

ISKOLAI EGÉSZSÉGNEVELÉS: A FELADAT ÚJRAFOGALMAZÁSA

Meleg Csilla

Pécsi Tudományegyetem, Politikatudományi és Társadalomelméleti Tanszék

Mindennapi életünket, ismerősökkel és ismeretlenekkel való konvencionális és hivatalos kapcsolatainkat különböző körülmények és tényezők szabályozzák. E történések eredményesnek vagy eredménytelennek, harmonikusnak, semlegesnek vagy feszültségekkel terhesnek minősítése és megélése nagyrészt azon múlik, hogy feltételezzük a verbális és nonverbális kommunikációink során használt jelrendszerek azonos értését. Azt gondoljuk, hogy fogalomhasználatunk egyértelmű, nem igényel külön magyarázatot. Ugyanakkor értetlenül konstatáljuk, hogy látszólag evidens alapigazságokat miért kell újból és újból megértetnünk másokkal.

Valamennyiünk számára evidencia, hogy az egészség érték. Mégis: a lakosság körében végzett vizsgálatok a különböző szempontok szerint minősített egészségtelen életmód meglétét tárják fel. Az egészségszociológiai kutatások tovább árnyalják a képet, amikor az egészség társadalmi csoportok közötti egyenlőtlen elosztásáról beszélnek (*Józan*, 1994). Ennek alapján joggal feltételezhetjük, hogy az *egészség* is azon fogalmaink közé tartozik, melyet különbözőképpen értelmezünk. Nem szoktuk ugyanis részletekbe menően kifejteni, hogy mi mindent sűrítünk e fogalom tartalmába. Ám ha az egészségfogalom tartalmi összetevőit kívánjuk feltárni, akkor máris előtűnnek 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. Akkor tehát, amikor az egészségről gondolkodunk, célszerű a fogalom tartalmi összetevőinek a feltárásával indítanunk.

Az egészségfogalom tartalma

Ha a tudomány által használt egészségdefiníciókat vizsgáljuk, akkor ugyanazokkal az egyértelműség hiányából adódó problémákkal kell szembenéznünk, mint amelyekről a korábbiakban szoltunk (*Aggleton*, 1994).

Vannak kutatók, akik az egészséget úgy határozzák meg, mint az ahhoz szükséges *minőségek*, *valamint a testi-lelki betegségek hiányát*. Szerintük nem tekinthető egészségesnek az, aki valamilyen testi abnormalitással rendelkezik, mint ahogy az sem, aki distresszel kínlódik. Ebben a megközelítésben az egészségfogalomban azok a tartalmi jegek kapnak helyet, melyek meglétekor egészségről már nem beszélhetünk, ugyanakkor

a tényleges egészség jellemzőiről nem tudunk meg semmit. Az ilyenfajta szemléletmódot tükröző meghatározásokat negatív egészségdefinícióknak nevezzük (*Field*, 1976; *Macintyre*, 1986; *Blayter* és *Paterson*, 1982).

Mások azokat a tartalmi összetevőket próbálják megkeresni és megnevezni, melyek magára az egészségre vonatkoznak. Az előző megközelítésmóddal ellentétben, ahol valaminek a *hiánya* jelentette az egészséget, ezekben a definíciókban valaminek vagy valamiknek a *megléte* utal az egészségre. Az ilyenfajta pozitív egészségdefiníciók rendkívül széles skálán mozognak. Az egészség felfogható a testi, lelki és szociális jólét állapotaként, mint ahogyan a WHO 1946-ban rögzítette ezt (WHO, 1946). Jelenthet azonban egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot is, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes megvalósítani azokat a társadalmi szerepeket, melyeket környezete a munkahelyén, a családban elvár tőle (*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 (magán gyógyintézetek igénybevétele), *eladható* egészséges ételeken, testedzésen, valamiről leszoktató vagy rászoktató programokon keresztül, *visszavásárolható* a sürgősségi ellátás igénybevételével, a gyógyszerek ártámogatásában és *elveszítendő* balesetek, betegségek következtében (*Seedhouse*, 1986). Lehet azonban az egészség egyfajta attitűd, az egyén törekvése és készsége az állandóan változó körülményekhez való adaptálódásra, vagy éppenséggel azoknak a faktoroknak az összessége, melyek segítik az egyént személyes ereje maximális kifejtésében (*Dubos*, 1959).

E rövid körképből is jól látható, hogy az egészségnek különböző megközelítései vannak. Ezek azonban nem zárják ki egymást, mindegyik az egészség egy vagy több lényegi jellemzőjét találja meg. Ebből adódik, hogy nincs egy egyetlen teljes, egy egyetlen helyes definíció, ellenben a *több szempont együttes figyelembevétele* közelebb vihet bennünket az egészség egységesebb értelmezéséhez.

Az egészségfogalom tartalma még tovább bővíthető, ha szélesebb, *kulturális kontextusba* helyezzük az egészségről vallott felfogásokat. Hiszen az hogy mikor és 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 ezredfordulón sem, hogy milyen hagyományok, tradíciók jelölik ki különböző társadalmi csoportok esetében a házi gyógymódok érvényességi és alkalmazási körét, határait vagy az elkerülhetetlen orvoshoz fordulást. Kulturális, társadalmi jelentést hordoz tehát az egészség fogalma abban a vonatkozásban, hogy az egyén egészségének és betegségének megítélésében hol és milyen választóvonalak húzódnak a be-nem-avatkozás, a házi és a professzionális orvoslás igénybevétele között.

Az egészségfogalom tartalmi összetevőinek feltérképezésekor nem hagyhatjuk figyelmen kívül a temporalitást, a *társadalmi-történeti időt* sem. Az általunk ismert legősibb egészségfelfogások fő jellemzője a holisztikus szemléletmód volt, mely a hangsúlyt az egyénen belüli, az emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapotra helyezte. Ezt figyelhetjük meg a hindu, a kínai, a görög egészségről vallott felfogásban. Az 1800-as évektől már másfajta megközelítéssel találkozunk. A korábbi holisztikus látásmód a természettudományok és az orvostudomány fejlődése következtében szétesik, és a figyelem az egészség biológiai majd társadalmi faktoraira irányul. A kü-

lőnböző egészségfelfogások ebben az időszakban aszerint differenciálódnak, hogy mekkora egymáshoz viszonyított súlyt adnak magyarázatukban a biológiai és a társadalmi tényezőknek. A mai modern egészségfelfogások közös sajátossága viszont az, hogy megfigyelhetők bennük mindazok a jellemzők, melyeket korábban bemutattunk, így a szakirodalomban is egyre gyakrabban találkozunk a bio-pszicho-szociális egészség megnevezéssel. Ezért azt mondhatjuk, hogy az egészségfogalom tartalma rendkívül gazdag, sokrétű és heterogén, melynek következtében az egészséggel kapcsolatosan mást és mást hangsúlyozó gondolkodásmódokkal kell számolnunk (*Fitzpatrick, 1984*).

Az egészség mint érték

Mindennapi életvitelünk folyamatát az adja, hogy lényeges és lényegtelen teendőket elválasztunk egymástól, és ennek alapján hajtjuk végre feladatainkat. Különbséget teszünk jó és rossz között, mely véleményeink formálódásában játszik szerepet. Döntéseink, választásaink, preferenciáink jellemzőkké válnak ránk, ezért mások számára is megállapíthatóvá válik, mi jelent számunkra értéket és mi nem. Az egyes emberek tevékenégeinek, különféle megnyilvánulásainak háttérében tehát *értékek* állnak.

Az egyes emberben szocializációja során számos érték alakul ki. A nemzetközi és nemzeti mintákon végzett értékutatások azt mutatják meg, hogy az emberekben meglévő értékek közül melyek vagy mely csoportok tekinthetők dominánsnak, melyek kisebb súlyúnak. Az egyes értékek rangsorolása alapján kialakuló preferenciák mentális, magatartásbeli sajátosságokra és különbségekre utalnak egyének, csoportok és társadalmak között. E kutatások eredményeinek tükrében bizton állíthatjuk, hogy az egészség az alapértékek között található (*Losonczy, 1989*).

Mi akkor a magyarázata annak, hogy az emberek többsége a megbetegedési és halálozási statisztikák tanúsága szerint mégis egészségtelenül él (*Meleg, 1988*)?

Az értékek akkor, amikor cselekedeteinket, magatartásunkat, gondolkodásunkat befolyásolják, nem egyenként, egymástól elszigetelten, függetlenül fejtik ki hatásukat. Ugyanis nemcsak egyes értékek vállalásával és hangsúlyával jellemezhetők emberek, embercsoportok, hanem azzal is, ahogyan ezen értékek elrendeződnek, azaz amilyen *értékrendszer* formálódnak bennük. Ezek a különféle módon és más-más értékek összekapcsolódásával, együtt járásával kialakuló értékrendszerek azok, amelyekbe az egészség mint érték beágyazódik. Ennek alapján már magyarázatot találhatunk feltett kérdéseinkre. Az egyenként interiorizálódó értékek ereje és a magatartásban is megnyilvánuló hatása ugyanis attól függ, hogy az egyén domináns értékrendjében milyen más értékekkel együtt erősítik vagy gyengítik egymást. Az egészség vonatkozásában ezt úgy értelmezhetjük, hogy bár különálló értéként, 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 életmódunk egészségessé vagy egészségtelenné, ugyanis az értékrendszerünkben adódó értékítéletek alapján hozzuk meg az életvitelünkre vonatkozó döntéseinket, választunk alternatívák között. *Ezért egészségesen élni nem egyenlő azzal, hogy az egészséget mint értéket önmagában elfogadjuk. Az egészséges életvitel azon az – egészséget is ma-*

gában foglaltó – értékrendszeren alapul, mellyel a bennünket körülvevő szűkebb és tágabb világhoz viszonyulunk.

Az egészség az értékrendszerek hálózatában

Az eddigi fejtegetések tükrében már másképp tekinthetünk arra az alapigazságra, hogy „az egészség érték”. Beláthatóvá vált ugyanis, hogy sem az egészségfogalom tartalmában, sem az egészség értéként való megragadásában nem teremthető olyan konszenzus, melynek segítségével az alapigazság mindenki számára ugyanazon jelentést és cselekvésre mozgósító erőt hordozza. Ugyanakkor a vizsgálódás mégsem volt haszontalan. Ha az alapigazságot nem elemenként, hanem *értékrendszerhez kapcsolódó viszonyként* értelmezzük, akkor az egészséges életmód formálása is más szemléletmóddal közelíthető (*Kapitány és Kapitány, 1983*).

Mivel az értékképződési folyamatban a szocializációs csatornák kiemelt szerepet játszanak, érdemes újból átgondolnunk az egészségérték építésében, formálásában adódó lehetőségeiket, ezzel kapcsolatos 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, mely az egészségnek az egyén értékrendszerében elfoglalt helyét jelenti.

Kutatási eredmények segítik az eligazodást. A szociokulturális háttér szerint elkülönülő megbetegedési és halálozási adatok egy-egy társadalmi csoportnak a biológiai vagyoniukkal való sáfárkodásáról árulkodnak. Azokban a társadalmi csoportokban, ahol az átlagnál magasabb a születéskor várható élettartam, ahol a megbetegedések súlya és gyakorisága átlag alatti, ott joggal feltételezhetjük, hogy az egészségérték más értékekkel együtt egymást erősítve szerveződik értékrendszerré és ezáltal életvezetési gyakorlattá. Azokban a társadalmi csoportokban viszont, ahol átlag alatti a születéskor várható élettartam és ezzel egyidejűleg átlag feletti a megbetegedések, ott az önmagában esetleg értéként funkcionáló egészség támogató értékek hiányában, esetleg ellentétes értékek mentén szerveződő értékrendszerek mellett nem fejtheti ki hatását. 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 segítik gyermekeik nevelésén keresztül az egyes értékek megfelelő rendszerbe szerveződésének folyamatát. Ezért nem elég, ha az intézményes egészségnevelésben csak az egészség értékminivoltára 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 fontossá a lelki egészségvédelemmel kapcsolatos értékrendszer megismerése és fejlesztése, ugyanis kedvező életmódváltoztatás az egyéntől csak akkor remélhető, ha az egészségérték a fenti támogató érték-

rendszerbe 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 prevenció, egészségmegőrzési és -fejlesztési stratégia alfája és omegája.* Az egészséghez való viszony így válhat mindennapi életünkben választásainkat, döntéseinket, életvezetésünket befolyásoló értékviszonnyá.

Az 1960-as évektől kezdve a társadalommal foglalkozó szakemberek számára egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az egyes országok fejlettségének mérésére és összehasonlítására nem elegendő csupán mennyiségi viszonyokat tükröző mérőszámokat alkalmazni. Az anyagi javak birtoklását kifejező életszínvonal mellett figyelemre méltó ugyanis a nem anyagi dimenziókban való eltérés különbözősége is. Az emberi élet nem anyagi dimenzióit az *életminőség* fogalma fogja össze, melynek tartalmát emberi kapcsolatok, kapcsolatrendszerek, az élet értelméről, céljáról, hasznosságáról való meggyőződések, az önmegvalósításba vetett hitek adják. Nem kétséges, hogy a *testi-lelki egészség* az életminőséget meghatározó legfontosabb tényezők között található (Allardt, 1997).

Magyarországon az életminőséggel kapcsolatos problémákat a megbetegedési és a halálozási adatok mutatják a legszembetűnőbben. Témánk szempontjából külön figyelmet érdemelnek a pszichoszomatikus megbetegedések, melyek az életminőség kedvezőtlen változásáról árulkodnak. E tendencia megállítása és megfordítása társadalomtól, csoportoktól és egyénektől egyaránt erőfeszítéseket kíván, melynek során intézményes és nem intézményes tényezők egymást erősítő, gyengítő vagy éppen kioltó hatásaival is számolnunk kell. Az életminőség romlásához vezető korai jelenségek felismerésében és a beavatkozás kontrollálhatóságában kitüntetett szerepe van a tanköteles korosztályokat befogadó iskolarendszernek.

Egészségnevelés az iskolában – a feladat újrafogalmazása

Bármely történeti kor intézményes (és nem intézményes) oktatást-nevelést érintő szakirodalmába bepillantva jól látható, hogy az egészség mint érték a jövő generációjának vonatkozásában kiemelt helyet foglal el. Ennek alapján azt mondhatnánk, hogy az iskolai egészségnevelés nem új keletű feladata a ma iskolájának, mindig is része volt az intézményes nevelésnek. Ez igaz, azonban e tény differenciáltabb értékeléséhez szorosan hozzátartozik az a tartalmi elem is, melynek alapján arról is képet alkothatunk, hogy az egyes korokban milyen tudattartalmak összegződnek az egészség fogalmában. Ezért érdemel megkülönböztetett figyelmet az a folyamat, melynek során a kezdeti organikus világból adódó, a test és a lélek egységén alapuló, az ember és környezete közötti harmónia jelentőségét felismerő holisztikus szemléletű egészségértelmezésben az egymást követő történelmi korokban hangsúlyeltolódások, majd változások következnek be. Modernnek nevezett korunkat úgy jellemezhetjük, hogy darabokra szakadtak, mozaikokra és részletekre estek szét az egészség fogalmának korábbi tudattartalmai. Mivel mindezen mentalitásbeli változások időbeli eltolódással ugyan, de befolyásolják az intézményes

nevelést, könnyen belátható, hogy az iskolai egészségnevelés – mint azonos elnevezése egy ellátandó feladatnak – különböző korszakokban különböző tartalmakat hordoz. 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 tisztázásra vár. Az egészség kérdésköre több tudománynak is tárgyát képezi, ezért a kompetenciahatárok nem jelezhetők ki egyértelműen. Ennek viszont az a következménye, hogy az egészség tudományos vizsgálata is diszciplináris keretek között történik, az eredmények is e kereteken belül értelmezhetők. Az egészség kutatásának tudományágak közötti szétdaraboltságát ellensúlyozandó (orvostudomány, demográfia, szociológia, antropológia stb.) *az iskolai egészségnevelés* olyan tartalmak közvetítésére hivatott, mely *a jövő generációjának egészsége szempontjából értékelhető kutatási eredmények szintézisének* tekinthető. A pedagógia tudományának is feladatot jelent az egészségnevelés integrálása.

Az eddig elmondottak alapján látható, hogy az iskolai egészségnevelés nem folytatása vagy új elnevezése a korábbi egészséges életmódra nevelésnek, és nem helyettesíthető be teljes egészében egyik tantárgy tartalmába sem. *Az iskolai egészségnevelés alapvető feladatát abban látjuk, hogy a felnövekvő nemzedékeket egészségmagatartásuk formálásával intézményesen előkészítse arra, hogy felnőttként aktív szerepet tudjanak majd játszani életminőségük alakításában, megőrzésében.* E feladat teljesítése a korábbiaktól eltérő szemléletmódot kíván, melynek alapvető jellemzője a szétesett és hiányos tartalmak újbóli összeillesztésére, a *szintézisre* törekvés. (Jelen munkánkban a problémák számbavételére és a pedagógiai gyakorlat számára alternatívát jelentő, empirikus kutatásokkal is alátámasztott rendszer kialakítására törekszünk.)

Felmerül a kérdés, hogy honnan indultunk és hova jutottunk (Kéri, 1999). Az egészségfelfogásban megjelenő tudattartalmaknak az előzőekben jelzett 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 megélt emberképhez kapcsolódik. A testi nevelésről a 19. században megjelent írás már a bevezetőjében 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. Három és fél évszázadot összekötő történelmi ívünk azt mutatja, hogy az egyre általánosabbá váló magyar iskoláztatás egészségfelfogásában lényegében őrizte a görög embereszményt. A 19. század második felében bekövetkező változások (az iskolahálózat jelentős bővülése, a tankötelezettség bevezetésével az iskolák eltömegesedése) azonban nem kedveznek az egészségfogalom tartalmában addig megőrzött teljességnek. Az egészségnevelés ettől az időszaktól kezdve elsősorban testneveléssel és közegészségüggyel kapcsolatos problémává szűkül, lelki nevelésről már alig esik szó az oktatásirányítás különböző szintjein. *A teljes élet, a komplex*

egészségfelfogás, az organikus világszemlélet helyett az egészségi állapot fenntartására vonatkozó szabályok kerülnek a középpontba. A mindent analizáló, szintézisben gondolkodni sem tudó szakemberek által törvénycikkre és tantárgyakra bontott teljesség következménye az lesz, hogy az egészséges ember nevelése kikerül a nevelési-oktatási rendszer egészét érintő feladatok közül, és szakórákon megtanítandó tananyaggá transzformálódik. Ezzel egyidejűleg az iskola-egészségügy önálló tudománnyá válik, és elkezd keresni helyét a tudományok rendszerében.

Az egészségnevelés tartalmának a fentiekben bemutatott szűkülése vezet át bennünket a 20. századba, és e változás máig ható következményeire több vonatkozásban is érdemes figyelmet szentelnünk. Egyrészt ekkor *kezdődik az egészségfogalom tartalmában megfigyelhető addigi teljesség szétesése*, melynek eredményeképpen az intézményes nevelés során a lelki tartalmak háttérbe szorulnak, majd a későbbiekben teljes mértékben a privát szférában kapnak helyet. Másrészt *az intézményes egészségnevelés kompetencia-szintjében történő változás* (a nevelési-oktatási rendszer egésze helyett tantárgyi közvetítés) *ismeretadási folyamattá kezdi átforgatni a nevelési feladatot*. Ezzel megteremtődik a precedens arra, hogy ismeretátadás és nevelés közé egyenlőségelet (is) lehet tenni. Harmadrészt az új diszciplínát, *az iskola-egészségügyet*, mely a szakadozó szálak, a felfeslett egész összefogására is alkalmas lehetett volna, egy olyan *törésvonal kezdeteként értelmezhetjük*, mely a köznevelést és az egészségügyet inkább elválasztja egymástól, mintsem összekötné őket. [E törésvonal mélyülését még *Németh László* integráló és szintetizáló törekvése sem tudta megállítani (*Németh, 1988*)] A 19. század végén elkezdődő folyamat a 20. század második felének iskoláiban teljeseedik ki, amikor is az egészséges életmódra nevelés háttérben már csupán a testi egészségre leszűkült egészségfogalmat találjuk, melynek elemei különböző tantárgyakban, egymástól függetlenül jelennek meg. Az iskola-egészségügy nem képes híddá válni az egészség résztartalmainak közvetítésében a köznevelés és az egészségügy között, lelki egészségtartalmakról pedig az intézmények szintjén szó sem esik. A valamikor volt egészség teljessége nemcsak szétesik, hanem bizonyos tartalmi, különösen a lelki egészséggel kapcsolatosak, kikerülnek az intézményes közvetítés köréből (*Meleg, 1991*).

Az egészség nevelése a ma iskolájában

Eddigi áttekintésünk azt a célt szolgálta, hogy kellőképpen indokoljuk az iskolai egészségneveléssel kapcsolatos feladatok újrafogalmazásának a szükségességét. Az iskolai egészségnevelés ugyanis csak akkor tud megfelelni a vele szemben elvárt követelményeknek, ha önmaga is tisztában van saját egészségképével és ennek nevelési feladattá transzformálhatóságának hogyanjával.

Induljunk ki abból, hogyan értelmezhető az iskola számára az egészség fogalma. A műszerekkel mérhető, általánosan elfogadott standardokkal jellemezhető fittség az egészség kézzelfogható, jól körülhatárolható tartalma. A rendelkezésünkre álló adatsorokat kimerevített pillanatfelvételekként kezelhetjük, melyek alapján az adott korosztály egészségi állapotáról alkothatunk globális képet. Tudnunk kell azonban, hogy az álla-

potmutató képek mögött folyamatok zajlanak, melyek az idő tengelyére helyezve javuló vagy romló trendként kötik össze e pillanatfelvételeket. A folyamatok azonban nem öntörvényűek, különböző szinteken történő (társadalmi, szervezeti [iskolai], egyéni) *beavatkozási stratégiákkal* befolyásolhatók. Mivel bennünket az iskolába járó korosztály érdekel, érdemes néhány kérdésről érintőlegesen szólnunk. 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 problémák keletkezésének hátterében az esetek túlnyomó többségében nem születési rendellenességek, hanem a mozgáshiánnyal összefüggő életmódbeli tényezők és iskolai ártalmak is állnak (pl. a gyermek súlyának egyötödét kitevő iskolatáska, mely hátitáskaként viselve is tartáskárosító). Az iskolai szintű beavatkozási stratégia tantárgya e vonatkozásban a testnevelés. (Csak zárójelben jegyezzük meg, hogy az egészségnevelés vonatkozásában ez az egyetlen olyan tantárgy, melyben szerencsére még csak lehetőség sincs arra, hogy újabb és újabb ismeretek megtanításával történjék meg a válaszadás...) 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 korrekcióhoz járulna hozzá, míg a többieknél a megelőzést, a prevenciót szolgálná. Az iskola-egészségügy adatrendszerének ismeretében feltételezhető, hogy a testnevelési órák tematikáinak újragondolása és felépítése a gyógytestneveléssel együtt képzelhető csak el (Meleg, 1999). (Ha ugyanis már nem egyediek többé, hanem általánossá kezdenek válni a csontrendszerrel kapcsolatos deformitások, akkor a normál testnevelés óra feladata a korrekciós és prevenció feladatok ellátása egyaránt. 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. A növekvő arányú allergiás tanulók számára sem a legmegfelelőbb megoldás a testnevelés órák alóli felmentés. A sor még folytatható.)

A táplálkozással kapcsolatos kérdések mai konjunktúrája jól jelzi, hogy e témakör az egészségfogalom tartalmának fontos részét képezi. (Olyannyira, hogy az 'egészséges táplálkozás', 'testsúlykontroll', 'reformkonyha' címszó alatt hirdetett termékekből keletkező haszon nyereséget termelő üzletágakat hozott létre.) A táplálkozástudomány szakembereinek véleménykülönbségeiben való állásfoglalás és a számtalan speciális részletkérdés ismerete és figyelembevétele nem az iskola feladata. Az viszont 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. (Számталanszor elhangzik, hogy az iskolai étkeztetés azért egyhangú és egészségtelen, mert az egészséges étkeztetés túl sokba kerül. Magam hallottam már évekkkel ezelőtt egy rádióműsorban a dietetikus szakember nyilatkozatát, aki e probléma kapcsán értetlenségének adott hangot.

Kidolgozott egészséges étrendajánlataik 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.) Ilyen feltételek mellett várható csupán annak a készítésnek a kialakulása (és kialakítása), melynek hatására a tanulók saját táplálkozási szokásaikra is odafigyelnek, önként vizsgálják 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 automatizmussá 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. [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 például 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 tanulóiban 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.) E vonatkozásban kiaknázatlanok még azok a lehetőségek, melyek a tanulók közötti interperszonális kapcsolatok, a társas erőterek dinamikájának célirányos felhasználásában rejlenek. (Gondolunk itt a referenciaszemélyek, referenciacsoportok megtalálására és ezek segítségével az utánzásra, mintakövetésre indító kortárs csoport-hatások kiaknázására.) Ezen indirekt befolyásolások megtervezése és kivitelezése 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.

Képzelnünk el egy skálát, melynek értelmezési tartománya az életmód. Ha erre a 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 kívánatos egészségügyi szokásrendszer együttes megléte az egészséges életmódra engednek következtetni. Az egészségfogalom e *résztartalmi közötti konzisztencia* (megfelelés) tehát hiányosságok esetében világosan mutatja az iskolai feladatokat: a hiátusok tartalommal megtöltése (ismeretadás és -bővítés) és ezek interiorizálása (a tevékenységrendszer részévé tevés). Az *egészségfogalom résztartalmainak inkonzisztenciája* a kifejezetten egészségtelen és a kifejezetten egészséges életmód közötti tartományban eredményez számtalan variánst. 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 következménye az is lehet, hogy a pozitív és a negatív hatások kioltják egymást, és így az életvitelt nem módosítják.

Az alkohol, a drog, a dohányzás és általában az élvezeti szerek kérdésköre is az egészségfogalom részét képezi. Ezen tartalmak azonban egészen más módon viszonyulnak az egészségességhez, mint az előzőek. Míg ott az egészségességhez a fittségben, a táplálkozásban, az egészségügyi szokásrendszerben együttesen meglévő pozitív tartalmak járulnak hozzá, addig ebben az esetben az *élvezeti szerekkel való élésnek, azaz a tartalmi elemeknek a hiánya kapcsolódik az egészségességhez*. Ebből viszont az következik, hogy egy virtuális egyensúlyi helyzettől való elmozduláskor (az egészségességet még nem veszélyeztető élvezeti szerekkel élés pl. kulturált alkohol- és kávéfogyasztás) a tartalmi elemek szűkülése valószínűsíthetően az egészségességgel, míg bővülése egészségkárosodással jár együtt. Minél kevésbé jellemezhetők ugyanis a tanulók dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással, annál valószínűbb életmódjuk egészségessége és fordítva: minél inkább élnek az élvezeti szerekkel, annál kevésbé egészséges az életmódjuk. Az egészségfogalom e résztartalma esetében tehát különböző, ellentétes irányú változások vezetnek az egészséges vagy egészségtelen életmódhoz. Az iskolai egészségnevelésnek ezért eme ellentmondás kezelésére pedagógiailag is kompetens választ kell találnia. A tanulók ugyanis megtanulhatják az iskolában az élvezeti szereket mint veszélyforrásokat, megismerkedhetnek káros következményeikkel, gyakorolhatják visszautasításukat. Így azonban minél több ismeretet szereznek, annál inkább arról szereznek tudást, hogy az egészségtelen életmódhoz mi minden tartozik hozzá. (Ez hasonló ahhoz, mintha a fittség, táplálkozás, szokásrendszer kapcsán csupán a mozgáshiányról, az egészségtelen ételekről és az egészségügyi szokások hiányáról tanulnának a tanulók, azaz arról, hogyan lehet

egészségtelenül élni.) Az ismeretek gyarapításának természetesen e területen is funkciója van. 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” című kérdés ezért úgy is feltehető, hogy „miért az élvezeti szerek közös fogyasztása hoz 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 kielégítésére nincsenek alternatívák, akkor a már dohányzó, alkoholizáló, drogfogyasztó csoportok vonzó hatása érvényesül (Meleg, 1998; Aszmann és Németh, 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. 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 újjáépíteni. (E tanulmány keretei között nem kívánunk e tevékenységekre teljes '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.) E feladat megoldása két vonatkozásban is előremutató. Egyrészt a csoporthoz tartozás szükségletéhez az iskola teremt alternatívákat, melynek eredményeképpen ellenpontosztható a tanulóknál a kényszerfogyasztáshoz vezető hiányérzet és/vagy e szerek bármelyikének hamis ígéretén alapuló várakozás, élménykeresés. Másrészt – és ez talán az előzőnél is jobban tágítja a horizontot – az iskola által közvetített tartalmak és az egészséges életmódjellemezők képzeletbeli skálánk ugyanazon tartományába kerülnek, melynek következtében az iskolai egészségnevelés során az eddig bemutatott egészségtartalmak mindegyikénél sokkal inkább számolhatunk az egymást erősítő, mintsem az egymást gyengítő vagy éppen kioltó hatásokkal.

Az egészség nevelése a jövő iskolájában

Az eddig bemutatott egészségtartalmak nem újdonságukkal, hanem más megvilágításba helyezésükkel és az ahhoz kapcsolódó egészségnevelési felfogással járulnak hozzá az iskolai egészségtartalom megkonstruálásához. Miután már történeti viszonylatban és a jelen vonatkozásában is rámutattunk az intézményes közvetítésből kikerülő lelki egészségtartalomra, nyilvánvaló, hogy az iskolai egészségnevelési koncepció kialakításában nem hagyható figyelmen kívül a lelki egészség nevelése sem. Mielőtt azonban erről szólnánk, célszerűnek tartunk néhány módszertani megjegyzést.

Gondolatmenetünk megismertetéséhez az elemzés kedvéért szétválasztottuk és egyenként vizsgáltuk meg az egészségfogalom résztartalmait. Ezzel azt a látszatot keltethetjük, mintha egy puzzle-játék keretei között mechanikus egymás mellé helyezéssel

összerakhatóvá válhatna az egész. (Tehát ha eddig kimaradtak a lelki tartalmak, akkor csupán a pótlásról kell gondoskodnunk.) Természetesen erről szó sincs. Több évtizedes kutatási eredmények nemcsak azt bizonyítják, hogy az egészség többdimenziós fogalom, hanem azt is, hogy az eddig elemzett dimenziók lényegében függetlenek egymástól, a kapcsolat közöttük az egymásmellettség, nem pedig az összefonódás. Ezt mutattuk be a korábbiakban a résztartalmak közötti inkonzisztencia és az egészséges életmód közötti összefüggés kapcsán. A gyakorlat nyelvére ez úgy fordítható le, hogy pl. egy egészségtelen táplálkozási struktúra egészségesre történő megváltoztatása önmagában nem képes elindítani a mozgás és az élvezeti szerek vonatkozásában is egy átstrukturálódási folyamatot. Az egészséges táplálkozásra való áttérés nem vonja maga után automatikusan sem a mozgásszegény életmód átalakítását, sem a dohányzási, alkoholfogyasztási szokások megváltoztatását. Ugyanígy a dohányzásról, alkoholoról való leszokás önmagában nem garantálja a többi területen is az egészséges irányba való elmozdulást, ugyanis kapcsolódási pontok hiányában a transzferhatás nem érvényesül. Ha ezeket a tanulságokat az iskolai egészségnevelő munkában fel kívánjuk használni, akkor nyilvánvaló, hogy e területeken egyenként lehet sikeres vagy sikertelen egészségnevelést végezni (pl. le lehet szoktatni a tanulókat a dohányzásról vagy nem, alkoholfogyasztásukat befolyásolni lehet vagy nem), azonban ez nem nevezhető komplex egészségnevelésnek, ugyanis a többi résztartalommal való konzisztencia hiányában nem érinti meg a teljes személyiséget, így nem válhat az egészséges életmód előrelézőjévé.

Az előzőektől lényegileg különbözik a lelki tartalmakat összefogó dimenzió. Az egészségfogalom legjelentősebb összetevője, mivel a különálló egységként működő dimenziók mindegyikéhez több szálon és szorosan kapcsolódik. Ily módon egy magasabb szinten végül is kapcsolatba kerülnek egymással az egymás mellett létező, ám horizontálisan át nem járható dimenziók, s e kapcsolathoz a lelki egészségtartalmakon keresztül közvetítés szükséges. Ha ezt a tanulságot is áttesszük a mindennapi élet színterére, akkor úgy értelmezhetjük, hogy *a lelki egészség kedvező folyamatait valamennyi eddig tárgyalt dimenzió esetében az egészségesség irányába mutató konzisztenciára törekvéseket* hívnak elő. Ugyanígy a lelki egészség megbomlása is hatással van a többi dimenzióra, melynek eredménye az egészség szempontjából kedvezőtlen tünetek vagy tünetegyüttesek megjelenése. (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 sérülésének a tünetei, akkor e biztonságérzet újbóli megtalálásában nyújtott segítség a korábbi tünetek megszűnését eredményezheti.) Mivel e dimenzió, a lelki egészségben kifejeződő egyensúly központi, a teljes személyiséget érintő szerepe bizonyítottan tűnik, ezért az eddig külön-külön tárgyalt témákat is integráljuk a lelki egészséggel kapcsolatos kérdéskör bemutatásakor. Módszertanilag ez már más megközelítést igénylő feladat, analízis helyett szintetizálást kíván.

A *lelki egészség* tartalma rendkívül sokrétű. Több más mellett harmónia, kiegyensúlyozottság, önmegvalósítás, közösségi védőháló, társas folyamatok erőterében való egyéni és kölcsönös felelősség egyaránt benne foglaltatik. Mint láttuk, meglétének vagy hiányának az egész személyiséget érintő következményei vannak. Éppen ezért, amikor

az iskola e tartalom közvetítésében szerepet kíván vállalni, alapvető szemléletváltásra van szükség. Egyrészt azért, mert e vonatkozásban nincsenek objektív adatokkal kicövekelte viszonyítási pontjaink. Ugyanis kellő magabiztossággal nyilatkozhatunk arról, hogy az optimális testsúlyhoz képest mi minősül soknak vagy kevésnek. Még arról is vannak elképzeléseink, hogy mennyi mozgás tekinthető optimálisnak bizonyos életkorban, és ezért egy tapasztalati bázisra épülő közmegegyezés alapján mondjuk valakire, hogy túl aktív vagy passzív. A lelki egészség vonatkozásában azonban még hallgatolagos közmegegyezés sem létezik. Nem tudjuk, hol van és mindenre érvényes-e egy határ, melyet különböző irányba átlépve a lelki egészség birodalmában járunk vagy éppen kilépünk belőle. Azt sem tudjuk, hogy pontosan milyen tényezők együttes megléte esetén tarthatjuk magunkat lelkileg egészségesnek, és mely tényezők együttes hiányakor beszélhetünk 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 nyilvánvaló a harmóniára, kiegyensúlyozottságra való törekvésünkben, lelki egészségünkben. Az egészséges táplálkozás jegyében az étrendek sokrétű kínálatával találkozhatunk és egy közmegegyezésen alapuló mérték birtokában beszélhetünk túl sok vagy túl kevés táplálékról. Tudjuk azt is, hogy a személyi és a tárgyi környezet kiegészítheti, de erősítheti is a lelket. De melyek és hányfajta azok a „receptek”, melyek a lélek táplálásának egészségességét és mértékét legalább az előzőekhez hasonló módon garantálják? Az emberi szervezetet különböző mértékben károsító élvezeti szereket már 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? Arra a következtetésre juthatunk tehát, hogy a lelki egészséget tekintve a minősítés (önminősítés és egymás minősítése) különböző, standardizált határokkal nem rendelkező viszonyítási rendszerekben történik (természetesen a patológiás esetek kivételével). Úgy gondoljuk, hogy az elmondottak alapján indokolt, hogy az iskola tisztázza saját kompetenciáját és ennek alapján feladatait a lelki egészség vonatkozásában.

A szemléletváltás szükségességének másik indoka az iskola tantárgyi rendszeréből adódik. Az eddig tárgyalt egészségtartalmaknak 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 kipipálhatók szaktanári és osztályfőnöki felelősséggel. A lelki egészség tartalma azonban nem engedi meg a tantárgyiasítást. Ha tehát az iskola *a testi-lelki tartalmakat együttesen tartalmazó egészségnevelést* kíván folytatni, akkor járható útként *az egész iskolát átfogó nevelési rendszerbe való integrálás* ki-

nálkozik. Úgy tűnik, ezzel a konklúzióval visszatértünk oda, ahonnan történeti áttekintésünk kezdetén elindultunk: gondolatmenetünk szerint mind az egészségtartalmakat, mind az iskola egész rendszerébe való beágyazódást tekintve a szétesett részek ismét egymásra találtak. Kérdés azonban, hogy most már megoldottnak tekinthetők-e mindazok a problémák, melyek az egész helyett a részekre, a teljesség helyett a darabokra irányuló gyakorlatból következtek vagy csupán elméleti lehetőség teremtődött az egész helyre állítására.

Úgy gondoljuk, hogy az elméleti lehetőség adott, és ez nem kevés. Az egészség fogalmának újbóli tartalmi kiteljesedése és ennek hatása az iskola nevelési rendszerére szemléletváltást kínál. Azonban hogy az iskolában az egészség nevelése végül is hogyan fog történni, az nemcsak a felkínált szemléletmód és a hozzá kapcsolódó eszközrendszer megtalálásán és alkalmazásán múlik. Ezt az egyik feltételnek tekinthetjük. A másikkak pedig azt, hogy az egészségtartalmak integrálásában és a teljes személyiségformálásban kulcsszerepet játszó lelki egészséget az iskola milyen pedagógiai tartalommal tölti meg és hogyan szervezi nevelési rendszeré. 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). Ezek az 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.

Nézzük meg, hogy a lelki egészség vonatkozásában mely jelzések kínálnak támpontokat az iskolai egészségnevelés rendszerbe szervezéséhez. A felnövekvő nemzedékek *alakuló identitásában* nem hagyhatók figyelmen kívül az iskolás évek alatti tudatos és nem tudatos hatások, ezért az egészségmagatartás formálásának megtervezésekor a kutatások által feltárt problematikus jelenségeket célszerű számba venni.

Az iskolai intellektuális követelményeknek való megfelelés mindenekelőtt teljesítményt vár el a tanulóktól. 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 személyiségjellemezővé válva a lelki egészséget fertőzi, melyre a test 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. [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 (Aszmann, 1997)].

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. Mivel az egyen-

súly helyreállításának a legkisebb ellenállást jelentő útját a pótcselekvések (pl. élvezeti szerek fogyasztása, táplálkozási túlkapások – nassolás) kínálják, ezért a nevelési konzekvenciát a *mérték* köré szervezett egészségnevelés jelentheti. Az előzőekben hivatkozott kutatás szerint a kevés önbizalommal rendelkező iskolások közel felének életérzése a boldogtalanság.

Az eddig bemutatott, a lelki egészséget veszélyeztető figyelmeztető jelek ellensúlyozására épülő nevelési stratégiák bármelyike alkalmas arra, hogy egy komplex egészségnevelés iskolai rendezőelvé 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.

Az egészség nevelése és a pedagógus

Eddigi fejtegetéseink 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, elkerülhetetlen szólnunk kell e nevelési folyamat megtervezőiről és irányítóiról, a pedagógusokról. 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 tehát 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. Az angolszász szakirodalom a pedagógus szereptartalmakat sokoldalú megközelítéssel és a társadalomfejlődés különböző időszakasaiban vizsgálja (*Burden*, 1981; *Chandler*, 1981; *Cochran-Smith és Lytle*, 1993; *Combs*, 1982; *Dworkin*, 1987; *Friesen, Prokop és Sarros*, 1988). Témánk vonatkozásában kutatásra vár még, hogy Magyarországon a társadalmi változások milyen befolyást gyakoroltak a tanárok lelki egészségére. Lényeges a szerepvállalás, ugyanis ebből következik az önreflexió. Ismeri-e 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 találja szembe magát, hogyan éli meg interperszonális kapcsolatait és összességében: borúsnak vagy napfényesnek érzékeli-e az őt körülvevő világot. 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 nevelők nem képesek saját egészségük értelmezésére, nem tudnak vagy nem akarnak szembenézni azzal, hogy különböző problémáktól szenvednek, akkor azok feloldásáért, megol-

dási 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 mintaadókként a tanulók egészségmagatartásának eredményes formálásához járulnak hozzá. Belátható tehát, hogy az egészség iskolai nevelésének folyamata (legyen az bármennyire is tökéletesen kidolgozott) egészséges szemléletű pedagógusok nélkül megvalósíthatatlan. Ezért hangsúlyozzuk az együttműködő szerepvállalást valamennyi pedagógus részéről. Az egészségmagatartás-formáló nevelés jövőbeni eredményét ugyanis csak akkor várhatjuk, ha az iskolai direkt és indirekt hatások egymást erősítik. A saját egészség alakításához részvételre megnyerni a tanulókat csak azok a pedagógusok képesek, akik önmaguk vonatkozásában már meggyőződtek erről. Bátorítani a tanulókat saját egészségük iránti felelősségvállalásra csak azok tudnak, akik önmaguk is ezt teszik. E pedagógus-attitűd lényeges jellemzője a diákorientáltság és nem az 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 (Meleg, 2001).

Az egészség nevelése és az iskola

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. A másik oldalon, mintegy kontrollálva az iskolában folyó tevékenységet, azok a minősítések jelennek meg, melyek jónak vagy rossznak, megfelelőnek vagy elégtelennek tartják az intézményes egészségmagatartás formálását. Az iskola nehéz helyzetben van, hiszen egyidejűleg kétfajta időszemléletet igénylő feladatnak kell eleget tennie. Egyrészt a *jövőre irányuló* és ezért szükségképpen az iskoláztatás éveitől időben jóval távolabb eső eredményben bízva stratégiai feladatként kell kezelnie az egészségnevelést, másrészt a *jelen* rizikófaktorainak ismeretében a napi problémákra azonnal reagálva kellene eredménnyel kecsegtető választ adnia. Úgy látjuk, hogy az utóbbi időben e jelenre beállítódás jellemezte az iskolai egészségre nevelést, mely jól nyomon követhető az alkalmazott programok elnevezésében is (D.A.D.A., drogreprevenció, 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. 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 rendszerét nem járták át e programok.

A jövőre irányuló és stratégiai célokat szolgáló egészségnevelés komplexitásáról részletesen írtunk. Ez 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 súlypontozásával 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 bármelyikben 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. Természetesen nem. 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.

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.” (Rókusfalvi, 1997. 36. o.)

A tanulmány az OTKA 023238 sz. kutatás keretében készült.

Irodalom

- Aggleton, P. (1994): *Health*. Routledge, London és New York.
- Allardt, E.: About Dimensions of Welfare. In: Andorka Rudolf (1997): *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest. 498.
- Apáczai Csere János (1959): *Magyar Encyclopaedia*. Szépirodalmi Kiadó, Budapest. 205–211.
- Aszmann Anna (1997): *Iskolás gyermekek egészségmagatartása 1986–1993*. Anonymus, Budapest. 42., 62., 92.

- Aszmann Anna és Németh Ágnes (2000): Nemzetközi riport: Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása, Országos Tisztifőorvosi Hivatal és Országos Közegészségügyi Központ Család-, Gyermek és Ifjúság Egészségvédelmi Főosztálya, Budapest, Kézirat.
- Blayter, M. és Paterson, E. (1982): *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Health Behaviour*. Heinemann, London.
- Burden, P. (1981, szerk.): Teachers' perceptions of their personal and professional development. In: Shulman, L. és Sykes, G.: *Handbook of Teaching and Policy*. Longman, New York.
- Chandler, L. A. (1981): What teachers can do about childhood stress. *Phi Delta Kaplan*, 63. 4. sz. 276–277.
- Cochran-Smith, M. és 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*. Allyn & Bacon, Boston
- Dubos, R. (1959): *The Mirage of Health*. Harper & Row, New York.
- Dworkin, A. G. (1987): *Teacher burnout in the public schools*. State University of New York Press, Albany.
- Field, D. (1976): The social definition of illness. In: Tuckett, D. (szerk.): *An Introduction to Medical Sociology*. Tavistock, London.
- Fitzpatrick, R. (1984): Lay concepts of illness. In: Fitzpatrick, R., Hinton, J., Newman, S., Scambler, G. és Thompson, J.: *The Experience of Illness*. Tavistock, London.
- Friesen, D., Prokop, C. és Sarros, J. (1988): Why teachers burn out. *Educational Research Quarterly*, 12. 3. sz., 9–19.
- Józán Péter (1994): *A halálórási viszonyok alakulása Magyarországon 1980–1992*. KSH, Budapest.
- Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor (1983): *Értékkorszereink*. Kossuth Kiadó, Budapest.
- Kéri Katalin (1999): *Mozaikok az egészségnevelés történetéből*. Pécs, Kézirat.
- Kéri Katalin (2000): Rousseau magyar követője az egészségnevelésről. *Egészségnevelés*, 3. sz. 104–107.
- Losonczy Ágnes (1989): *Ártó-védő társadalom*. Közgazdasági és Jogi Kk, Budapest.
- Macintyre, S. (1986, szerk.): Health and Illness. In: Burgess, R.: *Key Variables in Social Investigationa*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Meleg Csilla (1986): A 12–14 éves tanulók egészségfogalmának tartalma. *Egészségnevelés*, 3. sz. 127–130.
- Meleg Csilla (1988): Kinek érték az egészség és kinek nem? In: *Életmód – Művelődés – Gazdaság*. II. kötet. TIT Budapest, 345–356.
- Meleg Csilla (1991): Egészségérték és intézményes befolyásolás. *Társadalomkutatás*, 2–3. sz. 81–89.
- Meleg Csilla (1998): Az egészség értékközpontunkban elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, 4. sz. 155–159.
- Meleg Csilla (1999): Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle*, 4. sz. 64–75.
- Meleg Csilla (2001): *Egészség. Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- Németh László (1988): *A Medve utcai polgári*. Pannónia Könyvek.
- Parsons, T. (1972): Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In: Jaco, E. és Gartley, E.: *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioural Science and Health*, Collier-Macmillan, London.
- Rókusfalvi Pál (1997): Az európai integráció emberi tényezői és a nevelés. *Valóság*, 11. sz. 36.
- Seedhouse, D. (1986): *Health: The Foundations for Achievement*. John Wiley, Chichester.
- WHO Constitution, Geneva (1946): World Health Organisation.

ABSTRACT

CSILLA MELEG: SCHOOL-BASED HEALTH EDUCATION: REFORMULATING THE TASK

School-based health education can be regarded as successful and efficient if it provides students with a system of tools which they can use effectively to control the quality of their lives. This requires a change in attitudes. It is yet to be elaborated what exactly is meant by the concept of health in present day schools, and what kind of educational methods and system of instruments ought to be used to formulate and reinforce this concept. The formation of the concept of physical and mental health requires the synthesis of research results assessable from the point of view of the health of the future generation. A further task is to transform these concepts of health into pedagogical practice and to organize them into an educational system. The organizing principles of the formation of institutional health behaviour are those educational strategies which contribute to creating the internal control of generations socialized into external control. In school-based health education, this attitude and practice can be matched with reactions to present problems and activities to lay the foundation for the future quality of life.

Magyar Pedagógia, **102**. Number 1. 11–29. (2002)

Levelezési cím / Address for correspondence: Meleg Csilla, Pécsi Tudományegyetem, Politikatudományi és Társadalomelméleti Tanszék. H-7622 Pécs, 48-as tér 1.