjait, mit tesz, ha megoldhatatlannak látszó problémákkal találkozók, hogyan éli meg interperszonális kapcsolatait, segítőkésznek vagy inkább ellenségesnek érzékeli környezetét. A pedagógusok saját magukra vonatkoztatott kérdéseit és az azokra történő válaszadást kulcsfontosságúnak tekintjük, ugyanis a tanulók belső kontrolljának kialakítását, megerősítését célul kitűző egészségnevelés hatékonysága a tét. Ha ugyanis a pedagó-

²⁰ A koherenciaérzetnek az egészségességben betöltött szerepét elemzi Varga Károly. (Varga, 2004, 2005a, 2005b) Serdülőkkel folytatott reprezentatív magyarországi kutatás szerint a kevés önbizalommal rendelkező iskolások közel felének életérzése a boldogtalanság. (*Iskolás gyermekek egészségmagatartása* 1986-1993. 80.)

²¹ Rotter, J. B. klinikai gyakorlatában különbséget talált az emberek között a kontroll helye szempontjából. Belső kontrollúaknak nevezte el azokat, akik cselekedeteiket eredményesnek minősítik, és úgy érzik, hogy sorsuk irányítása saját erőfeszítéseiktől függ. Külső kontrollúaknak azokat tekintette, akik a külső körülmények determinációját érezték döntőnek saját sorsuk alakulásában. (Rotter, 1966) Wallace, P. szerint az erős belső kontrollú emberek sokkal esélyesebbek, hogy kitűnjenek az iskolában, sikeresek legyenek az életben, ők azok, akik úgy gondolják, hogy irányítani tudják a dolgokat, uralni tudják a körülményeket, védettebbek a különböző függőségek kialakulásával (pl. internethasználat) szemben. (Wallace, 2002. 215.) Egy longitudinális vizsgálat pedig azt mutatta ki, hogy a magasabb szintű belső kontroll érzése kedvező hatással van az egészségre. (Tahin – Jeges – Lampek, 2000. 319.)

²² Az angolszász szakirodalom a pedagógus szereptartalmakat sokoldalú megközelítéssel és a társadalomfejlődés különböző időszakasaiban vizsgálja. Témánk vonatkozásában kutatásra vár még, hogy Magyarországon a társadalmi változások milyen befolyásolt gyakoroltak a tanári szereptartalmakra.

gusok nem képesek saját egészségük értelmezésére, nem tudnak vagy nem akarnak szembenézni azzal, hogy különböző problémáktól szenvednek, akkor azok feloldásáért, megoldási módok kereséséért, rendszerbe szervezéséért sem fognak semmit tenni, a rajtuk kívül álló körülmények foglyai maradnak. Ellenben ha saját élményként megtapasztalják és napi életvitelük részévé válik, hogy testi-lelki egészségük megismerése, ápolása és fejlesztése nagyrészt az ő kezükben van, akkor indirekt módon mintaadóként a tanulók egészségmagatartásának eredményes formálásához járulhatnak hozzá. Belátható tehát, hogy az iskolai egészségnevelés, legyen az bármennyire is tökéletesen kidolgozott, egészséges szemléletű pedagógusok nélkül megvalósíthatatlan. Ezért hangsúlyozzuk az együttműködő szerepvállalást valamennyi pedagógus részéről. Az egészségmagatartás-formáló nevelés jövőbeni eredménye ugyanis csak akkor várható, ha az iskolai direkt és indirekt hatások egymást erősítik. Saját egészségük alakításához részvételre megnyerni a tanulókat csak azok a pedagógusok képesek, akik önmaguk vonatkozásában már meggyőződtek erről. Csak azok a pedagógusok tudják a tanulókat saját egészségük iránti felelősségvállalásra bátorítani, akik önmaguk is eszerint élnek. E pedagógus-attitűd lényeges jellemzője a diákorientáltság és nem egy elvégzendő feladatra való beállítódás. Az elmondottakat úgy összegezhetjük, hogy az iskolai egészségnevelés alapvető előfeltételének tekintjük a pedagógusok mintaadó személyiségét, saját magukra és másokra vonatkoztatott mentálhigiénés felkészültségét, pedagógusi szerepük újraértelmezését.²³

Az iskolai egészségnevelés újrafogalmazásán gondolkodva egyértelművé vált, hogy a lelki egészségen keresztül ismét intézményi szintre emelhető a feladat. Ehhez azonban nemcsak a megjelölt feladatok és problémák rendszerbe szervezése szükséges, hanem az intézményes közvetítés hatékonysága érdekében az iskola szervezeti működésének pedagógiai módszerekkel és eszközökkel történő befolyásolása is.

AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉS KONCEPCIONÁLIS ÚJRAGONDOLÁSA

Az egészségnevelés hosszú távon érvényes feladatot ad az iskolának, hiszen az újonnan belépő korosztályok folyamatosan igénylik a mindenkori aktualitást. Kidolgozása és működtetése tehát stratégiai szempontból is létfontosságú. Ez jelenti az egészségnevelés és az iskola kapcsolatának egyik oldalát. Másrészt az egészségstatisztikákból megrajzolható trendeket elemezve az iskola felelőssége is felvethető, ugyanis a mai életminőség-mutatók bizonyos értelemben a korábbi intézményes egészségmagatartás-formálás hatékonyságát és eredményességét tükrözik. Az iskola helyzetét nehezíti, hogy egyidejűleg kétfajta időszemléletet igénylő feladatnak kell eleget

²³ Buda Béla úgy látja, hogy az iskola hatékonyságát sokkal inkább növeli a pedagógusok elkötelezettsége, modellhatása, hitelessége, kongruenciája, mint a normatív rend. A pálya legfőbb nehézségét azonban az jelenti, hogy az egyik legbonyolultabb szerephálózat, szerepproblematika jelenik meg benne. A pedagógusok lelki egészsége ezért kiemelt jelentőségű, hiszen az indirekt nevelés mintakövetéseken, azonosulásokon keresztül érvényesül. Így a pedagógus-szerep újraértelmezése egyre sürgetőbb feladat. (Buda, 2003b. 72. és 157.) Az előzőek alapján mentálhigiénés beavatkozási pontnak tekinthető a szerepviszonyokból eredő szervezeti problémák követése és megoldása. (Buda, 2003a. 283.) Az Egészség elnevezésű pedagógiai program mentálhigiénére alapozott iskolai szervezettejlesztéssel a szerepviszonyokat újrastukturálta, a terhelési pontokat egyéni és csoportszinten átrendezte. (Meleg, 2001)

tennie. Egyrészt a *jövőre irányuló* és ezért szükségképpen az iskoláztatás éveitől időben jóval távolabb eső eredmény érdekében stratégiai feladatként kell kezelnie az egészségnevelést, másrészt a *jelen* rizikófaktorainak ismeretében a napi problémákra azonnal reagálva kellene eredményes választ adnia. Úgy látjuk, hogy az iskolai egészségnevelési gyakorlatot inkább e jelenre beállítódás jellemzi, mely jól nyomon követhető az iskolákban alkalmazott programok elnevezésében is (D.A.D.A., drogrevenáció, dohányzásleszoktató program stb.). E programok segítségével az iskolai beavatkozás a már meglévő bajok korrigálására, illetőleg ismeretadással a bajok megelőzésére, a figyelem felkeltésére irányul. A tartalmilag jóval gazdagabb egészségnevelési programok (pl. életvitel-programok) sem különböznek irányultságukat tekintve lényegesen az előzőektől.²⁴ Mivel mindegyik program meghatározott tantárgyhoz és ebből adódóan meghatározott tanárhoz kötődik, érvényességi tartományuk is e korlátok közé szorul. Más tantárgy és más tanár kívül esik e körön. Összegezve úgy is fogalmazhatnánk, hogy az iskola nevelési rendszerébe e programok nem tudtak beépülni.

A jövőre irányuló és stratégiai célokat szolgáló egészségnevelés nemcsak tartalmában és a nevelési rendszer egészébe való beágyazottságában különbözik az előzőektől, hanem az iskolai beavatkozás mikéntjében is. Míg a jelen problémáira való reagálás korrekcióban és ismeretadásban realizálódik, addig *a jövőt szem előtt tartó egészségnevelés más perspektívában, a felnövekvő korosztályok életminőségében* gondolkodik. Az egészségnevelés iskolai rendszerének ilyen felépítése és működtetése az értelmes, a személyiséget gazdagító hatások és dolgok közötti választás alternatíváinak felkínálásával és súlypontosításával indirekt módon a hamis alternatívák húzóerejét gyengíti. Így szolgálja azt a célt, hogy a teljes személyiség formálására irányuló egészségnevelés hosszú távon a korrekcióra szoruló arányát csökkentheti. Az iskola e másfajta út kikövezésének megkezdésével a további haladás irányait jelöli ki. Nem arra int, hogy bizonyos utak választása eltévedést eredményez, arra menni tilos (ld. az élvezeti szerekről írottakat), hanem különböző irányokba vivő, ám bármelyiken célba érő utakat mutat (pl. az életkori érzelmi szükségletek kielégítéséhez kapcsolódó tevékenységekkel).

Mindezek után helyénvaló a kérdés, hogy e kétféle feladat, a jelen és a jövő szolgálata az egyik vagy a másik melletti választási kényszert jelent-e az iskola számára. Az egészségnevelés komplex értelmezése tartalmazza a szintézis lehetőségét. Az életminőséget szem előtt tartó egészségmagatartás formálásának a jelen problémáival való szembenézés is részét képezi. Hogy e problémák megfelelő helyen és megfelelő súllyal szerepeljenek, ahhoz az szükséges, hogy az iskolai egészségnevelés jövőre irányuló teljes rendszere kidolgozott legyen. Ez a rendszer garantálja ugyanis a közeli és távoli célok megvalósításának szinkronba hozatalát.²⁵

Az iskolai egészségnevelés koncepcionális újragondolása és végső soron társadalmi jelentőségű. Ha ugyanis a felnőtt lakosság életminőségében kimutatható különbségek

²⁴ Egy 2000 fős gyermekmintán végzett országos vizsgálat (*New Hampshire Egyetem*, 1984) kiderítette, hogy a szexuális visszaélés megelőzésére kidolgozott programok nem sokat érnek, sőt egyenesen károsak. Ezek a programok az alapvető tudnivalókra szorítottak: megtanították a különbséget „jó” és „rossz” érintés között, felhívták a figyelmet a veszélyekre, és arra buzdították a gyerekeket, hogy bármi kellemetlen történik is velük, közöljék a felnőttekkel. A követő vizsgálatok azonban kiderítették, hogy az ilyen programok nem mozgósították a gyerekeket a szembeszegülésre. (*Goleman*, 1997, 379.)

²⁵ Úgy gondoljuk, hogy az iskolai egészségnevelés újragondolása nemcsak az életminőséget, hanem a nevelés szerepét tekintve is túlmutat az iskola falain. „A nevelés európaisága nem egyszerűen ismeretbővítésből áll, hanem a teljes személyiséget alakító, összetett pedagógiai tevékenység.” (*Rókusfahy*, 1997)

kapcsolatba hozhatók az iskolázottsággal, akkor az egészségmagatartás-formálás nevelési feladatrendszerre konvertálása a neveléstudomány és a pedagógusok felelőssége.

IRODALOM

- Aggleton, P. (1994): *Health*. Routledge, London & New York.
- Allardt, E.: About Dimensions of Welfare. In: Andorka Rudolf (1997, szerk.): *Bevezetés a szociológiába*, Osiris, Budapest.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publ., San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987): *Unrevealing the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publ. San Francisco.
- Apáczai Csere János (1959): *Magyar Encyclopaedia*. Szépirodalmi Kiadó, Budapest. 205-211.
- Barabási Albert-László (2003): *Behálózva. A hálózatok új tudománya*. Magyar Könyvklub, Budapest.
- Blayer, M. and Paterson, E. (1982): *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Health Behaviour*. London, Heinemann
- Buda Béla (2003a): *A lélek egészsége. A mentálhigiéné alapkérdései*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Buda Béla (2003b): *Az iskolai nevelés – a lélek védelmében*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Burden, P.: Teachers' perceptions of their personal and professional development, in: L. Shulman and G. Sykes (eds. 1981) *Handbook of Teaching and Policy*. New York, Longman
- Chandler, L. A.(1981): *What teachers can do about childhood stress*. Phi Delta Kaplan, 63 (4), 276-277.
- Cochran-Smith, M. & Lytle, S. L.(1993): *Inside/Outside*. Teachers College Press, New York.
- Combs, A. W.(1982): *A personal approach to teaching: Beliefs that make a difference*. Boston, Allyn & Bacon
- Domonkos Andrea – Mramurác Éva dr.: Az egészséges táplálkozás megvalósítása a gyermekétkeztetésben. In: *Iskola-egészségügy* (szerk. Aszmann Anna)(2005) Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest. 52-66.
- Dubos, R.(1959): *The Mirage of Health*. Harper & Row, New York.
- Dworkin, A. G.(1987): *Teacher burnout in the public schools*. Albany, State University of New York Press, New York.
- Elekes Zsuzsanna-Paksi Borbála (1994): Adalékok a magyarországi drogfogyasztás alakulásához. In: *Devianciák Magyarországon* (szerk. Münnich-Moksony) *Közélet* 308-322.
- Field, D.(1976): The social definition of illness. In: D. Tuckett (ed) *An Introduction to Medical Sociology*. Tavistock, London.
- Fitzpatrick, R.: Lay concepts of illness. In: R. Fitzpatrick, J. Hinton, S. Newman, G. Scambler, and J. Thompson (1984, eds.) *The Experience of Illness*, London, Tavistock
- Friesen, D., Prokop, C., & Sarros, J.(1988): Why teachers burn out. *Educational Research Quarterly* 12 (3), 9-19.
- Goleman, D. (1997): *Érzelmi intelligencia*. Háttér Kiadó, Budapest.
- Iskolás gyermekek egészségmagatartása 1986-1993*. (szerk. Aszmann Anna)(1997), Anonymus, 42. ,62.,92.
- Józan Péter (1994): *A halálózási viszonyok alakulása Magyarországon. 1980-1992*. KSH, Budapest.
- Józan Péter (2005): A magyar népesség egészségi állapotának főbb jellemzői. In: *Egészségfejlesztés a felsőoktatásban a Bologna folyamat tükrében*. Nemzetközi konferencia, 2005. szeptember 22-23. Szeged/Magyarország (2005), Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék, SZTE Juhász Gyula Tanárképző Kar. Összefoglalók, 5.

- Kapitány Ágnes – Kapitány Gábor (1983): *Értékkendszereink*. Kossuth, Budapest.
- Kéri Katalin (1999): *Mozaikok az egészségnevelés történetéből*. Pécs, Kézirat.
- Kéri Katalin (2000): Rousseau magyar követője az egészségnevelésről. *Egészségnevelés* 3. 104-107.
- Losonczy Ágnes (1989): *Ártó-védő társadalom*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Macintyre, S.: Health and Illness. In: R. Burgess (ed. 1986) *Key Variables in Social Investigation*. Routledge & Kegan Paul, London.
- McBroom, S. (1972): Conceptual and Empirical Dimensions of Health Behaviour. *Journal of Social and Health Behaviour* 4. 382-392.
- Meleg Csilla (1986): A 12-14 éves tanulók egészségfogalmának tartalma. *Egészségnevelés* 3. 127-130.
- Meleg Csilla (1988): Kinek érték az egészség és kinek nem? In: *Életmód – Művelődés – Gazdaság* II. kötet. TIT Bp. 345-356.
- Meleg Csilla (1991): Egészségérték és intézményes befolyásolás. *Társadalomkutatás* 2-3. 81-89.
- Meleg Csilla (1998): Az egészség értékkendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés* 4. 155-159.
- Meleg Csilla (1999): Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle* 4. 64-75.
- Meleg Csilla (2001): *Egész-ség. Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- Nemzetközi riport: *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása* (2000)(Fordította és az összefoglalót készítette: Aszmann Anna és Németh Ágnes), Országos Tisztifőorvosi Hivatal és Országos Közegészségügyi Központ Család-, Gyermek és Ifjúság Egészségvédelmi Főosztálya, Budapest, Kézirat.
- Németh László (1988): *A Medve utcai polgári*. Pannónia Könyvek, Budapest.
- Oprics Judit – Paksi Borbála (1998): Fiatalok a drogról. *Educatio* 2. 305-315.
- Parsons, T.: Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: E. Jaco and E. Gartley (eds. 1972) *Patiens, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioural Science and Health*. Collier-Macmillan, London.
- Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80, 1-28.
- Rókusfalvy Pál (1997): Az európai integráció emberi tényezői és a nevelés. *Valóság* 11. 36.
- Seedhouse, D.(1986): *Health: The Foundations for Achievement*. John Wiley, Chichester.
- Tahin Tamás-Jeges Sára-Lampek Kinga (2000a): Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia* 1. 70-93.
- Utasi Ágnes (1991): Az interperszonális kapcsolatok néhány nemzeti sajátosságáról. In: *Társas kapcsolatok*. Gondolat, 169-193.
- Varga Károly (2004): Az egészségérték ébresztése. *Egészségfejlesztés* 5-6. 13-19.
- Varga Károly (2005a): Szalutogenezis – „a visszacsapás rugóhatása”. *Egészségfejlesztés* 1-2. 38-42.
- Varga Károly (2005b): A szalutogeneziszről – képből és fogalomban. *Egészségfejlesztés* 3. 15-22.
- Viola Sándor dr.– Somhegyi Annamária dr.: Az alapellátás (iskola-egészségügyi ellátás) lehetőségei és feladatai a mozgásszervi betegségek megelőzésében és felismerésében. In: *Iskola-egészségügy* (2005)(szerk. Aszmann Anna) Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 118-132.
- Wallace, P. (2002): *Az internet pszichológiája*. Osiris, Budapest.
- WHO Constitution, Geneva (1946): World Health Organisation.

TOVÁBBI IRODALOM

- Iskola-egészségügy* (2005) (szerk. Aszmann Anna), Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest.
- Az iskola-egészségügy kézikönyve* (szerk. Aszmann Anna)(1998) Anonymus, Budapest.
- Bagdy Emőke (1999): *Mentálhigiéné. Elmélet, gyakorlat, képzés*. Animula, Budapest.
- Boreczky Ágnes (2000): Kultúraazonos pedagógia. *Új Pedagógiai Szemle* 7-8. 81-93.
- Buda Béla (1994): *Mentálhigiéné*. Animula, Budapest.
- Iskola és társadalom* (szerk. Meleg Csilla)(2003) Dialóg Campus, Pécs.
- Iskolai mentálhigiéné* (1998)(szerk. Kézdi Balázs) Pannónia Könyvek, Pécs.
- Jelentés a közoktatásról 2005* (2006): Okker Kiadó, Budapest.
- Kopp Mária-Skrabski Árpád (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken.
- Kopp Mária-Skrabsky Árpád (1999): Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke. *Századvég* 12.
- Meleg Csilla (2006): *Az iskola időarcai*. Dialóg Campus, Pécs.
- Németh András (1997): *Nevelés, gyermek, iskola*. Boreczky Ágnes: *A gyermekkor változó színterei*. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest.
- Serdülőek egészségi állapota, egészségmagatartása* (szerk. Aszmann Anna)(1995) Új-Aranyhíd Kft., Budapest.
- Vastagh Zoltán (1995., 1996., 1999., szerk.): *Kooperatív stratégiák I.-II.-III.* JPTE Tanárképző Intézet, Pécs.
- Vastagh Zoltán (2005): *Közös élmények fonalán. Válogatott írások*. Argumentum, Budapest.

FELADATOK

1. feladat:	Gyűjtse össze a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) legfrissebb évkönyveiből a magyarországi megbetegedési (morbiditási) és halálozási (mortalitási) mutatókat településtípus, foglalkozási szerkezet (iskolázottság), életkor és nem szerinti bontásban!
2. feladat:	Vizsgáljon meg és elemezzen pedagógiai programokat abból a szempontból, hogy az egészségfogalom mely tartalmi elemei és milyen súllyal találhatók benne!
3. feladat:	Gyűjtse össze és alkossa meg az egészséget támogató és gyengítő értékek rendszerét!
4. feladat:	Gyűjtse össze azokat a tényezőket, melyek együttes megléte esetén valószínűsíthető az egészségileg is veszélyeztetett helyzet!
5. feladat:	Fejtse ki és hasonlítsa össze az életszínvonal és az életminőség tartalmát, és értelmezze az iskolai egészségnevelés szempontjából figyelembe veendő tartalmi különbségeket!
6. feladat:	Fejtse ki az iskolai egészségnevelés tartalmát alkotó dimenziókat és ezek nevelési feladattá transzformálásának lehetséges útjait!
7. feladat:	Gyűjtse össze a pszichoszomatikus megbetegedésekhez vezető iskolai ártalmakat és az ellensúlyozásukra képes nevelési stratégiákat!
8. feladat:	Helyezze el az iskolai egészségnevelést az életminőség formálódásának folyamatában, és kapcsolja hozzá a pedagógus-szerep tartalmának újraépítését!